Psykologisk smertebehandling ACT vs ISTDP - hvilke smertepasienter bør få hva?

HEIDI TRYDAL
Psykologspesialist
Avdeling for smerte og sammensatte lidelser, St Olav
Universitetslektor, NTNU

Noe av det jeg har lært gjennom 14 år som smertepsykolog…

1. Reduksjon av smerte er IKKE alltid nok for at pasienten får det bedre
2. Ulike smertepasienter krever ulik psykologisk tilnærming og det avhenger IKKE av hvor smerten befinner seg eller hvor sterk den er
3. Noen ganger er psykologisk stress et resultat av smerten
4. Andre ganger er psykologisk stress årsak til smerten
5. Smerten kan være et uttrykk for en uløst konflikt i pasientens liv
   - Og dette er oftest IKKE bevisst pasienten
6. Å velge riktig behandlingstilnærming er ikke tilstrekkelig for vellykket behandlingsresultat
7. Psykologisk utredning og psykologisk behandling har ikke alltid en plass ved smertebehandling

Noen grunnleggende definisjoner

- Smerte

✧ The International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som:

«en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevskade, eller beskrevet som slik skade

❑ Akutt smerte – advarsel om at kroppen er i fare – smertestillende god effekt

❑ Langvarig smerte – smerten varer utover 6 mnd og kan være av type:

1. Nosiceptiv smerte – vevsødeleggelse (for eksempel ulykke/brannskade)
2. Nevropatisk smerte – nerveskade / sykdom i nervesystemet
3. Idiopatisk smerte / sammensatt smerte, ukjent opphav til smerten

- Smerte og sammensatte lidelser

✧ Lidelser med betydelige somatiske symptomer der biopsykososiale faktorer er spesielt tett vevet sammen og der ingen anerkjent diagnose fullt ut kan forklare symptomene

To kasus med langvarige nakke smerter / ryggsmerter

Kari 45 år

- Smertene startet for fire år siden, bilulykke
- Nakkeskade
  - Gradvise ryggsmerter
- Falt ut av jobb som regnskapsfører
- Vansker i ekteskap
- Redusert sosial omgang

Eva 47 år

- Smertedebut i tidlig barnealder
- Vekslende typer smertelokalisasjon og intensitet, men smertene knyttes ikke til kjent sykdom eller skade
- Hun ser mønster der vanskelige livshendelser sammenfaller med smerteforverring
- Lange perioder uten smerter, for 6 mnd siden smerteforverring
- Psykisk traume i forkant av smerteforverring, yngste bror tok selvmord

Somatisk smerteutredning Kari

- Bildediagnostikk og legeundersøkelse avdekket nerver i klem. Privat rygg kirurgi for et år siden
  - forverret smertene
- Lite effekt av nerveblokade
- Noe effekt av medikamentell smertelindring, Nevrontin
- Vanskelig å opprettholde god livskvalitet og funksjon
- Søvnvansker

❖ **Nevropatisk smerte**

Somatisk smerteutredning Eva

- Ingen funn på skade eller sykdom
- Muskulære funn i form av høy muskulær spenningstilstand
- Holder pusten når hun blir undersøkt, høyt aktivert, autonome reaksjoner (svette, rødming, tydelig ubehag)
- Finner ikke ro eller hvile i hverdagen, føler seg konstant på vakt
- Ingen effekt av noen typer medikamenter
- Søvnvansker

❖ **Idiopatisk smerte / sammensatt smerte**

Psykososial utredning, Kari

- God oppvekst
- Gode familieforhold
- Utdannet revisor, sykemeldt
- Gift, to barn i tenårene
  - Vansker i ekteskap etter ulykke
- Gode sosiale relasjoner, men ikke overskudd til å være sosial

Psykososial utredning, Eva

- Svært vanskelig oppvekst
- Alkoholisme hos begge foreldre, tre søsken som hun som eldstemann i søskenflokk ivaretok
- Utdannet frisør, sykemeldt
- Skilt, ingen barn
- Mange svik i sosiale relasjoner

