

Smarter – mer eller mindre, men er det alt?

■ LENE DÆHLEN

Spesialist i allmennmedisin (2005), og fastlege med praksis i Sørbyen legegruppe på Gjøvik. Hun har vært leder i Oppland legeforening 2006–13, og deltatt i KTV-prosjektet (Kollegabasert terapiveiledning) ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin UiO 2005–10.

■ ARILD AAMBØ

Lege, tidligere spesialist i allmennmedisin og gjennom mange år veileder for spesialistkandidater i allmennmedisin. Siden 2003 ansatt ved NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, nå som seniorrådgiver.

Allmennmedisinerens styrke ligger i at han ser sine pasienter gjentatte ganger over et langt tidsrom. Slik får han etter hvert inngående kjennskap til pasientens livssituasjon i en prosess hvor også den bærende relasjonen utvikles.

Selv om legen er ekspert på sykdom (og i noen grad på helse), er det pasienten som er ekspert på sin livssituasjon, og som vet hvilke tiltak det er mulig å gjennomføre.

I arbeid med kroniske smerter må legen være oppriktig interessert i å forstå hva smerte innebærer for nettopp det mennesket som gang etter gang oppsøker hjelp.

Når pasienter velger strategier som legen ser kan ha uheldige konsekvenser, er det viktig at legen ikke mister interessen for pasienten, men tilkjennegir sin bekymring og forklarer hva denne bunner i på en måte som pasienten kan forstå.

I arbeid med flyktninger og asylsøkere må legen i særlig grad være oppmerksom på muligheten for PTSD og faren for re-traumatisering.

Innledning

Flere studier tyder på at kroniske smertetilstander er betydelig overrepresentert i innvandrerbefolkningen, selv om det er stor variasjon fra nasjonalgruppe til nasjonalgruppe (1, 2). Det er heller ikke sjelden at en innvanderer henvender seg til sin allmennlege og ber om hjelp for mer eller mindre utbredte smerter i kroppen. Ofte er det enkelt å finne frem til virkningsfulle tiltak, men andre ganger er bildet sammensatt og diffust, og de betydningsfulle sammenhengene vanskelig å få øye på. I denne artikkelen vil vi presentere en historie om et slikt tilfelle. Den handler om en pasient som gjentatte ganger henvendte seg til legekontoret på grunn av smerter fra bevegelsesapparatet, og hvor det store, komplekse bildet først ble klart etter lang tid – med mange bekymringer og frustrasjoner underveis. Historien er «fiktiv» i den forstand at den ikke nødvendigvis dreier seg om en bestemt pasient, men er basert på vår mangeårige erfaring med lignende saker. Inspirert av Derrida (3) vil vi hevde at styrken i denne type historier ligger i at den henspiller på enkelte omgivende faktorer som virker inn i situasjonen, men uten at historien derved blir utflytende og ubestemmelig. Historien forsterker, ordner og økonomiserer omfattende og dyptgripende diskusjoner, fortolkningsmulighetene skifter etter hva som fremheves og hvilke skillelinjer som trekkes, og nye handlingsalternativer trer frem alt etter hva som blir forstått, hva som misforstås og hvilken overføringsverdi historien tillegges. Vi må derfor merke oss at kommentarene, som vi har flettet inn, kun er én av flere måter å se denne historien på. Videre må vi innse at det er utenfor rammen av en

slik artikkel å gå dypt inn i de diskusjonene som det refereres til. Sist, men ikke minst er det nå, i etterpåklokskapens lys at handlingsalternativene trer frem. Vi vil i kommentarene belyse historien fra en allmennpraktikers synsvinkel. Det er da vårt håp at allmennpraktikere vil kjenne seg igjen i de situasjonene som det fortelles om, og at historien, sammen med våre refleksjoner rundt enkelte av dens momenter, kan gi innsikt i en problematikk som ofte virker ubestemmelig.

