

Klinisk praksis med tre psykologiske tilnærminger for behandling av langvarig smerte

En fleksibel og transparent veksling mellom intervensjoner fra ulike behandlingsmetoder er nyttig i smertebehandling.

TEKST

Heidi Trydal

PUBLISERT 2. desember 2024

EMNER

smerte

Behandling

Hypnose



Heidi Trydal. Foto: Tone Andersen

Omtrent en tredjedel av Norges befolkning har langvarige smerter, altså smerter som har vedvart minst tre måneder (Steingrimsdottir et al., 2023). De fleste av pasientene får oppfølging i primærhelsetjenesten. De kan også få hjelp ved rehabiliteringssentre, der det ofte er et helhetlig blikk på opptrening som ivaretar både fysiske og psykiske forhold. Pasienter som prioriteres til smerteklinikker, har som regel fått oppfølging i primærhelsetjenesten uten tilstrekkelig effekt. Det kan være behov for videre hjelp fra spesialisthelsetjenesten, hvor pasienten følges opp ved tverrfaglig smerteklinikk for mestringshjelp med psykologsamtaler og/eller lege- eller fysioterapioppfølging.

Teksten tar utgangspunkt i mine kliniske erfaringer gjennom tjue år som psykolog ved Smertesenteret, St. Olavs hospital. Formålet er å vise hvordan man kan forstå og arbeide med langvarig smerte i et psykologisk perspektiv. Vi vet fra både praksis og fra forskningsfeltet at psykososial belastning, utviklingstraumer og relasjonelle traumer i barndommen kan øke risiko for somatisk sykdom hos voksne (Fellitti et al., 1998). Traumer og psykisk belastning øker også sannsynligheten for langvarig smerte, og traumer kan forklare, forsterke og opprettholde smerter. Behandling med ensidig søkelys på smerten blir altså ikke riktig for de fleste med langvarig smerte. De trenger også behandling av den psykiske problematikken som forklarer, forsterker og opprettholder smertene. I teksten ønsker jeg å presentere hvordan og hvorfor jeg anvender særlig tre ulike terapitilnærminger – hypnose, aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) og intensiv psykodynamisk korttidsterapi (ISTDP) – i mitt kliniske arbeid med pasientgruppen. Jeg belyser arbeidsmåten gjennom pasientkasuset Andrea.

Klinisk kontekst

Smertesenteret ved St. Olavs er en tverrfaglig poliklinikk der pasienter med langvarige smerter blir prioritert til utredning og eventuelt behandling. Pasienten blir vurdert av flere faggrupper, og lege, psykolog og fysioterapeut samarbeider tett i tverrfaglig team. På den måten får vi et best mulig helhetsbilde av pasientens totalfungering. I dialog med pasienten finner vi ut av om det kan være nyttig med oppfølging fra én eller flere faggrupper på Smertesenteret, eller om det er mer egnet oppfølgingstilbud andre steder, f.eks. i kommunen eller ved rehabiliteringssenter.

Pasientene jeg utreder, har smerter som gir begrensninger i daglig fungering, ofte med nedsatt livskvalitet. De fleste tilfredsstillende ikke kriteriene for en diagnose, de preges av normalreaksjoner. En del kjenner på sorg over å ha tapt god fungering og savner livet de hadde før smertene satte begrensninger. Mange kjenner mangel på glede, og frustrasjon og bitterhet. Smerter setter en demper på positive tanker og følelser.