Psykologisk vurdering, Kari

- Mildt/moderat depresjonstrykk
- Aldri tidligere kontakt med psykisk helsevern
- Ønske om hjelp for å få en endring i livskvalitet og funksjon

Psykologisk vurdering, Eva

- Oppfyller kriterier til GAD og sosial fobi
- Mye kontakt med psykisk helsevern, kognitiv terapi og støttesamtaler, kun kortvarig effekt
- Har selv innsikt i at smertene forverres ved psykologisk stress og særlig når hun trigges følelsesmessig – ønsker å finne mer ut av dette

Hva slags psykologbehandling skal Kari og Eva få?

Psykologisk smertebehandling

- Tilnærminger basert på selvregulering
  - Avspenning / hypnose / visualiseringsteknikker
- Atferdsterapeutiske tilnærminger / kognitive tilnærming
  - 1. generasjons kognitiv terapi
    - Operant betinging
    - Graded exposure in vivo
  - 2. generasjons kognitiv terapi
    - Kognitiv atferdsterapi
    - Fear-avoidance
  - 3. generasjons kognitiv terapi
    - Acceptance and commitment therapy (ACT) (og mindfulness)
- Intensiv psykodynamisk korttidsterapi (ISTDP)

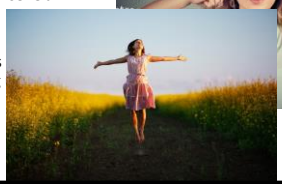
PSYKOLOGISK FORSTÅELSESRAMME

FEELING PAIN

Psykologisk smertebehandling

- Å håndtere smerten og de negative konsekvensene av smerten?
- Å komme til bunns trigger smerten og triggere?

Kari
- ACT

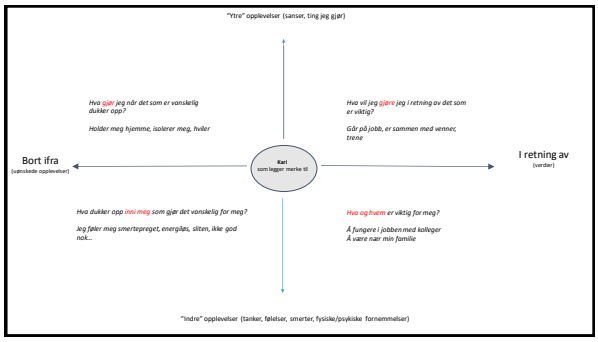


Eva
- ISTDP

Kari - Smertehåndtering: ACT
Acceptance and Commitment Therapy

- I ACT er det viktig å øke den psykologiske fleksibiliteten og løfte livskvaliteten – ikke fjerne smertefulle opplevelser
- Det vanskelige og vonde må håndterers som en naturlig del av livet. Fokus på å følge egne verdier i livet vil bidra til psykologisk fleksibilitet

Smertepsykologi edukasjon og «mestringsmotivering»



Karis utredning og behandling

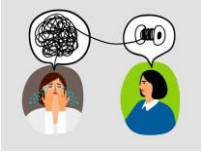
Kari, ACT – utredning

- Anamnese, familie / nettverk
- Smerteopplevelse
  - Forsterkende / vedlikeholdende mekanismer
- Lav aksept for smerter / vil ikke godta helsa slik den er
- Livet begrenses, viktige områder i livet får lite fokus, smerte får mye fokus
  - «Hva / hvem er viktig for deg i livet nå og hvordan skal du kommer nærmere det stedet du ønsker deg?
  - Hvilket steg kan du forplikte deg til å ta for å komme nærmere det du ønsker?»

