

Smerteplager og sjukdomsåtferd

Sammendrag

Smerte er ei subjektiv oppleving og kan aldri målast berre ved objektive metodar. I den medisinske kultur og tradisjon har det vore ein tendens til å møte og behandle smerteplager som kan forklarast, og tilsvarande oversjå eller avvise smerteplager utan medisinsk forklaring. Ei slik tilnærming er dårleg medisin og uverdige overfor pasienten. Smerte som sjukdom kan og må bli forstått i eit heilskapleg psykosomatisk perspektiv, der ikkje minst den samla sjukdomsåtferd får stor plass i tilnærminga. Dette perspektivet må få større plass, både i medisinsk utdanning og ved våre smerteklinikkar.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2340

Bjarte Stubhaug

bjarte.stubhaug@helse-bergen.no
Avdeling for psykosomatisk medisin
Haukeland Universitetssjukehus
5021 Bergen

Til grunn for smerteopplevinga ligg oftast ei form eller grad av fysisk vevsskade og patologi, men den subjektive smerteopplevinga står ikkje alltid i forhold til den objektive skaden (1, 2). Menneske har ulike smerteterskel, ulike gradar av sensibilisering av tidlegare smerter, og har ikkje minst ulike subjektive tolkingar av smerteopplevinga. Denne tolkinga er prega av tidlegare erfaring av smerte og smertelindring, og er i stor grad påverka av angst, tryggleik og den konkrete situasjonen. Difor er også smerteoppleving tilgjengeleg for psykologiske metodar og tilnærming når det gjeld lindring (3, 4).

Vi har i vår medisinske kultur ein tradisjon for å diagnostisere og behandle på bakgrunn av medisinske funn og påvist eller mistenkt patologi. Vi har ein svakare tradisjon for å forstå sjukdom i form av sjukdomsåtferd: den endelege utforminga av sjukdom som pasienten presenterer. Pasientens presentasjon er ein sum av komplekse sjukehistorier med subjektive plager, feil-

tolking av symptom, katastrofetenking og angst knytt til plagene, møte med helsevesenet med ulike gradar av forståing og opplevd lindring samt fleire former for gevinst og tap ved sjukdommen.

Sjukdomsåtferd er eit nødvendig perspektiv for å forstå all sjukdom, særleg kronisk sjukdom og ikkje minst smertetilstandar. Det er lett å oversjå dette perspektivet og gløyme det i møte med og ved behandling av menneske med smerteplager (5, 6). Dysfunksjonell sjukdomsåtferd kan medføre unødig funksjonstap og hjelpeløyse, kan vedlikehalde smertetriadar og -syndrom, og kan skape destruktiv samhandling mellom pasient og helsepersonell.

I forståing av smerte som sjukdom er det nyttig å tenkje på sjukdom som «illness», meir enn objektiv «disease» eller samfunnsmessig akseptert «sickness». I ei slik forståing er den subjektive opplevinga av plagene det sentrale. Sjukdomsåtferd er ein funksjon av denne opplevinga, og sjukdomsåtferd er det klinikaren møter hos pasienten. Om ein overser pasientens oppleving og misforstår pasientens sjukdomsåtferd, er risikoen stor for at behandling blir mislukka og pasienten misnøgd. Det vil vi rekne som dårleg medisin. Det vil også bli målt som dårleg kvalitet.

Det er mange historier frå pasientar om at helsepersonellet si forståing av smerteplagene er avgrensande for tilnærming og behandling, og at pasientens eigen rapport blir devaluert når den ikkje passar med vår fysiologiske kunnskap. I smertemedisin vil ein kome til kort om ein berre trur på det ein forstår, og tilsvarande om ein ikkje tolkar og gjennomskodar ulike sjukdomsåtferd.

I forståinga av sjukdomsåtferd ved kroniske plager og smerter er det fem ulike perspektiv som må integrerast og utforskast nærare:

Den subjektive sensitivitet for smertestimulering skaper ei bevisst smerteoppleving. Vi veit at sensibiliseringsprosessar kan medføre at stadig svakare stimuli kan gje sterkare smerteoppleving, og vi kjenner ein del av dei fysiologiske mekanismane for dette (1). Vi kjenner også til andre sensibiliseringsprosessar ved psykologiske traume og angstopplevingar, og har grunn til å tru at det er tilsvarande nevrofysiologiske prosessar som er involverte både ved smerte, ved traumatisk stress og angst (1, 7). Smertesensibilitet blir også forsterka av depresjon, angst og søvnansvar, som oftast er del av smertetilstanden og skaper ein vond sirkel.

