

Helse- psykologisk behandling ved langvarige smerter

VEILEDER FOR
BEHANDLERE

Psykologene Elin Fjerstad, Torkil Berge
og Ingrid Hyldmo, Diakonhjemmet sykehus

Introduksjon

Mange mennesker i Norge lever med langvarige smerter. For å begrense lidelsen, styrke funksjon i hverdagen og forebygge psykiske plager trenger man verktøy. Det er formålet med dette behandlingsopplegget, som er et resultat av et samarbeid mellom Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken og Revmatologisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus. Prosjektgruppen har bestått av psykologspesialistene Elin Fjerstad, Torkil Berge og Ingrid Hyldmo, professor og fysioterapeut Rikke Helene Moe og professor og revmatolog Sella Aarrestad Provan. Vi har fått økonomisk støtte av Stiftelsen Dam gjennom Norsk Revmatikerforbund.

Tilnærmingen bygger på helsepsykologisk kunnskap og kognitiv atferdsterapi. En rekke studier har dokumentert gode resultater av tiltakene for pasienter med langvarige smerter. (Eccleston et al., 2013, 2014; Steiro et al., 2012; Williams et al., 2020; Yang et al., 2022).

Innspill fra pasienter har vært viktig for å forbedre arbeidsboken som benyttes i behandlingen. Den er tilgjengelig på kognitiv.no, og inneholder informasjon om behandlingen, øvelser og hjemmeoppgaver. Den formidler også kunnskap om smerte som kan hjelpe pasienten til å håndtere smerte på en best mulig måte. Utbyttet man får av behandlingen, henger sammen med innsatsen man legger i å lese i arbeidsboken og å jobbe med øvelsene.

Arbeidsbok for pasient og veileder for behandler kan også lastes ned fra nettsidene til Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken: <https://www.diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/voksenpsykiatrisk-avdeling-vinderen/enhet-for-psykiske-helsetjenester-i-somatikken/>

På begge disse nettsidene har vi også lagt ut tilsvarende behandlingsprogrammer bygget på klinisk helsepsykologi og kognitiv atferdsterapi, for henholdsvis irritabel tarmsyndrom, utmattelse ved sykdom og søvnproblemer.

Selvhjelpsboken *Energityvene. For deg som lever med utmattelse og sykdom* (Berge, Dehli & Fjerstad, 2024) kan gjerne benyttes som supplerende lesning. Det samme gjelder fagboken *Håndbok i klinisk helsepsykologi* (Berge, Fjerstad, Hyldmo & Lang, 2019).

Et folkehelseproblem

Om lag 30 % av den voksne befolkningen i Norge oppgir at de har hatt langvarige smerter (Landmark et al., 2013). Langvarig smerte i muskel- og skjelettsystemet utgjør 50 % av uførhetstilfellene og er den hyppigste årsaken til langtidsfravær (Landmark et al., 2013; Nielsen, 2013).

I denne gruppen inngår mange sykdommer, blant annet revmatisk sykdom, rygg- og nakkelidelser, bekkensmerter og skulderplager.

Langvarig smerte er nå en egen diagnose i diagnosesystemet ICD-11. Begrepet nociplastisk smerte er innført for å beskrive langvarig smerte som ikke er nociseptiv eller nevropatisk (se om disse begrepene i arbeidsboken). Ved denne smertetypen foreligger det ikke såkalte objektive funn, som for eksempel betennelse eller skade (Aydede & Shriver, 2018; Trouvin & Perrot, 2019).

Behandlingsopplegget som beskrives i veilederen, har pasienter med langvarige smerter som målgruppe, uavhengig av sykdom, og da både primær og sekundær smerte.

Store negative konsekvenser

Langvarig smerte har sammenheng med arbeidsuførhet, søvnvansker, økt risiko for angst og depresjon og økt selvmordsfare.

En norsk studie med over 60 000 deltakere anslo kostnaden av langvarig smerte forbundet med jobbfravær og bruk av helsetjenester til 128 milliarder kroner årlig, som tilsvarer 4 % av bruttonasjonalproduktet (Stubhaug et al., 2024). Produktivitetstap, beregnet som kostnadene for jobbfravær (sykdom, uførhet, arbeidsledighet) for personer i arbeidsfør alder, utgjorde ca. 80 % av totalkostnadene.

Smerter ved revmatiske sykdommer

Behandlingsopplegget ved Diakonhjemmet sykehus er særlig blitt utprøvd for pasienter med revmatisk sykdom og langvarige smerter (se rammen på neste side). Revmatisk sykdom er en fellesbetegnelse på over to hundre ulike sykdommer, som kan deles inn i inflammatorisk revmatisk sykdom (leddgikt, spondyloartritt, psoriasisartritt, bindevevssykdommer og vaskulitter), degenerative sykdommer (artrose) og bløtdelsrevmatisme (fibromyalgi). Fibromyalgi kjennetegnes av utbredte og langvarige muskelsmerter og forekommer hos om lag 5 % av befolkningen.

Smertebildet ved revmatisk sykdom er sammensatt, med ulike smertemekanismer. Smertene kan være knyttet til inflammasjon og til strukturelle endringer, men også til endringer i sentralnervesystemet (Golenbiewski & Pisetsky, 2019). En studie av 193 pasienter med revmatisk sykdom fant at fibromyalgi forekom hos 45 % av de som hadde spondyloartritt, 41 % av de som hadde leddgikt, og 62 % av de som hadde artrose (Guler et al., 2020). Komorbid fibromyalgi bør vurderes hos de som har utbredte smerter og høy sykdomsaktivitet ved for eksempel spondyloartritt (Provan et al., 2021).

Ved inflammatorisk revmatisk sykdom er smerte et utbredt problem til tross for at vi i dag har effektive medisiner som reduserer betennelsen. I en studie av 2795 personer med leddgikt i remisjon rapporterte 75 % av de europeiske og 82 % av de amerikanske pasientene om moderat til alvorlig langvarig smerte (Taylor et al., 2010). Det viser det store behovet for supplerende hjelpetiltak selv etter at inflammasjonen er behandlet.

Behandlingstilbudet ved Diakonhjemmet sykehus

I prosjektet som har mottatt støtte fra Stiftelsen Dam, har pasienter med revmatisk sykdom (inklusive fibromyalgi) og langvarig smerte deltatt i behandlingen. Det har vært både individuell behandling og behandling i gruppe. Vi har hovedsakelig hatt digital behandling i gruppe, med deltakere fra hele landet. Pasientene er henvist fra lege, og de er motivert til å følge arbeidsboken og gjennomføre øvelsene i behandlingen. Vi har hatt forsamtaler med hver enkelt deltaker per telefon.

