
Barndomstraumer og kronisk smerte

KLINIKK OG FORSKNING

RAE FRANCES BELL

Email: rbel@haukeland.no

BORRIK SCHJØDT

ANNE GRETHE PAULSBERG

Smerteklinikken
Anestesi- og intensivavdelingen
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

Kronisk smerte er et komplekst multidimensjonalt fenomen. Medisinske tiltak har ofte dårlig effekt når det gjelder kronisk ikke-malign smerte.

100 journaler til pasienter evaluert ved den tverrfaglige smerteklinikken ved Haukeland Sykehus ble gjennomgått. 44 % av pasientene rapporterte alvorlige overgrep eller traumer lang tid forut for smertedebuten.

Kronifisering av smerte kan ha sammenheng med tidligere traumer.

Kronisk smerte er et komplekst multidimensjonalt, biopsykososialt fenomen hvor medisinsk behandling som regel har liten effekt over tid. Pasienter med kronisk smerte er en svært heterogen gruppe, men de har ett felles trekk: De har en smertetilstand som ikke vil gi seg. Det bør gjøres individuelle vurderinger, og behandlingen bør tilpasses den enkelte. Vurderingene må omfatte både medisinske, psykologiske, sosiale og fysioterapeutiske forhold.

I nesten 15 år har et tverrfaglig team bestående av lege, fysioterapeut og psykolog ved Smerteklinikken, Haukeland Sykehus, vurdert pasienter med kroniske smerter. Nåværende fagteam har arbeidet sammen i seks år. Hvert år gjennomgår over 50 pasienter en grundig tverrfaglig vurdering. Denne vurderingen foregår over flere uker og innebærer fire konsultasjoner, hver på 1,5 time. Pasienten kommer først til konsultasjon hos lege, deretter hos fysioterapeut og tredje gangen hos psykolog. Fjerde konsultasjon er en

tilbakemelding, hvor teamet gir en samlet forklaring på smertetilstanden ut fra et medisinsk, fysioterapeutisk og psykologisk perspektiv. Deretter bidrar hver terapeut med forslag til videre behandling.

Pasientene oppfordres til å ta med en nær pårørende til konsultasjonene, fordi pårørende svært ofte har verdifulle supplerende opplysninger og fordi de kan bli viktige støttespillere. En slik vurdering avdekker ofte forhold som ikke er nevnt i henvisningspapirene, men som kan ha hatt betydning for utvikling av kronisk smerte hos den enkelte pasienten.

Det er vårt kliniske inntrykk at forholdsvis mange pasienter har vært utsatt for alvorlige traumer lang tid forut for smertedebut. For å få en god oversikt over vår pasientpopulasjon har vi derfor systematisert opplysninger fra pasientjournalene. Den tverrfaglige vurderingen har vært gjort over samme lest og av samme team i flere år, og det foreligger derfor både grundige og sammenliknbare ensartede data.

Metoder

Journalene til samtlige pasienter (n = 100) evaluert av det tverrfaglige team i perioden 22.1. 1996 – 9.3. 1998 ble gjennomgått. I gjennomgangen la vi vekt på spesielle eller vanskelige oppvekstforhold – særlig fysiske og seksuelle overgrep og alvorlige rusproblemer hos pasientenes foreldre. Registrerte «livstraumer» ble definert som hendelser som ikke hadde direkte tilknytning til smertene, men som psykologen vurderte hadde hatt signifikant effekt på pasienten. Betegnelsene «seksuelt overgrep», «fysisk overgrep» og «alvorlig rusmisbruk hos foreldrene» ble kun benyttet ved grove overgrep eller grenseoverskridelser. Psykologen gjennomførte sine vurderinger som et strukturert intervju med en intervjuet som er utviklet for å kartlegge sentrale psykososiale forhold som er assosiert med kroniske smerter og for å sikre en god relasjon og progresjon i intervjuet. Den samme intervjuet ble brukt overfor alle pasienter.