Den individuelle tolkinga av smerte er ofte avgjerande for sjukdomsopplevinga. I slik tolking av ei fysisk kjensle eller reaksjon vil individuelle variasjonar vere store. Mennesket sine tidlegare opplevingar, personlegheitsfaktorar, tendens til somatisering og katastrofetenking, kognitiv stil og mental utrusting vil påverke korleis ein tolkar smerteplagene (4). I tillegg vil den aktuelle situasjonen, grad av angst og hjelpeløyse og grad av støtte og tryggleik avgjere korleis og kor intenst ein opplever smerte. Psykisk sjukdom vil også i stor grad påverke opplevinga og tolkinga av smerte. Kjensla av hjelpeløyse ved depresjon forsterkar ofte fortvilning ved langvarige smerter.

Den subjektive tolkinga av smertekjensla er knytt til sjukdomsforståing. Slik sjukdomsforståing (illness perception) vil avgjere mykje av den vidare reaksjonen på og åtferd knytt til sjukdom (8). I kartlegginga av pasientens sjukdomsforståing vil ein leggje vekt på det kognitive og tankemessige biletet av sjukdommen: «identitet (9)», årsak, tidsperspektiv, konsekvensar og grad av kontroll eller læking (9, 10).

I kognitiv terapi, som er ei akseptert behandlingstilnærming ved smertelidingar, er det nettopp biletet pasienten har av sjukdommen sin som blir utfordra og forsøkt korrigert. I svært mange tilfelle har pasientar ulike feiltolkingar og ufullstendige oppfatningar av egne plager og eigen sjukdom. Eit viktig steg til større meistring, større eigenansvar og betre samarbeid om behandling er knytt til ei endring av sjukdomsoppfatning (4).

Når smerteplager er del av eller blir forsterka av psykisk sjukdom, som depresjon og angst, er det nødvendig at også dei psykiske plagene blir behandla på adekvat måte, ofte med ein kombinasjon av psykoterapi og medikasjon (11).

Individuell konsekvens av smerteplagene, sjukdommen eller opplevd sjukdom verkar inn. Det vil vere stor skilnad på om smertene fører til funksjonstap, arbeidsuførleik og isolasjon, eller om det er smerter ein kan leve og arbeide med, påverke og lindre sjølv (12, 13). Om smertene er knytt til ein dødelig sjukdom, vil det sjølvstøtt også påverke smerteoppleving, hjelpesøking og sjukdomsåtferd.

Den etnokulturelle påverknad og læring er avgjerande ved all sjukdom og sjukdomsåtferd.

ferd. Det gjeld lokale kulturar i familiar og slekter, nasjonale skilnader innan same kultur og kulturar med ulike røyndomsbilete og sjukdomsparadigme. Kulturen skaper sjukdomsforståing, er avgjerande for åtferdsmønster knytt til meistring, lært hjelpeløys og hjelpsøking, og fargelegg vår øvrige sjukdomsåtferd.

Smerteplager

Når ein møter smerteplager som sjukdomsåtferd, vil det ofte vere mindre viktig om tilstanden har fysiologisk forklaring eller er uttrykk for psykologisk forsterking: Tilnærminga, utgreininga og behandlinga må ha ei heilskapleg biopsykososial ramme. Tilstandar med nerveskader og nevropatiske smerter er ulik frå smertetilstandar etter traume og ved depresjon, men den subjektive opplevinga vil alltid vere individuell og må utforskast og møtast individuelt.

Smerter er akseptable og legitime plager ved akutte skader og forklarleg somatisk sjukdom. Akseptable i den forstand at ein forstår, og legitime ved at allmenn oppfatning godtar samanheng mellom definert sjukdom og subjektive smerteplager.

Ved langvarige smerter og påvist sjukdom eller sikker diagnose er også plagene «legitime». Ved smerter over tid der sjukdomsdiagnosen ikkje fullt ut forklarar smerteplagene, og der ein trur at psykologiske faktorar er viktig for tilstanden, ser ein ofte ein tendens til å søkje etter fysiologiske forklarings- og somatiske attribusjonar (14, 15). I dette ligg det gjerne ei underkjenning av psykologiske forklarings- og somatiske attribusjonar, som mange pasientar opplever som mindre legitime. Mange pasientar har nok også opplevd å bli møtt eller avvist nettopp med slike forklarings- og somatiske attribusjonar, er psykiske, uverkelege, innbilte. Mange pasientar har slike forteljingar. Ei slik tilnærming korkje lækjar, lindrar eller trøystar. Ho reduserer heller ikkje ressursbruken av helsetenester. Moderne pasientar søker hjelp der dei kan få det.

I ein biopsykososial forklaringsmodell er det ikkje noko nødvendig skilje mellom somatiske eller psykologiske årsaker (3). I ein slik forklaringsmodell (16) kan ein integrere den biologiske kunnskapen vi har om smertefysiologi og sensibilisering med psykologiske perspektiv knytt til personlighet, kognitiv stil, traume og psykisk sjukdom. Stress, tilknytningsevne, overtying og meistringsstrategiar vil vere del av dette perspektivet. I tillegg

kjem vår kunnskap om sosiale faktorar, status, arbeid, økonomi og bustad, nettverk og støtte samt dei sosio- og etnokulturelle aspekt som påverkar sjukdomsforståing og åtferd.