Dersom den tverrfaglige utredningen kommer til at videre oppfølging er hensiktsmessig, erfarer jeg det som nyttig å kunne ta i bruk ulike psykoterapimetoder. Smertepasienter er som alle andre ulike og vil dra nytte av ulike tilnærminger. Noen får nok hjelp med en type terapimethode, andre kan trenge en kombinasjon av flere. Valg av tilnærming avhenger bl.a. av pasientens personlighet, bakgrunn og problemet de spesifikt trenger hjelp med for å få en bedre hverdag. Noen preges av bekymring og uro over smertene, andre sliter med å tilpasse seg begrensningene smertene gir, mens en annen gruppe primært har uforløste psykiske traumer og belastninger til grunn for smerteuttrykket. Jeg har med bakgrunn i pasientvariasjonene over tid tatt videreutdanning og lent meg på tre ulike behandlingsretninger som jeg mener favner de vanligste problemområdene. På den måten opplever jeg å kunne hjelpe flest mulig. Det er hypnose, som kan bidra med økt kroppslig og mental ro hos en utrygg og smertepreget pasient. Det er videre tredjegeners kognitiv terapi (ACT), som kan gi pasienten hjelp til å tilrettelegge livet med tilstrekkelig vekt på livsverdier tross

smertene, og psykodynamisk korttidsterapi (ISTDP), som kan gi god hjelp med traumer og livsbelastninger.

Langvarig smerte

- Langvarige smerter er smerter som har vedvart i minst tre måneder.
- Rundt 50 % av uføretilfellene i Norge kan tilskrives langvarig smerte (Landmark et al., 2013; Nielsen, 2008).
- Flere kvinner enn menn rammes.
- Muskel- og skjelettsmerter er den oftest forekommende diagnosen ved legemeldt sykefravær i Norge (NAV, 2022).
- Langvarige smerter behandles ikke som akutt smerte. Det er ikke anbefalt å bruke sterke smertestillende som opioider ved langvarig smerte, da sannsynligheten for bivirkninger og toleranseutvikling er høy, og vil kunne skape tilleggsproblematikk som medikamentavhengighet og redusert fungering i dagliglivet ([helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)).

Noen pasienter trenger kun én tilnærming for å oppnå tilstrekkelig behandlingsutbytte, mens andre trenger flere. Pasientens behov blir oftest synlig gjennom terapiprosessen. Hjelp til et problemområde kan til enkelte gi tilstrekkelig bedring, eller så kan prosessen avdekke behov for hjelp på et annet problemområde. Pasienten og jeg drøfter og evaluerer underveis i fellesskap hva som blir den mest hensiktsmessige veien.

Jeg har god erfaring med å gi pasienten informasjon om arbeidsmetode og invitere til samarbeid om valg av metode og behandlingsmål. Det bidrar til god relasjonsbygging og øker pasientens engasjement i terapiprosessen. Jeg ser gjennomgående at behandling som oppleves relevant for pasienten, har bedre nytte.

Utfordringer

«Jeg har erfart at det er ulikt hvilken behandlingstilnærming pasientene profitterer på»

Pasienter med langvarig smerte har behov for at behandler både respekterer og viser tillit til pasientens opplevelse av smertene. Mitt inntrykk er at det kan være utfordrende for helsepersonell å møte pasientene med en slik grunnholdning, fordi smertene er usynlige og vedvarer tross at det ikke foreligger skade eller sykdom.

Jeg har møtt for mange pasienter som har opplevd å bli avvist og mistrodd av helsevesenet. Langvarige smerter kan sjelden påvises gjennom billeddiagnostikk eller blodprøver. Noen pasienter forteller meg om krenkende uttalelser fra helsepersonell. Eksempler kan være: «Vi finner ingenting, så det kan ikke stemme at du har så intense smerter», eller «Undersøkelsen du etterspør, er allerede gjennomført, så du må godta at

du er frisk». Pasienten har i disse tilfellene verken blitt møtt med anerkjennelse eller hjelp til å mestre utfordringene smertene gir. Dessverre kan krenkelsene forsterke og bidra til å vedlikeholde smertetilstanden. Vi vet at negativt stress bidrar til forverring av smerter (Ogden, 2012). Å bygge allianse og godt behandlingsgrunnlag er mer krevende med pasienter som allerede har mange dårlige erfaringer bak seg. Dårlige erfaringer med helsepersonell kan skape frykt eller forventning om at det samme vil skje igjen.

