

Barn med langvarig smerte: Fanget i vonde sirkler – veier ut

Brith Klæboe Ramberg og Trond H. Diseth

Barn med langvarig smerte: Fanget i vonde sirkler – veier ut

I et helsevesen som fortsatt er preget av en dualistisk forståelse av kropp og sinn, kan barn med langvarig smerte lett falle mellom to stoler. Det er behov for en mer helhetlig tilnærming. Langvarig smerte er et stort helseproblem som rammer rundt 30 % av den voksne befolkningen. Ulike smertetilstander er den viktigste årsak til langtids sykefravær og uførhet (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). For flere kan grunnlaget ha blitt lagt i barneårene (Brattberg, 2004). Forekomsten av smerte blant barn er ikke like godt kartlagt. Levekårsundersøkelsen 2005 oppga at 6 % av barna i aldersgruppen 6#10 år og 12 % i alderen 11#15 år hadde langvarige smerteplager. En studie av 13#18-åringer i Nord-Trøndelag viste at 19,1 % var ukentlig plaget av langvarige muskel- og skjelettsmerter, magesmerter eller hodepine, og 10,2 % var daglig plaget (Hoftun, Romundstad, Zwart & Rygg, 2011). Forbruket av smertestillende medisiner blant norske 15#16-åringer har steget betydelig de siste årene (Lagerløv, Holager, Helseth & Rosvold, 2009). Å sette inn tiltak som kan forebygge kronifisering og sykdomskarriere som voksen, synes derfor viktig.

Psykologiske faktorer ved all smerteopplevelse bidrar til å regulere nervetraffikk, avgjøre hvilke smerteimpulser som når hjernen, hvilken betydning smerten får for den enkelte

Dagens helsevesen er fortsatt preget av en dualistisk forståelse av at langvarige smertetilstander *enten* er fysisk *eller* psykisk betinget. Dersom det ikke kan påvises kjent grunnsykdom, antas problemene å være psykisk betinget. Behandling av kroppen og av psyken er som regel organisert i separate institusjoner med ulik tilnærming og kompetanse. Å bli henvist til psykisk helsevern for sitt smerteproblem kan lett implisere antakelse om psykisk lidelse eller at smerten ikke er reell, noe som kan oppleves som stigmatiserende. Ikke sjelden ser en at foreldrene i stedet for å søke hjelp i psykisk helsevern søker stadig nye somatiske utredninger for barna sine.

Som psykolog på et somatisk barnesykehus vil en rutinemessig bli trukket inn ved utredning og behandling av langvarige og uavklarte smertetilstander. Dette gir psykologen erfaring med denne type tilstander samtidig som det organisatorisk ligger til rette for en tverrfaglig tilnærming. Ved innleggelse har disse barna som regel utviklet et omfattende skolefravær og står i en livssituasjon preget av begrensninger i aktivitet og livsutfoldelse.

I nyere smerteforskning understrekes i økende grad behovet for en biopsykososial tilnærming både i kartlegging av relevante årsaksfaktorer og i behandlingen. I denne artikkelen vil vi presentere

en biopsykososial smertemodell med fokus på både nevrofysiologiske og psykososiale faktorer. Videre vil det bli presentert relevant forskningslitteratur og gitt kliniske illustrasjoner fra en somatisk barneavdeling. Med dette ønsker vi å belyse hvordan man ved psykologiske tilnærminger kan hjelpe barnet og barnets familie til å bryte ut av sin fastlåste situasjon, sine «vonde sirkler», for å kunne gjenoppta normal aktivitet.

Smertebegrepet

Den internasjonale smerteforeningen (IASP) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet i form av slik skade» (Merskey & Bogduk, 1994, vår oversettelse).

Definisjonen viser til at smerte er en subjektiv opplevelse, at den kan være både sensorisk og følelsesmessig betinget, og at det ikke trenger å foreligge skade i vev. Evolusjonsmessig er smertepersepsjon nødvendig for beskyttelse og overlevelse. Smertesansen kan forstås som organismens alarmberedskap for å varsle mulige farer (Butler & Moseley, 2003).

