

Når mål om smertefrihet møter klinisk kompleksitet



Heidi Trydal

Avdeling for smerte og sammensatte lidelser, St. Olavs hospital

heidi.trydal@stolav.no

Mari Glette

Avdeling for smerte og sammensatte lidelser, St. Olavs hospital

Elisabeth Kliem

Avdeling for smerte og sammensatte lidelser, St. Olavs hospital

Tormod Landmark

Avdeling for smerte og sammensatte lidelser, St. Olavs hospital

Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Pain reprocessing therapy lanseres som en banebrytende smertebehandling, men evidensgrunnlaget er tynt, og det er lite nytt å spore i tilnærmingen. Risikoen med måten metoden markedsføres på, kan være demoralisering hos så vel pasientene som i behandlingstjenestene.



Foto Tone Andersen

Langvarig smerte rammer rundt en tredjedel av befolkningen, er assosiert med betydelig tap av funksjon og arbeidsevne og har ofte negative konsekvenser for psykisk helse.

Gjennom flere tiår har forskning vist at kognitiv atferdsterapi, aksept- og forpliktelsesterapi, mindfulnessbasert terapi og emosjonsfokusert terapi er nyttig i behandlingen av pasienter med langvarig smerte. Effektstørrelsene i undersøkelser som er blitt gjort, er likevel stort sett små, og ingen metode virker for alle. Hvem som profitterer mest på hva, vet vi for lite om. Det er derfor bra å ha et bredt utvalg av teknikker og behandlingsmetoder tilgjengelig for å kunne tilpasse behandlingen til den enkelte pasient, og utvikling av nye metoder og forskning på effekten av disse er viktig (Trydal, 2024).

Pain Reprocessing Therapy



Pain reprocessing therapy (PRT) er en ny behandlingsmetode som hevder å være basert på nyere forståelse av smertemekanismer. Metoden ble høsten 2025 særlig kjent gjennom VGTV-serien «Harald og sytepavene» (Sverdrup, 2025). Serien fremstiller PRT som en behandling med enormt potensial, der to av tre kan bli smertefrie, og det påkalles en helserevolusjon for å få bukt med et stort helseproblem. Programleder Harald Eia følger seks pasienters bedring gjennom møtene med behandlerne Silje Endresen Reme og Andreas Pahle. Smerten blir forklart som en falsk alarm, og hjernen skal læres opp i å tolke signaler som ufarlige. Behandlerne i serien fremstiller prosessen som en reprogrammering av hjernen som medfører at smertene kan kureres ved å endre hjernens feiltolkninger (Reme & Pahle, 2025). PRT lanseres som en banebrytende behandlingsmetode og hevdes å skille seg klart fra annen behandling. Metoden beskrives som et paradigmeskifte i forståelsen og behandling av langvarig smerte (Pahle, 2026).



Illustrasjon Knut Løvås

Lite underbyggende evidens

I dag foreligger kun én randomisert kontrollert studie som har undersøkt effekten av PRT (Ashar et al., 2022). Når det i serien blir hevdet at to av tre pasienter kan bli smertefrie med PRT, er det på grunnlag av denne enkeltstående studien. Studien hadde imidlertid et lite utvalg pasienter; 44 deltakere fikk PRT, og 45 deltakere fikk placebo og ble fortalt at det var det de fikk. Pasientene hadde milde til moderate smerter hovedsakelig avgrenset til korsrygg. 86 % var i full eller delvis jobb, og 80 % anga å trene tre timer i uka eller mer. Resultatene kan ikke overføres til mer sammensatte pasientpopulasjoner som typisk behandles i spesialisthelsetjenesten. Gruppen som deltok i studien,

hadde et høyere funksjonsnivå og var langt mer ensartet enn pasientene som vi vanligvis møter i klinikk. Å generalisere fra denne undersøkelsen gir derfor lite mening.



I en nyere ikke-randomisert forstudie nyanseres bildet noe. Her gjennomgikk 33 pasienter med fibromyalgi en kortere variant av PRT. Selv om resultatene er lovende, synes ikke smertefrihet å være et utfall for særlig mange, men 30 % hadde mer enn 50 % reduksjon av smerteintensitet (Sturgeon et al., 2025).

Nociplastisk smerte er ikke en diagnose

PRT retter seg mot såkalt nociplastisk smerte. Her inngår smerte som ikke skyldes vevsskade, men endringer i sentralnervesystemets bearbeiding av signaler. Begrepet ble innført av den internasjonale foreningen for studiet av smerte IASP i 2017 (Kosek et al., 2021), og har gitt et nytt språk for smertemekanismer. Det er viktig å understreke at nociplastisk smerte ikke er en diagnose, men en mekanismebeskrivelse. Presise kriterier eller graderingssystemer som klart skiller nociplastisk smerte fra nociseptive eller nevropatiske smerter, finnes ikke. For mange pasienter foreligger en kompleks kombinasjon av smertemekanismer.