Flyktningen Ivan

Han kom til Norge som flyktning tidlig på 90-tallet. Her ble han gift, og nå, i en alder av bortimot 50 år, forsørger han kone og to barn i skolealder. Sterk og velbygget, vel vant til tungt kroppsarbeid, oppsøkte Ivan lege først da han begynte å få vedvarende smerter i lysker, hofter og rygg, etter hvert også i begge knær, skuldre og armer. Smertene ble verre i perioder med mye fysisk belastning, og Ivan ba om noe smertestillende så han kunne fortsette i sin jobb. Etter litt utspørring kom det frem at Ivan arbeidet som murer, og at han, i likhet med mange andre innvandrere, måtte ha flere deltidsjobber for å få endene til å møtes. På grunn av jobbenes midlertidige og uvisse karakter, hang han i fra morgen til kveld for å unngå misnøye og kritikk. Legen rekvirerte røntgen av hofter og knær. Bildene viste kun begynnende artroseforandringer i hoftene, og en betrodd venn, som var utdannet fysioterapeut, startet da opp med massasje og øvelser. Men smertene vedvarte, og Ivan kom tilbake, igjen og igjen. Det kunne virke som om han selv var fullt klar over sammenhengen mellom smertene og de belastningene han utsatte seg for, men likevel vegret han seg tydeligvis for å foreslå endringer overfor sine arbeidsgivere.



I følge regjeringens *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–17* skal helsepersonell på alle nivåer ha kunnskap om sykdomsforekomsten i ulike innvandrergreper og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere et likeverdig helse- og omsorgstilbud. NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, har siden opprettelsen i 2003 vært en landsdekkende kompetanseenhet og et samlingspunkt for kunnskap om minoritetshelse, og tillegges i strategien et betydelig ansvar for et slikt kunnskapsløft.

I denne forbindelse er det bl.a. inngått et samarbeid mellom Utposten og NAKMI om en serie praksisnære artikler for å belyse problemstillinger som allmennpraktikere kan møte.

Evnen til å tåle smerte, et fenomen vi kan se hos toppidrettsutøvere, kan være gjenstand for beundring. Men den kan også maskere store personlige belastninger. ILLUSTRASJONSFOTO: A. AKBAR (SXCI)

All erfaring tilsier at det her må være en viss sammenheng mellom de belastningene pasienten utsettes for og de fysiske plagene han sliter med. Hvordan møter vi da, som allmennpraktikere, en mann med reelle plager fra mange muskelsystemer og som ikke ønsker endringer i forhold til sitt arbeid, men som tvert imot ber om smertestillende behandling for å kunne fortsette som før? Det er altfor lett i en slik sammenheng å tolke pasientens gjentatte besøk som kun et ønske om nye undersøkelser og ytterligere smertelindring, noe pasienten kanskje også selv gir uttrykk for. Før vi så går videre i historien, må vi derfor se litt nærmere på begrepet «smerte».

I følge *The International Association for the Study of Pain (IASP)*, defineres smerte som «en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig erfaring knyttet til pågående eller truende vevsskade, eller som blir beskrevet som slik skade» (4). Definisjonen, som omfatter både en emosjonell og en somatisk komponent, begge utløst av potensielt skadelige stimuli, løser opp i vår forestilling om at det er en nødvendig forbindelse mellom smerte og ødelagt vev. Samtidig utfordrer den ideen om at det finnes smerter som pasienter kun innbiller seg, og som er forskjellige fra den smerten som oppleves ved «virkelig» skade eller sykdom. For legen kan det ofte være nyttig å innta en pragmatisk holdning: Så sant en med rimelig sikkerhet kan utelukke at smerten er et symptom på underliggende sykdom, er smerte «det som den personen som opplever den sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den sier at den gjør det» (7). Selv om smerten således i sitt uttrykk er unik for hver og en av oss, har smerteopplevelser likevel det til felles at

smerten fungerer som en alarmmekanisme som beskytter organismen ved å få den til å trekke seg tilbake fra det som kan volde skade (denne beskyttende funksjonen blir tydelig når vi en sjelden gang møter pasienter som har pådratt seg store sår, skader eller mutileringer fordi smertesansen er skadet). Når vi sammenholder dette, kan vi se at smerte handler om en diskrepans, om at avstanden mellom slik ting er og slik ting burde være er uakseptabelt stor (5). En slik forståelse av smerte understøttes av nevrofysiologiske undersøkelser, og slik forstått blir smerten et signal om å endre adferd og en kraftig stimulus til læring (6).