Kari, ACT – behandling

- Eksponering mot verdier
  - Forpliktende handling
  - Psykologisk fleksibilitet
- Smerten tar mindre plass i livet, får mindre fokus og trigger mindre smerteaktivering
- Økt funksjon og livskvalitet – IKKE nødvendigvis fokus på smerte
  - Indirekte smertelindring

Når følelser tar overhånd …



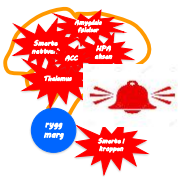
- Følelser er førbevisste og nevrobiologiske
- Følelser guider atferd fra fødsel
- Uten tilgang til følelser kan vi ikke sette grenser og si hva vi trenger
- Dersom våre følelser ikke blir møtt, straffet eller ignorert utvikler vi forsvarsmekanismer og kroppen fortrenger følelser på et dypere nivå
- Det gjør at opplevelsene og de tilknyttede følelsene blir ubevisste og utvikler seg til kroppslig angst, dvs kroppssymptomer og/eller smerter
- Dersom våre kropper over tid undertrykker følelser så leder det til negativ påvirkning på muskulære, autonome og endokrinologiske prosesser. I tillegg konsekvenser for immunsystemet knyttet til utvikling og fysisk resistens
- Det vil påvirke hele vår kroppslige fungering og kan bidra til smerter og sykdom

ISTDP
Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

- Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP) retter seg mot å hjelpe pasienten til å få optimal tilgang på konfliktfylte følelser, disse kan være ubevisste
- Systematisk fokus på hvordan følelser og angst oppleves kroppslig
- Fortløpende utfordring av forsvarsmekanismer og regulering av angst står sentralt i behandlingen
- Uregulert angst gir kroppslige symptomer / ubalanse og smerter
- Velregulert angst gir personlig vekst, psykisk og fysisk symptomlette

Å forklare smertemekanismer, «motivering til følelseseksponering», Eva

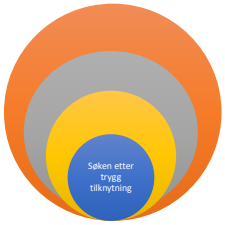
Fysiske reaksjoner: kroppslige spenninger, autonom ubalanse, hormonell ubalanse smerter



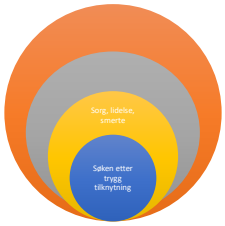
I hvilken sammenheng oppsto smertene?
tidlige relasjonsbrudd, traumatiske opplevelser, krenkelser

I ISTDP får pasienten tilgang og løsning på ubevisste emosjonelle konflikter
- redusert aktivering av smertenettverk

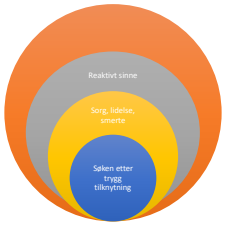
Det komplekse mennesket - tilknytningsteori



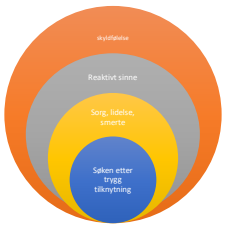
Det komplekse mennesket - tilknytningsteori



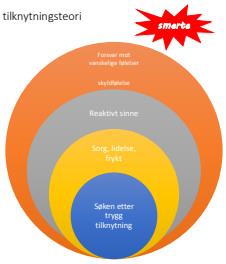
Det komplekse mennesket - tilknytningsteori



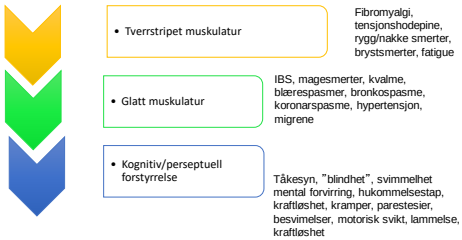
Det komplekse mennesket - tilknytningsteori



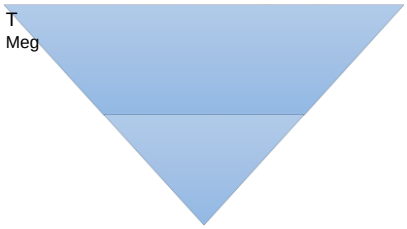
Det komplekse mennesket - tilknytningsteori