Pasientene har vanligvis et sammensatt smertebilde, med både nociseptiv og nociplastisk smerte, noen også med nevrologiske smerter. Mange har dessuten langvarig utmattelse, søvnproblemer og ulike komorbide helseplager. Vår erfaring er at det gjør behandlingsopplegget, som har en rik meny av strategier, godt egnet for den heterogene gruppen som pasienter med langvarig smerte er. Det legges stor vekt på individuell tilrettelegging av tiltakene.

Vi er i gang med en studie der målet er at 200 pasienter skal ha gjennomgått behandlingen og blitt fulgt opp et halvt år etter for å se om resultatene har holdt seg. Erfaringer fra denne studien vil bli tatt inn i en fremtidig oppdatering og revisjon av veileder og arbeidsbok på nett.

Vi har god erfaring med å benytte behandlingen for pasienter med langvarige smerter som ikke har revmatisk sykdom, men for eksempel rygg smerter eller hodepine. Målgruppen for behandlingsopplegget er altså bred og inkluderer pasienter med både primær og sekundær langvarig smerte.

Oppbygging av behandlingen

I arbeidsboken står forslag til oppsett av behandlingen, både for gruppebehandling og for individuell behandling.

I den individuelle behandlingen tilpasser du som behandler antallet timer dere bruker, til pasientens behov og de rammene du må forholde deg til på din arbeidsplass. Om lag ti timer gir vanligvis en god ramme.

Behandlingsopplegget i gruppe består av åtte samlinger à to timer samt en oppfølgingssamling to måneder etter avslutning. Da har pasientene fått prøvd ut metodene på egen hånd, og de har gjort seg viktige erfaringer som blir tatt opp på oppfølgingssamlingen.

Behandlingen er delt i fem deler og har åtte kapitler med ett kapittel for hver samling.

Del 1 beskriver selve behandlingsopplegget og presenterer grunnleggende kunnskap om smerte. En god smerteforståelse er en forutsetning for at pasientene skal bli engasjert i behandlingen og motivert for å jobbe med de ulike tiltakene.

Del 2 beskriver strategier rettet mot kroppen. Her forteller du om hva som skjer i kroppen når hjernen tolker fare. Du introduserer to øvelser: «øvelse for dyp pust» og «oppmerksomheten som en bevegelig lyskaster». Du tar også opp pasienters erfaring med og motivasjon for fysisk aktivitet. Så går du inn på bruken av handlingsregler. Si at det er et hjelpemiddel for vaneendring generelt, ikke bare for fysisk trening, som dere skal komme tilbake gjennom hele behandlingen.

Del 3 omhandler mentale strategier, først med kartlegging av tankemønstre som gjør vondt verre (3A), og så en presentasjon av strategier for en støttende indre samtale og tiltak ved kvernetanker (3B).

” *En god smerteforståelse er en forutsetning for at pasientene skal bli engasjert i behandlingen og motivert for å jobbe med de ulike tiltakene.*

Del 4 starter med at pasienten kartlegger sine handlingsmønstre (4A). Noen vil kjenne seg igjen i et mønster med overaktivitet og overbelastning. Andre vil se at de i stor grad unngår aktiviteter og bevegelse av frykt for smerte. Deretter følger beskrivelse av aktivitetsplan (4B) og så systematisk aktivitets- og bevegelsestrening (4C). Målet er bevisstgjøring av handlingsmønstre og etablering av et fleksibelt handlingsmønster.

Del 5 oppsummerer tiltakene. Pasienten jobber med å lage en handlingsplan for veien videre. Målet er at pasienten får et bilde av hva som har bidratt til å opprettholde smertene, og ut fra denne kunnskapen legger en plan for å vedlikeholde endringene.

Råd om tilrettelegging av behandlingen

Arbeidsboken er et hjelpemiddel både for pasientene og for deg som behandler. Ha god kjennskap til temaene som tas opp der, slik at du vet hva pasientene har lest fra gang til gang, og kan bistå i planleggingen av hjemmeoppgavene.

Innledningsvis i arbeidsboken står det konkrete tips for gjennomføring av opplegget. Drøft disse rådene med pasientene og avklar deres tanker om dem.

Anbefal pasientene å ta notater, gjerne som en del av arbeidsboken. Det er en hjelp for hukommelsen og fungerer også som et hjelpemiddel for å forebygge tilbakefall.

Behandlingen kan som nevnt skje både individuelt og i gruppe. Ivareta behovet for pauser i gruppebehandlingen, som har totimers sesjoner. Pasientene kan ha problemer med oppmerksomhet og konsentrasjon, og kan kjenne ubehag og smerter ved å sitte lenge i ro. Mange har problemer med både smerter og mental og fysisk utmattelse.

Si at noen i starten av behandlingen opplever å bli mer slitne. Det kan skyldes at de får enda en oppgave i tillegg til det de har fra før. Det kan også henge sammen med at man nå gir smertene, og eventuelt også utmattelsen, full oppmerksomhet, ved både å snakke og lese om dem. Oppmerksomhet på kroppslige plager kan i seg selv skru opp volumet på symptomene. Men gjennom behandlingen får pasientene kunnskap og verktøy for å gi smertene mindre oppmerksomhet.

Aktivitetsplanen er et hjelpemiddel for det. I tillegg får de forslag til mentale strategier, blant annet for å motvirke energitappende bekymring og grubling, for å kunne frigjøre uhensiktsmessig oppmerksomhet fra sykdom og plager.

Forklar at hver time eller samling i behandlingen vil ha en klar struktur og dagsorden, og at ditt ansvar er å passe tiden og se til at dere kommer gjennom alle punktene. Det er viktig at det ikke blir for mange punkter, da det kan oppleves som uoversiktlig og slitsomt. Gjenta at dere også her vil ha hjelp av informasjonen i arbeidsboken, med dagsorden, oppsummeringer, hjemmeoppgaver og kapitler om ulike temaer.

” Det er viktig at det ikke blir for mange punkter, da det kan oppleves som uoversiktlig og slitsomt.

Bruk arbeidsboken til å sette en dagsorden for hver samtale. Spør også pasientene om de har andre temaer som de ønsker skal bli satt opp på agendaen.

Sett av god tid hver gang til å planlegge og evaluere hjemmeoppgaver. Understrekk at det pasienten gjør mellom samtalene, er det viktigste i behandlingen. Det er pasientens egenaktivitet som skaper et grunnlag for fremgang.

Digital gruppebehandling

Ved digitale behandlingsopplegg anbefaler vi at du innledningsvis sier litt om hvordan kommunikasjonen skjer i et slikt format. Informer om at dere bruker Norsk helsenetts plattform («join»), og at ingen uvedkommende kan komme inn i det digitale rommet. Si at du ønsker at deltakerne har kamera på, og oppfordre til bruk av chat-funksjonen, der deltakerne kan komme med innspill og spørsmål underveis både til deg og til de andre gruppedeltakerne.

