

Kognitiv atferdsterapi i gruppe ved kroniske smertetilstander: Erfaringer fra smerteklinikk

PSY
KOL
OGI

TEKST

Linn-Heidi Lunde

Inger Hilde Nordhus

PUBLISERT 27. oktober 2006

Kroniske smertetilstander er et alvorlig og utbredt helseproblem. I tråd med internasjonal konsensus (International Association for the Study of Pain, IASP) er smerte definert som en kompleks, subjektiv og ubehagelig opplevelse med sensoriske og emosjonelle elementer, og forbundet med vevsødeleggelse (Merskey, 1986). Kronisk, ikke-ondartet smerte skilles fra akutt smerte og langvarig ondartet smerte som ved f.eks. kreft.

I en større europeisk epidemiologisk studie av omfang og konsekvenser av kroniske smerter (Brevik et al., 2005) rangeres Norge på førsteplass når det gjelder forekomst. I denne studien, der i alt 46 394 personer fra 16 land ble intervjuet, fremgår det at en av fire voksne personer i Norge har kroniske smerter, dvs. smerter som har vart mer enn seks måneder.

Nær halvparten av de som oppsøker lege, gjør det med utgangspunkt i smerter. De hyppigst forekommende smertetilstandene er muskel- og skjelettsmerter, oftest lokalisert til rygg og ekstremiteter (Den norske lægeforening, 2004). Pasienter med smerteplager er storforbrukere av helsetjenester, og dette utgjør en betydelig byrde på samfunnets helsebudsjett. I tillegg kommer kostnadene ved manglende arbeidsførhet. I en rapport fra Nasjonalt ryggnettverk fremgår det at 46 % av sykefraværet og 33 % av uførepensjoner skyldes muskel-skjelettlidelser (Ihlebak & Lærum, 2004). Det å leve med smerter påvirker livskvaliteten. Mange får dårligere søvnkvalitet og økende opplevelse av tristhet og meningsløshet. En rekke studier viser at psykososiale faktorer predikerer kronifisering av smerte. Slike faktorer kan være livspåkjenninger som for eksempel det å vokse opp under vanskelige forhold, eller det å oppleve ulike former for tap (Bradbeer et al., 2003; Gatchel & Epker, 1999; Linton, 2000).

Der er bred enighet i fagmiljøene om nødvendigheten av en biopsykososial forståelsesmodell for å forstå smerten og smertens konsekvenser for det enkelte individ (Den norske lægeforening, 2004; Turk & Flor, 1999). Modellen vektlegger et komplisert samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Ifølge gjeldende retningslinjer for smertebehandling i Norge (Den norske lægeforening, 2004) er langvarige smertetilstander vanligvis sammensatte og kompliserte, og det er derfor nødvendig med en tverrfaglig tilnærming og en blanding av ulike

behandlingsstrategier. I en slik tverrfaglig behandlingstilnærming står kognitiv atferdsterapi sentralt, på bakgrunn av omfattende dokumentasjon av effekten av slik behandling (Morley, 2004; Morley, Eccleston & Williams, 1999).

Vi vil beskrive erfaringer fra kognitiv atferdsterapeutisk gruppebehandling ved kroniske smertetilstander slik den gjennomføres ved en tverrfaglig smerteklinikk.

Kognitiv atferdsterapi ved kroniske smertetilstander

Behandling av kronisk smerte gjennom kognitiv atferdsterapi har sitt utgangspunkt i den biopsykososiale forståelsesmodellen og det gjensidige forholdet mellom biopsykososiale faktorer og smerte. En slik helhetlig forståelsesmodell av smerte bygger i stor grad på forskningen til Fordyce og medarbeidere, som allerede for over 30 år siden overførte begreper og prinsipper fra atferdspsykologi til smerteforskningsfeltet (Sharp, 2001). Etter hvert har modellen blitt omformet og utvidet, og har inkludert begreper fra kognitiv teori. Dette er i takt med utviklingen i de senere år når det gjelder forskning omkring kognitive atferdsterapeutiske modeller på andre felt, først og fremst innenfor angstforskning (Sharp, 2001).

En kognitiv atferdsterapeutisk forståelsesmodell av smerte innebærer at smertepasientens tanker og forestillinger om smerte, og den mening pasienten tillegger smerten, er det som i størst grad påvirker måten pasienten hankses med smerten på. Kognitiv atferdsterapi ved kroniske smertetilstander har ikke som mål å fjerne smerte, men snarere å bevisstgjøre pasienten om det kompliserte samspillet mellom ulike forsterkende og vedlikeholdende faktorer. Målet er først og fremst at pasienten skal tilegne seg mer hensiktsmessige strategier for å hankses med smerten og konsekvensene av denne.

