

KAT mot smerte bommer uten relasjon

Uten investering i relasjon kan kognitiv terapi reduseres til et manualisert program som treffer noen, men er uten effekt eller opplevs som belastende av andre.

TEKST

Borrik Schjødt

PUBLISERT 3. januar 2022

EMNER **smertebehandling**

Siv Hilde Bergs kronikk om smertebehandling i desembernummeret har fått stor oppmerksomhet – åpenbart fordi mange pasienter har kjent seg igjen i kritikken, men kanskje også fordi den rører ved noe vanskelig: å dele psykologiske metoder med ikke-psykologer. Som psykolog og pasient uttaler hun seg med autoritet.

For 30 år siden var smertebehandling i hovedsak et biomedisinsk område, selv om man i USA framhevet flerfaglig innsats. Da var det naturlig å forsøke med medisiner og medisinske prosedyrer. Nå som vi vet at smerte er sammensatt, stiller det seg annerledes. Vi kan ikke lenger snakke om kroppslig smerte og psykisk smerte. Smerte er en opplevelse som skapes av interaksjon mellom nerveimpulser, biokjemiske påvirkninger, tolkning, stemningsleie, erfaring, kontekst, aktivering og mye annet. Smerteopplevelsen er et resultat av et skiftende, dynamisk nettverk som inkluderer mange hjernestrukturer, og som er forskjellig fra situasjon til situasjon, og fra person til person. Ny forståelse av smerte har bidratt til at ikke-medikamentelle tilnærminger er blitt stuerent. Blant de ikke-medikamentelle stiller kognitiv terapi i første rekke.

«Min bekymring, som også er min kritikk, er at det har vært skarpt fokus på forskningens design og kontroll, på bekostning av innholdet.»

Design versus innhold

Turk utga en bok om kognitiv terapi i 1983 (Turk et al., 1983). Seksten år senere, i 1999, konkluderte man i en systematisk oversikt med at «active psychological treatments based on the principle of cognitive behavioral therapy are effective» (Morley et al., 1999). Etter det ble det et oppsving i bruk av kognitiv terapi i smerterehabilitering, og en vekst i antall studier.

LES OGSÅ

«Det er ikke farlig å ha vondt»

Jeg tror helsetjenesten er på feil kurs med så utstrakt bruk av enkle kognitive intervensjoner i kronisk smerterehabilitering.

I 2020 kom en Cochrane review med følgende konklusjon: «CBT has small or very small beneficial effects for reducing pain, disability, and distress in chronic pain...» (Williams et al., 2020). Hva har skjedd? Hvordan

kan en behandling få dårligere effekt etter 20 år med utvikling og gode studier?

Etter min mening ligger mye av svaret i kravene om god forskning, og litt i den populariteten kognitiv terapi fikk. Krav til god forskning er betydelig skjerpet. Det er utviklet strenge metoder for å vurdere kvalitet av studie. Det er betydelige krav til design for å få studier publisert i de tyngste tidsskriftene, og det er vanskeligere å få forskningsmidler. Til sammen gjør det at noen er blitt dyktige til å lage protokoller, skrive manualer og gjennomføre kliniske studier av tilsynelatende god kvalitet.

«Problemene oppstår når tilnærmingene ikke tilpasses pasienten»

Min bekymring, som også er min kritikk, er at det har vært skarpt fokus på forskningens design og kontroll, på bekostning av innholdet. Design og forskningsmetode står mer sentralt enn den terapeutiske gjennomføring av tiltakene. Med randomisering av pasienter til ulike betingelser, og behandling som handler om å følge en manual, forsvinner mye av det som bør være sentralt i kognitiv tilnærming til pasienter med langvarige smerter: tilpasning av metodene til den enkelte, og – ikke minst – grundig jobbing med relasjon mellom behandler og pasient. Uten tilpasning og uten investering i relasjon kan kognitiv terapi reduseres til et manualisert program som treffer noen, men som er uten effekt eller oppleves som belastende av andre. Dette mener jeg er forklaringen på at kognitiv terapi var effektiv i 1999, men var redusert til liten effekt i 2020. Og det er dette jeg synes å høre i Siv Hilde Bergs kronikk.

Er manual alltid feil?

Vi har gode oppskrifter med utgangspunkt i kognitiv terapi. Førstevalg for personer med søvnproblemer er CBTi – en strukturert tilnærming til å lære pasienten gode søvnvaner (se f.eks. Wilhelmsen-Langeland, 2020). I Bergen har de hatt suksess med 4-dagers program i behandling av fobier, OCD (Launes et al., 2020), og etter hvert også helseplager (Kvale et al., 2021). En systematisk tilnærming til pasienter med bevegelsesfrykt har hjulpet mange med hemmende ryggproblemer til god funksjon (Leeuw et al., 2007). Jeg møter en god del pasienter som skryter av den hjelpen de har fått på rehabiliteringsinstitusjoner, den samme type hjelp som Siv Hilde Berg beskriver ikke traff henne på noen god måte.