Hypnose, ACT og ISTDP

Pasienter med smerte har behov for og etterspør spesifisert behandling rettet mot mestring av smerter. Jeg har erfart at det er ulikt hvilken behandlingstilnærming pasientene profitterer på. Personlighetsstruktur og tidligere livsbelastning er sentrale faktorer for valg av behandlingstilnærming, mens kjønn og alder har liten betydning i denne sammenhengen. Noen pasienter jeg møter, strever med tankemønsteret rundt smertene; de lar for eksempel skremmende tanker ta for mye plass. Det kan være tanker som at «smertene må bety farlig sykdom», tross at leger har avkreftet det. Andre er ikke nødvendigvis så plaget med slike tanker, men plages mer av kroppslig uro og vansker med å finne hvile i en smertefull kropp. En siste gruppe har med seg svært vonde og belastende opplevelser som de trenger psykologisk hjelp til. Jeg mener alle de tre inngangsmåtene kan bidra med god smertebehandling, men pasientene trenger ulike ting. Sammen med pasienten gjør jeg en vurdering av hva hver enkelt trenger når de møter meg. Det kan også vise seg at én pasient drar nytte av ulike tilnærminger ved ulike tidspunkt i behandlingsprosessen.

I min kliniske praksis har jeg altså vekslet mellom å bruke hypnose, ACT og ISTDP. Jeg vil i neste avsnitt kort beskrive tilnærmingene og beskrive hvordan jeg vurderer bruk og veksling mellom metodene basert på pasientens psykologiske problemstilling knyttet til smertene.

Hypnose

Hypnose er en viktig tilnærming i helsepsykologi og var den første retningen jeg fordypet meg i. Hypnose handler om å hjelpe pasienten inn i en transelignende tilstand og deretter jobbe med fokusert og målrettet oppmerksomhet. Bevisstheten snevres inn og sanseintrykk stenges ute, hypnose kan derfor være nyttig ved mestring av smerter (Jensen, 2011). Jeg ser at pasientens forventninger påvirker smerte. Pasienten kan oppnå smertelindring når smertefull erfaring blir endret fra negativ til positiv gjennom verbale suggesjoner.

Jeg lærer pasienten selvhypnose dersom de ønsker å bruke hypnose som et mestringsverktøy i dagliglivet. Jeg erfarer at selvhypnose kan være et nyttig mestringsverktøy hvis pasienten strever med uro, søvnvansker og bekymring for smertene. Gjennom selvhypnose kan pasienten på egen hånd ta seg inn i en transelignende tilstand ved at de forestiller seg trygge og gode opplevelser gjennom sine sanser, det kan gi lindring og pause i hverdagen. Det kan for eksempel være å forestille seg behagelig og betryggende lyd, lys, lukt og omgivelser.

Hypnose er imidlertid ikke en metode som passer for alle. Pasienter med lav forestillingsevne kan streve med sanseinnlevelse og uttrykker ofte begrenset utbytte. Noen er også generelt utrygge eller skeptiske til hypnose og ønsker annen type mestringshjelp. Jeg har også erfart at enkelte pasienter med høy grad av verstefallstenkning og overdrevet oppmerksomhet på smertene får begrenset utbytte av hypnose.

Aksept- og forpliktelsesterapi

For å arbeide med pasienter som primært trenger hjelp til å endre tankemønsteret knyttet til smertene, har jeg videreutdannet meg i ACT for å styrke mine ferdigheter innen kognitiv terapi.