Denne måten å betrakte smerter på gjør det lettere å begripe situasjonen både når smerten opptrer som tegn på overbelastning, skade eller sykdom, når vi opplever smerte på grunn av sosial konflikt, og når smerten er uttrykk for noe vi er spesielt vare for. Det er likevel ikke betydningsløst hvordan vi forholder oss til vår smerte. Håvve Fjell, en moderne fakir som er vant til å takle ekstreme smertepåkjenninger, beskriver to ulike mestringsstrategier som han selv bruker. Den ene er å ignorere den smertefulle følelsen og holde sinnet beskjefte med positive tanker, den andre er å utforske smerten bevisst fremfor å hengi seg til lidelsen (5). Det kan se ut som om også Ivan til ulike tider brukte disse strategiene, men det er forskjell på et stunt som kanskje går over noen timer, og det å holde ut smerten dag ut og dag inn. Nå søkte Ivan noe som kunne lindre plagene.

Historien forteller ikke hvordan legen reagerte i denne situasjonen, men det er vel nærliggende å tro at han ble bekymret når han så hvordan Ivan forsøkte å ignorere smerten. Enten bekymringen ble uttrykt

verbalt eller gjennom legens ansiktsuttrykk, ser det ut til at Ivan forstod budskapet.

Etter hvert fikk Ivan et noe lettere arbeid. Det medførte imidlertid at han måtte pendle. I tillegg til at han brukte et par timer på reisen hver vei, arbeidet han nå daglig 10 timer eller mer, ofte også i helgene. Smertene ble verre, nå vesentlig lokalisert i nakken, og da det tilkom parestesier og Spurlings test ble positiv, fikk Ivan henvisning til MR av nakken. Men dette ble utsatt gang på gang, og det tok nesten seks måneder før svaret forelå: en liten prolaps på samme side som der smertene strålte ut. Behandling ble foreslått, men høflig avvist, og Ivan fortsatte å jobbe som før.

Endringen i arbeidssituasjonen førte i dette tilfellet til en forverring av pasientens situasjon. Det kan se ut til at Ivan, skremt av erfaringen, igjen forsøker å slå seg til ro med situasjonen som den er – selv om smertene dog krever forklaring og visshet om at vitale organer ikke er skadet. Hans reaksjonsmønster vitner om en utholdenhet og evne til å tåle smerte; som vi ofte beundrer, for eksempel hos våre toppidrettsutøvere, men peker også på den arbeidssituasjonen mange innvandrere er i. Tall fra 2005/2006 viser at en relativt stor del av innvandrene kun er midlertidig ansatt (23 mot 11 prosent), og langt flere av dem som er ansatt har arbeid som er rutinepreget, og som hovedsaklig krever fysisk innsats (17 mot 3 prosent) (8). 24 prosent av de som ble intervjuet oppgir at de i løpet av de 12 siste månedene har vært arbeidsløse og jobbsøkende, og frykten for å miste jobben ser ut til å være utbredt (25 mot 19 prosent). I tillegg kommer at mer enn 20 prosent av innvandremenn opplever seg diskriminert ved ansettelse (8). Selv



om slike tall er ukjent for Ivan, er det på grunn av problemets omfang ikke urimelig å anta at han har hørt historier om andre innvandrere som enten har mistet jobben eller frykter for dette, og andre som av ulike grunner strever med å bli ansatt. Derfor er det ikke til å undres over om han i frykt for å bli til belastning for sin arbeidsgiver vegrer seg for å be om endringer. Om han skulle komme til å miste sin «goodwill», kan han lett miste den tilknytningen til arbeidslivet som han har, og i verste fall bli stående uten arbeid. Derfor må han rett og slett holde ut.

