

Kronisk smerte hos traumatiserte flyktninger

Sammendrag

Bakgrunn. Hensikten er å beskrive forekomst av kronisk smerte hos sterkt traumatiserte flyktninger. Mulige sammenhenger mellom kronisk smerte, rapporterte traumatiske hendelser, psykososiale faktorer og psykiatrisk symptomatologi blir analysert.

Materiale og metode. 72 pasienter (40 %) ble etterundersøkt 3–8 år etter utskrivning fra poliklinikken. Data er fra inntak i poliklinikken og fra semistrukturert intervju ved etterundersøkelsen. Informasjonen angår traumatiske hendelser, smerter, sosiodemografiske data og sosial støtte. Psykiatrisk symptomatologi ble registrert med Hopkins Symptom Check List (HSCL-25) og Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), diagnostisering av posttraumatisk stresslidelse etter Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) og Global vurdering av funksjonsevnen (GAF). Vedvarende smerterplager de siste seks måneder ble definert som kroniske smerter.

Resultater og fortolkning. 47 (65 %) pasienter rapporterte at de var plaget av kroniske smerter, 34 karakteriserte smertene som sterke eller veldig sterke. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom type eller antall traumatiske hendelser og kroniske smerter. Det ble funnet en signifikant sammenheng mellom sterke kroniske smerter og posttraumatisk stresslidelse, angst og depresjonsskåre. Det samme gjaldt global vurdering av funksjonsevne og middels/lav sosial støtte. Det var en signifikant sammenheng mellom sterke kroniske smerter og hyppighet av konsultasjoner hos primærlege. Utredning og behandling av kroniske sterke smerter bør inkluderes i rehabiliteringen av traumatiserte flyktninger.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Solveig Dahl

soldah@online.no
Avdeling for forskning og undervisning
Psykiatrisk divisjon

Carl-Ivar Dahl

Nasjonal kompetanseenhet for migrasjonshelse

Leiv Sandvik

Kompetansesenter for klinisk forskning

Edvard Hauff

Avdeling for forskning og undervisning
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Leger møter ofte flyktninger med smerte-problemer. I norske publikasjoner om flyktningers helseproblemer er dette problemet spesielt nevnt for mennesker som har overlevd tortur (1–3). Få studier internasjonalt er om kronisk smerte hos traumatiserte flyktninger, og disse omhandler pasienter som også har vært utsatt for fysiske traumer ved tortur (4, 5), eller krigsskader (6). En studie av torturerte flyktninger i Danmark viser at smerten hos torturofre til en viss grad henger sammen med den fysiske torturen de har vært utsatt for, at smerten er både nevroseptiv og nevropatisk. Spesifikk nevropatisk smerte hadde sammenheng med spesifikke torturmetoder (7). I en oversiktsartikkel om psykologiske aspekter ved vedvarende smerter konkluderte Keefe og medarbeidere med at tendensen til å fokusere på smerte kombinert med en negativ vurdering av egen evne til å hankses med smerte, øker smerteopplevelsen (8). Det samme gjør frykt for og angst forbundet med smerte og opplevd hjelpeløshet (8). I en undersøkelse av utvikling i psykoterapi fant Varvin at økt differensiering i følelseslivet minsket smerter hos ekstremt traumatiserte pasienter (9). Smerte synes å være det mest vanlige ledsagende symptomet ved posttraumatisk stresslidelse (10–50 %) uavhengig av hva slags traumatisk hendelse pasientene har opplevd. Samtidig gjenkjennes denne problematikken sjelden i kliniske sammenheng (10).

Hensikten med denne artikkelen er å belyse kroniske smerter hos traumatiserte flyktninger som har vært i psykiatrisk behandling. Hensikten er også å belyse forholdet mellom kronisk smerte, traumetype, posttraumatisk stresslidelse og psykososiale faktorer i denne pasientgruppen. Vi har derfor stilt følgende spørsmål: – Hvor stor andel av traumatiserte flyktninger rapporterer kronisk smerte 3–8 år etter kontakt med poliklinikken ved Psykososialt senter for flyktninger?

- Finnes det noen sammenheng mellom type rapportert traumatisk hendelse og kronisk smerte?
- Finnes det noen sammenheng mellom angitt smerteproblematikk ved behandlingsstart og kronisk smerte ved etterundersøkelse?
- I hvilken grad er det sammenheng mellom psykososiale faktorer som sivilstand, utdanning, arbeid, sosial støtte og kronisk smerte?
- Hvordan er sammenhengen mellom diagnostisert posttraumatisk stresslidelse og kronisk smerte?
- Hvor stor andel av traumatiserte flyktninger med kronisk smerte oppsøker lege og hvor hyppig?