For å hjelpe menneske med langvarige og samansette smertetilstandar er det oftast nødvendig å danne ei heilskapleg forståing av smertetilstanden i eit slikt integrert biopsykososialt perspektiv. Det er viktig både for å akseptere og meistre sjukdommen og for å delta aktivt i dei behandlingstiltak som kan lækje, lindre eller førebyggje. Mange vil kalle dette perspektivet psykosomatisk medisin.

Forståing og tilnærming

I ei integrert tilnærming til smerteplager er det naturleg å ta utgangspunkt i dei subjektive smerteplagene til pasienten, med grundig gransking av lokalisasjon, intensitet, kronisitet, smertemeistring og prognose om korleis sjukdommen vil utvikle seg. Fullverdig medisinsk undersøking og diagnostikk er avgjerande både for fagleg kvalitet, for tryggleik og for behandlingssamband.

Ei grundig utforsking av pasientens sjukdomsforståing vil gje viktig og nødvendig bakgrunn for psykologisk behandlings- og meistringstilnærming. Ei sameint drøfting av sjukdomsåtferda til pasienten kan vere starten på nye handlings- og meistringsstrategiar. Bättre meistring vil også gje større lindring. For pasienten kan det vere viktig å sjå smertene som noko han kan påverke, framfor å oppleve dei som sjukdom som berre legen kan lindre.

For fagpersonell som møter menneske med langvarige smerter vil det vere viktig å forstå dynamikken i alle kroniske plager: disponerande, utløysande og vedlikehaldande faktorar; sensitivitet og sensibilisering, traume og stressorar, feiltolking og misoppfatning, utvikling og forsterking av dysfunksjonell sjukdomsåtferd. Gjennom å forstå kva pasienten forstår og korleis han opplever plagene kan ein skape grunnlag for tillit og behandlingssamband. Dersom ein gjenkjenner hjelpesøkjande og ansvarsfråskrivande sjukdomsåtferd, kan ein lettare tole, halde ut og endre åtferd som forsterkar meir enn lækjar sjukdommen.

God smertebehandling vil handle om å bruke all tilgjengeleg kunnskap om medisinsk smertebehandling, om psykologiske teknikkar og psykiatrisk behandling, og om god kroppskjenning og rørsleterapi. Ofte

vil psykososiale faktorar vere så negative at ein må inkludere psykososial støtte og endring som del av det totale behandlingssopplegget. Ein må utforme tiltak for målretta symptomlindring og støtte, og ein må finne meistringstrategiar mot funksjonssvikt.

Det krev at vi brukar vår kompetanse godt i tilnærming, utgreining og behandling av smertelidingar og sjukdomsåtferd. For pasienten med smerter handlar det i tillegg alltid om å bli møtt, bli forstått og få tid nok.

Manuskriptet blei godkjent 12.4. 2005.

Litteratur

1. Retningslinjer for smertebehandling i Norge. Oslo: Den norske lægeförening, 2004.
2. Merskey H, Bogduk N, red. Classification of chronic pain. 2. utg. Seattle, WA: IASP Task Force on Taxonomy, IASP Press, 1994: 209–14.
3. Henderson M, Kidd BL, Pearson RM et al. Chronic upper limb pain: an exploration of the biopsychosocial model. *J Rheumatol* 2005; 32: 118–22.
4. Roth RS, Geisser ME. Educational achievement and chronic pain disability: mediating role of pain-related cognitions. *Clin J Pain* 2002; 18: 286–96.
5. Pilowsky I, Katsikitis M. A classification of illness behaviour in pain clinic patients. *Pain* 1994; 57: 91–4.
6. Pilowsky I. Abnormal illness behaviour. Chichester: Wiley, 1997.
7. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2002; 346: 108–14.
8. Petrie KJ, Weinman J. Perceptions of health and illness. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1997.
9. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R et al. The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996; 11: 431–45.
10. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ et al. The revised illness perceptions questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17: 1–16.
11. Gruber AJ, Hudson JI, Pope HG Jr. The management of treatment-resistant depression in disorders on the interface of psychiatry and medicine. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, migraine, irritable bowel syndrome, atypical facial pain, and premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 351–69.
12. Haldorsen EM, Kronholm K, Skouen JS et al. Multimodal cognitive behavioral treatment of patients sicklisted for musculoskeletal pain: a randomized controlled study. *Scand J Rheumatol* 1998; 27: 16–25.
13. Turner JA, Jensen MP, Romano JM. Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain* 2000; 85: 115–25.
14. Rief W, Nanke A, Emmerich J et al. Causal illness attributions in somatoform disorders: Associations with comorbidity and illness behavior. *J Psychosom Res* 2004; 57: 367–71.
15. Scicchitano J, Lovell P, Pearce R et al. Illness behavior and somatization in general practice. *J Psychosom Res* 1996; 41: 247–54.
16. Ferrari R. The biopsychosocial model – a tool for rheumatologists. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 2000; 14: 787–95.