Det går nesten seks måneder før Ivan lar høre fra seg igjen. Et nytt moment kommer til: Han sover dårlig om natta og får ofte mareritt. Krigsopplevelsene kommer tilbake i drømmene. Men, selv om marerittene holder ham våken flere timer hver natt, vil han ikke snakke om dette. Heller ikke hans familie vet noe om hvorfor han har mareritt – han mener de ikke skal belastes og såres med dette. Smertene forverres.

Mangel på søvn forverrer smerter, og smerter kan forstyrre søvnen. Dette er velkjent. Men marerittene fra en tilbaketrukket krig bringer inn et nytt perspektiv. Kan det være at vi her står overfor et kronisk posttraumatisk stress-syndrom (PTSD)? I så fall, hvorfor har ikke dette kommet til uttrykk før? Kan det være at pasientens smerteproblematikk i den grad har preget legens oppmerksomhet at han over flere år ikke har hatt blikk for en slik tilstand? Eller har Ivan skjult sine problemer? Spørsmålene knytter an til en diskusjon som har pågått over lang tid: Enkelte klinikere hevder at mye smerte har psykiske årsaker og således kan behandles gjennom adferdsendring. Andre hevder at psykiske årsakssammenhenger har vært for mye vektlagt, og at de fleste som oppsøker lege på grunn av smerter lider av en fysisk tilstand, og at det er denne som medfører depresjon og angst (9, 10). I denne saken kan det vel godt dreie seg om en kombinasjon. Hvordan dette enn måtte forholde seg, synes det klart at Ivan har opplevd ting som han ikke er ferdig med, som plager ham, og som han vegrer seg for å snakke om, og han har det vondt.

Litt etter litt fikk legen innblikk i noen av hans tidligere krigserfaringer. Under borgerkrigen var han soldat i seks år. Han hadde deltatt aktivt i krigshandlinger i sitt eget boomeråde, hvilket hadde medført tap av mange slektninger og bekjente. Den gangen kunne han ikke tillate seg å sørge. Han måtte bare kjempe videre. Og da han kom til Norge, ble de følelsesmessige reaksjonene lagt fullstendig lokk på. Krigen skulle nå være en avsluttet del av hans liv. Men smertene, søvnvanskene og marerittene blir mer og mer påtrengende.

Det sies ikke, men en kan ane det: En følelse som gjerne går under betegnelsen 'survivor guilt'. Det handler om den dype skyldfølelsen som overlevende fra katastrofer med mange omkomne kan oppleve. Dels dreier det seg om en følelse av ikke å ha gjort nok for dem som ble drept, dels om å anse seg selv som uverdigg til å leve videre når så mange andres liv er gått tapt. Ivan har flyktet fra et område i krig, og det kan nå se ut som om han fortsetter flukten, men nå fra sine egne følelser, minner, og således også fra sin egen fortid. Og han lider. Både søvnproblemene (hyperarousal), marerittene (intrusions), og hans mulige 'survivor guilt' som han behendig unngår å snakke om (avoidance) peker i retning av et kronisk, posttraumatisk syndrom (11). Men hvorfor kommer dette frem først nå – etter alle disse årene her i Norge? Aktive, ubeviste fortrenningsmekanismer som forklaring på kroniske smerter er vel i dag på vikkende front (9). I likhet med mange andre traumatiserte, er da også Ivan klar over sin situasjon, og han vil sågar beskytte andre mot virkningene av sin traumatisering – særlig barna. Om dette er en god strategi eller ikke kan diskuteres, for når ting ikke kan snakkes om, men stadig må dysses ned eller unnviks, vil de andre gjerne lage sine egne fantasier om hva dette er, som til de grader må holdes skjult, og slike fantasier kan nok i enkelte tilfeller være like skremmende som virkeligheten. Men for Ivan ser det ikke ut til å være noen alternativer. Han er nok klar over «hva han har i bagasjen», men kan ikke tillate seg «å pakke opp» her og nå. Selv om de traumatiske opplevelsene en gang ble «pakket» sammen med ressursen han nå kan ha bruk for i hverdagen, må han holde «kofferten lukket» og traumene på avstand – nettopp for å klare hverdagen. Men konflikt koster, og når den pågår over lang tid og er kombinert med en belastende, smertefull og stressende jobbsituasjon med liten tid til restitusjon, truer utmattelsen. Så skjer det noe dramatisk:

På vei til jobb i Oslo blir Ivans bil påkjørt bakfra. Ivan blir brakt inn til sykehusets traumemottak og utredet, bl.a. med MR. Det finnes ingen brudd eller alvorlige skader, og prolapsen, som tidligere er beskrevet, er nå borte. Likevel, etter denne hendelsen øker smertene betydelig og han klarer ikke lenger bruke armene. De kjennes kraftløse, han får hevelser og parestesier i hendene og smertene spres på. Den øvre delen av ryggen stivner til, og Ivan kjenner seg nå helt invalid.

Ivan blir utsatt for et nytt traume og utvikler da en rekke symptomer som det ut fra kliniske undersøkelser ikke finnes orga-

nisk grunnlag for. Men nå begynner også sammenhengene å tre mer tydelig frem: Ivan har også tidligere opplevd livstruende hendelser, han har sett folk bli drept og sannsynligvis har han også følt ekstrem frykt og maktesløshet. Han lever med kroniske smerter. Kreftene svinner, og nå blir han altså til overmål utsatt for en ny ulykke med truende vevsskade. Den symbolske virkningen av å bli påkjørt bakfra kan her være av betydning. Er det slik at han nå på brutalt vis er «innhentet» av sin egen fortid? I så fall, hva er mønsteret som forbinde den aktuelle ulykken til krigshandlingene, som knytter her-og-nå situasjonen til der-og-da? Kan dette være å finne i selve hendelsen, i opplevelsen av å bli påkjørt bakfra? Eller er det den nye opplevelsen av smerte og maktesløshet som vekker minnene? Men også, kan påkjørselen ha medført en lettere contusio medulla spinalis (17) og kraftløsheten i armene skrive seg fra denne? Uansett hvordan dette nå måtte være, igjen er det hans fysiske tilstand som står i sentrum, og Ivan ser ut til å profitere på den fysiske behandlingen.

Han blir sykmeldt, henviser til nevrolog, senere til manuell terapeut og etter hvert til en smerteklinikk hvor han får injeksjonsbehandling i nakkemusklene. Etter å ha blitt noe bedre, friskmelder Ivan seg så for å kunne reise ut av landet og besøke sine slektninger. Han ville ikke være Norge til byrde. Denne friskmeldingen førte imidlertid til misforståelser i NAV, og da han kom tilbake, uteble utbetalingene. Kommunikasjonen mellom ham og NAV stoppet også opp, med det resultat at Ivan var uten penger i flere måneder. Han klarte ikke lenger å betale sine regninger, og da han kom tilbake til legekantoret, var krisen akutt. Enhver stolthet var forsvunnet. Hans verden var gått i knas, og selvmordet så ut til å være eneste utvei. Svær krise.

Ivan kunne leve med smerter og traumer, men det hele blikker over når han ikke lenger kan gjøre opp for seg og forsørge familien, samtidig som sikkerhetsnettet smuldrer bort i gjensidig skepsis og misforståelser. Er han da plaget av 'survivor guilt' i en slik grad at han ikke opplever seg berettiget til livet? Opplevs avvisningen og ekskluderingen fra NAV som et ytterligere tegn på hans uberettigelse og manglende tilhørighet? En oversiktsartikkel over 50 studier som belyser sammenhenger mellom PTSD og selvmord viser at der er en assosiasjon mellom PTSD på den ene siden og suicidale tanker og suicidforsøk på den andre, men en har ikke har kunnet påvise flere begåtte selvmord i denne gruppen (12). Så kan en spørre seg: Hva betyr mest for flyktningenes psykiske helse: situasjo-



nen her i Norge eller tidligere traumatiske opplevelser? De siste årene har evidensen begynt å gå i retning av at det snarere er problemer med tilværelsen i mottakerlandet enn medbrakte traumer som i slike tilfeller er utslagsgivende. Dette får støtte bl.a. i Statistisk sentralbyrås materiale fra 2005/2006 (13). Men det kan vel heller ikke utelukkes at traumatiske hendelser fra opprinnelseslandet kan ligge bak noen av de vanskene Ivan og andre innvandrere møter i Norge. For oss allmennpraktikere blir imidlertid spørsmålet: Hvilke konsekvenser får slike betraktninger for vår behandling av slike tilfeller?