Vi mener det er problematisk å utvikle en behandling for smerter som utelukkende retter seg inn mot én av disse mekanismene. I behandlingsstudier vil man da måtte benytte eksklusjonskriterier som er vanskelige å operasjonalisere, og i vanlig klinisk praksis vil det være enda vanskeligere å velge ut riktige pasienter.

Hvilken effekt kan vi forvente av PRT?

Modulerende mekanismer for smerte i sentralnervesystemet har vært kjent og integrert i behandling lenge (Thorn, 2020). Introduksjonen av begrepet nociplastisk smerte bygger på mange tiår med forskning. At pasienter med langvarig smerte kan bli smertefrie gjennom psykologisk behandling, er heller ikke nytt. Men det er lite trolig at to av tre pasienter med langvarig smerte vil bli kurert med PRT. Mange vil sannsynligvis ha liten eller ingen effekt, slik vi ser ved andre behandlingsmetoder. Selv om etablerte psykologiske smertebehandlingsmetoder bygger på ulike teoretiske grunnlag og teknikker, har de til felles at målet er å redusere frykt og unngåelse. Eksponering er i alle metodene sentralt for å oppnå endring. Slik vi ser det, er dette også essensen i PRT og ikke noe kvalitativt nytt.

Når en TV-serie løfter frem enkeltpasienter som blir friske, er det lett å glemme alt vi ikke ser. Vi kan anta at pasientene som meldte sin interesse for å delta i studien – og ikke minst i tv-programmet – er en spesielt selektert gruppe som er særlig motiverte, resurssterke og tilgjengelige for slik behandling.

Vi mener det ikke er grunnlag for å si at vi står overfor et paradigmeskifte eller en helserevolusjon. Slike uttalelser vil kunne skape stort press på et behandlingsapparat med knappe ressurser, og ikke minst urealistiske forventninger hos både pasienter, men også helsepersonell, saksbehandlere og lovgivere. Pasienter med langvarige smerter har ofte prøvd svært mange behandlingstiltak med skuffende lav effekt. Vi kjenner på et ansvar for å være redelige om hva som kan forventes av behandlingseffekt.

Fellesfaktorer og terapeuteffekt

PRT ble i den omtalte RCT-en gjennomført av kun to terapeuter med høy kompetanse på metoden, hvor en av terapeutene var metodeutvikleren selv.

Terapeutfaktorer og fellesfaktorer som gir god allianse, forklarer ofte mer av behandlingseffekten enn spesifikke teknikker (Wampold & Imel, 2015). Generelt har psykoterapiforskning vist at ulike karakteristika ved både pasient og terapeut kan være viktigere enn spesifikke teknikker, i tillegg til realistiske målsettinger for behandlingen.



Terapeutens tro på metoden, engasjement i terapiprosessen og entusiasme er svært potente faktorer. Evnen til å stå i negativ affekt og konflikt er også viktig. Vi kan anta at «terapeuteffekten» i den publiserte studien, men også i tv-serien «Harald og sytepavene», var stor. Pasienter med langvarige smerter har ofte komplekse symptombilder som krever at behandler har høy kompetanse. Å lene seg på forenklete forklaringsmodeller vil kunne bidra til å undergrave behandlernes tillit. Vi ser nå at PRT blir tilbudt i utbredt skala, og en rekke terapeuter med både ulik og manglende faglig bakgrunn tilbyr behandlingen. Behandlingseffekten vil da trolig utvaskes og kan neppe stå i stil til det som er vist i den publiserte RCT-en eller TV-serien.

Forførende, men problematisk metafor

PRT har likhetstrekk med teknikker som allerede eksisterer innenfor godt etablerte behandlingsmetoder. Innpakningen i form av struktur og enkelte begreper er imidlertid ny. Vi er særlig skeptiske til begrepet «reprogrammering av hjernen» (Reme & Pahle, 2025). Å reprogrammere hjernen til å produsere mindre smerte høres logisk og håpefullt ut, men det er en overforenkling av svært komplekse biologiske prosesser. Vi vet at hjernen er plastisk, og at smerteopplevelsen kan påvirkes av kognitive, emosjonelle og sosiale faktorer. Hjernen programmeres likevel ikke som en datamaskin, men endres gjennom gradvise og ufullstendige prosesser i en større kontekst.