ACT kan være nyttig for langvarig smerte, på lik linje med atferdsterapi og kognitiv atferdsterapi (McCracken & Vowles, 2014). Denne retningen har vært anvendelig da mange pasienter sliter med å forholde seg til smertene. For mye vektlegging av å bli smertefri forsterker paradoksalt nok smerteopplevelsen. Smertene får for mye oppmerksomhet og oppfattes sterkere. Pasienten kan komme i en ond sirkel der andre viktige ting i livet får for lite oppmerksomhet. Hjelp til å godta plagene kan frigjøre muligheten til å bruke kreftene på å oppnå så god livskvalitet som mulig. ACT-intervensjoner har som hensikt å fremme aksept av smerter og samtidig øke oppmerksomhet på viktige livsverdier. Det kan for eksempel dreie seg om å øke deltakelse sosialt eller i arbeidslivet. Å anvende ACT verdikompass er en av flere konkrete behandlingsintervensjoner (Harris, 2013). Verdikompasset kan hjelpe pasienten med å bli bevisst egne verdier og f.eks. jobbe mot å øke sosial omgang på tross av smertene. Det vil kunne gi endring i form av økt livskvalitet og daglig fungering.

Min erfaring er at ACT har begrensninger når pasienten har tunge og ubearbeidede livsbelastninger og relasjonelle traumer. Denne gruppen kan streve med tillit og bære preg av utrygghet, og det er vanskeligere å etablere god relasjon. Jeg har opplevd flere som er følelsesmessig avstengt, og sårbare og mer krenkbare. En del har fått diagnoser innenfor personlighetsspekteret eller traumelidelser. De snakker om traumer og vonde opplevelser med liten innlevelse eller kontakt med følelser, og uttrykker isteden intens smerte og kroppslig ubehag, et fenomen kjent som somatisering. Dette er en pasientgruppe som kan oppleves som krevende å hjelpe. Pasientene kan i tillegg være mer sårbare for å bli retraumatisert når de ikke blir møtt slik de har behov for.

Intensiv dynamisk korttidsterapi

For å kunne ivareta pasienter med livsbelastninger og vansker med følelsesregulering vurderte jeg at jeg burde ha en psykodynamisk metode i verktøykassen. Da ISTDP er en retning som kan være egnet ved psykologisk behandling av langvarig smerte og somatisering (Lilliengren et al., 2020), tok jeg denne videreutdanningen.

I ISTDP rettes søkelyset mot undertrykte følelser som oppleves vanskelige å integrere. Det kan for eksempel være en blanding av ubearbeidet sinne, skyldfølelse og kjærlighet rettet mot en viktig person i livet. Man antar at de vanskelige følelsene kan gi

endokrinologisk ubalanse og muskulær spenning som kan bidra til å forsterke og vedlikeholde smerter (Abbass, 2005). Modellen postulerer at pasienten ikke er bevisst manglende kontakt med følelsene eller hva som er årsak til den manglende kontakten. Å undertrykke de vanskelige følelsene kan ha vært en «overlevelse» i en vanskelig hverdag, men på lengre sikt har det gitt helsemessige og relasjonelle negative konsekvenser. Det er derfor nødvendig å hjelpe pasienten med å identifisere forsvaret mot følelsen, tydeliggjøre forsvarets funksjon og videre gi slipp på forsvaret. Jeg erfarer at vanlige forsvarsmekanismer hos pasienten er intellektualisering, rasjonalisering eller somatisering. Forsvaret kompenserer for det følelsesmessige, og følelsene blir utilgjengelige. Som psykolog blir oppgaven å bevisstgjøre pasienten om at det kognitive forsvaret hindrer tilgang til følelser og muligens også skaper, forsterker og opprettholder plagene de oppsøker hjelp for.

ISTDP er heller ikke en retning som passer alle pasienter, dybdefokus er f.eks. ikke nødvendig hvis det ikke er uforløste vanskelige følelser som skaper vansker i hverdagen. ISTDP er den retningen jeg har opplevd som mest avansert å lære. Å beherske metoden godt krever mye veiledning og fordypning i litteratur. Det er spesielt viktig med god opplæring i metoden slik at man ikke risikerer at de allerede belastede pasientene opplever retraumatisering og forverring av psykisk helse og smerter.