Ivan fikk kontakt med akutt ambulant team under psykiatrisk avdeling ved lokalsykehuset – derfra daglige møter med to fra teamet. Allmennpraktikeren engasjerte seg i forhold til NAV og økonomien. Misforståelsene ble oppklart. Han ble satt i kontakt med en dyktig psykolog ved DPS, sykmeldt 100 prosent og det ble startet PTSD-rettet terapi. Kona ble involvert. Han fikk forskrevet SSRI og gabapentin, ibuprofen og paracetamol. Etter to år i samtalerapi er han så i fin bedring – etter ytterligere et knapt år, rimelig arbeidsfør. Smertene er mindre, han har bedre innsikt i egen situasjon, har gjenfunnet sin selvrespekt og framstår igjen som «fit for fight», klar for nye arbeidsoppgaver (med litt hjelp i forhold til begrensninger så han ikke overbelaster seg igjen).

Noen ganger skal det en stor krise til før det virkelig skjer endring. Her utløste krisen en betydelig innsats fra hjelpeapparatet, og Ivan fikk hjelp på flere nivå samtidig. Det sosiale og det økonomiske – det vil si misforståelsene, utbetalingene fra NAV og regningene – blir ordnet opp i, takket være allmennpraktikerens engasjement. Ivans kropp får avlastning og restitusjon gjennom sykmelding, godt understøttet av medikamentell behandling. Og han får profesjonell hjelp til å endre sitt tenkesett. Vi vet ikke hva Ivan snakket med psykologen om, men kanskje var det hans oppfatning av livet som en kamp, hvor det handler om å tåle og å holde ut, som etter hvert endret seg i retning av en sterkere opplevelse av å høre til, av å være berettiget?

De siste tre år har Ivan hatt en utrolig personlig utvikling og for tiden er han i 50 prosent jobb som servicemann i sin tidligere bedrift, nå med lettere fysisk arbeid.

Litt om behandling av PTSD

«Det går som oftest bra!» sier vi. Det gjorde det også i denne saken – til slutt. Men, hva om pasienten ikke ville gå til psykolog eller om DPS ikke var innen rekkevidde?

Hva kan allmennpraktikeren da gjøre? Vi vil først fremheve noe av det allmennpraktikeren gjorde i denne saken: Han interesserer seg for hva Ivan tenker om sin egen situasjon. Gjennom sine spørsmål belyser han sammenhenger, han tilbyr forklaringer, uttrykker bekymring og rekvirerer også noen få undersøkelser for å utelukke at organisk sykdom er under utvikling. Videre tilbys behandling, igjen og igjen, selv om pasienten gang på gang avslår eller utsetter. På denne måten utvikles tillit til at legen ønsker å forstå, og at han vil pasienten vel. Han bryr seg og tar de presenterte problemene på alvor. I etterpåklokskap kan en så spørre seg: Burde legen i dette tilfellet ha gjort mer for på et tidligere stadium å diagnostisere PTSD? Vår holdning er at en må være varsom når det gjelder å avdekke og navngi ting som pasienten ikke kan håndtere. Og her, uten at legen presser på, kommer Ivans historie likevel frem, litt etter litt etter hvert som «sikkerhetsnettet» utvikles. Og når krisen inntreffer og selv-mordstankene blir overveldende, så er det allmennpraktikeren han henvender seg til. Han er moden for hjelp, og det settes i gang tiltak på alle nivå – samtidig. Det skaper synergieffekter. Allmennpraktikeren forskriver og samordner, og, når det virkelig gjelder, viker han heller ikke tilbake for å hjelpe til med å rydde opp i praktiske forhold – som for eksempel pasientens økonomiske situasjon.