Materiale

Ved Psykososialt senter for flyktninger, Universitetet i Oslo, ble det drevet en poliklinikk som mottok traumatiserte flyktninger fra østlandsområdet. De henviste var pasienter som det var vanskelig å finne behandlingstilbud til i den ordinære psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Alt etter senterets kapasitet fikk traumatiserte pasienter med høyt lidelsestrykk, sammensatte rehabiliteringsmessige og sosiale vansker et tilbud. For enkelte varte behandlingsperioden i mange år. Fra perioden 1992–96 var 224 pasienter registrert med utfylte inntaks- og utskrivningsskjemaer. Av disse fantes 180 pasienter med adresse i folkerregisteret. Disse fikk skriftlig invitasjon om å delta i en etterundersøkelse i 1999–2000. Datatilsynet ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, gav ikke tillatelse til purring. 96 pasienter svarte på henvendelsen og 72 pasienter (40 %) – 25 kvinner og 47 menn – gav sitt skriftlige samtykke til å bli intervjuet.

Metode

Studien omfatter både inntaksdata fra poliklinikken og data fra etterundersøkelsen. Inntaksdata er demografiske data, eksponering

Hovedbudskap

- Sterke kroniske smerter ledsager posttraumatiske stressforstyrrelser hos traumatiserte flyktninger
- Oppmerksomhet på begge lidelser er nødvendig i undersøkelse og behandling

ring for traumatiske hendelser og somatiske plager. En liste på ti traumatiske hendelser var registrert rapportert av pasientene. Denne listen ble laget på senteret etter fem års kliniske erfaringer med flyktninger i et psykososialt team. Hendelsene omfattet det å ha levd i dekning, fengsling, annen form for frihetsberøvelse, konsentrasjonsleir, fysisk tortur, psykisk tortur, seksuelt overgrep, det å ha blitt utsatt for krigshandlinger og selv ha begått drap/tortur samt andre alvorlige traumatiske hendelser. Andre traumatiske hendelser omfattet livsfare/trussel om død mot en selv eller død eller trussel om drap av en nær person. Somatiske plager var registrert ved inntak, som hodepine, samt andre smerter og somatisk sykdom, men uten at disse var nærmere spesifisert.

Data fra etterundersøkelsen ble innhentet gjennom et semistrukturert intervju som blant annet omfattet oppdatering av informasjon om sivilstand, utdanning, arbeid og strukturerte spørsmål om alvorlige smerteplager de siste to uker.

Pasienter som svarte ja, ble spurt om grad av smerte (moderate, sterke, veldig sterke) og om plagene var typisk for hvordan de hadde hatt det de siste seks måneder. Positivt svar på dette ble definert som kronisk smerte. Moderate kroniske smerter ble beholdt som egen kategori, mens positivt svar på sterke og veldig sterke smerter ble slått sammen til kategorien sterke kroniske smerter og analysert separat.

Fra spørreskjemaet Egenvurdering av helse (11) hentet vi spørsmål om kontakter med primærlege og innleggelse i sykehus de siste seks måneder. Kontakt med lege ble skåret som ingen, 1–2, 3–4, ≥ 6 . Sosial støtte ble vurdert fra fire spørsmål som beskriver opplevd støtte på tidspunkt for etterundersøkelsen. Svarene ble skåret som ja, usikker eller nei (12). På grunnlag av svarene på de fire spørsmålene ble det laget en sumskåre for hver enkelt. Denne ble dikotomisert på bakgrunn av fordeling i god (4–6) og middels/dårlig (7–12).

Psykisk symptombelastning ved tidspunktet for etterundersøkelsen, målt ved selvutfylling av HSCL-25, som inneholder 25 spørsmål om angst og depresjonssymptomer (13). Denne skåres fra 1–4, hvor 1 betyr ikke og 4 svært mye. Her brukes den totale gjennomsnittsskåre. Generell vurdering av funksjonsevnen, GAF (14), er relatert til mental sykdom. Denne skåres fra 0–100, hvor 0–10 betyr i behov av vedvarende hjelp og pleie, 50 tilsvarer alvorlige vansker, 70 noe vansker med å fungere sosialt og yrkesmessig og 90–100 maksimum grad av funksjon. Diagnose av posttraumatisk stresslidelse ble basert på strukturert intervju etter HTQ (15) om 16 symptomspørsmål som dekker de posttraumatiske stresssymptomene inkludert i DSM-IV-diagnosen. Svarene ble sammenholdt med de diagnostiske kriteriene etter DSM-IV for å sikre at diagnosekriteriene ble oppfylt (14).