I den digitale behandlingen kan vi ha fra seks til tolv deltakere. Vi har erfaring med å være både alene som gruppeleder og å være to, og synes at begge deler fungerer bra. Dersom du er alene som gruppeleder i digital behandling, kan det i første gruppesamling være lurt å ha en medhjelper som kan hjelpe de som har problemer med å få til det tekniske.

Vi setter av tid til at den enkelte kan fortelle om erfaringene med øvelser og hjemmeoppgaver, noe som er nyttig informasjon for de andre deltakerne. Vi spør også om deltakerne har spørsmål om eller innspill til kapitlet i arbeidsboken som de har hatt i oppgave å lese til samlingen. Vi legger opp til at temaet, for eksempel kartlegging av handlingsmønstre, er tatt opp på samlingen, og at deltakerne leser det aktuelle kapitlet og gjennomfører de ulike øvelsene som er beskrevet der, til neste gang. Vi bruker god tid på å snakke om øvelsene til neste gang, formålet med dem og hvilke barrierer som kan oppstå for å gjennomføre dem, og måter å overkomme barrierene på. Her innhenter vi forslag fra deltakerne.

En fordel ved digital behandling er at man slipper å reise, som ofte er krevende for pasienter med sykdom og smerter. Man kan forberede seg til samlingen i ro og mak i sitt eget hjem. Vi opplever at samhørigheten også i de digitale gruppene er god, og deltakerne fremhever betydningen av å møte andre i en tilsvarende situasjon. Noen savner selvfølgelig det å kunne møtes fysisk.

I den digitale behandlingen har vi gode erfaringer med en valgfri «buddyordning». Dersom man ønsker det, får man tildelt en av de andre deltakerne, en «buddy», som man kan ha en ukentlig telefonsamtale med, hvor man drøfter hjemmeoppgaver og deler erfaringer. Vi anbefaler at samtalen først og fremst handler om å dele erfaringer med utprøving av tiltakene i behandlingen. Man kan gjerne sette en agenda for hver samtale, slik at den gis en hensiktsmessig struktur. Understrek at det er opp til hver enkelt å velge om man ønsker å delta i en slik ordning.

Informasjon om tilnærmingen

Fortell pasientene at kognitiv atferdsterapi både er en terapiform og en selvhjelpsmetode. Den benyttes for å mestre somatisk sykdom med langvarige smerter og vedvarende utmattelse, langvarige søvnproblemer og psykiske plager. Metoden er også brukt innenfor idrettspsykologi for å styrke prestasjonsevnen.

Behandlingen krever en innsats med utføring av oppgaver mellom hver time og lesing av arbeidsboken, hvor det er råd om hvordan man kan gå frem. Si at du er klar over at det kan bli krevende. Minn samtidig på at tid og krefter investert i oppgaver og trening vil gi et bedre utbytte, og at det er en måte å prioritere seg selv og sine behov på. Studier har dokumentert nytteverdien av kognitiv atferdsterapi ved langvarige smerter. Vis her til litteraturhenvisningene til slike studier bak i arbeidsboken.

Legg vekt på dialog

Det er mye informasjon som skal med, særlig i den første delen. Etter hvert som du får erfaring med behandlingsopplegget, vil du trolig oppleve at du har bedre tid, og at det blir lettere å disponere stoffet.

La presentasjonen av de ulike temaene skje mest mulig gjennom dialog. Et eksempel er å beskrive Diamanten ved å be pasientene om å fortelle om en konkret situasjon preget av smerter. Spør dem hva som skjedde i kroppen, følelsene og tankene, og om hva de konkret gjorde i situasjonen som belyses. Skriv gjerne stikkord på tavle eller flippover hvis du har fysiske samlinger/timer. Slik får dere sortert og sett sammenhenger og snakket om forhold som påvirker smerter.

Dersom du gjennomfører behandlingen i gruppe, er det lurt jevnlig å be om innspill fra deltakerne, for eksempel å be om forslag til mulige barrierer for ulike tiltak og gjennomføring av hjemmeoppgaver, og måter å overkomme disse barrierene på.

Tro på pasienten

Smerte defineres som en ubehagelig sanselig og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktisk vevsskade, eller som ligner på vevsskade (Merskey & Bogduk, 1994; Raja et al., 2020). Smerte er med andre ord det pasienten opplever som vondt. Grunnleggende i all smertebehandling er opplevelsen av å bli trodd på. Man må få anerkjennelse for at man har det vondt. Det er særlig viktig når smerten ikke kan knyttes til objektive funn, og er da en forutsetning for å få en god behandlingsallianse med pasienten.

Når pasientene forteller om sine problemer med smerter, er det en anledning til å anerkjenne hvor belastende disse plagene kan være for funksjon og livskvalitet. Du kan også validere fortvilelsen og maktesløsheten mange opplever over ikke å få kontroll over problemene og over konsekvensene smertene har hatt. De har ofte levd med smerter i årevis, og har kanskje forsøkt flere medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak uten å bli særlig bedre. Spør om både positive forventninger og om tvil og skepsis til behandlingen dere nå skal gå i gang med. På en nøktern måte formidler du håp om og tro på at behandlingen vil være til hjelp.

Barrierer for gjennomføring

Arbeidsboken er til hjelp for å huske hva som blir tatt opp. Samtidig kan det som nevnt være lurt at pasienten noterer viktige momenter underveis. Informer om at en rekke studier viser at et flertall av pasientene glemmer mye av det som for eksempel tas opp i en vanlig konsultasjon hos legen, og at man ofte husker feil (Harvey et al., 2014).

Diskuter med pasientene hvordan de kan huske hjemmeoppgavene. Spør om hvilke grep de bruker ellers i hverdagen for at ting ikke skal gå i glemmeboken.

I rammen under er forslag til hvordan du i løpet av samtalen kan legge til rette for at viktige poenger blir husket.

Tiltak for å styrke minne

Følgende tiltak kan gjøre det lettere for pasienten å huske sentrale poenger i behandlingen (etter Harvey et al., 2014):

- ▶ Understreke viktigheten: Hvis det er noe jeg vil at du skal huske om ti år, så er det ...
- ▶ Kategorisere i prinsipper: «En huskeregel er å prøve å snakke til seg selv som du ville gjort til en god venn.»
- ▶ Bruke tiden på poenget i timen, som å involvere pasienten i å drøfte fordeler og ulemper ved noe du har foreslått at pasienten skal huske å gjøre.
- ▶ Drøfte praktisk bruk: Har du et eksempel på en aktuell situasjon der du kan ...
- ▶ Repetere, repetere, repetere: Som nevnt er det viktig at ...
- ▶ Øve på å huske: Kan du nevne noen viktige poenger å ta med seg fra i dag?
- ▶ Belønne: Så bra at du husket det poenget!

Si også at livet noen ganger er slik at andre ting kommer i veien for gode intensjoner, for eksempel om å gjøre hjemmeoppgavene. Man får ikke alltid gjort det man har planlagt. Si at dersom det skjer, er det viktig likevel å komme til neste avtale. Mottoet er: «Kom likevel.» Vis at du ønsker å forebygge frafall.