Allmennpraktikeren blir således viktig som tilrettelegger. En effektiv tilnærming til PTSD krever imidlertid noe mer. Nå må det sies at selv om det tradisjonelt sett ikke har vært allmennpraktikerens oppgave å bedrive psykoterapi, er det i dag flere som interesserer seg for kognitive terapiformer. En metastudie (14) viser at både traumefokusert kognitiv adferdsterapi (15) og EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) er virkningsfulle i behandlingen av PTSD. Begge terapiformer henvender seg direkte til pasientens plagsomme minner om de traumatiske hendelsene. De undersøker hvilken mening pasienten tillegger hendelsene og hvilke konsekvenser de har for hans hverdag. Men det er grunn til aktsomhet. Erfaringen viser at etter at pasienten har fortalt om

sine traumatiske opplevelser, kan det komme flere dager med tungsinn og depresjon før bedring inntreffer. Det er da viktig at pasienten opplever å ha kontroll over sin egen situasjon og historie, og regelen må derfor være at pasienten selv bestemmer hvorvidt han eller hun er moden for og har anledning til slik behandling. Langt nær alle er i en situasjon hvor de kan tillate seg det, og dette er det viktig for legen å være var for. For øvrig henvises til spesiallitteratur på området (18–20).

En generell tilnærming

Om vi så til slutt skal gi noen generelle råd til leger som står overfor slike sammensatte, uklare problemstillinger, måtte det være at legen viser oppriktig interesse for å forstå hva smerte innebærer for akkurat det mennesket som oppsøker hjelp. Det dreier seg om åpenhet, både i forhold til personen som målbærer smerten, vedkommendes strategi for å takle den og sammenhenger som den lidende opplever som betydningsfulle. Dette vil ofte kreve at legen ser pasienten gjentatte ganger, både for

Ofte er smerte forbundet med fysiske symptomer, men det er ikke alltid man finner en fysisk forklaring.

ILLUSTRASJONSFOTO: L. GRAINDOURZE (SX)





å kunne forstå kompleksiteten i vedkommendes livssituasjon og for å bygge allianse og tillit. Da må legen også tåle at pasienten gjør valg som i et helseperspektiv kan virke lite gunstige. Likevel kan han reflektere rundt det pasienten sier, understreke hva han som lege kan gå god for, undre seg, og dersom han ser at det bærer galt i vei, både uttrykke sin bekymring og forklare hva denne bunner i. I en slik prosess vil det ofte være viktig å bruke tolk, selv om pasienten snakker bra norsk. Det ligger en stor trygghet i det å kunne formidle seg på eget språk. Ordene kommer lettere, og kontakten med

egne følelser er sterkere. Ved det minste tegn til språkvansker vil det derfor være viktig at legen vurderer behovet for tolk – ikke minst for sin egen del (21). I dette tilfellet ville Ivan slett ikke høre snakk om tolk når han var hos allmennlegen. Han ville klare seg selv, noe legen da aksepterte. Og så, til slutt: Når helsa skranter, smertene trykker, og krigsminnene herjer, må en som behandler være var for faren for retraumatisering. Det kan skje så vel i møte med hverdagslivets viderveddigheter som i møte med det norske helsevesenet, slik vi så det i denne saken.

Oppsummering

For en utenforstående kan det virke som om denne pasienten har levd sitt liv etter metaforen «Livet er en kamp» (16). Så lenge vitale organer fungerer, gjelder det å tåle smerten og holde ut i kampens hete. Dette var trolig en nødvendig overlevelsesstrategi for Ivan under borgerkrigen, men «kampen» så ut til å fortsette også her. Spørsmålet som da reises er om drivkraften kan sees som et utslag av kronisk PTSD hos en pasient som flykter fra sin fortid, eller om hans anstrengelser motiveres av livssituasjonen her-og-nå, en situasjon som er preget av usikkerhet på arbeidsmarkedet, og, ikke minst, behovet for å forsørge og beskytte familien – særlig barna. Til tross for at allmennpraktikeren i denne saken etter hvert fikk innsikt i Ivans situasjon, uteble vesentlige endringer inntil det inntraff en krise, hvor livsgrunnlaget forsvant, og med dette det som måtte være igjen av Ivans følelse av tilhørighet og berettigelse.