Det er vanlig å skille mellom akutt og langvarig («kronisk») smerte. Begrepet akutt smerte benyttes der smerten kan relateres til en samtidig infeksjon, skade eller truende skade i kroppen. Smerten vil avta etter hvert som kroppen leges. Langvarig smerte betegner at smerten varer utover det som medisinsk sett er forventet, eller at en ikke samtidig har kunnet påvise organiske endringer som gir tilstrekkelig forklaring på tilstanden.

Smerte i biopsykososialt perspektiv

Det innebar et paradigmeskifte i forståelse av smerte da Meltzack og Wall (1965) fremsatte sin portkontrollteori som åpnet for å forstå betydningen av psykologiske faktorer i regulering av smerte. Senere er det også utviklet modeller som vektlegger betydningen av sosial læring (Fordyce, 1982).

Knardahl (2001) har med utgangspunkt i nå grunnfestede antakelser i det internasjonale smertemiljøet presentert en modell som beskriver hvordan biologiske og psykososiale mekanismer virker sammen ved smerte: Basalt i modellen er *nocisepsjon*; de impulser knyttet til smerte som til enhver tid går i nervesystemet. Impulsene gir informasjon fra sensorer om den generelle tilstand i vevet og eventuelle skader. Slike impulser ledes fra perifert vev til sentralnervesystemet via

nervefibre i ryggmargen. Mekanismer i ryggmargens dorsalhorn og i hjernestammen kan fremme og forsterke, eller hemme denne aktiviteten og avgjøre hvilke signaler som når hjernen.

Smertepersepsjon; personens opplevde ubehag, skjer først når signalene når bevisstheten og det gis *oppmerksomhet* mot innkommende stimuli. En vil ha en *kognitiv vurdering* av om dette representerer en *trussel* eller er uviktig. Dersom signalene oppfattes som uviktige, blir oppmerksomheten rettet mot andre forhold og impulsene hemmes. Dersom de oppfattes som en trussel, vil smerten fylle større deler av personens oppmerksomhet og avstedkomme omstillingsreaksjoner. *Emosjonelle forhold* forbundet med smerte, som engstelse, tristhet og hjelpeløshet, vil kunne aktiveres og intensivere lidelsesaspektet ved smerten.

Smerteforståelsen vil avgjøre hvilke følger smerten får. Dette er rammen for tolkning av smertens *trusselverdi*; det en i en bestemt kontekst antar som årsak til og virkning av smerte. Smerteforståelsen baseres på tidligere smerteerfaringer og informasjon fra omgivelsene. *Smerteatferd* er atferd som følge av smerte eller for å unngå smerte og den måten personen viser sin smerte på til andre. Smerteatferd læres og opprettholdes i samspill med omgivelsene.

Modellen beskriver hvordan psykologiske faktorer ved all smerteopplevelse bidrar til å regulere nervetraffikk, avgjøre hvilke smerteimpulser som når hjernen, hvilken betydning smerten får for den enkelte, og hvordan dette kommer til uttrykk sosialt. Modellen framhever betydningen av faktorer som oppmerksomhet, forståelse og sosial læring.

Nevrofysiologiske faktorer som kan forsterke og vedlikeholde smerte

Vedvarende smerte uten påvist organisk grunnlag for nocisepsjon kan belyses ut fra hvordan smerte blir forsterket og vedlikeholdt i nervesystemet.

Vedvarende stimulering av smertefibre kan føre til *sensitivisering*, det vil si at følsomheten øker med senket smerteterskel som resultat. Smertenevronene i ryggmargen kan motta impulser fra et større vevsområde, samt at sansenevrone som tidligere ikke formidlet smertesignaler, kan bli koblet til. Kraftig stimulering av nerveceller i ryggmargen kan også føre til mer permanente endringer av synapser, en langtidspotensering, og smerte kan da vedvare i lang tid etter at skaden er leget (Knardahl, 2001). At sterk smerte ikke forutsetter perifer skade i vev, tydeliggjøres ved såkalte fantomsmerter, opplevde smerter fra en amputert lemsdel. Det er vist at fantomsmerter er relatert til kortikale mekanismer (Rosén, 2002). En har antatt at tidligere smerteerfaringer kan være lagret i sentralnervesystemet som hukommelse og kunne reaktiveres (Zeltzer & Schlank, 2005), eller at

smerten kan være relatert til en forstyrrelse i samarbeidet mellom hjernens motoriske og sensoriske systemer (Mc Cabe & Blake, 2007).