ACT, hypnose og ISTDP i et forløp

Jeg vil nå mer detaljert vise frem integrasjonen av de tre tilnærmingene, illustrert gjennom et behandlingsforløp med den fiktive pasienten Andrea. Både hypnose, ACT og ISTDP blir tatt i bruk på ulike tidspunkt i prosessen. Formålet med presentasjonen av behandlingsforløpet er å tydeliggjøre hvordan de ulike metodene kan bidra til endring i en terapiprosess.

«God tverrfaglighet bidrar med trygghet og troverdighet i møte med pasienten»

Andrea var ung voksen og ble henvist pga. nylig diagnostisert alvorlig tarmsykdom. Kirurgisk inngrep, opioider og smertestillende var kontraindisert og ville kunne føre til dårligere tarmfungering. Forløpet gikk over åtte måneder, og vi hadde ukentlige samtaler de tre første månedene, etter det hver andre uke.

Andrea

Da jeg møtte Andrea, hadde hun spennende planer for fremtiden. Hun ville utdanne seg og se verden. Gastroavdelingen foreslo samtaler med psykolog, men hun var i utgangspunktet lite interessert. Det ble tydelig gjennom utsagn som «hva er poenget med å snakke om smertene? Jeg trenger hjelp til å bli smertefri, det blir bare verre av at vi snakker om det». Utsagnene viste at hun verken så relevans eller nytte av psykolog.

Tidlig allianse

Det er viktig å uttrykke interesse og tillit til pasientens smerteopplevelse fra første stund. Det tilrettelegger for en god allianse og inviterer til håp, positive forventninger og samarbeid. Som psykolog ønsker jeg å samarbeide med pasienten om å utarbeide en arbeidsplan og valg av arbeidsmetode. Jeg har i årene som psykolog erfart at det er avgjørende for behandlings-progresjonen at god alliansebygging med vekt på smertemestring helst skjer fra første samtale. Jeg må forklare på hvilken måte jeg kan være til hjelp, slik at møtet med meg blir relevant. Dersom jeg ikke lykkes, blir konsekvensen at jeg aldri kommer i behandlingsposisjon.

Å gjøre mestring relevant

Jeg brukte de første samtalene på å utforske Andreas refleksjoner rundt konsekvenser smertene ville kunne få for hennes daglige fungering og livskvalitet. Hun mente at hun bare kunne glemme studier og reising. Jeg uttrykte forståelse for at det måtte føles vanskelig, men spurte videre om det var greit om jeg fikk dele noen av mine perspektiver og erfaringer. Jeg kunne åpenbart ikke fullt ut sette meg inn i hennes situasjon, men hadde lært mye gjennom å hjelpe andre som var i liknende situasjon. Det medførte bevegelse i samtaleprosessen. Hun ble synlig nysgjerrig og ville vite mer om hvordan jeg hadde hjulpet andre. Jeg utforsket da om hun hadde merket om enkelte ting forsterket eller reduserte smerteopplevelsen. Hun bekreftet at flere livsstilsfaktorer virket inn. Det kom frem at kostholdsrutiner, søvnrytme, fysisk aktivitet og håndtering av stress var faktorer hun slet med. Jeg delte kunnskap og erfaringer om at forbedring av disse faktorene ville kunne dempe symptomer og gjøre det enklere å leve med plagene, tross at det ikke fjernet tarmsykdommen. Hun valgte ut noen faktorer som kunne påvirkes i riktig retning, og vi ble enige om hvordan disse kunne jobbes med.

Tverrfaglig troverdighet

Jeg snakket i tillegg om tilpasning og justeringer som kunne ha betydning for å nå målene hun hadde satt seg om utdanning og reising. Målene kunne fortsatt nås, men sannsynligvis på en annen måte enn hun hadde sett for seg. Jeg hadde i forkant satt meg inn i hva tarmlidelsen innebar, for å ha dekning for å si det, inkludert en samtale med hennes gastroenterolog. Jeg kjente til prognosen og sannsynlige begrensninger som kunne komme. Innenfor smertefeltet er det sentralt å samarbeide tett med somatisk helsepersonell. God tverrfaglighet bidrar med trygghet og troverdighet i møte med pasienten. Vi utviklet i denne fasen en god relasjon, og hun ønsket videre hjelp av meg.