Resultater

Pasientgruppen omfattet 37 menn og 63 kvinner. Den vanligste henvisningsdiagnose var «kronisk smerte», med forskjellige lokalisasjoner. Andre hyppige diagnoser var nevropatisk smerte grunnet multippel sklerose eller perifer polynevropati, rygg smerter, generalisert muskelsmertesyndrom, nakkesmerte (nakkesleng) og kronisk hodepine.

Ved første konsultasjon var 70 av pasientene under behandling med analgetika. Den vanligste medikamentelle smertebehandling var paracetamol-kodein (Paralgin forte, Pinex Forte). 34 pasienter var under behandling med antidepressiver, først og fremst selektive serotoninreopptakshemmere, deretter trisykliske antidepressiver. Av de 24 pasientene man ved Smerteklinikken vurderte til å ha nevropatisk smerte, var fire under behandling med antiepileptika.

Til sammen 44 pasienter fortalte om seksuelle eller fysiske overgrep eller betydelige livstraumer, eventuelt en kombinasjon av disse. Av disse 44 rapporterte 23 pasienter (21 kvinner og to menn) seksuelle og/eller fysiske overgrep fra tidlig alder. 14 kvinner rapporterte seksuelt overgrep. 16 pasienter (14 kvinner, to menn) rapporterte fysisk overgrep. 28 pasienter (16 kvinner, 12 menn) rapporterte signifikante livstraumer lenge forut for smertedebut. Det vanligste «livstraume» registrert blant pasientene var oppvekst i en familie hvor en eller begge foreldre misbrukte alkohol og hvor det regelmessig ble utøvd vold mot andre familiemedlemmer. I tabell 1 er det oppsummert tidspunkt for første traume.

Tabell 1

Alder (år) ved første traume hos 44 pasienter som rapporterte seksuelle eller fysiske overgrep eller betydelige livstraumer

	Alder (år)			Totalt
	0 – 10	10 – 20	Over 20	
Fysiske overgrep	4	1	4	9
Seksuelle overgrep	4	2	1	7
Seksuelle og fysiske overgrep	5	2	0	7
Traumatiske livsbegivenheter	7	5	9	21
	20	10	14	44

Diskusjon

Hele 44 av 100 av pasienter vurdert ved vår smerteklinikk rapporterte fysisk og/eller seksuelt misbruk eller alvorlig livstraume i barndommen. Dette er noe lavere enn det man finner i enkelte undersøkelser (1 – 4). De reelle tallene hos oss er nok noe høyere, da vår psykolog i enkelte tilfeller, etter ønske fra pasienten, har unnlatt å journalføre opplysninger om overgrep.

Flere studier har vist at kronisk underlivssmerter og abdominalsmerter er korrelert med seksuelt misbruk (1, 2, 5 – 7). Linton (8) fant i en normalpopulasjon et klart forhold mellom rapportert misbruk og smerter. Alexander og medarbeidere (9) fant sammenheng mellom fibromyalgi og seksuelle og fysiske overgrep. Pasienter som hadde vært utsatt for overgrep, var også større forbrukere av helsetjenester. Goldberg og medarbeidere (4) gjennomførte en prospektiv studie av 91 pasienter med kronisk smerte. De brukte validerte spørreskjemaer som Childhood History Questionnaire,

Childhood Traumatic Events Scale, McGill Melzack Pain Questionnaire og Pain Disability Index. 48 % av pasientene fortalte om fysisk eller seksuelt misbruk. Barndomstraumer var signifikant korrelert med kronisk smerte.

En slik sammenheng betyr ikke at en traumatisk barndom forårsaker smerte senere i livet. Sammenhengen er langt mer kompleks, og det kan tenkes en rekke mulige forklaringer. Tidlige livstraumer har sannsynligvis preget personen i utviklingen på en måte som gjør vedkommende mer sårbar for senere belastninger. Dette er i overensstemmelse med Walling og medarbeidere (6), som viste at barn som er blitt utsatt for overgrep, har større risiko for å utvikle depressive reaksjoner, angst og somatisering som voksne.