Psykologiske belastninger og stress kan sensitivisere smerteformidlende systemer og gi økt reaktivitet. Situasjoner med vedvarende belastninger og stress kan via aktivering av det sympatiske nervesystemet sensitivisere sensorene, slik at de lettere fanger opp signaler i kroppen (Ursin & Eriksen, 2010). Vedvarende psykisk stress med liten opplevd kontroll i situasjonen kan gi angstsymptomer; noe som også senker smerteterskelen. Det er individuelle forskjeller både i smertefølsomhet og stressfølsomhet hos barn. Genetiske faktorer har betydning (Nielsen, 2008), og noen barn kan ha en overfølsomhet for smerte relatert til sentralnervøse forhold (Blomhoff, Diseth, Jacobsen & Vatn, 2002).

Hvordan smerte moduleres i et plastisk nervesystem, belyser hvordan smerte opprinnelig initiert av kroppslige forhold kan vare ved, men også kan reaktiveres, forsterkes og vedlikeholdes over tid av psykososiale forhold. Et skille mellom psyke og soma gir derfor liten mening.

Psykososiale faktorer som kan forsterke og vedlikeholde smerte

For det enkelte barn kan psykososiale forhold i ulik grad ha bidratt til at det har utviklet langvarig smerte. Enkelte sider ved oppvekst, psykososiale belastninger og kontakt med helsevesenet vil her bli trukket fram.

Sykdomsfortolkning og læring i familien. Barns fortolkning av signaler fra kroppen vil i stor grad være formet av foreldrenes vurderinger. Mageknip er vanlig hos barn og vil i *en* familiekontekst kunne bli forstått som forbigående. Foreldrene vil roe ned og avlede barnet, avvende utviklingen, og som oftest går smertene da over. I en annen familie der smertesignaler har høy trusselverdi, kan konsekvensene av samme hendelse bli annerledes. Garralda (1996) foretok en systematisk gjennomgang av litteratur for å kartlegge ulike psykososiale faktorer som synes særlig korrelert med langvarig smerte hos barn. Høy forekomst av og bekymring rundt helseproblemer i familien så ut til være en spesifikk faktor. Dette var en kontekst der barns smertesignaler lettere ble tolket som faresignal og tegn på sykdom. Det var også stort samsvar i selve symptomutformingen mellom barn og foreldre. En nyere litteraturgjennomgang viser klar tendens til familiær opphopning av ulike smertetilstander og vektlegger faktorer som modellering av smerteatferd, foreldrereaksjoner med tendens til overbeskyttelse av barnet samt høy grad av verstefallstenkning («catastrophizing») hos foreldrene (Evans et al., 2008).

Vedlikehold gjennom medisinsk utredning. Uttalt smerteatferd og sykdomsfortolkning gir økt sannsynlighet for å kontakte helsevesenet. Ved uklare tilstandsbilder er det imidlertid påvist økt tendens til å henvise videre for nye utredninger (Holtedahl, 2002). Gjentatte somatiske undersøkelser vil gi vedvarende oppmerksomhet mot det smertefulle området og kunne vedlikeholde smertens trusselverdi. Undersøkelser uten klare funn, samtidig som tilstanden oppleves som smertefull og farlig, kan øke engstelsen og derved forsterke smerten. Undersøkelsesprosedyrer kan i seg selv være smertefulle og ytterligere sensitivisere smerteformidlende systemer.

