

DE UFORKLARLIGE SMERTER

-UDFORDRINGER OG PARADIGMER



Af Lene Pilegaard

Stigende forekomst af "uforklarlige lidelser"

Der er en stadigt stigende forekomst af uforklarlige lidelser: F.eks. kronisk træthedssyndrom, fibromyalgi, lænderygsmerter, irriteret tyktarm, whiplash og "bækkenløsning", som er defineret som funktionelle lidelser (se faktaboks). Lidelsen "bækkenløsning" er

dog fjernet fra listen over funktionelle lidelser. I stedet er den erstattet med "kroniske bækkensmerter" som værende en funktionel lidelse i stedet for i relation til de "uforklarlige symptomer", hvor der er kroniske smerter i bækkenet uden forklarlig årsag.



FUNKTIONELLE LIDELSER:

Funktionelle lidelser anvendes som samlebetegnelse for tilstande eller lidelser, hvor personen oplever vedholdende, fysiske symptomer, der påvirker den daglige funktionsevne og livskvalitet, men hvor man ved undersøgelse ikke kan påvise mangler eller defekter ved kroppen og dens funktioner. Forståelsen af funktionelle lidelser udfordrer den klassiske forestilling om, at sygdomme enten er fysiske eller psykiske, og sætter fokus på forskellige sygdomsforståelser. Denne type af lidelser sætter desuden brugen af diagnoser på spidsen.

Kritikere af betegnelsen funktionel lidelse og anvendelsen af behandlingsmetoder og diagnosekoder inden for psykiatrien ser dette som en stigende psykiatisering, hvor mange forskelligartede lidelser af først og fremmest somatisk karakter, placeres i psykiatrien med mange negative konsekvenser til følge (blandt andet stigmatisering, forringet mulighed for pension, etc.)

Disse lidelser er "medicinsk uforklarlige" fordi:

- Videnskaben ikke er i stand til at finde klare og enkle fysiologiske årsager til disse lidelser
- Videnskaben har svært ved at klassificere disse lidelser
- De udfordrer den traditionelle opdeling mellem krop og psyke

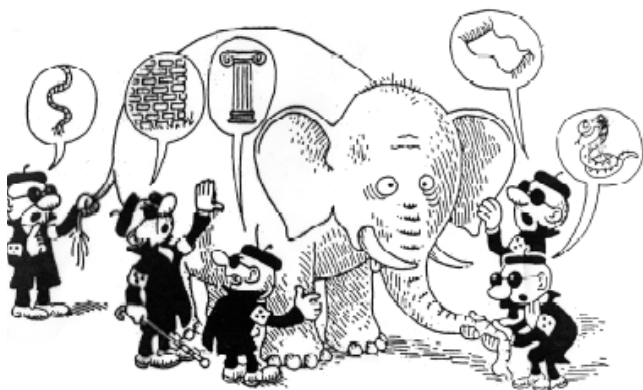
Giver det overhovedet mening at anvende diagnoser, hvis man ikke kan give en fysiologisk forklaring af eller påvise en fysiologisk årsag til lidelsen – og ydermere måske ikke kan anvise en behandling?

Hvad kan man i så fald overhovedet bruge diagnosen til?

Der bør også være et andet og meget væsentligt fokus på de problemstillinger, der opstår, når diagnosen "funktionel lidelse" flyttes over i og anvendes af andre systemer, særligt i forbindelse med tildeling af sociale- og forsikringsmæssige ydelser.

Er det så i virkeligheden for at tilfredsstille vores sociale system og til gavn alene for forsikringselskaber, at diagnosen "funktionel lidelse" anvendes?

Paradigme omkring de "uforklarlige lidelser"



De to brede rammer som opfattelsen af sundhed og smerter opererer inden for udgøres af den biomedicinske og den bio-psyko-sociale ramme. Mens den bio-medicinske model har reddet millioner af liv, fejler denne model, når det drejer sig om de præmisser, der relaterer sig til kroniske smertepatienter og for patienter, der lider af de "uforklarlige smerter", da sygdomsopfattelsen udelukkende defineres som en forklarlig biologisk proces, som kan helbredes (apparatfejlsmodellen).

Som kontrast fokuserer den bio-psyko-sociale model, på sammenfald af både biologiske, psykologiske og

sociale forhold, hvor de er medvirkende faktorer til sygdom/lidelse som forklaringsmodel. Simpelt forklaret "vi behandler processer og ikke anatomi".

Som artiklen "Bækkensmerter der varer ved efter fødsel eller traume" i dette blad omhandler, kan der være et utal af årsager, kombinationer og problematikker omkring smerter relateret til bækken og hvorfor disse kan vare ved i årevis og ligeså svære at diagnosticere og behandle. Ikke to patienter er ens og det gør det svært for vores sundhedssystem at tackle og ikke mindst patienterne selv, der ofte havner i lange uafklarede forløb uden diagnose og forklaringer på, hvorfor smerterne varer ved og hvorfor symptomerne er så uforklarlige som de er.