Dersom noen er forhindret fra å delta på en samling, er det viktig at de gir beskjed. Om du har mulighet, kan du tilby deltakere som har vært borte, at de får en oppsummering på telefon fra samlingen før neste samling.

Diskuter som nevnt med jevne mellomrom hvilke barrierer som finnes for etterlevelse av tiltakene, og mulige løsninger for å overkomme disse barrierene. Bruk tid på å avdekke konkrete hindringer og mulige tiltak.

Si i innledningen til behandlingen at dere senere vil gå inn på mentale strategier for å møte tanker om maktesløshet og håpløshet som kan dukke opp fra tid til annen, ikke minst på dårlige dager. Gi gjerne en forsmak på disse metodene. Eksempler er råd om å være bevisst hvilke negative stopptanker som kan dukke opp, for eksempel: «Dette er nytteløst!», ha støttetanker å møte dem med, og unngå å gå inn i en diskusjon med dem. Aksepter dem, og la dem være. Rett oppmerksomheten mot oppgavene. Vær tålmodig.

Få frem holdningen du ønsker at pasienten skal ta med seg, nemlig å stille opp for seg selv på en mest mulig støttende og konstruktiv måte. Her er mottoet: «Stol på prosjektet!»

Informasjon til pårørende og bruk av medhjelper

Noen bor sammen med partner eller familie. Hvilken informasjon bør gis til dem om behandlingen? Hva tenker pasienten om de andres oppfatninger om pasientens sykdom og smerter? Du kan spørre pasienten om det er andre i familien som kunne tenke seg å lese arbeidsboken eller deler av den.

Fortell at det kan være nyttig å bruke en medhjelper, et familiemedlem eller en venn, som innvies i arbeidet og blir en støttespiller. Viktige oppgaver er å lese og drøfte informasjonen i arbeidsboken og å diskutere gjennomføringen av hjemmeoppgaver og ulike tiltak. Spør om pasienten har tanker om hvem som eventuelt kunne fungert som en slik støttespiller. Si at noen bruker en medhjelper, mens andre ikke ønsker eller har mulighet til det. Den enkelte vet selv hva som er best.

Arbeidsrettede tiltak

Sykdom, smerter og utmattelse er forbundet med økt risiko for å falle ut av arbeidslivet og for uførhet. Et eksempel er at pasienter med revmatisk inflammatorisk sykdom har større risiko for å ha arbeidsfravær, være arbeidsledige eller ikke å kunne jobbe fullt enn befolkningen ellers har (Moe & Vlieland, 2024).

Pasienter med kroniske helseplager setter generelt det å kunne jobbe høyt på listen over ønskede behandlingsmål (Lilliehorn et al., 2013; Vooijs et al., 2018).

Ved revmatisk sykdom vil noen av pasientene være sykmeldte, andre er uføretrygdet, mens mange er helt eller delvis i arbeid. Vær oppmerksom på at temaet arbeid kan vekke følelser. Uførhet innebærer for de fleste at de har gått gjennom en lang og ofte smertefull prosess med ambivalens og med sorg. Noen har også skamfølelse for ikke å være i arbeid. Her må du løfte frem den helsegevinsten arbeid kan ha, samtidig som du unngår å legge sten til byrden for de som ikke lenger har det valget.

” Vær oppmerksom på at temaet arbeid kan vekke følelser.

Når pasienten er i arbeid, anbefaler vi at du spør om sammenhenger mellom smerter, og eventuelt også utmattelse, og arbeidsfunksjon. I hvilken grad virker smertene inn på arbeidsutførelsen, og hvordan forsøker pasienten å håndtere de kroppslige plagene i jobbhverdagen? Er kolleger og leder informert om problemet? Noen velger å informere ledelsen og kollegene om plagene, mens andre holder dem skjult. De kan være engstelige for å bli holdt øye med eller for ikke å bli møtt med forståelse. Mange av de som har valgt å informere om sin situasjon, sier at de opplevde det som positivt og riktig, for eksempel ved at de fikk tilbud om tilrettelegging av arbeidsmiljøet og arbeidstiden. Bruk av gradert sykmelding i vanskelige perioder, og tilrettelegging av arbeidsoppgavene, kan være et godt alternativ til full sykmelding (Berge & Falkum, 2013).

I arbeidsboken er det et kapittel om arbeidsrettede tiltak. Hvis pasienten er i fare for å bli langtidssykmeldt eller er i dialog med NAV, anbefales det å ta inn temaet tidlig i behandlingen, for eksempel i delen som omhandler aktiviteter i hverdagen. Spør pasienten om hvilke synspunkter han eller hun har på forslagene til arbeidsrettede tiltak i arbeidsboken.

Del 1

Hvordan kan vi forstå smerte?

Si litt om hvordan vår forståelse av smerte har endret seg, fra å tenke at smerte enten er fysisk eller psykisk, til dagens forståelse av hjernens rolle i opplevelsen av smerte. Mange vil kjenne seg igjen i at smerten er blitt tolket som bare psykisk, og trenger å få validert smerten gjennom den informasjonen du gir: All smerte er reell. Fortell om smerte som et alarm-signal, om de ulike typene av smerte og om de ulike faktorene som påvirker smerteopplevelsen.

Skill mellom begrepene smerteterskel og smertetoleranse, slik det er forklart i arbeidsboken. Bakgrunnen er at sterke smerter kan sette avtrykk i nervesystemet og gjøre at det utvikler seg en sensitivitet for smerte, såkalt sentral sensitivisering (Lee et al., 2008; Woolf, 2011). Det betyr at hjernen kan oppfatte smertesignaler som sterkere enn de egentlig er, fordi nervesystemet er blitt mer følsomt for «ny smerte» når det har mange minner om «gammel smerte». Smerteterskelen er det punktet hvor den minste intensiteten av en stimulus oppfattes som smertefull (Merskey et al., 1994). Smertetoleranse er derimot det punktet hvor personen ikke lenger føler at smerten er til å holde ut. Det defineres som den maksimale intensiteten av en smerteproduserende stimulus en person er villig til å akseptere i en gitt situasjon. En person kan ha lav smerteterskel, men høy smertetoleranse.

Du kan illustrere den biopsykososiale forståelsen av smerte gjennom Diamanten (se illustrasjon i arbeidsboken). Du kan tegne Diamanten på en flippover eller tavle, og si at det er en modell for å sortere og se sammenhenger i ulike situasjoner preget av smerter. Dessuten er det en modell som kan åpne mulighetsvinduer, det vil si områder der man kan ha mulighet til å påvirke situasjonen.