Liten erkjennelse av psykososial belastning. Barn med langvarig smerte kan ha samtidige psykososiale belastninger i livssituasjonen. Det er en veldokumentert overhyppighet av angst og depresjon (Suresh, McClain & Tarbell, 2007). Gjennomgang av studier omkring forhold til jevnaldrende konkluderer med at barn med langvarig smerte har færre venner, blir mer plaget og er mer isolert i vennegruppen enn friske barn (Forgeron et al., 2010). Dette er interessant sett i lys av eksperimentelle studier som viser at sosial utstøting aktiverer hjernens smertenettverk på samme måte som ved fysisk skade (Eisenberger & Lieberman, 2004). Det kan se ut som organismens alarmberedskap aktiveres når individets sentrale behov blir truet.

Hvorvidt ulike psykososiale belastninger i familie, skole og fritid fanges opp, vil være avhengig av rammen for utredning av slike forhold ved medisinske konsultasjoner. Det kan også være en tendens til å bagatellisere eller holde tilbake denne type informasjon i familier til barn med langvarig smerte (Seltzer, 1985). Belastningene kan derfor være vanskelige å oppdage eller være mer subtile og lite erkjent. Lask (1986) har synliggjort hvordan velfungerende og tilsynelatende godt tilpassede barn kan utvikle langvarige og funksjonshemmende tilstander. Blant barna var høye familiestandarder for prestasjon; «alltid å skulle gjøre sitt beste», blitt integrert som en personlig målestokk på de fleste områder. Dette induserte vedvarende stress og bekymring som satte organismen på strekk, men ga samtidig ikke aksept for å erkjenne dette. En mindre skade hadde utløst akutt smerte hos barna, men denne vedvarte i stedet for å gå over ved tilhelning. Smerteatferd, status som somatisk syk og pause fra prestasjonskrav var blitt en løsning som ga mening og legitimitet.

Vedlikehold av smerte som vond sirkel

For noen barn der flere smerteforsterkende forhold har bidratt sammen over tid, kan situasjonen bli svært belastende. De har veldig vondt, smerten fortolkes som uttrykk for somatisk sykdom, mens

det helsevesenet familien oppsøker for nødvendig hjelp, ikke kan finne en sykdomsårsak som kan behandles. Dette kan igjen øke usikkerheten og opplevelsen av mangel på kontroll. Følelsesmessige reaksjoner kan bli overveldende og forsterke lidelsen.

Akutt, smertefull skade krever beskyttelse og ro til tilstanden er helet. Ved langvarige smerter kan en skjermet tilpasning snarere forverre tilstanden. Fysisk passivitet kan i seg selv indusere smerte. Redusert aktivitet medfører også færre gjøremål som kan avlede barnet, slik at oppmerksomheten blir fiksert på det som gjør vondt. Ved å holde seg hjemme fra skolen kan barn miste aktivitet og sosialt samvær som er viktig for selvfølelsen, og gi økt nedstemthet. Økt fortvilelse, økt fokus på smerte og manglende opplevelse av kontroll forsterker smerten fysisk og psykisk, slik at barnet kan komme inn i en selvoppretholdende, vond sirkel.

Økt fortvilelse, økt fokus på smerte og manglende opplevelse av kontroll forsterker smerten fysisk og psykisk, slik at barnet kan komme inn i en selvoppretholdende, vond sirkel

Situasjonen til Erik, 13 år, kan illustrere dette:

Erik gikk på ungdomsskolen da han etter omfattende utredning lokalt ble innlagt på sykehus for medisinsk undersøkelse. Han hadde vært plaget med hodepine og svimmelhet i flere år, men mer sammenhengende det siste året etter et fall der han slo hodet. Tidligere hadde han vært plaget av magesmerter som ikke lenger var like fremtredende. I den siste tiden hadde han vært hjemme fra skolen; hodepinen gjorde det umulig å konsentrere seg. Han orket ikke lenger spille fotball og satt for det meste på rommet sitt. Grundig medisinsk undersøkelse ga ikke grunnlag for somatisk diagnose, noe hans mor synes var vanskelig å akseptere. Erik var bekymret for hvordan han skulle klare skolen, men ønsket ikke å gå tilbake før han var helt frisk.

Erik var fastlåst, og hodepinen dominerte det meste av hans tilværelse. Hvordan hjelpe barn som Erik å bryte ut av denne vonde sirkelen?

