

Smertebehandling er skreddersøm

Elin Fjerstad

psykologspesialist, Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus
elin.fjerstad@diakonsyk.no

Torkil Berge

psykologspesialist, Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus

Smertebehandling må – uansett terapeutisk tilnærming – skreddersys de individuelle opprettholdende faktorene.

Kan en kognitiv tilnærming påføre pasienter med smerte skade?

Slik spør psykolog og pasient Siv Hilde Berg i sin gode kronikk «Det er ikke farlig å ha vondt» i desemberutgaven av Psykologtidsskriftet. Svaret er dessverre ja, at det kan skje, slik Berg gir eksempler på. Faglig forsvarlig smertebehandling krever tillit og trygghet i behandlingsrelasjonen. Pasienten må oppleve seg trodd; at smerten valideres og ikke «psykologiseres».

«Det kan virke som en del helsepersonell tror at alle pasienter med kroniske smerter har bevegelsesfrykt, og at deres primære mål må være å overbevise pasienten om å utfordre aktivitetene som trigger smerte», skriver Berg. Det samme fortalte «Morten» om. Han hadde nevrologiske smerter i etterkant av hjerneslag. Et tidligere opphold i en rehabiliteringsinstitusjon hadde gitt nedslående erfaringer:

Jeg var litt usikker, men ønsket å gjøre som de anbefalte, eksponere meg og ikke unngå fysisk aktivitet. Så jeg utfordret meg heller enn å unngå aktiviteter. Da jeg kom hjem, var smertene nesten uutholdelige. Jeg klarte ikke å bidra med noe, verken lage middag eller være sammen med ungene mine. Jeg måtte ta et valg, fortsette med treningsopplegget eller fungere i familien. For meg er det siste viktigst, tross alt. Så får jeg heller leve med at noen tenker jeg er en frykt-unngåer.»

Som behandler kan man ikke på forhånd vite når frykt-unngåelsesmodellen er hensiktsmessig, og når den ikke er det

Fryktunngåelse og verstefallstenkning kan være en opprettholdende faktor ved korsryggsmerter, ikke-kardiale brystmerter og smerter ved irritabel tarmsyndrom. Frykt for smerte og det den fører til, kan for noen være mer hemmende enn smerten i seg selv. Det er god dokumentasjon for at systematisk eksponering i kombinasjon med andre tiltak kan styrke funksjon for mange. Men slettes ikke for alle. For Morten var unngåelse hensiktsmessig, bygget på dyrekjøpt erfaring med å balansere ulike hensyn i hverdagen. For ham var dette en klok tilpasning, og ikke unngåelse motivert av frykt. Hans erfaringer burde vært lyttet til og anerkjent, og dannet utgangspunkt for andre hjelpetiltak.

Som behandler kan man ikke på forhånd vite når frykt-unngåelsesmodellen er hensiktsmessig, og når den ikke er det. Det fordrer dialog med pasienten og en tverrfaglig helhetsvurdering der diagnose, sykehistorie, personfaktorer og mestringsstil inngår. Og det fordrer en vurdering av ulike sykdomsspesifikke forhold, som inflammasjon, degenerative forandringer og endringer i sentralnervesystemet. For én med fibromyalgi kan både smerte og funksjonstap opprettholdes av unngåelsesatferd. For en annen med samme diagnose kan det være motsatt: Smertene forsterkes av

et mønster med å bite tennene sammen og presse seg selv. Eksponering kan da bokstavelig talt gjøre vondt verre.

Eksponeering er bare én av mange hjelpetiltak innenfor en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming. Verdien av en biopsykososial forståelse av smerte ligger i å se samvirket av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Smertebehandling må – uansett terapeutisk tilnærming – skreddersys de individuelle opprettholdende faktorene.