ACT og selvhypnose

Jeg var åpen om metodene jeg brukte overfor Andrea, og det viste seg viktig med felles enighet når det gjaldt valg av behandlingsretning. Vi etablerte en felles forståelse av hvorfor metoden var egnet, og sikret oss samtidig at vi valgte en retning som ivaretok det som var viktig for henne.

Vi ble i den første behandlingsfasen enige om behandlingsprinsipper basert på ACT. Målet var at plagene skulle ta mindre plass i livet, og at livet i større grad skulle styres i retning av viktige verdivalg og gjøremål. Utdanning var fortsatt fullt mulig, men ville kunne kreve tilrettelegging. Reising lot seg også gjøre, men med forholdsregler og god ivaretagelse av faktorer som kunne påvirke sykdommen. Vi brukte ACT verdikompass som verktøy i denne prosessen. Hun klarte å ta steg i retning utdanning ved å snakke med studieveiledere og NAV om behov for tilpasning og tilrettelegging. Hun kjente sakte, men sikkert at dette førte smertefokuset i bakgrunnen. Hun var i en endringsprosess.

Hun hadde over tid kjent på mye anspenning og kroppslig stress; jeg introduserte derfor hypnose som en måte å roe ned sentralnervesystemet på. Hun hadde nytte av hypnose, og vi fant ut at selvhypnose fungerte som et mestringsverktøy som hun kunne bruke mellom samtalene. Hun klarte gjennom selvhypnose å oppnå både dyp fysisk og mental avspenning ved å visualisere et trygt og godt sted der hun kunne klare å snevre inn oppmerksomheten og være i kontakt med gode følelser i kroppen og ikke bare smerter. Selvhypnose ble en nyttig mestringsteknikk for henne, og hun greide å slappe bedre av.

Dypere med ISTDP

«Endring krever spesifikke psykologiske behandlingsintervensjoner som utføres med faglig kompetanse»

Økt kroppslig ro ga økt indre kontakt både på godt og vondt, og hun ble etter hvert klar over et emosjonelt ubehag. Det var merkbart i sosiale situasjoner der sinne og bitterhet ble trigget og rettet mot jevnaldrende som var friske. Dette var skamfullt å sette ord på, men hun opplevde det som dypt urettferdig å bli rammet. Sinnet mot andre ga dårlig samvittighet og skyldfølelse. Det var ikke det at hun ikke unte andre å være friske, hun ville bare så gjerne være frisk selv. Jeg så nå indikasjon for å hjelpe Andrea med å regulere vanskelige følelser som hun over tid hadde unngått, det var tydelig at hun ikke hadde vært klar over unngåelsen før nå. Jeg forklarte at følelsesregulering på dette tidspunktet virket viktig, og hvordan undertrykking av sterke og vanskelige følelser kan gi kroppslige spenninger og forsterkning av symptomer og smerter. Bedre følelsesregulering kunne gi fysisk og psykisk bedring. Nysgjerrigheten hennes ble på nytt vekket, og hun ønsket å finne ut om hun kunne ha nytte av ISTDP. Vi jobbet tett sammen med at hun gradvis slapp taket på beskyttelsen mot de vanskelige følelsene. Økt tilgang og kontakt til følelsene gjorde vondt, men også godt. Vi fant ut at sinnet fungerte som en beskyttelse mot undertrykt sorg og tristhet over friheten hun mistet gjennom sykdommen. Hun hadde også med seg vanskelige familiære opplevelser med sykdom og begrensninger, og det skapte frykt for at hun skulle ende opp som dem. Å være i ærlig kontakt med disse opplevelsene og følelsene kjentes befriende ut. Hun

kjente at hun kom videre meg seg selv, hun utviklet ny selvinnsett og kunne gi seg selv forståelse og bedre selvinnsett. Samtidig med at hun fikk økt kontakt og forståelse for de vanskelige følelsene, opplevde hun en merkbar fysisk lettelse. Hun ble mindre anspent, og hun kjente seg rolig og lett. Hun erfarte og uttrykte hvor overraskende det var å kjenne at kroppen responderte så positivt på at hun kunne uttrykke følelsene på en fri og ærlig måte.