Kognitiv atferdsterapi ved kroniske smertetilstander blir ofte gitt som korte intervensjoner (8–12 sesjoner), rettet mot nåværende funksjon og atferd (Waters, Woodward & Keefe, 2005). Sentralt står identifisering og utfordring av negative automatiske tanker og forestillinger om smertens årsaker og konsekvenser, og forbindelsen mellom tanker, følelser og atferd. Et kognitivt atferdsterapeutisk behandlingsopplegg for kroniske smertepasienter vil som regel også inneholde undervisning og informasjon om smerte og forholdet mellom smerte og skade (for eksempel at smerteopplevelse ikke alltid står i forhold til skadeomfanget). Det legges vekt på fysisk aktivitet og øvelser, i tillegg til trening i ulike avspenningsteknikker (Williams & McCracken, 2004; Wormnes, 2001).

I de senere år har det særlig vært oppmerksomhet på konsekvensene av aktivitetsunngåelse, med referanse til begrepet bevegelsesangst (eller «fear avoidance»). Dette handler om hvilken rolle frykten for smerte spiller for å unngå aktiviteter og den påfølgende funksjonsnedsettelsen. Unngåelsesatferd blir ansett som en sentral vedlikeholdende faktor i forhold til smerte (Asmundson, Norton & Vlayen, 2004). Kjernen i behandling av bevegelsesangst er gradvis eksponering for de angstprovoserende bevegelsene gjennom atferdseksperimenter, i tillegg til grundig

medisinsk informasjon og utfordring av negative automatiske tanker og forestillinger knyttet til angsten (Vlaeyen, Jong, Leeuw & Crombez, 2004).

Akseptering og oppmerksomt nærvær («mindfulness») er begreper som preger den såkalte «tredje bølgen» innenfor kognitiv atferdsterapi (Kåver, 2005). Der tradisjonell kognitiv atferdsterapi hovedsakelig har vært rettet mot aktiv forandring og problemløsning, er disse retningene mer opptatt av å hjelpe pasienten til å akseptere at tanker, følelser og kroppslige fornemmelser vanskelig kan unngås, og til å betrakte tanker som hendelser som ikke trenger å være sanne, eller som man nødvendigvis skal rette seg etter. Disse tilnærmingene har også tatt opp i seg tenkning fra østlig filosofi og religion, og integrerer teknikker fra meditasjon og yoga i behandling av blant annet kroniske smertetilstander (McCracken, 2005). Behandlingsintervensjonene tar utgangspunkt i at akseptering av smerte er et sentralt endringsmål for mange kroniske smertepasienter (McCracken & Eccleston, 2003).

Hvem tilbys gruppebehandling ved Smerteklinikken?

Et fellestrekk ved pasientene ved Smerteklinikken er at de til tross for grundige utredninger, ofte hos andre spesialister, ikke har oppnådd tilfredsstillende behandling, eller det er uklart hva som forårsaker og opprettholder smertene. Slik sett er dette en selektert gruppe av smertepasienter.

Forskning viser at gruppebehandling ved kroniske smertetilstander er effektivt, og på mange måter er det også mer kostnadseffektivt å tilby gruppebehandling (Thorn, 2004). Gruppebehandling vil dessuten være standard behandling ved mange smerteklinikker. Thorn (2004) peker på at gruppebehandling både fungerer instruktivt og støttende. Et gruppemedlem kan for eksempel hjelpe et annet gruppemedlem med å identifisere negative automatiske tanker knyttet til smerte. Det er ofte lettere å identifisere andres negative tanker enn ens egne, og pasientene lærer av andres erfaringer og eksempler. Det kan også være mindre truende å bli konfrontert av et annet gruppemedlem enn av terapeuten.

For å kunne delta i gruppebehandling ved Smerteklinikken vektlegges det at pasienten i forbindelse med utredning gir uttrykk for et behov for å lære mer hensiktsmessige måter å mestre sin smertesituasjon på. Pasienten må vise en intuitiv forståelse for smerte som et sammensatt fenomen. Dernest må pasienten ha tro på at han eller hun selv kan gjøre noe for å påvirke sin situasjon, og være villig til å dele sine erfaringer og opplevelser med de øvrige gruppedeltakerne. I noen tilfeller er «bestillingen» fra primærlegen at pasienten blir vurdert nettopp med tanke på gruppebehandling. En slik vurdering gjøres enten av psykolog eller av fysioterapeut med lang erfaring fra gruppebehandling. Pasienter med alvorlig psykiske problemer eller avhengighetsproblemer tilbys ikke behandling innenfor disse rammene.