Tabell 1 Rapporterte kroniske smerter sett i forhold til rapporterte traumatiske hendelser hos 72 traumatiserte flyktninger 3–8 år etter behandling

| Rapporterte traumatiske hendelser | Ikke kronisk smerte N = 25 N (%) | Moderat kronisk smerte N = 13 N (%) | Sterk kronisk smerte N = 34 N (%) | P-verdi ¹ |
|-----------------------------------|--|---|---|----------------------|
| I dekning | 10 (40 %) | 9 (69 %) | 16 (47 %) | Ikke signifikant |
| Fengsling | 15 (60 %) | 10 (77 %) | 25 (74 %) | Ikke signifikant |
| Konsentrasjonsleir | 1 (4 %) | 0 (0 %) | 3 (9 %) | Ikke signifikant |
| Annen internering | 8 (32 %) | 3 (12 %) | 7 (28 %) | Ikke signifikant |
| Fysisk tortur | 14 (56 %) | 9 (69 %) | 20 (59 %) | Ikke signifikant |
| Psykologisk tortur | 11 (44 %) | 10 (77 %) | 20 (59 %) | Ikke signifikant |
| Seksualisert vold | 3 (12 %) | 3 (23 %) | 5 (15 %) | Ikke signifikant |
| Krigshandlinger | 13 (52 %) | 7 (54 %) | 20 (59 %) | Ikke signifikant |
| Utført drap/tortur | 3 (12 %) | 0 (0 %) | 1 (3 %) | Ikke signifikant |
| Andre traumatiske hendelser | 18 (72 %) | 7 (54 %) | 25 (74 %) | Ikke signifikant |
| <i>Antall hendelser</i> | | | | |
| 1–3 | 9 (36 %) | 1 (8 %) | 13 (38 %) | Ikke signifikant |
| 4–5 | 13 (52 %) | 7 (54 %) | 14 (41 %) | Ikke signifikant |
| ≥ 6 | 3 (12 %) | 4 (31 %) | 7 (21 %) | Ikke signifikant |

¹ P-verdi ved sammenlikning av pasienter med sterke kroniske smerter og pasienter uten kroniske smerter

Tabell 2 Sammenheng mellom sosiodemografiske data og kroniske smerter hos 72 traumatiserte flyktninger 3–8 år etter behandling

| Sosiodemografiske data | Ikke kroniske smerter N = 25 | Moderate kroniske smerter N = 13 | Sterke kroniske smerter N = 34 | P-verdi ¹ |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Gjennomsnittsalder | 34,6 | 34,9 | 34,8 | Ikke-signifikant |
| Kjønn – kvinne | 9 (36 %) | 2 (8 %) | 14 (56 %) | Ikke-signifikant |
| Gift | 9 (27 %) | 6 (18 %) | 18 (54 %) | Ikke-signifikant |
| Universitetsutdannet | 12 (50 %) | 6 (25 %) | 6 (25 %) | Ikke-signifikant |
| I arbeid > 50 % | 12 (60 %) | 7 (35 %) | 1 (5 %) | P < 0,001 |
| Middels/dårlig sosial støtte | 9 (26 %) | 5 (14 %) | 21 (60 %) | P < 0,05 |

¹ P-verdi ved sammenlikning av pasienter med sterke kroniske smerter og pasienter uten kroniske smerter

Ved sammenlikning av gjennomsnitt i to grupper er det benyttet en tosidig t-test for parallelle grupper. Ved sammenlikning av prosenter er det benyttet en tosidig eksakt Fishers test. Alle signifikanstestinger er utført med et signifikansnivå på 5%. SPSS 13.0 ble anvendt som statistikkprogram.

Resultater

De 72 deltakerne i undersøkelsen var signifikant eldre enn de 108 som ikke deltok (34 mot 31 år i gjennomsnitt) og representerte et noe skjevt utvalg når det gjaldt erfaring med traumatiske hendelser, idet det var signifikant flere i deltakergruppen som hadde vært i fengsel; 50 (69%) versus 50 (46%). De som hadde vært i fengsel, hadde også vært eksponert for en rekke andre traumatiske hendelser over lang tid, blant annet tilhørte alle de som rapporterte fysisk tortur denne gruppen. 39 (83%) av mennene i deltakergruppen og 11 (44%) av kvinnene hadde vært fengslet av politiske årsaker før flukt. 23 rapporterte 1–3 hendelser, 34 4–5 hendelser og 14 \geq seks hendelser, én manglet vi opplysninger om.