En ofte brukt og mer nøktern metafor er at hjernen utvikler seg som et landskap. Erfaringer setter spor, og ved gjentakelser etableres stier som blir dypere over tid. Terapi kan bidra til at nye stier etableres, og at gamle mister sin dominans. Men slike prosesser krever innsats over tid, er påvirket av mange faktorer og fører ikke alltid til fullstendig endring.

Å presentere psykologisk behandling som «reprogrammering» fremstår som en enkel løsning med teknologisk presisjon, som kan skape håp. Risikoen er at pasienter som ikke oppnår ønsket effekt av den bejublete behandlingen, tolker dette som at de har mislyktes. Resultatet kan bli ytterligere demoralisering og forverring.

Når mål om smertefrihet blir nederlag

Vi jobber på et tverrfaglig smertesenter der vi møter pasienter med høy symptombelastning og ofte omfattende tilleggsproblematikk. Pasientene har ulike forventninger til behandlingen. Mange har naturlig nok håp om å bli smertefrie, men for en del pasienter – på det tidspunktet de kommer til oss – er dette verken realistisk eller hensiktsmessig som første mål. Selv pasienter som er somatisk avklart, og der det ikke er avdekket en underliggende sykdom eller skade, vil kunne ha et blandingsbilde av smertemekanismer. Mange kan stå i en livssituasjon der de ikke har mål om smertefrihet, men ønsker verktøy til å mestre funksjonstap eller konsekvenser av smerten. Vi har god erfaring med at god mestring av smerte vil kunne dempe smertetrykk og øke daglig fungering, og anser det viktig å ta med pasienten i en dialog om hva som skal være målsetting for behandlingen.

Vi kan stå godt inne for at psykologisk smertebehandling vil kunne ha svært god effekt for noen, og vår rolle som psykolog er å vurdere, basert på erfaring, kunnskap og pasientens behov, hvilken behandling vi mener vil gi mest mulig positivt utbytte for den enkelte pasient.

Håp uten hype



Langvarig smerte er ofte kompleks. Når fagfolk, media og behandlere presenterer PRT som en revolusjon, risikerer vi å skape urealistiske forventninger hos pasienter, helsepersonell og innen velferdstjenesten. Det vil skape et unødvendig press på både pasienter og helsetjenesten dersom «alle» skal prøve en behandling, som trolig bare er egnet for noen.

Vi ønsker nye behandlingsformer velkommen, men inntil vi vet mer, må vi være varsomme med å presentere nye metoder som for eksempel PRT som en metode som skiller seg dramatisk fra annen psykologisk behandling, eller som gir effekter som vi ikke ser i forskningen ellers.

Som psykologer har vi et ansvar for å skape håp uten hype, og for å gi pasienter realistiske forventninger til behandlingens potensial og begrensninger.

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. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2669>
- Kosek, E., Clauw, D., Nijs, J., Baron, R., Gilron, I., Harris, R. E., Mico, J.-A., Rice, A. S. C., & Sterling, M. (2021). Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *Pain*, 162(11), 2629–2634. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002324>
- Pahle, A. (2026, 26. januar). *PRT – Pain Reprocessing Therapy: Nyere forståelse av- og tilnærming til langvarig smerte*. Oslo universitetssykehus. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/nyheter/prt---pain-reprocessing-therapy-nyere-forstaelse-av--og-tilnaerming-til-langvarig-smerte/>
- Reme, S. E. & Pahle, A. (2025). Personer med langvarige smerter blir friske gjennom en ny behandling. Potensialet er enormt. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/8qgBvw/harald-og-sytepavene-personer-med-langvarige-smerter-blir-friske-gjennom-en-ny-behandling-potensialet-er-enormt>
- Sturgeon, J. A., Trost, Z., Ashar, Y.k. & Lumley, M. A. (2025). Brief pain reprocessing therapy for fibromyalgia: a feasibility, acceptability, and preliminary efficacy pilot. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 15(5). <https://doi.org/10.1136/rapm-2025-107076>
- Sverdrup, A. G. (Produsent). (2025). *Harald og sytepavene* [TV-serie]. VGTV. <https://tv.vg.no/serier/harald-og-sytepavene?categoryId=100577>
- Thorn, B.E. (2020) Ronald Melzack Award Lecture: Putting the brain to work in cognitive behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 161(Supplement 1), S27–S35. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001839>
- Trydal, H. (2024). Klinisk praksis med tre psykologiske tilnærminger for behandling av langvarig smerte. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(12), 855–862. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024as11ae-Klinisk-praksis-med-tre-psykologiske-tilnaerminger-for-behandling-av-langvarig-smerte
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>