Behandlingsavslutning

Andrea og jeg evaluerte jevnlig terapiprosessen for å sikre at vi var på riktig kurs og ivaretok det som var viktig for henne. Vi fant ut at hun hadde behov for flere intervensjoner innen ulike psykoterapimodeller i behandlingsprosessen, og intervensjonene ble relevante på ulike tidspunkt i terapiprosessen. Hun uttrykte takknemlighet ved avslutningssamtalen og beskrev psykologhjelpen hun hadde fått, som uvurderlig. Hun hadde nå tro på et godt liv tross sykdom og smerteplager.

Drøfting

Jeg har presentert tre ulike behandlingsretninger som jeg har erfart som relevante ved psykologisk behandling av langvarig smerte. For Andrea viste det seg nødvendig å ta i bruk intervensjoner fra alle retningene for å oppnå tilstrekkelig behandlingsprogresjon. I andre pasientsaker er det ikke nødvendigvis slik. I noen saker kommer vi i mål med én av tilnærmingene, det kan være saker der for eksempel aksept av smerter er hovedproblem, og hvor ACT kan bidra til at pasienten oppnår god smertehåndtering og tilstrekkelig bedring. Dette blir først synlig gjennom behandlingsprosessen og krever at psykolog og pasient evaluerer prosessen jevnlig. I evalueringen kan det også bli tydelig at pasienten ikke har utbytte av eller klarer å gjennomføre behandling, uavhengig av tilnærmingen. Det kan handle om livshendelser som tar for mye oppmerksomhet og krefter, for eksempel dødsfall, tap av jobb, eller annen livsomveltning. Noen innser også at de ikke ønsker endring likevel, og velger å holde fast i måten de lever på. Det kan dreie seg om en situasjon der en står alene om pleie til et nærstående familiemedlem, eller en yrkesrelatert konflikt der det blir større negative konsekvenser å slutte i jobben enn å bli. Det kan være forståelige grunner til å velge å stå i en usunn situasjon, vi kan alle havne i fastlåste situasjoner som er vanskelig å komme ut av. Jeg har selv opplevd gode avslutninger der vi med gjensidig respekt og ærlighet har snakket om at endring rett og slett ble for vanskelig. Endring er vanskelig. Tidspunkt og timing for behandlingen var ikke god nok, eller vi fant ikke noen god måte å jobbe på sammen. For meg er fleksibiliteten i å veksle mellom behandlingsretninger sammen med en åpen og transparent holdning og relasjon til pasienten viktig. Det gjør at jeg holder det positive engasjementet oppe slik at jeg gleder meg til å gå på jobb, og det forebygger mistriivsel og utbrenthet.

Det har vært en spennende reise å få jobbe som psykolog i smertefeltet gjennom 20 år. Jeg har aldri følt at psykologer er så godt etablert og viktig for smertefaget som nå. Det har skjedd mye i positiv retning: Psykologen har fått mer plass og oppmerksomhet i

somatikken. Samfunnet har i tillegg endret seg, det er større forståelse og kunnskap om at det ikke er noe klart skille mellom fysiske og psykiske plager. Jeg opplever et økt søkelys på mestring i tilfeller der man ikke kan kurere sykdom eller plager. Der jeg før var en eventuell tilleggsressurs, anses jeg nå som en naturlig del av et tverrfaglig team. Jeg er overbevist om at godt tverrfaglig samarbeid der pasienten inkluderes som en del av teamet, er viktig. Pasienten får da anledning til felles drøfting av problemstilling og videre plan med alle relevante faggrupper til stede. Alle parter har mulighet til å stille spørsmål, eller komme med forslag som kan bli aktuelt i den videre planen.