55 (76%) av de 72 flyktningene rapporterte at de var plaget av alvorlige smerter i kroppen de siste to uker. 47 (65%) rapporterte å ha vært plaget av vedvarende smerter de siste seks måneder. Disse ble kategorisert som plaget av kroniske smerter. Av disse rapporterte 13 (28%) moderate kroniske smerter og 34 (72%) sterke kroniske smerter.

Det ble ikke funnet signifikant sammenheng mellom sterk kronisk smerte og type traumatisk hendelse (tab 1). Det ble heller ikke funnet noen sikker sammenheng mellom antall traumatiske hendelser og sterke kroniske smerter. Av de 22 som rapporterte at de var plaget av andre smerter enn hode-smerter ved inntak i poliklinikken, hadde 18 kroniske smerter ved etterundersøkelsen, $p < 0,05$.

De tre gruppene med ingen kroniske smerter, moderate kroniske smerter og sterke kroniske smerter var sammenliknbare når det gjaldt kjønn, alder og sivilstand. Det var imidlertid signifikant sammenheng mellom sterke kroniske smerter og arbeidsuførhet

Tabell 3 Sammenheng mellom psykisk helse og kroniske smerter hos 72 traumatiserte flyktninger 3–8 år etter behandling

| Psykisk helse | Ikke kronisk smerte N = 25 | Moderate kroniske smerter N = 13 | Sterke kroniske smerter N = 34 | P-verdi ¹ |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Generell vurdering av funksjonsevne, gjennomsnittskåre | 70,6 | 64,8 | 51,5 | P < 0,001 |
| HSCL-25, gjennomsnittskåre | 2,2 | 2,0 | 2,9 | P < 0,001 |
| Posttraumatisk stresslidelse, diagnose | 5 (20 %) | 3 (23 %) | 19 (76 %) | P < 0,01 |

¹ P-verdi ved sammenlikning av pasienter med sterke kroniske smerter og pasienter uten kroniske smerter

Tabell 4 Sammenheng mellom kroniske smerter og antall konsultasjoner hos lege siste seks måneder hos 72 traumatiserte flyktninger 3–8 år etter behandling ved Psykososialt senter for flyktninger

| Konsultasjon hos primærlege siste seks måneder | Ikke kroniske smerter N = 25 | Moderate kroniske smerter N = 13 | Sterke kroniske smerter N = 34 | P-verdi ¹ |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Ingen konsultasjon | 6 (24 %) | 1 (8 %) | 1 (3 %) | Ikke-signifikant |
| 1–5 konsultasjoner | 16 (64 %) | 9 (69 %) | 12 (35 %) | Ikke-signifikant |
| ≥ 6 konsultasjoner | 3 (12 %) | 3 (23 %) | 21 (62 %) | P < 0,001 |
| Brukt reseptbelagt smertestillende medisin siste to uker | 1 (4 %) | 1 (8 %) | 10 (29 %) | P < 0,05 |

¹ P-verdi viser sammenheng mellom ikke-kroniske smerter og sterke kroniske smerter

(tab 2) Vi fant også en sammenheng mellom middels/dårlig sosial støtte og sterke kroniske smerter (tab 2).

Det ble også funnet signifikant sammenheng mellom sterke kroniske smerter og diagnostisert posttraumatisk stresslidelse, global vurdering av funksjonsevne og HSCL-25-skåre (tab 3). Pasienter med sterke kroniske smerter rapporterte også signifikant flere konsultasjoner hos lege i løpet av de siste seks måneder. 1/3 av disse var behandlet med reseptbelagte smertestillende medisiner (tab 4). Av ni pasienter som hadde vært innlagt i sykehus i samme periode, tilhørte sju gruppen med sterke kroniske smerter.

Diskusjon

Denne studien bekrefter funn fra andre studier som viser en nær sammenheng mellom kronisk smerte og posttraumatisk stresslidelse (10). Smerte kan være en stimulus som utløser invaderende gjenopplevelser. På samme måte kan slike gjenopplevelser utløse smerter hos pasienter som lider av begge deler. Dette forsterkes når den traumatiske hendelsen inneholder fysisk skade (10). I motsetning til hva vi forventet, fant vi ingen direkte sammenheng mellom kronisk sterk smerte og type eller antall traumatiske hendelser. Det er mulig at et større og mer variert utvalg ville vist en slik sammenheng. Rapportering av traumatiske hendelser er hentet fra inntakskartleggingen ved poliklinikken. Slik rapportering vil alltid kunne inneholde feilkilder, spesielt ved starten av en kontakt. Den kliniske erfaringen ved senteret tilsier at underrapportering er mest van-

lig, særlig når det gjelder tortur og seksualisert vold. At sosial støtte er en faktor som kan bidra til smerteredusering, stemmer med Keefes funn (8).