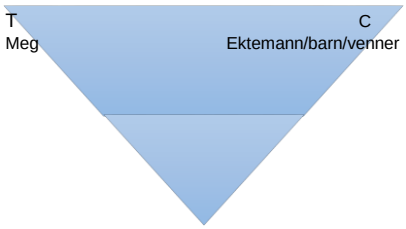
Kroppslig angst som oppstår ved utstrakt bruk av forsvarsmekanismer



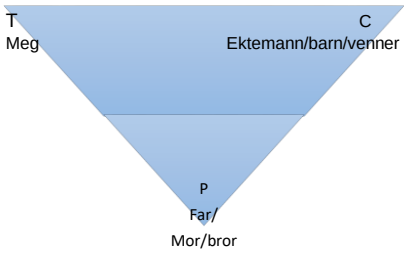
Hvem rettes forsvarsmekanismer mot?



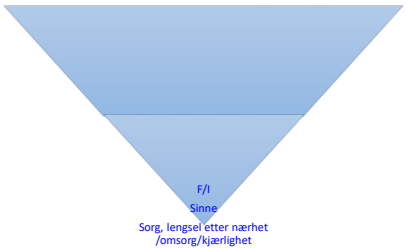
Hvem rettes forsvarsmekanismer mot?



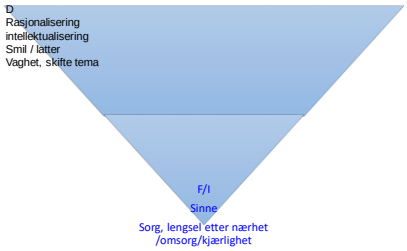
Hvem rettes forsvarsmekanismer mot?



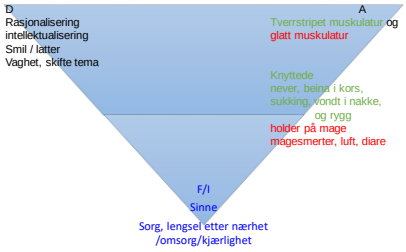
Hvordan utspiller den indre konflikten seg?



Hvordan utspiller den indre konflikten seg?



Hvordan utspiller den indre konflikten seg?



Eva, psykologisk utredning og behandling

Eva, ISTDP - utredning

- Når og i hvilken forbindelse startet smertene (triggende hendelse)
- Fortell om nylig eksempel der smertene ble trigget
- I hvilken relasjon oppsto situasjonen?
- Hvilke problemer skaper smertene i livet ditt nå? Innvirker i relasjoner?

Eva, ISTDP – behandling

- Hvilke følelser overfor vedkommende?
  - Følelse / forsvar / kroppslig reaksjon
  - «Hvilke følelser fikk du i situasjonen i relasjon med …?
  - Hvordan legger du merke til den følelsen kroppslig?
  - Hva får følelsen deg til å ønske å gjøre mot x? Hva kjenner du kroppslig når du snakker om dette nå?
- Komme i kontakt med dype følelser, behov og ønsker
- Reduksjon av muskulære spenninger og redusert autonom aktivering
- Komme i kontakt med ubevisste mekanismer pasienten tidligere ikke har hatt tilgang til
- Smertenettverket dempes
- Beskriver smertelindring / smertefrihet etter regulert angst og bearbeiding av vanskelige følelser

Forskjellig fokus på kroppslige symptomer

ACT

- Være i kontakt med kroppen og akseptere symptomer / smerte som en del av det å være menneske
- Spille på lag med kroppen, finne god aktivitetsbalanse
- Mindful holdning

ISTDP

- Legg merke til kroppslige symptomer / smerte som signal på angst eller underliggende følelse?
- Kroppslige symptomer / smerter representerer undertrykt følelse omdannet til kroppslig angstsymptom

Hva er felles og ulikt for ACT og ISTDP?