Udfordringen ved at være uden evidens - og kun have set mønstre og have praktisk erfaring

Bækkensmerter.dk har i de forløbne år set mønstre, der gentager sig og prøvet at viderefordre viden om de hyppigste årsager til bækkendysfunktion og givet råd og vejledning om de behandlingsformer, som vi har set gode resultater ud fra.

Vi har i Bækkensmerter.dk store udfordringer, idet vi ikke selv er uddannet inden for sundhedssystemet, men alene i besiddelse af viden tilegnet via erfaringer og ikke via evidensbaseret forskning. Jeg ser det som en stor udfordring, og ønsker på den ene side, at der skal forskes i bækkendysfunktion / kroniske bækkensmerter, men er det så også realistisk at kunne lave ensartet og entydig forskning, når årsager og kombinationer af disse kan være utallige?

Smerter er et symptom og hele pointen er, at samme slags smerter kan opstå af forskellige årsager og kombinationer af årsager.

Det må nødvendigvis give nogle udfordringer for sammenligningsgrundlag for, hvornår der er evidens og entydig sammenligningsgrundlag for enten det ene eller det andet? Det kunne være ønskeligt, hvis der i stedet var mere fokus på mønstre og mulige sammenhænge i stedet for kun ensidigt at have fokus på, hvad der kan laves entydig evidens på.

Er det tid at ændre retning?

Man kan tro på, at problemerne kan løses ud fra den viden og de erfaringer, man har gjort sig og at de over tid kan løses med de samme videnskabelige metoder, som anvendes i forhold til andre sygdomme. Det vil sige, at troen på, at observationsstudier, randomise-

rede kliniske undersøgelser (RCT) ordning af symptomer og klassifikation i sidste ende kan føre til en bedre forståelse af disse lidelser.

Den grundlæggende forståelse af evidensbaseret praksis bygger i meget korte træk på et tankesæt, der i forhold til ætiologi overvejende har favoriseret enkle og simple årsagssammenhænge over komplekse og multifaktorielle årsager og som har fastholdt en opdeling af årsagsforklaringer mellem krop og psyke (dualisme). Desuden har ambitionen i evidensbaseret praksis været klart og tydeligt at kunne klassificere symptom- og adfærdsmønstre i diagnosegrupper og herfra videre ned i sub-grupper i forhold til at kunne etablere prognose og behandling. Men her viser disse "uforklarlige" lidelser sig at nå grænsen for dette tankesæt. Disse patienter synes nemlig at have en uensartet og unik kombination af symptomer og sygdomsfremstilling. De er så at sige unikke og ikke to patienter er ens. Der er ikke ret meget, der tyder på, at det er realistisk, at vi kan finde en standardiseret forklaring i forhold til de "uforklarlige symptomer".

Skal vi gentænke det hele?

Så hvordan skal vi begynde at gentænke forholdet mellem årsag og virkning i relation til sygdom og behandling, når det er så svært at påvise en forbindelse mellem årsag og virkning?

Man kan måske ud fra et evolutionært og biologisk synspunkt ændre hele konceptet med, hvad smerte og andre symptomer egentlig er:

- At de er højt udviklede forsvarsmekanismer og ikke kun "defekter" eller "fejlfunktion" – At "apparatfejlsmodellen" ikke giver forklaring nok.
- At der er en klar mening ud fra et evolutionært synspunkt, hvorfor der er smertesensibilisering (øget smertefølsomhed) og de "uforklarlige smerter"



Pain is a defender, not an offender

Så længe vi kun har kvalificerede gæt på, hvad der kan være nogle af de typiske og hyppigste årsager til kroniske bækkensmerter og velvidende, at der kan være utallige årsager og kombinationer af disse, er det ikke ensbetydende med, at alting altid kan forklares.



I princippet kan årsagsforhold vise sig at have mange forskellige sammenhænge og symptomer.

Årsagsforklaring er så at sige ikke "sikker". Det betyder, at for at kunne fastslå, at der er en årsagssammenhæng mellem noget og noget andet, bør der være flere typer af evidens, der peger mod samme tilbøjelighed. Hvis der alene er ensidig fokus på randomiserede kliniske undersøgelser, risikerer vi at ikke kunne finde alle årsagerne og få "hele billedet". I tilfældet med kroniske bækkensmerter, hvor der netop kan være et utal af kombinationer og sammenhænge, giver det heller ingen mening at lave randomiserede kliniske undersøgelser med fokus på evidens på enkeltstående årsager, da der ikke er to tilfælde, der er ens.

Evidensbaseret medicin er fortsat præget af et tankesæt, som antager, at vi kun kan anskue et menneske som en kombination af separate dele (celler, organer osv.) eller som en kombination af biologiske, psykologiske og sociale fænomener. Opdelingen af specialer i lægevidenskaben er et eksempel på, at vi antager at de forskellige dele og dimensioner af menneskelig sygdom kan studeres hver for sig,

Men er det nu også tilfældet?

Læs også gerne mere her: <http://patientdanmark.dk/Psykiatrisering.html>