
Legkontorets pariakaste

REDAKSJONELT

PÅL GULBRANDSEN

Pål Gulbrandsen (f. 1955) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Email: pal.gulbrandsen@legeforeningen.no

Tidsskriftet

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

I en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet rapporterer Rae F. Bell og medarbeidere om forekomsten av barndomstraumer blant 100 pasienter ved den tverrfaglige smerteklinikken ved Haukeland Sykehus (1). Klinikken behandler om lag 50 pasienter med kroniske smerter hvert år. Journalene til alle 100 pasienter i en toårsperiode ble gjennomgått, og man fant at 44 hadde fortalt om seksuelle eller fysiske overgrep og/eller betydelige andre traumer, i hovedsak eksposisjon for berusede omsorgspersoner. 23 pasienter hadde vært utsatt for seksuelle eller fysiske overgrep. For 28 pasienter var det langt tidsintervall mellom overgrep og smertedebut. Også i andre undersøkelser finner man en overhyppighet av traumatiske begivenheter hos pasienter med kronisk smerte (2).

Mange forskjellige tilstander kan ligge bak kroniske smerter, f.eks. revmatiske lidelser, artrose eller kreft. Uavhengig av årsak er kroniske smerter en alvorlig belastning i livet (3). Det er imidlertid stor variasjon i hvor mye smerte destruktive forandringer i kroppen utløser, og det hender man ser sterke, kroniske smerter uten å kunne påvise fysiske forandringer. Når årsaken til kroniske smerter eller graden av smerte ikke kan forstås ved hjelp av biomedisinsk kunnskap og tankegang, vil leger ha en tendens til å se etter forklaringer i pasientens mentale tilstand eller sosiale forhold. I dette møter man ofte motstand. Pasienten kan bli såret, sint, trist eller helt og holdent avvisende – reaksjoner det kan være vanskelig å forholde seg til for legen. Siden det å ha kroniske smerter ofte innebærer et behov for vanedannende medikamenter, noe mange leger kjenner ubehag ved å forskrive, er møtet med pasienter med kroniske smerter høyrisikotid for ødeleggende kommunikasjon.

I disse stundene kan det hjelpe å ha tre dimensjoner i tankene samtidig: Hva skyldes smertene, hva tenker jeg om personer med smerter, og hvordan reagerer jeg på å møte et menneske med slike smerter?

Hvis man er kommet til at forklaringen på smertene må ligge i psykososiale forhold, bør man minne seg selv på at hypotesen kan være gal. Like viktig er det å spørre seg om hva hensikten med å finne forklaringen er. Ett motiv kan være søken etter større trygghet for at man har forstått tilstanden rett, at diagnosen er riktig. Men man bør holde fast ved at hovedhensikten ved å avdekke en slik forklaring er å kunne gi pasienten riktig behandling. Det er langt fra sikkert at pasienten selv er klar over at smertene henger sammen med måten å mestre tidligere traumer på. Pasienten kan også ha gode grunner for bevisst å holde opplysninger om slike sammenhenger tilbake, f.eks. dårlig erfaring med helsevesenet fra tidligere (4). Skal man søke psykososiale forklaringer, må man vite hvordan man skal håndtere denne innsikten, ellers kan det gjøre mer skade enn gagn å trekke historiene frem.

Skaden kan f.eks. skyldes de tanker man gjør seg om personer med kroniske smerter som man ikke forstår. Det er en del av all læring å anvende kategorier, men ikke all kategorisering er konstruktiv. Leger plasserer gjerne sine pasienter i grupper som «mestrene» og «ikke-mestrene» (5), og de fleste har vel hørt «fibrovipp»-betegnelsen om pasienter som både har fibromyalgi og whiplashskade. Det ligger ikke mye innlevelse i den stereotypien. Hvis det er slik som Bell og medarbeidere skriver, at kronisk smerte kan være en del av et passivt handlingsmønster som kalles «lært hjelpeløshet», er nok dette en type mestring som leger ofte ikke selv har erfaring med. I møtet med pasienter som ikke signaliserer aktiv vilje til kamp mot smerten, vil det være fristende å ty til devaluerende merkelapper fordi man ikke evner å identifisere seg med enkeltindividet man skal forsøke å hjelpe. Pasienten føler seg uønsket eller utstøtt. Mennesker med kroniske, uforklarlige smerter blir legekantorets pariakaste.

Å leve seg inn i det å ha kroniske smerter kan bli ekstra vrient for leger fordi de rår over et botemiddel – smertestillende medikamenter – som de av gode grunner må være forsiktige med å skrive ut. Av pasientene vil et nei til slike legemidler gjerne oppleves som manglende bekreftelse på at legen har forstått hvordan de har det (6). Den grensesettende situasjonen kan minne om foreldrerollen og lett aktivere handlingsmønstre hos legen som vekker barnaktig respons hos pasienten. En slik konsultasjon krever høy bevissthet om egne reaksjoner slik at man unngår å ende som prinsipptrytter eller diskenspringer. Kanskje har ikke pasienten de forventninger legen tillegger ham (7)? Fremfor alt er det kanskje nødvendig å forsone seg, for pasienten med smerten, for legen med maktesløsheten.

LITTERATUR

1. Bell RF, Schjødt B, Paulsberg AG. Barndomstraumer og kronisk smerte Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2759 – 60.
2. Macfarlane GJ. Fibromyalgia and chronic widespread pain. I: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, LeResche L, Von Korff M, red. Epidemiology of pain.

Seattle: IASP Press, 1999.

3. Åbyholm AS, Hjortdahl P. Smertene styrer livet. En kvalitativ studie om hvordan pasienter med kronisk ryggsmerte opplever og håndterer sin livssituasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1624 – 9.
4. Kirkengen AL. Innskrevet i kroppen Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1518 – 22.
5. Jones I, Morrell D. General practitioners' background knowledge of their patients. Fam Pract 1995; 12: 49 – 53.
6. Killingmo B. Den åpne samtalen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 56 – 9.
7. Åbyholm AS, Hjortdahl P. Å bli trodd er det viktigste. En kvalitativ studie av erfaringer med helsevesenet blant pasienter med kroniske rygg smerter. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1630 – 2.

Publisert: 30. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.