Smerteklinikkens gruppebehandlingsmodell

Opplegget er prøvd ut i seks ulike grupper, til sammen 41 pasienter, i perioden 2003–2005. Gruppene har hatt fra fem til åtte deltakere (i noen grupper har deltakere falt fra

underveis). To av gruppene har bestått av både kvinner og menn. En av gruppene har utelukkende bestått av menn, tilsvarende har tre grupper bare bestått av kvinner. Gjennomsnittsalderen har vært 47 år (eldste deltaker 72 år og yngste deltaker 26 år). De vanligste henvisningsgrunnene til Smerteklinikken har vært langvarige smerter i forbindelse med muskel- og skjelettplager, først og fremst lokalisert til rygg eller ekstremiteter. Mange av deltakerne har hatt flere smertelokalisasjoner eller mer generaliserte plager. De fleste har rapportert svekket fungering både fysisk, psykisk og sosialt, og har vært helt eller delvis ute av yrkeslivet.

Struktur

Før deltakerne får plass i en gruppe, har de som regel stått på venteliste. Maksimum antall deltakere i en gruppe er satt til åtte. Behandlingen foregår ukentlig over ti uker, og gruppeledere er fysioterapeut og psykolog. Før behandling starter, inviteres det til et møte for å informere om opplegget og hvilke forutsetninger behandlingen er basert på. Vi har utarbeidet en skriftlig kontrakt som deltakerne skriver under på dersom de godtar forutsetningene for behandlingen. I kontrakten står rammene for behandlingsopplegget oppført. Disse handler om tid, sted, varighet, osv. På informasjonsmøtet legger vi vekt på at behandlingen er et gjensidig samarbeid mellom gruppedeltakerne og gruppelederne, og at gruppedeltakerne er de viktigste bidragsyterne.

Gruppemøtene har en varighet på to timer. Møtene følger en bestemt struktur, og er delt inn i fire bolker som er de samme fra gang til gang. Vi starter opp med en samtaledel på ca. 45 minutter som ledes av psykolog. Fysioterapeuten er en aktiv medspiller under denne samtaledelen. I neste bolke, som er fysioterapeutens hovedansvar, er temaene kroppsbevissthet og aktivitet, og det gjøres enkle øvelser. Gruppemøtene blir holdt i et lokale som er såpass rommelig at det lar seg gjøre å benytte matter og andre hjelpemidler. I tredje bolke gjennomgår psykologen neste hjemmeoppgave og hva som forventes av gruppedeltakerne i forhold til denne. Fjerde og siste bolke er viet avspenning og gjennomgang av ulike avspenningsteknikker. Denne bolken ledes av fysioterapeuten.

Gruppedeltakerne blir fulgt opp med et møte etter henholdsvis tre og seks måneder etter avsluttet behandling.

Terapeutisk fokus

I starten av behandlingsforløpet legges det vekt på å skape en god og trygg allianse i gruppen ved hjelp av ulike «bli kjent»-øvelser. Vi er opptatt av at gruppelederne i denne fasen har en styrende og strukturerende rolle, og ser til at alle blir ivaretatt og får ordet. Etter hvert som gruppe medlemmene blir mer trygge på hverandre og på oss som gruppeledere, oppfordres de i større grad til å komme med ideer, innspill og støtte overfor hverandre.

Et sentralt tema er identifisering og utfordring av negative og uhensiktsmessige tankemønstre knyttet til smerten og smertens konsekvenser, og endring av disse. Målet

er å bevisstgjøre deltakerne i forhold til hvilke sammenhenger det er mellom fysiske symptomer og tanker og følelser. Vi peker på de negative konsekvensene av unngåelsesatferd på smerte og funksjonsnivå. Videre klargjør vi betydningen av psykososiale faktorer innvirkning på smerteopplevelse og smerteatferd. Et overordnet mål er å hjelpe deltakerne til å akseptere at smerten sannsynligvis kommer til å være der, men at det ikke trenger å være ensbetydende med redusert livskvalitet.

Gruppedeltakerne blir oppfordret til å teste ut alternative mestringsstrategier gjennom atferdseksperimenter og hjemmeoppgaver. Som en første hjemmeoppgave blir deltakerne bedt om skriftlig å formulere sitt hovedmål med deltakelse i gruppebehandling, samt delmål frem mot dette hovedmålet. Alle deltakerne skal presentere sine målsettinger for gruppen.