Når det gjelder behandling av symptomer ved PTSD, er det anbefalt at alle med diagnosen tilbys traumefokusert psykoterapi som førstevalg, da dette har vist seg å gi bedre resultater enn farmakoterapi. For de fleste vil det i slike tilfeller være naturlig og ønskelig å samarbeide med en psykolog. På det generelle plan er det likevel mye en allmennpraktiker kan gjøre som tilrettelegger, for å styrke pasientens opplevelse av høre til og å være berettiget på linje med alle andre. Interesse for pasienten og hans livssituasjon og viljen til å engasjere seg – kanskje til og med strekke seg litt for å nå frem med hjelpen – står da sentralt.



Mange føler seg avkledd og sårbare når de skal sette ord på sin smerte.

ILLUSTRASJONSFOTO: P. KUMBERKA (SXC)

REFERANSER

- Kumar, B.N. og medarbeidere (2008) The Oslo Immigrant Health Profile Oslo: Folkehelseinstituttet
- Blom, S. (2008) Innvandreres helse 2005/2006. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Derrida, J. (1987) The Truth in Painting Chicago: The University of Chicago Press (s. 7).
- Merskey, H. (2005) Terms and Taxonomy: Paper Tools at the Cutting Edge of Study i H. Merskey et al (red.) The Paths of Pain 1975–2005. Seattle: IASP Press (s. 331).
- Aambø, A. (red.) (2007) Smertesmerter – Smerteopplevelse og adferd. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag s. 10.
- Brodal, A. (2007) Smertens nevrobiologi, i A. Aambø Smertesmerter – Smerteopplevelse og adferd. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Rustøen, T. (2007) Sykepleie, smerte og smertelindring, i A. Aambø Smertesmerter – Smerteopplevelse og adferd. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Blom, S. og Henriksen, K. (2008) Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå (s. 76–82 og s. 128–136).
- Merskey, H. (2005) Psychiatry and Pain: Causes, effects, and Complications, i H. Merskey (red.). The Paths of Pain 1975–2005. Seattle: IASP Press (s. 421–431).
- Brunet, A. (2007) Don't Throw Out the Baby With the Bathwater (PTSD Is Not Overdiagnosed) The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 52, No. 8, s. 501–2.
- Malt, U. (2009) Posttraumatisk stresslidelse, i Store norske leksikon. 24.1.2014: http://snl.no/posttraumatisk_stresslidelse.
- Kryninska, K. og Lester, D. (2010) Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. Arch Suicide Res. 2010, Vol. 14Nr. 1, s 1–23.
- Blom, S. (2010) Sosiale forskjeller i innvandreres helse. Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå (s. 30).
- Bisson, J.I. og medarbeidere (2007) Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry Vol. 190, s. 97–104.
- Johnsen, G.E. (2010) Traumefokusert kognitiv adferdsterapi. Utposten Nr. 3, s. 24–27.
- Lakoff, G. og Johnsen, M. (1980) Metaphors We Live By Chicago: The University of Chicago Press.
- Roth, E.J. og medarb (1990) Traumatic central cord syndrome: clinical features and functional outcomes. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 71 (1): 18–23.
- Knauss, C. og Schofield, M.J. (2009) A Resource for Counselors and Psychotherapists working with Clients Suffering from Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne, VIC: PACFA School of Public Health, La Trobe University.
- Dahl, S. og medarb. (2006) Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder. Oslo: NKVTS.
- Helsedirektoratet (2010) Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente IS-1022 (<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/Sider/default.aspx>).
- Le, C. (2013) Når er «litt norsk» for lite? Oslo: NAKMI rapport 2/2013.

■ LENESELNES@GMAIL.COM
■ A.AA@NAKMI.NO