Problemene oppstår når tilnærmingene ikke tilpasses pasienten. Når pasienten ikke høres, og ikke er med på det som skjer. Når kommunikasjon fra behandler til pasient bærer mer preg av opplevd moralisering og bedreviten. Ta for eksempel begrepet catastrophizing – eller på norsk verstefallstenkning. Begrepet ble introdusert av Albert Ellis (1962) og utviklet videre av Aron Beck (1979). De brukte det til å beskrive en maladaptiv kognitiv stil som kjennetegnet pasienter med angst og depresjon. Vi vet at verstefallstenkning er en viktig prediktor for utvikling av smerte. Men det å fortelle personer at de må slutte med verstefallstenkning, at de må tenke positivt, og at de må utfordre smertene, kan virke godt for noen, men provoserende og negativt for kanskje de fleste.

Beck og Ellis, grunnleggerne av kognitiv terapi, trekker begge fram relasjonen som avgjørende for å få i stand endring. Å bygge relasjon, og å tilpasse tiltakene til pasienten er en helt sentral del av det å drive terapi. Det er tydelig at dette er tonet ned eller til og med fraværende i enkelte av de beskrivelsene Siv Hilde Berg gir oss.

Å ta snarveien fra det å konstatere at verstefallstenkning er viktig, at bevegelsesfrykt er en sentral forklaring for noen, til å generalisere til alle, forenkle det, og å fortelle pasienten hva som bør gjøres, er ikke bra. En lege hadde vært på kurs og hørt et foredrag om kognitiv terapi. Han møtte en døende ung mann, som fortalte – engstelig – «jeg er så redd». Legen parerte utsagnet med å si «hvilken nytte har du av den engstelsen». Umusikalsk, ute av kontekst, og ikke godt for pasienten.

Psykologisering

Siv Hilde Berg stiller spørsmål om «implementeringen av kognitiv terapi i fysikalske rehabiliteringsinstitusjoner kan risikere å påføre pasienten skade». Det hun beskriver, er en tendens til

bevegelse fra én dualistisk tilnærming til en annen. Fra en rent biomedisinsk tilnærming til kun å se på det psykologiske aspektet av smerte.

Det er i et samarbeidsperspektiv, der kroppslige og psykiske fenomener forstås ikke som atskilte, men som en helhet, at vi har mulighet til å legge til rette for god rehabilitering, vekst og mestring.

For å drive god smertebehandling er det viktig å forstå pasienten, bygge god relasjon, og sammen bruke ulike metoder for lindring av plage, få best mulig livskvalitet eller god funksjon. Noen setter pris på og har god nytte av smerteskole og å bli fortalt hva som er lurt. Om det er skadelig, tviler jeg på, men at det ofte kan være direkte unyttig, er jeg overbevist om.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 1, 2022, side 54-56

TEKST

Borrik Schjødt, psykologspesialist, Seksjon smertebehandling og palliasjon, Haukeland universitetssjukehus

+ Vis referanser

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart.

Kvale, G., Frisk, B., Jürgensen, M., Børtveit, T., Ødegaard-Olsen, Ø.T., Wilhelmsen-Langeland, A., Aarli, B.B., Sandnes, K., Rykken, S., Haugstvedt, A., Hystad, S.W., Søfteland, E. (2021). Evaluation of Novel Concentrated Interdisciplinary Group Rehabilitation for Patients With Chronic Illnesses: Protocol for a Nonrandomized Clinical Intervention Study. *JMIR Res Protoc*, 10(10):e32216 doi: 10.2196/32216

Launes, G., Hagen, K., Øst, L.-G., Solem, S., Hansen, B., Kvale, G. (2020). The Bergen 4-Day Treatment (B4DT) for Obsessive-Compulsive Disorder: Outcomes for Patients Treated After Initial Waiting List or Self-Help Intervention. *Front Psychol*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00982>

Leeuw, M., Goossens, M.E., Linton, S.J., Crombez, G., Boersma, K., Vlaeyen, J.W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med*. 30(1):77-94. doi: 10.1007/s10865-006-9085-0. Epub 2006 Dec 20. PMID: 17180640.

Morley, S., Eccleston C., Williams A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1-2), 1-13. doi: 10.1016/s0304-3959(98)00255-3.

Turk, D.C., Meichenbaum, D., Genest, M. *Pain and Behavioral Medicine: A cognitive-behavioral perspective* (1983). Guilford Press.

Wilhelmsen-Langeland, A. *Våkne opp. Om søvnens psykologi*. Gyldendal, 2020.

Williams, A.C.C., Fisher E., Hearn L., Eccleston C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 12;8(8):CD007407. doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub4. PMID: 32794606; PMCID: PMC7437545.