De fleste av gruppedeltakerne oppgir at hovedmålsettingen med å delta i gruppebehandling er å lære seg å leve med smertene på en bedre måte. Noen oppgir tilbakevending til en jobbsituasjon som et hovedmål, mens andre igjen ønsker å komme i mer fysisk aktivitet, eller delta i større grad i ulike sosiale situasjoner (se eksempler i tabell 1).

TABELL 1. NOEN AV GRUPPEDELTAKERNES MÅLSETTINGER MED Å DELTA PÅ GRUPPEBEHANDLING, OG DELMÅL FREM MOT HOVEDMÅLET

Hovedmål	Delmål
<i>Bruke mindre medisin</i>	<i>Lære avspenning for å dempe smerter</i>
<i>Lære å endre tankemønster for å få en bedre hverdag</i>	<i>Våge å tro at det kan bli bedre</i>
<i>Komme tilbake i en jobbsituasjon</i>	<i>Bruke mindre medisin, være mer i aktivitet uten medisin</i>
<i>Klare å stå i en 50 prosent stilling</i>	<i>Delegere oppgaver på jobben, bli flinkere til å si nei, jobbe i et roligere tempo</i>

Det settes av to gruppemøter til gjennomgang av målsettingen med behandlingen, og det har vist seg å være viktig å få deltakerne til å arbeide med å formulere delmål. De neste hjemmeoppgavene innebærer en gradvis eksponering for de situasjoner og aktiviteter som den enkelte pasient har satt opp som noe han eller hun ønsker å jobbe med. Gruppedeltakerne skal identifisere negative tankemønstre knyttet til smerte, og deretter utfordre disse tankene gjennom å stille motspørsmål og å komme med forslag til alternative tenkemåter. Deltakerne blir videre bedt om å observere og å skrive ned tanker og følelser knyttet til situasjoner der smerten er spesielt vanskelig å forholde seg til. I den siste hjemmeoppgaven som blir gitt, skal deltakerne forestille seg hvordan han/hun har det seks måneder frem i tid.

En av deltakerne skriver i denne hjemmeoppgaven:

Om seks måneder har jeg kontroll over smertene mine og ikke omvendt. Jeg går tur eller trener på annet vis minst annenhver dag. Jeg treffer venner når det passer meg, og jeg går og handler når jeg vil. Jeg vet at smerten er der og sikkert alltid kommer til å være der, men det har jeg godtatt og klarer å leve med. Jeg har sluttet å jobbe mot smertene, nå jobber jeg med dem. Det kan nok hende at jeg må kapitulere en gang iblant og gi meg selv en hviledag, men det gjør ingenting, for jeg vet at jeg kommer meg opp igjen og klarer å gå videre neste dag. Jeg har kontakt med vennene mine fra smertegruppen, vi treffes en gang pr. mnd. og er god støtte for hverandre; vi forstår hverandre. Jeg vet at jeg har verdi og at det er en mening med livet mitt. Jeg ser positivt på livet og går fremtiden lyst i møte. Jeg er sterk og vet at jeg vil klare meg.

Utbytte av behandlingen

Gruppedeltakerne rapporterer gjennomgående stor tilfredshet med opplegget. De fleste gir uttrykk for å ha fått økt innsikt i hvilke faktorer som påvirker smerteopplevelsen. Mange formidler at de i utgangspunktet opplevde det som vanskelig å skulle tenke igjennom hva de faktisk tenker om smertene. Samtidig rapporterer mange av deltakerne at det å kunne dele irrasjonelle tanker knyttet til smerte, og ikke minst få bekreftet at andre tenker lignende tanker, har vært nyttig og godt. Noen trekker frem at det å ha fått hjelp til å endre tankemønster i forhold til smerte også har hatt positive ringvirkninger på andre områder i livet. Å møte andre i samme situasjon, og å få ideer og innspill til alternative mestringsmåter gjennom deres erfaringer, blir fremhevet av flere som betydningsfullt. Mange gir uttrykk for at opplæringen i ulike avspenningsteknikker har gitt dem et redskap til å dempe både smerte og uro, og for noen har dette ført til at de har klart å redusere bruk av smertestillende. Noen få gir uttrykk for at de opplever at de har klart å akseptere at smerten kommer til å være der.

To grupper har fortsatt å møtes etter avsluttet behandling, og har da fungert som en slags selvhjelpsgrupper. Deltakerne i disse gruppene har spesielt fremhevet den viktige emosjonelle støtten de har opplevd gjennom samværet i gruppen.