Det kan også tenkes at tidlige traumer påvirker pasienten slik at vedkommende senere i livet reagerer med strategier som er mindre adekvate. Tidlige opplevelser kan tenkes å påvirke pasientens mestring av en smertetilstand. Det er foreslått at et barn som blir utsatt for gjentatte traumer, ikke utvikler tilstrekkelig gode mestringsstrategier som han/hun vil ha behov for senere i livet, samtidig som en «offeridentitet» etableres (4, 8). En skade eller påvirkning man normalt kunne forvente ikke ville ha varige følger, kan på denne måten få alvorlige konsekvenser.

Seligman (10) introduserte begrepet «lært hjelpeløshet» for å beskrive en atferd han først observerte hos hunder. Når et barn utsettes for seksuelle eller fysiske overgrep over tid eller lever med foreldre med rusproblemer og uberegnelig oppførsel, havner de i en situasjon de ikke kan påvirke. Det ubehagelige kommer uansett hva de gjør. Dette kan tenkes å gi lært hjelpeløshet, slik at man senere – når man er utsatt for skade eller smerte – reagerer med passivitet. Passivitet og passiv mestring er assosiert med kronifisering av smerter.

Nye traumer, f.eks. fysisk skade, vil kunne forsterke vedkommendes opplevelse av å være offer. Med andre ord, tidligere misbruk/trauma synes relatert til kronifisering av en smertetilstand.

Hvilke konsekvenser har kunnskapen om sammenhengen mellom kronisk smerte og tidlige barndomstraumer? Mange av våre pasienter slet med tilleggsbelastninger som ofte ikke blir avdekket. Avdekking av slike traumer gir ikke nødvendigvis smertelindring. Personer som har vært utsatt for alvorlige overgrep og som lider under det i voksen alder, bør få hjelp. Dersom man avdekker overgrep, må man også sørge for at pasienten får hjelp. Hvis man ikke har de ferdigheter, kunnskaper eller ressurser som skal til for å avdekke og følge opp, bør man være svært varsom. Pasienten er sjelden tjent med at man bringer vonde traumer frem i dagen uten å gjøre noe mer med dem. Derfor er det viktig å kartlegge pasienten med forsiktighet, og man må vite at man har mulighet til å følge opp før man forsøker å avdekke vonde traumer.

Pasienter som har intraktabel kronisk smerte kan ha gjennomgått utallige medisinske utredninger og intervensjoner uten at overgrep eller alvorlige livstraumer i barndommen er avdekket. Denne typen opplevelser kan være med på å forklare, i hvert fall delvis, hvorfor en kronisk smertetilstand er «behandlingsresistent». En nøye, men forsiktig kartlegging kan være til hjelp for å finne frem til mer egnede behandlingstiltak. Pasienten må følges opp i

forhold til vanskelige opplevelser som ev. blir avdekket. Resultatene av vår undersøkelse indikerer hvor viktig det er med en tverrfaglig tilnærming til terapiresistent kronisk smerte.

LITTERATUR

1. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, Li ZM, Gluck H, Toomey TC et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990; 113: 828 – 33.
2. Walling MK, Reiter RC, O'Hara MW, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 193 – 9.
3. Aaron LA, Bradley LA, Alarcón GS, Triana-Alexander M, Alexander RW, Martin MY et al. Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 453 – 60.
4. Goldberg RT, Pachas WN, Keiths D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *J Disab Rehab* 1999; 21: 23 – 30.
5. Fry R. Adult physical illness and childhood sexual abuse. *J Psychosom Res* 1993; 37: 89 – 103.
6. Walling MK, O'Hara MW, Reiter RC, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 200 – 6.
7. Scarinci IC, McDonald-Haile J, Bradley LA, Richter JE. Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: a preliminary model. *Am J Med* 1994; 97: 108 – 18.
8. Linton SJ. A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: establishing a link. *Pain* 1997; 73: 47 – 53.
9. Alexander RW, Bradley LA, Alarcón GS, Triana-Alexander M, Aaron LA, Alberts KR et al. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care Res* 1998; 11: 102 – 15.
10. Seligman MEP. *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman, 1975.

Publisert: 30. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. juni 2026.