Grunnleggende alliansebyggende faktorer som empati, åpenhet og samarbeid om fremgangsmåte bør ligge til grunn for god endring. Forståelse av smertefysiologi og somatikk er også nyttig, men kommer i andre rekke. Endring krever i tillegg spesifikke psykologiske behandlingsintervensjoner som utføres med faglig kompetanse.

Selv om psykologiens bidrag i smertefeltet og somatikken har mer plass enn noen gang, må vi fortsatt jobbe med bedre integrering. Jeg har i mange år hørt legene etterlyse egne psykologstillinger på somatiske avdelinger som nevrologen, gastro- eller kreftavdeling. De ser i større grad behovet for mestringshjelp der somatiske intervensjoner kommer til kort. Det er nok psykologer som kunne tenke seg å jobbe på nettopp slike avdelinger, men det skorter på ressurser og stillinger. Min ønskedrøm er at fremtidens sykehus har integrert somatikk og psykisk helse som en enhet, og at pasientens psyke og soma kan ivaretas på én plass.

Merknad. Pasientkasuset Andrea er fiktivt og konstruert fra virkelige erfaringer med mange ulike pasienter. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 61, nummer 12, 2024, side 855-862

TEKST

Heidi Trydal

KONTAKT: heidi.trydal@stolav.no

+ **Vis referanser**

Abbass, A. (2005). Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *The Journal of Family Practice*, 54(3), 231-239, 243.

Colloca, L., Klinger, R., Flor, H. & Bingel, U. (2013). Placebo analgesia: psychological and neurobiological mechanisms. *Pain*, 154(4), 511-514. <https://doi:10.1016/j.pain.2013.02.002>

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Harris, R. (2013). ACT - enkelt og greit - en innføring i aksept og forpliktelsesterapi. Gyldendal Akademisk.

- Jensen, M.P. (2011). *Hypnosis for Chronic Pain Management. Workbook. Treatments That Work.* Oxford university press.
- Lien, L., Green, K., Thoresen, M. & Bjertness, E. (2011). Pain complaints as risk factor for mental distress: a three-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 509-16. <http://doi.org/10.1007/s00787-011-0211-3>
- Lilliengren, P., Cooper, A., Town, J.M., Kisely, S. & Abbass, A. (2020). Clinical- and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for chronic pain in a tertiary psychotherapy service. *Australasian Psychiatry*, 28(4), 414-417. <http://dx.doi.org/10.1177/1039856220901478>
- McCracken, L. & Vowles, K.E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178-187. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035623>
- Landmark, T., Romundstad, P.R., Dale, O. & Borchgrevink, P. (2013). Chronic pain: One year prevalence and associated characteristics (the HUNT pain study). *Scandinavian Journal of Pain*, 4(4), 182-187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.07.022>
- NAV. (30.08.2022). Sykefraværstatistikk - kvartalsstatistikk. Statistikk for 1. kvartal 2022. NAV.no. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>
- Nielsen, C.N., Stubhaug, A., Price, D.D., Vassend, O., Czsikowski, N. & Harris, J.R. (2008). Individual differences in pain sensitivity: genetic and environmental contributions. *Pain*, 136(1-2). <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.008>
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2019). *Psychotherapy Relationships that Work, Volume 2: Evidence-Based Therapist Responsiveness.* Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.001.0001>
- Ogden, J. (2012). *Stress Health Psychology.* Open University Press.
- Solis, C.B., Kelly-Irving, M., Fantin, R., Darnaudéry, M., Torrisani, J., Lang, T. & Delpierre, C. (2015). Adverse childhood experiences and physiological wear-and tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1417325112>. <https://doi.org/10.1073/pnas.1417325112>
- Steingrimsdottir, O.A. et al. (2023). Langvarig smerte i Norge. I Folkehelse rapporten. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/smerte/?term=>