Bruk gjerne et eksempel hvor du belyser mulige sammenhenger mellom kroppsreaksjoner, tanker, følelser og handlinger. Sett opp «omgivelsene» som en femte faktor som spiller inn, for eksempel andre personer som var til stede i situasjonen. Be så om eksempler fra pasientens hverdag, skriv gjerne stikkord på en tavle eller flippover, og reflekter sammen med pasienten over mulige sammenhenger. Start alltid i kroppshjørnet av Diamanten, som jo er utgangspunktet for smerter og andre kroppslige plager.

Selektiv oppmerksomhet

I arbeidsboken beskrives fenomenet selektiv oppmerksomhet, det vil si at hjernen vanemessig overvåker kroppssignaler. Ved både smerter, utmattelse og mage- og tarmplager kan hjernen over tid utvikle en vaktberedskap for kroppslige signaler (Farzaei et al., 2016; Lee et al., 2008; Pedersen, 2019). Denne automatiserte kroppsfokuseringen kan forsterkes av katastrofetanker, bekymring og grubling (McCracken et al., 2014; Thorn, 2018) og føre med seg frykt og uhensiktsmessig unngåelse (Vlaeyen et al., 2016). Det blir en ond sirkel.

Her er det viktig at du validerer og formidler forståelse for hvor lett vi alle kan komme inn i slike onde sirkler når noe er plagsomt ved kroppen. Si at dere skal komme tilbake til hvordan aktivitetsplanen og ulike mentale strategier kan brukes til å motvirke selektiv oppmerksomhet.

Del 2

Strategier rettet mot kroppen

Mange pasienter har erfaringer med å bruke avspenningsøvelser ved smerter, og vil kjenne igjen informasjonen du gir om aktivisering av det autonome nervesystemet. Dersom pasientene allerede bruker avspenningsøvelser de har god erfaring med, kan de velge å fortsette med dem. Demonstrer «dyp pust»-øvelsen, som er den øvelsen vi foreslår i denne behandlingen. Denne metoden er enkel å trene på og er godt dokumentert (Busch et al., 2012; Zaccaro et al., 2018).

Øvelsen «oppmerksomheten som en bevegelig lyskaster» er sannsynligvis ny for mange. Få frem at hensikten ikke er avspenning, men å motvirke selektiv oppmerksomhet ved å styrke evnen til å flytte oppmerksomheten på en fleksibel måte. Målet er å redusere hjernens trusseltolkning og selektive oppmerksomhet, som var temaet innledningsvis i behandlingen. Det kan være hensiktsmessig å lese opp øvelsen, slik at pasientene får hjelp til å sette seg inn i hvordan de skal gjennomføre denne øvelsen hjemme.

Fysisk trening er en viktig del av mestring av sykdom og kroppslige plager (Sveaas et al., 2017). De fleste av pasientene kjenner da også godt til betydningen av fysisk trening. Noen har gode treningsvaner, noen har et ønske om mer fysisk aktivitet i hverdagen, mens andre kan ha negative erfaringer. Din agenda er ikke primært å få pasientene til å begynne å trene, men å tilby et hjelpemiddel for de som ønsker å etablere trening som en vane, nemlig handlingsregler (implementation intentions; Gollwitzer & Sheeran, 2006; se også Berge & Fjerstad, 2020).

Bruk gjerne litt tid på at pasientene øver på å lage noen handlingsregler, med bruk av «hvis-så»-formuleringer. Handlingsreglene kan være for en vane forbundet med daglig fysisk aktivitet, som «Hvis jeg har spist middag, så skal jeg gå en tur». Det kan også være handlingsregler for å få innarbeidet jevnlig bruk av metodene «dyp pust» eller «oppmerksomheten som en bevegelig lyskaster», for eksempel: «Hvis jeg sitter på bussen, så skal jeg gjøre lyskaster-øvelsen.» Si at handlingsregler er et hjelpemiddel for å etablere ønskede vaner, som dere skal komme tilbake til også senere i behandlingen. Handlingsregler kan for eksempel benyttes når energitapende grubling er blitt en mental vane.

Vend tilbake til øvelsene som beskrives i del 2, både «dyp pust» og «lyskasteren», senere i behandlingen. Spør pasientene med jevne mellomrom om hvordan de har lagt opp treningen på disse tiltakene, og hvilke erfaringer de har gjort seg. Si at målet er å innarbeide disse strategiene som nye vanemønstre. Det tar gjerne et par måneder å etablere en vane, der regelmessige og daglige gjentakelser de første to til tre ukene er særlig viktig.

Del 3

Mentale strategier

I del 3 deler du kunnskap om tankemønstre som forsterker smerte. Hjemmeoppgaven er å kartlegge tanker som forsterker smerte og stjeler energi, motivasjon og håp. I det inngår smertefulle forestillingsbilder, selvkritikk og kvernetanker som bekymring og grubling.

Si at tanker mister noe av sin påvirkningskraft når vi har en større bevissthet om dem, det vil si når vi kan se dem som tanker og ikke som fakta. Det gjør det gjerne lettere å finne frem til alternative tanker, eller å velge å la være å gi dem oppmerksomhet. Gjør «ikke tenk på en isbjørn»-øvelsen for å demonstrere den paradoksale effekten av å forsøke å undertrykke tanker (Salkovskis & Campbell, 1994; Wegner et al., 1987).

I neste samling/time er temaet hvordan pasienten best kan forholde seg til uhensiktsmessige tanker. Be pasienten gi eksempler på situasjoner preget av smerter, vonde følelser og hemmende, negative tanker. Sammen kan dere drøfte alternative tanker som er fornuftige og nyanserte, vennlige og støttende, eller mer pragmatiske, det vil si med en vurdering av tankens funksjon («Trenger jeg å tenke på dette nå?»).

Negative tanker og vonde følelser forsterker smerte

Katastrofetanker og verstefallstenkning kan forsterke smerter (Hammer et al., 2018; Wertli et al., 2014). Ved leddgikt predikerer katastrofetenkning mer intense smerter, alvorlige depresjonssymptomer og dårligere fysisk funksjon (Ødegård et al., 2007). Ved kneartrose predikerer katastrofetenkning lengre postoperative forløp på sykehus (Witvrouw et al., 2009) og mer unngåelse av fysisk aktivitet (Zaoyang et al., 2020).

Også smerterelaterte forestillingsbilder er knyttet til økte plager ved langvarig smerte (Gillanders et al., 2012). Endring av slike forestillingsbilder kan bidra til redusert frykt og smertelindring (Philips & Samson, 2012).

Smerterelatert grubling og bekymring er vist å opprettholde hemmende atferds- og tankemønstre ved langvarige smerter, og kan i seg selv bidra til økt smerteopplevelse (Eccleston & Crombez, 2007; Schütze et al., 2019; Ziadni et al., 2018), slik også opplevelsen av urettferdighet kan (Reme et al., 2022).

Negative, vonde følelser kan forsterke smerte, mens positive følelser kan lindre smerte (Strand et al., 2006; Thong et al., 2017; Wiech & Tracey, 2009). Mobilisering av egenomsorg kan bidra til smertelindring og styrket funksjon (Malpus et al., 2023; Purdie & Morley, 2016).