Behandling – å bryte vonde sirkler

Systematisk gjennomgang av velkontrollerte psykologiske behandlingsstudier viser signifikant smertereduksjon ved kognitiv atferdsterapi og bruk av ulike avspenningsteknikker (Palermo, Eccleston, Lewandowski, Williams & Morley, 2010). En behandlingstilnærming der fokus er å bryte opprettholdende unngåelsesmønstre og lære å leve med smerte, har vist gode resultater når det gjelder bedring av psykososial funksjon (Wicksell, Melin, Lekander & Olsson, 2009). Bevegelse og tilpasset fysisk aktivitet vurderes som sentralt, da en ved å gi kroppen nye erfaringer kan redusere følsomheten i smerteforimidlende systemer og gjenopprette balanse i kroppen (Butler & Mosely, 2003, Fadnes, Leira & Brodal, 2010). Mer generelt understrekes det i litteraturen behov for en bredspektret og individualisert tilnærming med mestring av dagliglivet som mål (Suresh et al., 2007).

Følgende eksempler fra egen, klinisk erfaring viser hvordan en kan arbeide med barn og foreldre ut fra en helhetlig, psykologisk tilnærming.

Ta smerten på alvor – gi ny forståelse

«Ikke å bli trodd er kanskje det verste av alt,» sa Erik om hva som hadde bidratt til å forverre tilstanden den siste tiden. Første bud for helsepersonell er derfor å ta barnas smerteopplevelse på alvor uavhengig av organiske funn. Smerte er pr. definisjon et subjektivt fenomen og kan ikke overprøves av andre. Å bruke tid på å gi tilpasset informasjon om smertemekanismer kan gi barn og foreldre ny forståelse av situasjonen og redusere sykdomsangst. En må få tak i både barnets og foreldrenes forestillinger om årsak og gi trygg og klar beskjed om organiske forhold som kan utelukkes. Viktige budskap er at legen ikke har funnet noe farlig i kroppen, men at det likevel går an å ha veldig vondt, selv om det ikke er noe farlig.

Gjennom den psykologiske utredningen bør en kartlegge bredt spesielle forhold i familiehistorien og hos barnet av fysisk og psykososial karakter som kan ha gitt økt sårbarhet, og som kan ha utløst og vedlikeholdt den aktuelle tilstanden.

Eriks mor bekymret seg over at Erik også hadde falt og slått hodet som liten. Kunne dette ha gitt en skade som kom til syne nå? Selv kom hun fra en familie med store helseplager og var delvis uføretrygdet grunnet migrene. Hun viste stor omsorg for tilsvarende plager hos sønnen, og mente han hadde arvet hennes tendens til sykdom. Erik skjønnte ikke helt legens forklaring, og trodde kanskje noe var galt inne i hodet.

Barnepsykiatrisk utredning av Erik viste uttalt engstelighet og begynnende tegn på depresjon. Han framsto som en samvittighetsfull gutt og karakteriserte seg selv som «en bekymrer». Det kom også fram at han hadde blitt plaget på skolen i perioden da hodepinen ble intensivert. Far mente de hadde ordnet opp i dette, men Erik var likevel bekymret for at det kunne starte på nytt.

Ut fra denne informasjonen kunne en snakke med familien om hvordan de ulike faktorene hos en følsom gutt kan bidra til å aktivere og sensitivisere kroppens smerteformidlende systemer. Barn har en konkret forståelse av smerte. Smerte tilskrives gjerne skade i den kroppsdelene hvor den kjennes, eller til observerbare fysiske forhold. Det kan derfor være nyttig å bruke konkrete metaforer som barnet kan forstå.

For Erik ga det mening at fallet der han slo hodet, hadde utløst kroppens alarmsystem slik som brannalarmen når det brenner, men at alarmen hadde hengt seg opp og fortsatte selv om brannen var slukket.