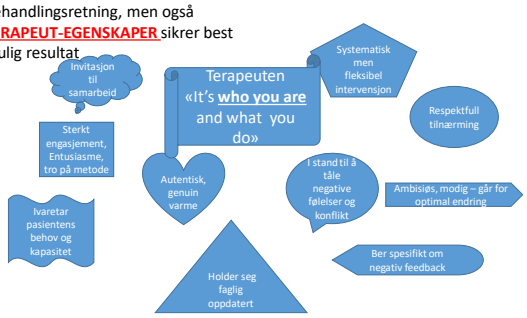
Felles

- Pasienten må ønske en endring og ønske om endring er helt og holdent pasientens valg
- Alle pasienter må få smertepsykologi edukasjon
- Forandring og fremgang krever at pasienten må utfordre seg selv – «ut av komfortsonen»- eksponering mot ubehagelige tanker, følelser og kroppslige symptomer

Ulikt

- ACT er mestringsorientert terapi
  - Særlig egnet for pasienter som har gjennomgått alvorlig sykdom, operasjon, fysiske traumer med redusert funksjon som konsekvens
- ISTDP rettes mot komplekse og ubearbeidede traumer, krever økt dybde i terapi
  - Fokus på ubevisste emosjonelle mekanismer

Behandlingsretning, men også **TERAPEUT-EGENSKAPER** sikrer best mulig resultat



Etter behandling

Kari, 6 måneder senere

- Forholder seg til smertene på en aksepterende måte
- Tar hensyn til smerten, men lar ikke smerten ta viktige avgjørelser
- Avgjørelser baseres nå på livsverdier
- Økt tilstedeværelse på jobb og sosialt
- Opplever smerten som mindre tilstede og mindre plagsom
- NRS fra 7-8 til 3-4

Eva , 10 måneder senere

- Opplever smertene som lite tilstede, enkelte dager fraværende
- Har innsikt i at ulike triggere både igangsetter og forsterker smerte
- Disse triggerne er emosjonelle
- Hun er nå i stand til å regulere seg bedre emosjonelt
- NRS fra 7 til 0-2

Oppsummering av noe av det jeg har lært gjennom 14 år som smertepsykolog

1. Reduksjon av smerte er IKKE alltid nok for at pasienten får det bedre
   - ofte må livet bli bedre for at smerten skal bli bedre

2. Ulike smertepasienter krever ulik tilnærming og det avhenger IKKE av hvor smerten befinner seg eller hvor sterk den er
   - pasientene er forskjellige og tilnærming må tilpasses deres motivasjon for behandling, bakgrunnshistorie, og hva slags smertekategori det gjelder

3. Noen ganger er psykologisk stress et resultat av smerten
   - Da er mestringsorientert psykologbehandling og ACT indisert (ofte et somatisk grunnlag for smerten)

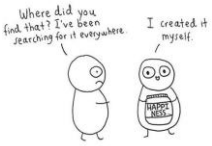
4. Andre ganger er psykologisk stress årsak til smerten
   - Da er ISTDP indisert med fokus på underliggende psykologiske mekanismer som kan trigge og vedlikeholde smerten (ikke nødvendigvis et somatisk grunnlag for smerten)

5. Smerten kan være et uttrykk for en uløst konflikt i pasientens liv
   - Og dette er oftest IKKE bevisst pasienten
   - Smerten peker på at noe er galt. Det som er galt kan ha vært påført pasienten mange år tilbake gjennom krenkelser og langvarig stress. Fokus i behandling på å løse langvarig indre emosjonell konflikt

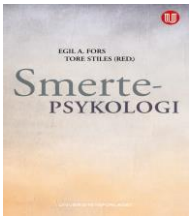
6. Psykologisk utredning og psykologisk behandling har ikke alltid en plass ved smertebehandling
   - Pasienten trenger somatiske råd / oppfølgning gjennom medikamenter eller andre medisinske anbefalinger. Ønsker ikke psykologisk oppfølgning / ikke indikasjon for psykologisk oppfølgning

7. Å velge riktig behandlingstilnærming er ikke tilstrekkelig for gode behandlingsresultater

- «It´s **who you are** and what you do»



Takk for meg ☺



Historikk
Nevrobiologi
Nevropsykologi
Prevalens
Kommunikasjon
CBT
ACT
Mindfulness
ISTDP
Hypnose
Nettbasert behandling
Hvordan å jobbe som smertepsykolog