Noen pasienter oppdager at de ofte klandrer seg selv for ikke å strekke til, eller for at de gjør noe feil, siden de har det så vondt og er så slitne. Spørsmålet «Hva ville du sagt til en venn i samme situasjon?» kan bidra til å få frem at de har en urimelig streng og selvkritisk indre dialog.

Ved sykdom og smerter er det ikke alltid hensiktsmessig å diskutere tankens gyldighet med bevis for og imot; det er ikke nødvendigvis så mye trøst å finne i fakta. Da kan det å øve på å gi de negative tankene mindre plass, uten å gå inn i en diskusjon med dem, men også uten å prøve å presse dem vekk, være veien å gå.

Et viktig mål er å styrke evnen til et fleksibelt tankemønster, der man unngår å bli fanget i selektiv oppmerksomhet og repeterende tankemønstre (McCracken et al., 2014). Mange pasienter sier at de gjennom trening i øvelsen «oppmerksomheten som en bevegelig lyskaster» får et nyttig hjelpemiddel til å kunne frigjøre seg fra uhensiktsmessige tankemønstre.

Beskriv kvernetanker i form av påtrengende grubling og bekymring, og si at det ikke er rart at slike tanker presser seg frem ved sykdom og smerter, men at det er lurt å begrense oppmerksomheten man gir dem. Dersom bekymringene tar overhånd, kan de gi en følelse av hjelpeløshet, bidra til negative og uhensiktsmessige former for sykdomsforståelse og øke graden av konsentrasjons- og hukommelsesproblemer.

” *Et viktig mål er å styrke evnen til et fleksibelt tankemønster, der man unngår å bli fanget i selektiv oppmerksomhet og repeterende tankemønstre.*

Skill mellom repeterende kverning og konstruktiv refleksjon (García et al., 2017). Det har betydning om tankene har en påtrengende form, gjerne fordi de er blitt trigget av smerter eller vonde følelser, eller om de har en mer bevisst valgt og målrettet form. Ved bevisst valgt refleksjon bestemmer man selv tid og sted for å gå inn i et vanskelig tema, og man er i følelsesmessig balanse, ikke sliten og nedbrutt. Fortrinnsvis har man en fortrolig person å reflektere sammen med.

Påtrengende grubling hemmer mestring av sykdom, forsterker psykiske vansker og reduserer livskvaliteten (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Samtidig hindres man i å gå inn i en mer aktiv og handlingsorientert form for problemløsning. Foreslå derfor for pasientene at de trener på å stille spørsmål om nytteverdien av slike tanker: «Hva er fordelene og ulempene med dem?», «Hjelper de meg til å leve godt med sykdom og smerter og å få mest mulig ut av hverdagen?».

Pass på at du med dine forslag om å motvirke overdreven bekymring ikke bidrar til å øke pasientens bekymring over egen bekymring (Wells, 2006). Da kan du forsterke følelsen av ikke å ha kontroll over slike kvernetanker. Det er ofte nyttig å ta denne problemstillingen direkte opp med pasienten. Her kan du stille sokratiske spørsmål for å utforske premisene som ligger til grunn for pasientens holdninger til både bekymring og grubling. Du kan i samarbeid med pasienten også sette opp en liste over fordeler og ulemper ved slike tanker.

I arbeidsboken er det beskrevet en rekke nyttige teknikker ved kvernetanker. Si at det kan være lurt å velge ut noen av disse strategiene, som man så prioriterer å trene systematisk på. Minn igjen om øvelsen «ikke tenk på en isbjørn». Snakk om betydningen av ikke å prøve å presse vekk kvernetankene, men heller å øve på bare å la dem være.

For mange pasienter er kvernetanker blitt etablert som mentale vaner (Watkins & Nolen-Hoeksema, 2014). Det tar gjerne et par måneder å endre en vane. Si til pasientene at etablerte tankemønstre, både katastrofe-tenkning og selvkritikk, ofte tar tid å snu til mer konstruktive og støttende tankemønstre. Vend tilbake til temaet også senere i behandlingen. Spør med jevne mellomrom pasientene om hvordan de har lagt opp den mentale treningen, og hvilke erfaringer de har gjort seg.

Del 4

Handlingsstrategier

Del 4 starter med at du informerer om handlingsmønstre som forsterker smerte. Som i del 3 er hjemmeoppgaven å danne seg et bilde av hva som er ens eget typiske handlingsmønster. For noen kan det være nyttig å kartlegge aktivitet og restitusjon gjennom en uke for å få frem et representativt bilde. Understrek hvor lett vi alle kan havne i den ene eller andre grøften: enten bli for passive for å unngå smerte, eller overhøre og trosse smertene og så bli overbelastet. Vær oppmerksom på at ved for eksempel inflammatorisk revmatisk sykdom kan noen ha skader på leddene som gjør det nødvendig å tilpasse aktivitet og unngå belastning.

Si at målet er å ha et fleksibelt handlingsmønster der man både tar hensyn til smertene og avpasser aktivitet, og samtidig overhører smertene og navigerer etter hverdagens behov og gjøremål. Si litt om de temaene pasienten leser om i arbeidsboken, strategier for restitusjon, minus- og plussaktiviteter og de tre psykologiske grunnbehovene som fremheves i selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2017).

I den andre samlingen/timen som inngår i del 4, er temaet aktivitetsplanlegging. Bruk av aktivitetsplan er nyttig når handlingsmønsteret er kjennetegnet av overdreven utholdenhet (endurance; Buchmann et al., 2021; Hasenbring & Verbunt, 2010). Her opprettholdes og forsterkes smerter av overbelastning og mangel på restitusjon.

Tilsvarende er aktivitetsplanen nyttig for de som har et aktivitetsmønster preget av unngåelse og kanskje også passivitet og isolasjon som gir grobunn for redusert livskvalitet og depressive plager.

I den tredje samlingen/timen i denne del 4 er temaet systematisk aktivitets- og bevegelsestrening. Det er spesielt nyttig når smertene styrer hverdagen i for stor grad og man unngår aktivitet og bevegelse i frykt for eller forventning om smerte (Vlaeyen et al., 2016). Det er evidens for at eksponeringsterapi rettet mot smerterelatert unngåelsesatferd kan bidra til å redusere symptomene blant annet ved fibromyalgi (Hedman-Lagerlöf et al., 2018) og rygg smerter (Vlaeyen et al., 2004).

Henvis til de tre typene smerte som dere gikk gjennom i starten, og gjenta kunnskapen vi i dag har om nociplastiske smerter. Du kan oppfordre til at pasientene drøfter hvorvidt de har nociplastiske smerter, med lege eller fysioterapeut. Informer om prinsippene for reprocesseringsterapi som er beskrevet i arbeidsboken i del 4C (pain reprocessing therapy; Ashar et al., 2022; Gordon & Ziv, 2021).