Gradert gjenopptakelse av normal aktivitet

Å bryte ut av smertetilværelsen forutsetter et skifte av oppmerksomhet fra smerten # til handlingsmuligheter og aktivitet. Ved økt involvering i daglige aktiviteter med venner og skole kan oppmerksomheten bli avledet fra det som gjør vondt. For å få til dette på en trygg måte må eksponeringen for aktiviteter og situasjoner barnet tidligere har unngått, skje gradvis. Sammen med barnet kan en utarbeide en plan, for eksempel ved å tegne en trapp, der aktiviteter de selv ønsker, prioriteres og skrives inn som delmål på trappetrinn.

For Erik var det et viktig mål å kunne spille fotball med venner.

Foreldrene vil trenge veiledning i hvordan de kan støtte opp under en aktiv mestring hos barnet.

Far, som jobbet mye og aldri var syk, mente Erik helst burde ta seg sammen og stå på for ikke å bli liggende mer etter. Mor var på sin side mest opptatt av skjerming.

I samtalene søkte en derfor å komme fram til et felles utgangspunkt for hvordan de best kunne støtte sønnen til en gradert rehabilitering i et passe tempo.

Tilrettelegging på skolen

Erfaringsmessig er mange av barna prestasjonsorienterte i skolen. Ikke sjelden ser vi at de også har vært overstruktet i skolen over tid, og at dette er en sentral del av smertebildet. Evnemessig og pedagogisk utredning og nært samarbeid med skolen utgjør derfor en hjørnestein i behandlingen. For å unngå overbelastning med påfølgende tilbakefall bør skoledagen tilpasses ut fra en individuell opplæringsplan. Både redusert dag og pause fra lekser og prøver kan være nødvendig i en overgangsfase.

Kognitiv utredning av Erik viste fungering midt i normalområdet. Familiens og hans egen standard lå langt høyere. Eldre søsken var svært flinke på skolen, og Erik var opptatt av å være best. Dette hadde gått greit på barneskolen, men på ungdomsskolen hadde han sittet mye med lekser.

I Eriks familie ble det nødvendig å arbeide med en omjustering av forholdet mellom forutsetninger og ambisjoner, slik at Erik i samarbeid med skolen gradvis kunne komme tilbake i en elevrolle som passet bedre.

Smertemestring

Å motivere for økt aktivitet kan være vanskelig. Barna kan oppleve smerten som uforanderlig. De har kommet i en situasjon preget av hjelpeløshet og tap av kontroll. En psykologisk intervensjon kan være å gi barna erfaring med at smerte kan påvirkes ved noe de gjør selv. Å skape håp og mestringstro kan i seg selv ha en smertedempende effekt (Bandura, 1997).

Hypnoterapi kan være en særlig virksom intervensjon ved smerte. Hypnose er en avspent tilstand med endret bevissthet og kognitivt funksjonsnivå, sterkt konsentrert og fokusert oppmerksomhet og en økt mottakelighet. Samtidig er bevisstheten dissosiert, slik at oppmerksomhet for andre stimuli spaltes av (Diseth & Vandvik, 2004).

Under en hypnotisk tilstand kan en påvirke områder i hjernen forbundet med affektregulering, og redusere angst (Wormnes, 2003). Det er en veldokumentert og signifikant smertereduserende effekt av selvhypnose ved akutte smertetilstander både hos voksne og barn. Ved langvarig smerte sidestilles metoden med avspenning og autogen trening (Patterson & Jensen, 2003; Huynh, Vandvik & Diseth, 2008).

Erik var motivert for å lære seg selvhypnose. I denne tilstanden skapte han seg et trygt sted «på hytta til bestemor». Der kjente han seg rolig, trygg og sterk. Spenninger slapp taket. Her hadde han kontroll, var sjefen i egen kropp og kunne snu ryggen til «hodepinemonsteret» som hadde plaget ham så lenge. «Nå er det meg som er medisinen», sa han da det begynte å gå bedre.

Når barnet trenger smerten

I noen tilfeller er barnas smerte sterkt vevet inn i samspillet med omgivelsene. Smerteatferd kan være eneste språk som er tilgjengelig for å formidle pågående psykososiale belastninger. En individuell tilnærming for symptomlette vil ha begrenset verdi.

