

Unngåelse er roten til alt vondt

Silje Endresen Reme

The Mind Body Lab, UiO og Regional kompetansetjeneste for smerte, OUS

Henrik B. Jacobsen

The Mind Body Lab, UiO og Regional kompetansetjeneste for smerte, OUS

Hvis psykologer og andre helsearbeidere unngår anerkjente psykologiske metoder i møte med smertepasienter, vil det bety et stort tilbakeskritt for alle som lever med langvarige smerter.

Opplevelsen av smerte er livsviktig. Kjenner vi ikke smerte, lever vi ikke lenge. Smertesystemet vårt er utviklet for å oppdage farer og mulig skade, men kan også gi mestring og velbehag dersom det trigges for å oppnå noe vi virkelig vil ha. Dersom du våkner en morgen og kjenner den samme smerten som du kjenner under en knallhard treningsøkt, så vil du antagelig ringe 113. Under trening representerer smerter i stedet mestring, et middel for å nå et verdsatt mål.

Smerter er avhengig av kontekst. Meningen vi tillegger smerten, avgjør hvordan den oppleves. For smerter som varer over tid, er kontekst særlig viktig. Jo lenger vekk vi kommer fra den utløsende årsaken i tid, jo mer kompleks blir smerten å håndtere. Fysiologi og funksjon endrer seg også, noe som reflekteres i ICD-11, som klassifiserer en betydelig andel langvarige smerter som en sykdom i seg selv (Treede et al., 2019).

Tre viktige aspekter

Ved langvarige smerter er det alltid tre aspekter vi som behandlere bør være interessert i og forklare godt for pasienten: Intensiteten (hvor sterk smerten føles), plagsomheten (hvor forstyrrende smerten er) og generaliserbarheten (hvor stor del av livet smertene styrer).

Kjernen i et behandlingsløp for langvarige smerter bør (...) innebære validering, atferdsendring og re-konseptualisering

Skillet mellom de to første aspektene ved smerte kan sammenliknes med å lytte til en bilalarm. Etter hvert som volumet på alarmen øker, kan vi spørre deg hvor høyt det høres ut, og hvor ubehagelig det er for deg. Intensitet i smertene er som volumet, men ubehaget du føler, avhenger ikke bare av intensiteten, men også av flere andre faktorer. Er du redd? Hvilke minner har du om slike situasjoner? Hvem er rundt deg?

Det tredje punktet vårt, generaliserbarheten, handler om hvor mange situasjoner du opplever ubehag i, og hvor mange flere du unngår for å ikke måtte oppleve mer. Unngåelsen av bevegelser, aktiviteter og situasjoner begrenser livsutfoldelsen og kan bli et vel så stort problem som smertene i seg selv (Ojala et al., 2015).

Følg Psykologtidsskriftets debatt om smertebehandling.

Kritisk til enkel smertebehandling

Med bakgrunn i egen erfaring fra smertebehandling er Siv Hilde Berg kritisk til en utvannet versjon av kognitiv terapi, hvor budskapet om at «det er ikke farlig å ha vondt», ikke er til særlig hjelp, men kan risikere å påføre pasienten skade (Berg, 2021). Det er vanskelig å være uenig i at det fins tilfeller der pasienten blir verre. Men ved å avvise å problematisere forsøkene på å utvide perspektivet fra en biomedisinsk modell for smerte kan vi gjøre mer skade enn godt. Hvis vi som psykologer ikke veileder og inkluderer andre helsearbeidere i hvordan de kan forstå psykologiske elementer i smertebehandling, kan vi risikere at nysgjerrige leger, fysioterapeuter og sykepleiere får berøringsangst for sentrale deler av smerteproblemet og veien videre. Vi ønsker det motsatte for både pasienter og behandlere. Behandlinger uten psykologiske elementer er langt dårligere alternativer. Verken medisiner eller kirurgi er gode enkeltstående løsninger for de fleste med langvarige smerter (McDonagh, 2020; Mirza & Deyo, 2007).

Kjernen i et behandlingsløp for langvarige smerter bør i stedet innebære validering, atferdsendring og re-konseptualisering, gjerne i den rekkefølgen (Edmond & Keefe, 2015; Flink et al., 2020). Hjernen må forstå og erfare at smertene ikke signaliserer skade. Dette kan ikke skje i et vakuum. Som Borrik Schjødt skriver i *Psykologtidsskriftet*; dette må skje i en kontekst, i rammen av en terapeutisk relasjon, og helst i et tverrfaglig team av behandlere (Schjødt, 2022).