Tall på hyppighet av smerteplager hos ubehandlede flyktninger finnes ikke. Selv om det ikke er direkte sammenliknbart, fant man i en norsk epidemiologisk undersøkelse av muskel- og skjelettplager at 15 % led av kroniske smerter (smerter hver dag i et år) (16).

Selv om det var en nær sammenheng mellom antall kontakter med lege og sterke kroniske smerter, vet vi lite om behandling. At 1/3 av de kroniske smertepasientene har fått reseptbelagte smertereduserende midler, tyder ikke på at de blir overbehandlet med medisiner.

I fremtidige kliniske undersøkelser bør fysiske skader/påkjenninger knyttet til traumatiske hendelser beskrives mer i detalj for å kartlegge forholdet mellom smerter/somatiske plager og posttraumatisk stresslidelse. Det samme gjelder grundig smertekartlegging og somatiske forhold før starten av behandling. I alle tilfelle taler sammenhengen mellom posttraumatisk stresslidelse og smerte for at begge faktorer er viktige i utredning av pasientene. Pasientene som ble henviset til poliklinikken, representerte en selektert gruppe flyktninger. Sammenholdt med den lave deltakelsen i etterundersøkelsen og skjevheten i utvalget tilsier dette at funnene ikke uten videre kan generaliseres til å gjelde flyktninger med traumatiske opplevelser i sin bakgrunnshistorie. Ikke desto mindre vil det være av klinisk betydning å

vite mer om gruppen av kronisk lidende pasienter som er representert i denne studien.

Resultatene i denne undersøkelsen indikerer at det er riktig å kartlegge flyktingers bakgrunnshistorie, smerteplager og posttraumatisk symptomatologi når de søker behandling. Resultatene understreker behovet for samarbeid mellom flere disipliner i rehabiliteringen av traumatiserte flyktninger. Manglene ved denne studien peker også på behovet for mer utdypende forskning når det gjelder kroniske smerter hos ekstremt traumatiserte mennesker.

Manuskriptet ble godkjent 29.9. 2005.

Vi takker Norges forskningsråd som gav støtte til etterundersøkelsen. Vi takker også Toril Dammen for gjennomlesing og gode råd.

Litteratur

- Eitinger L. Torturmetoder og følger. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 1860–2.
- Lie B. Torturskader – en medisinsk utfordring. Diagnostisering og behandling av falanga. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1073–5.
- Cohn J. Torturoverlevende i Norge – lægernes ansvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3383–5.
- Thomsen AB, Eriksen J, Smidt-Nielsen K. Neurogen smerte etter palestinsk henging. Ugeskr Læger 1997; 159: 4129–30.
- Norredam M, Crosby S, Munarriz R et al. Urologic complications of sexual trauma among male survivors of torture. Urology 2005; 65: 28–32.
- Hermansson AC, Thyberg M, Timpka T et al. Survival with pain: eight year follow-up of war-wounded refugees. Med Confl Surviv 2001; 17: 102–11.
- Thomsen AB, Eriksen J, Smidt-Nielsen K. Chronic pain in torture survivors. Forensic Sci Int 2000; 108: 155–63.
- Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD et al. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. J Pain 2004; 5: 195–211.
- Varvin S. Mental survival strategies after extreme traumatization. København: Multivers Academic, 2003: 445.
- Asmundson GJG, Coons MJ, Taylor S et al. PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. Can J Psychiatry 2002; 47: 930–7.
- Helseundersøkelsen 1995. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1999.
- Sørensen T. The feeling and anticipation of social support; Life stress and their impact on mental health. I: Kringlen E, Torgersen S, Abrahamson P, red. Psychiatry at the cross-roads between social science and biology. Oslo: Universitetsforlaget, 1991: 32–43.
- Lavik NJ, Laake P, Hauff E et al. The use of self-reports in psychiatric studies of traumatized refugees: Validation and analysis of HSCL-25. Nord J Psychiatry 1999; 53: 17–20.
- Diagnostic criteria from DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P et al. The Harvard Trauma Questionnaire. A cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Indonesian refugees. J Nerv Ment Dis 1992; 180: 111–6.
- Natvig B, Nessioy I, Brusgaard D et al. Muskel- og skjelettplager i en befolkning. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 323–7.