Situasjonen til Lise, 11 år, kan synliggjøre en slik situasjon:

Lise var en jente med langvarige muskel- og leddsmerter. Utallige utredninger ga ikke grunnlag for somatisk diagnose. Hun var tidvis avhengig av krykker. Mor var skeptisk til psykologisk bistand, men var motivert for en avgrenset kontakt slik at Lise kunne lære selvhypnose som hjelp til smertemestring.

Lise fikk hypnoseprogrammet spilt inn på CD og praktiserte det hver morgen, noe som hjalp henne i gang med dagen. Hun var stolt over det hun fikk til, ble mer aktiv og meldte seg inn i en ungdomsforening.

Foreldrene var skilt. I utredning og behandling hadde terapeuten ikke hatt kontakt med far. Både mor og Lise fremstilte forholdet som positivt. Lise og mor kom til regelmessig oppfølging, og det var planlagt avslutning. Etter en skoleferie fortalte Lise om nye, sterke smerter. De satt også slik til at hun ikke kunne bruke hypnose. I

en individuell samtale sier hun: «Det er ikke lett å dele seg mellom to familier.» Hun formidler mange bekymringer knyttet til valg av familie å være hos i ferier.

Far ble invitert til neste foreldresamtale. Det kom da fram stor uenighet og til dels åpen konflikt mellom foreldrene omkring samværsordningen og hvordan Lises smerter skulle bli møtt.

Situasjonen ble tolket som at ferien aktualiserte spenninger mellom foreldrene, noe som reaktiverte Lises smerte. Smerte er organismens varsler om trussel og skade. Lise trengte smertespråket og var ikke lenger motivert for symptomlette.

Historien om Lise illustrerer at det kan være vanskelig å få tak i hva barnet sliter med. Det er påpekt en tendens til ignorering og idyllisering av relasjonskonflikter i familier til barn med langvarig smerte (Garralda, 1996). Familien kan mangle språk for å formidle vonde følelser. I slike situasjoner vil en familietilnærming være nødvendig. Men behandlerne må flytte fokus fra det fysiske til det psykiske i et tempo som familien kan godta.

En bør ha et utviklings- og familieperspektiv ved utredning og behandling, da foreldrenes egne erfaringer og smerteforståelse kan bidra til å forme og forsterke barnas smerteopplevelse og atferd

Konklusjon

Med utgangspunkt i en biopsykososial smertemodell har vi beskrevet hvordan barn psykologen møter på et somatisk barnesykehus, ad ulike veier kan ha kommet inn i vonde sirkler med langvarig smerte. Smerte som opprinnelig er utløst av somatiske faktorer, kan gi økt sårbarhet ved senere belastning, og psykiske belastninger og stress kan alene eller i samvirke med somatiske forhold ha utløst og opprettholdt smerten over tid. En bør ha et utviklings- og familieperspektiv ved utredning og behandling, da foreldrenes egne erfaringer og smerteforståelse kan bidra til å forme og forsterke barnas smerteopplevelse og atferd. Siden ubehandlet smerte over tid kan gi funksjonshemmende ringvirkninger for enkelte barn, bør en tidlig sette inn tiltak som kan redusere psykososiale belastninger, redusere sykdomsangst gjennom informasjon om smertemekanismer, samt tilrettelegge for at barna gradvis kan gjenoppta et aktivt liv med venner og skole. Dette kan peke mot et behov for større psykologisk kompetanse i primærhelsetjenesten.

 ABSTRACT

Children with chronic pain: Caught in a vicious circle – ways to break out

For some children chronic pain conditions can lead to disability, isolation and hospitalization. This article highlights how a bio-psychosocial model can help us understand how these children are caught up in a «vicious circle of pain». The authors present literature and clinical illustrations from a pediatric ward to show how to help these children break out of this situation and restore their daily life. A key factor is respect for their experience of pain, but redefining *why* they are in pain. Cognitive testing and collaboration with the school are important in the rehabilitation, and learning self-hypnosis can sometimes help the child to cope. For some children pain is their only way to express psychosocial stress, and working with the family is considered the main intervention.