Dramatiske effekter

Driverne av langvarig smerte – bensinen på bålet – kan være både perifere og sentrale. Perifere prosesser kan for eksempel være inflammasjon, vevsskade eller muskelkramper, mens sentrale prosesser involverer aktivitet i hjernenettverk som i stor grad overlapper med emosjonelle nettverk. Alle med smerter vil kunne ha god nytte av kognitive tilnærminger, uavhengig av om smertene skyldes perifere eller sentrale prosesser (eller en kombinasjon av disse). Men i tilfeller hvor smertene er primært drevet av sentrale faktorer, kan psykologisk behandling ha dramatiske effekter. Som for eksempel i en ny studie fra Boulder, Colorado, som viste store og langvarige effekter av en psykologisk behandling på personer som hadde hatt rygg smerter i mange år (Ashar et al., 2022).

Behandlingen inneholdt en re-konseptualisering av smertene som en hjernegenerert falsk alarm som pasientene selv kunne påvirke – hjernen er årsaken til smertene, men det er også her løsningen ligger. Behandlingen inneholdt også andre elementer, og var skreddersydd for denne pasientgruppen. Etter endt behandlingsløp var to av tre deltakere smertefrie eller nesten smertefrie, og effekten var langvarig. Slike studier gjør oss opptatt av mulighetene heller enn begrensningene som ligger i psykologisk modulering av smerter.

Rett behandling til rett pasient

For å kunne vite hvilke pasienter som kan ha nytte av en slik behandling, og hvilke pasienter som trenger en annen type behandling, trengs kompetente, uredde psykologer og andre helsearbeidere. Mulighetene for å tilegne seg slik kompetanse eksisterer også i Norge, på tross av innlegg som har hevdet det motsatte (Montero, 2022; Regional kompetansetjeneste for smerte, 2022). Nå kan i tillegg psykologer bli spesialist i klinisk helsepsykologi, hvor nettopp smerte og smertebehandling har en sentral plass.

Psykologer i smertefeltet er kommet for å bli, og vi tror smertepsykologer vil bli stadig mer aktuelle. Vi ønsker flere psykologer velkomne til å jobbe med oss, og håper den siste tidens debatt har bidratt til mer nysgjerrighet enn frykt.

Referanser

- Ashar, Y. K., Gordon, A., Schubiner, H., Uipi, C., Knight, K., Anderson, Z., Carlisle, J., Polisky, L., Geuter, S., Flood, T. F., Kragel, P. A., Dimidjian, S., Lumley, M. A. & Wager, T. D. (2022). Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 79(1), 13–23. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2669>
- Berg, S. H. (2021). «Det er ikke farlig å ha vondt». *Psykologtidsskriftet*. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2021/12/det-er-ikke-farlig-ha-vondt>
- Edmond, S. N. & Keefe, F. J. (2015). Validating pain communication: current state of the science. *Pain*, 156(2). https://journals.lww.com/pain/Fulltext/2015/02000/Validating_pain_communication__current_state_of.4.aspx
- Flink, I. K., Reme, S., Jacobsen, H. B., Glombiewski, J., Vlaeyen, J. W. S., Nicholas, M. K., Main, C. J., Peters, M., Williams, A. C. C., Schrooten, M. G. S., Shaw, W. & Boersma, K. (2020). Pain psychology in the 21st century: lessons learned and moving forward. *Scand J Pain*, 20(2), 229–238. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2019-0180>
- McDonagh, M. S., Shelley, S. S., Buckley, D. I., Holmes, R. S., Mauer, K., Ramirez, S., Hsu, F. C., Dana, T., Fu, R. & Chou, R. (2020). Nonopioid Pharmacologic Treatments for Chronic Pain. Comparative Effectiveness Review No. 228. <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/nonopioid-chronic-pain/research>
- Mirza, S. K. & Deyo, R. A. (2007). Systematic review of randomized trials comparing lumbar fusion surgery to nonoperative care for treatment of chronic back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 32(7), 816–823. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000259225.37454.38>
- Montero, C. (2022). Bør ikke hoppe over bio-delen. *Psykologtidsskriftet*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2022/01/bor-ikke-hoppe-over-bio-delen>
- Ojala, T., Häkkinen, A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T. & Piirainen, A. (2015). Chronic pain affects the whole person--a phenomenological study. *Disabil Rehabil*, 37(4), 363–371. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.923522>
- Regional kompetansetjeneste for smerte. (2022). Tverrprofesjonell videreutdanning i smertebehandling. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/tverrprofesjonell-videreutdanning-i-smertebehandling-tvis>
- Schjødt, B. (2022). KAT mot smerte bommer uten relasjon. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2022/01/kat-mot-smerte-bommer-ute...>
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., . . . Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>