Del 5

Oppsummering og veien videre

I siste time/samling ber du pasientene om å se på oversikten de finner i del 5 av arbeidsboken, med en liste over alle tiltakene dere har gått gjennom. Be dem krysse av for det som har vært spesielt nyttig. Dersom pasientene har krysset av svært mange tiltak, kan du oppfordre dem til å velge ut for eksempel de fem viktigste. Gå så gjennom det de har merket av, og spør om hvorfor de tenker at akkurat dette vil være særlig nyttig å jobbe videre med. Spør gjerne også om hvordan de tenker å gå frem.

Snakk om betydningen av å gi seg selv påminnelser om viktige tiltak. Da unngår man at nye tenkemåter ikke går i glemmeboken eller blir slukt av gamle mentale og atferdsmessige vanemønstre.

Legg til rette for dialog om hvordan pasienten skal fortsette arbeidet videre, ut fra erfaringene sine om hva som har vært til hjelp. I gruppebehandlingen ber vi deltakerne tenke over dette spørsmålet for seg selv i en fem minutters tid, og gjerne notere ned noen stikkord om hvordan de konkret skal gå frem, før vi har en runde i plenum.

Det er altså lurt å sette i gang arbeidet med å lage en handlingsplan i timen/samlingen. Be samtidig pasientene om å jobbe videre med handlingsplanen også etter at behandlingen er avsluttet. Hensikten med handlingsplanen er todelt: For det første er den en bevisstgjøring av gamle, uhensiktsmessige tanke- og handlingsmønstre som man ønsker å gi slipp på. For det andre er handlingsplanen en konkretisering av og påminnelse om handlingsmønstre og mentale strategier man vil ta med seg videre og trene mer på.

Avslutning

Smerter er et generelt symptom på tvers av sykdommer, noe som gjør det mulig med en felles behandlingstilnærming. Sentralt i en klinisk helsepsykologisk og kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming er formidling av informasjon om en biopsykososial forståelse av sykdom og kroppslige plager. Viktige mål er økt balanse og variasjon i hverdagens gjøremål og bruk av atferdsmessige og mentale strategier for å påvirke smertebildet og styrke funksjon. Tiltakene er et supplement til annen medisinsk og ikke-medisinsk behandling.

Ved å følge oppsettet i arbeidsboken, og å gjøre de tilpasningene som trengs for den aktuelle pasienten og hans eller hennes situasjon, kan du hjelpe pasienten til en styrket opplevelse av mestring.

” *Smerter er et generelt symptom på tvers av sykdommer, noe som gjør det mulig med en felles behandlingstilnærming.*

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.
- Aydede, M. & Shriver, A. (2018). Recently introduced definition of «nociceptive pain» by the International Association for the Study of Pain needs better formulation. *Pain*, 159, 1176–1177.
- Berge, T., Dehli, L. & Fjerstad, E. (2024). *Energityvene. For deg som lever med utmattelse og sykdom*. Oslo: Aschehoug.
- Berge, T. & Falkum, E. (2013). *Se mulighetene. Psykisk helse og arbeidsliv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2020). Bruk av handlingsregler i vaneendring. *Tidsskrift for kognitiv atferdsterapi*. <https://tidsskrift.kognitiv.no/bruk-av-handlingsregler-i-vaneendring/>
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi. For deg som behandler pasienter med somatisk sykdom og skade*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Buchmann, J., Baumann, N., Meng, K., Semrau, J., Kuhl, J., Pfeifer, K., Kazén, M., Vogel, H. & Faller, H. (2021). Endurance and avoidance response patterns in pain patients: Application of action control theory in pain research. *PLoS ONE* 16(3): e0248875.
- Busch, V., Magerl, W., Kern, U., Haas, J., Hajak, G. & Eichhammer, P. (2012). The effect of deep and slow breathing on pain perception, automatic activity, and mood processing – an experimental study. *Pain Medicine*, 13(2), 215–228.
- Eccleston, C. & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: A misdirected problem solving model. *Pain*, 132(3), 233–236.
- Eccleston, C., Fisher, E., Craig, L., Duggan, G.B., Rosser, B.A. & Keogh, E. (2014). Psychological therapies (internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD010152
- Eccleston, C., Morley, S.J. & Williams, A.C. (2013). Psychological approaches to chronic pain management: evidence and challenges. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 59–63.
- Farzaei, M.H., Bahramsoltani, R., Abdollahi, M. & Rahimi, R. (2016). The role of visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome: Pharmacological targets and novel treatments. *Journal of Neurogastroenterology & Motility*, 22(4), 558–574.
- García, F.E., Duque, A. & Cova, F. (2017). The four faces of rumination to stressful events: A psychometric analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(6), 758–765.
- Gillanders, D., Potter, L. & Morris, P.G. (2012). Pain related-visual imagery is associated with distress in chronic pain sufferers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(5), 577–589.
- Golenbiewski, J.T. & Pisetsky, D.S. (2019). A holistic approach to pain management in the rheumatic diseases. *Current Treatment Options in Rheumatology*, 5, 1–10.
- Gollwitzer, P.M. & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: a meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69–119.
- Gordon, A. & Ziv, A. (2021). *The way out. The revolutionary, scientifically-proven approach to heal chronic pain*. London: Vermillion.
- Guler, M.A., Celik, O.F. & Ayhan, F.F. (2020). The important role of central sensitization

in chronic musculoskeletal pain seen in different rheumatic diseases. *Clinical Rheumatology*, 39(1), 269–274.

Hammer, H.B., Uhlig, T., Kvien, T.K. & Lampa, J. (2018). Pain catastrophizing, subjective outcomes, and inflammatory assessments including ultrasound: results from a longitudinal study of rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care & Research*, 70(5), 703–712.

Harvey, A.G., Lee, J., Williams, J., Hollon, S.D., Walker, M.P., Thompson, M.A. & Smith, R. (2014). Improving outcome of psychosocial treatments by enhancing memory and learning. *Perspectives on Psychology Sciences*, 9(2), 161–179.

Hasenbring, M.I. & Verbunt, J.A. (2010). Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *The Clinical Journal of Pain*, 26(9), 747–753.

Hedman-Lagerlöf, M., Andersson, E., Hedman-Lagerlöf, E., Wicksell, R.K., Flink, I. & Ljótsson, B. (2019). Approach as a key for success: Reduced avoidance behaviour mediates the effect of exposure therapy for fibromyalgia. *Behaviour Research and Therapy*, 122, 103478. doi: 10.1016/j.brat.2019.103478.

Landmark, T., Romundstad, P., Dale, O., Borchrevink P.C., Vatten, L. & Kaasa, S. (2013). Chronic pain: One year prevalence and associated characteristics (The HUNT pain study). *Scandinavian Journal of Pain*, 4(1), 182–187.