Referanser

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman & Company.
- Blomhoff, S., Diseth, T. H., Jacobsen, M. B. & Vatn, M. (2002). Irritabel tarm-syndrom – multifaktoriell lidelse hos barn og voksne. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122, 1213–1217.
- Brattberg, G. (2004). Do pain problems in young school children persist into early adulthood? A 13-year follow-up. *European Journal of Pain*, 8, 187–199.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287–333.
- Butler, D. S. & Moseley, G. L. (2003). *Explain Pain*. Adelaide: Noigroup Publications.
- Diseth, T. H. & Vandvik, I. H. (2004). Hypnoterapi ved behandlingsrefraktuær enuresis nocturna. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 204, 488–491.
- Eisenberger, N. I. & Lieberman, M. D. (2004). Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 294–300.
- Evans, S., Tsao, J., Lu, Q., Myers, C., Suresh, J. & Zeltzer, L. (2008). Parent-Child Pain Relationships from a Psychosocial Perspective: A Review of the Litterature. *Journal of pain management*, 1, 237–246.
- Fadnes, B., Leira, K. & Brodal, P. (2010). *Læringsnøkkelen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fordyce, W. E. (1982). A behavioural perspective on chronic pain. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 313–320.
- Forgeron, P. A., King, S., Stinson, J. N., McGrath, P. J., McDonald, A. J. & Chambers, C.T. (2010). Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. *Pain research and management*, 15, 27–41.

- Garralda, M. E. (1996). Somatization in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 13–33.
- Hoftun, G. B., Romundstad, P. R., Zwart, J. & Rygg, M. (2011). Chronic idiopathic pain in adolescence – high prevalence and disability: The young HUNT study 2008. *Pain*, doi: 10.1016/j.pain.2011.05.007
- Holtedahl, R. (2002). Den somatiserende pasient i det moderne samfunn. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 112, 1130–1132.
- Huynh, M. E., Vandvik, I. H. & Diseth, T. H. (2008). Hypnotherapy in Child Psychiatry: The State of the Art. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 377–393.
- Knardahl, S. (2001). Kroniske smerter # gjør vi alt galt? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121, 2620–2623.
- Lagerløv, P., Holager T., Helseth, S. & Rosvold, E. O. (2009). Selvmedisinering med reseptfrie smertestillende legemidler hos 15#16-åringer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129, 1447–50.
- Lask, B. (1986). The high-achieving child. *Postgraduate Medical Journal*, 62, 143–145.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971–979.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (red.). (1994). *Classification of Chronic Pain. IASP Task Force on Taxonomy* (2. utg.). Seattle: IASP Press.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. Helsetilstanden I Norge. Kroniske smerter. Nedlastet 16. mars 2011 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=84067>
- Nielsen, C. S. (2008). Genetiske faktorer i smertefølsomhet: Status quo og anbefalinger for videre forskning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 974–979.
- Palermo, T. M., Eccleston, C., Lewandowski, A. S., Williams, A. C. & Morley, S. (2010). Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: An updated meta-analytic review. *Pain*, 148, 387–397.
- Patterson, D. R. & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and Clinical Pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495–521.
- Rosén, G. O. R. (2002). *The phantom limb experience. Models for understanding and treatment of pain with hypnosis*. Doktoravhandling innlevert ved Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen.

- Seltzer, W. J. (1985). Conversion disorder in childhood and adolescence: a familial/cultural approach – part 1. *Family systems medicine*, 3, 261–280.
- Suresh, S., McClain, B. C. & Tarbell, S. (2007). Chronic pain Management in Children. I H. Bentzon (red.), *Raj's Practical Management of pain* (s. 343–365). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2010). Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 877–881.
- Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M. & Olsson, G. L. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain – A randomized controlled trial. *Pain*, 141, 248–257.
- Wormnes, B. (2003). Hypnose som hjelpemiddel i behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 489–493.
- Zeltzer, L. K. & Schlank, C. B. (2005). *Conquering Your Child's Chronic Pain*. New York, NY: Harper-Collins Publishers.