Gruppedeltakerne har ved avsluttet behandling, og ved tre og seks måneders oppfølging, fylt ut et spørreskjema der de skal angi hvorvidt de opplever endring av sin tilstand etter oppstart av behandling. Om lag halvparten av de som har svart på dette spørreskjemaet, gir uttrykk for at de opplever en bedring av sin totale situasjon. Denne effekten ser ut til å vare ved også tre og seks måneder etter avsluttet behandling. Mange har påført kommentarer på skjemaet der de beskriver smertene som uforandret, men at de har fått et annet forhold til dem, at de fokuserer mindre på dem og har større kontroll over dem.

Ved Smerteklinikken gjennomføres nå en behandlingsstudie rettet mot eldre kroniske smertepasienter, der åtte ukers kognitiv atferdsterapi i gruppe sammenlignes med standard medikamentell behandling. Ved utforming av prosjektdesignen har erfaringer med den beskrevne gruppebehandlingsmodellen gitt grunnlag for en gruppebehandlingsmodell spesielt tilpasset eldre kroniske smertepasienter.

Linn-Heidi Lunde

Smerteklinikken

Haukeland Universitetssykehus

5021 Bergen

Tlf 55 97 40 11

E-post lilu@haukeland.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 11, 2006, side 1169–72

TEKST

Linn-Heidi Lunde, Det psykologiske fakultetet, Universitetet i Bergen og Haukeland Universitetssykehus

KONTAKT: Linn-heidi.Lunde@uib.no

Inger Hilde Nordhus, professor, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, og professor II, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo

KONTAKT: Elisabeth.Flo@uib.no

+ Vis referanser

Referanser

Asmundson, G. J. G., Norton, P. J., & Vlaeyen, J. W. S. (2004). Fear-avoidance models of chronic pain: An overview. I G. J. G. Asmundson, W. S. Vlaeyen & G. Crombez (Eds.), *Understanding and treating fear of pain* (ss. 3-24). New York: Oxford University Press.

Bradbeer, M., Helme, R. D., Young, H. H., et al. (2003). Widowhood and other demographic associations of pain in independent older people. *Clinical Journal of Pain, 19*, 247-254.

Breivik, H., Collett, B., Ventefrida, V., et al. (2005). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, i trykk.

Den norske lægeforening (2004). *Retningslinjer for smertebehandling i Norge*. <http://www.legeforeningen.no>

Gatchel, R. J., & Epker, J. (1999). Psychosocial predictors of chronic pain and response to treatment. I R. J. Gatchel, & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives*. New York: The Guilford Press.

Ihlebak, C., & Lærum, E. (2004). *Plager flest - koster mest. Muskel-skjelettlidelser i Norge*. Nr.01/04. Bergen: Nasjonalt ryggnettverk.

Kåver, A. (2005). *Å leve et liv, ikke vinne en krig. Om akseptering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Linton, S. J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine, 25*, 1148-1156.

McCracken, L. M. (2005). *Contextual cognitive-behavioural therapy for chronic pain. Progress in pain research and management* (vol. 33). Seattle: IASP Press.

McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: What to do with chronic pain? *Pain, 105*, 197-204.

Merskey, H. (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain, 24* (suppl.), 123-158.

Morley, S. (2004). Process and change in cognitive behaviour therapy for chronic pain. Editorial. *Pain*, 109, 205-206.

Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.

Sharp, T. J. (2001). Chronic pain: A reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 787-800.

Thorn, B. E. (2004). *Cognitive therapy for chronic pain. A step-by-step guide*. New York: The Guilford Press.

Turk, D. C., & Flor, H. (1999). Chronic pain: A biobehavioural perspective. I R. J. Gatchel, & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain. Critical perspectives* (ss. 18-34). New York: The Guilford Press.

Vlaeyen, J. W. S., De Jong, J., Leeuw, M., & Crombez, G. (2004). Fear reduction in chronic pain: Graded exposure in vivo with behavioural experiments. I G. J. G. Asmundson, J. W. S. Vlaeyen & G. Crombez (Eds.), *Understanding and treating fear of pain* (ss. 313-343). New York: Oxford University Press.

Waters, S. J., Woodward, J. T., & Keefe, F. J. (2005). Cognitive-behavioural therapy for pain in older adults. I S. J., Gibson & D. K. Weiner (Eds.), *Pain in older persons. Progress in pain research and management* (vol. 35; ss. 239-261). Seattle: IASP Press.

Williams, A. C. de C., & McCracken, L. (2004). Cognitive-behavioural therapy for chronic pain: An overview with specific reference to fear and avoidance. I G. J. G. Asmundson, J. W. S. Vlaeyen & G. Crombez (Eds.), *Understanding and treating fear of pain* (ss. 293-312). New York: Oxford University Press.

Wormnes, B. (2001). Psykologiske faktorer ved kronisk smerte. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 299-309.