Lee, M.C., Zambreau, L., Menon, D.K. & Tracey, I. (2008). Identifying brain activity specifically related to the maintenance and perceptual consequence of central sensitization in humans. *Journal of Neuroscience*, 28(45), 11642–11649.

Lilliehorn, S., Hamberg, K., Kero, A. & Salander, P. (2013). Meaning of work and the returning process after breast cancer: a longitudinal study of 56 women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 267–274.

Malpus, Z., Nazar, Z., Smith, C. & Armitage L. (2023). Compassion focused therapy for pain management: '3 systems approach' to understanding why striving and self-criticism are key psychological barriers to regulating activity and improving self-care for people living with persistent pain. *British Journal of Pain*, 17(1), 87–102.

McCracken, L.M., Barker, E. & Chilcot, J. (2014). Decentering, rumination, cognitive defusion, and psychological flexibility in people with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(6), 1215–1225.

Merskey, H., Bogduk, N. & Taxonomy, T.F.O. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2. utg.). Seattle: International Association for the Study of Pain (IASP) Press.

Nielsen, C.S. (2013). Chronic pain is strongly associated with work disability. *Scandinavian Journal of Pain*, 4(4), 180–181.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424

Pedersen M. (2019). Chronic fatigue syndrome and chronic pain conditions – vitally protective systems gone wrong. *Scandinavian Journal of Pain*, 19(4), 651–657.

<https://doi.org/10.1515/sjpain-2019-0072>

Philips, C. & Samson, D. (2012). The rescripting of pain images. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(5), 558–576.

Purdie, F. & Morley, S. (2016). Compassion and chronic pain. *Pain*, 157(12), 2625–2627.

Raja, S.N., Carr, D.B., Cohen, M., Finnerup, N.B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F.J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K.A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M.D., Tutelman, P.R., Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982.

- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2017). *Self-determination theory. Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P.M. & Campbell, P. (1994). Thought suppression in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32(1), 1–8.
- Schütze, R., Rees, C., Smith, A., Slater, H., Catley, M. & O'Sullivan, P. (2019). Assessing beliefs underlying rumination about pain: development and validation of the Pain Metacognitions Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 10, artikkel 910, doi: 10.3389/fpsyg.201910
- Steiro, A., Strøm, V., Dahm, K.T. & Reimer, L.M. (2012). Psykologisk behandling ved kroniske smertetilstander. *Rapport fra kunnskapscenteret nr. 18 2012*. Oslo: Norsk kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Strand, E.B., Zautra, A.J., Thoresen, M., Ødegård, S., Uhlig, T. & Finset, A. (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain – negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5), 477–484.
- Stubhaug, A., Hansen, J.L., Hallberg, S., Gustavsson, A., Eggen, A.E. & Nielsen, C.S. (2024). The costs of chronic pain – Long-term estimates. *European Journal of Pain*, 28(6), 960–977.
- Sveaas, S.H., Smedslund, G., Hagern, K.B. & Dagfinrud, H. (2017). Effect of cardiorespiratory and strength exercises on disease activity in patients with inflammatory rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 51(14), 1065–1072.
- Taylor, P., Manger, B., Alvaro-Gracia, J., Johnstone, R., Gomez-Reino, J., Eberhardt, E., Wolfe, F., Schwartzman, S., Furfaro, N. & Kavanaugh, A. (2010). Pain perceptions concerning pain management in the treatment of rheumatoid arthritis. *Journal of International Medical Research*, 38(4), 1213–1224.
- Thong, I.S.K., Tan, G. & Jensen, M.P. (2017). The buffering role of positive affect on the association between pain intensity and pain related outcomes. *Scandinavian Journal of Pain*, 14, 91–97.
- Thorn, B.E. (2018). *Cognitive therapy for chronic pain. A step-by-step guide* (2. utg.). New York: Guilford.
- Trouvin, A.-P. & Perrot, S. (2019). New concepts of pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 33(3), 101415. doi: 10.1016/j.berh.2019.04.007.
- Vlaeyen, J.W.S., Crombez, G. & Linton, S.J. (2016). The fear-avoidance model of pain. *Pain*, 157(8), 1588–1589.
- 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 (red.), *Understanding and treating fear of pain* (s. 313–343). New York: Oxford University Press.
- Vooijs, M., Leensen, M.C.J., Hoving, J.L., Wind, H. & Frings-Dresen, M.H.W. (2018). Value of work for employees with a chronic disease. *Occupational Medicine*, 68(1), 26–31.
- Watkins, E.R. & Nolen-Hoeksema, S. (2014). A habit-goal framework of depressive rumination. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 24–34
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S. & White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 5–13.
- Wells, A. (2006). Metacognitive therapy for worry and generalized anxiety disorder. I: G.C.L. Davey & A. Wells (red.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (s. 259–272). Chichester: John Wiley and Sons
- Wertli, M.M., Burgstaller, J.M., Weiser, S., Steurer, J., Kofmehl, R. & Held, U. (2014). Influence of catastrophizing on treatment outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine*, 39(3), 263–273.

- Wiech, K. & Tracey, I. (2009). The influence of negative emotions on pain: Behavioral effects and neural mechanisms. *NeuroImage*, 47(3), 987–994.
- Williams, A.C.D.C., Fisher, E., Hearn, L. & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 8, CD007407.
- Witvrouw, E., Pattyn, E., Almqvist, K.F., Crombez, G., Accoe, C., Cambier, D. & Verdonk, R. (2009). Catastrophic thinking about pain as a predictor of length of hospital stay after total knee arthroplasty: a prospective study. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 17(10), 1189–1194.
- Woolf, C.J. (2011). Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(suppl. 3), 2–15.
- Zaoyang, R., Martire, L.M. & Darnall, B.D. (2020). Daily pain catastrophizing predicts less physical activity and more sedentary behavior in older adults with osteoarthritis. *Pain*, 161(11), 2603–2610.
- Zaccaro, A., Piarulli, A., Laurino, M. mfl. (2018). How breath-control can change your life: A systematic review on psycho-physiological correlates of slow breathing. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12. doi: 10.3389/fnhum.2018.003
- Ziadni, M.S., Sturgeon, J.A. & Darnall, B.D. (2018). The relationship between negative metacognitive thoughts, pain catastrophizing, and adjustment to chronic pain. *European Journal of Pain*, 22(4), 756–762.
- Yang, J., Lo, W.L.A., Zheng, F., Cheng, X., Yu, Q. & Wang, C. (2022). Evaluation of cognitive behavioral therapy on improving pain, fear avoidance, and self-efficacy in patients with chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain Research and Management*, Mar 19;2022, 4276175. doi: 10.1155/2022/4276175
- Ødegård, S., Finset, A., Mowinckel, P., Kvien, T.K. & Uhlig, T. (2007). Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Annals of Rheumatic Diseases*, 66(9), 1195–1201.