

PITKITTYYNEEN KIVUN HOITO JA KUNTOUTUS – KEHON JA MIELEN TOIMINTAKYVYN TUKEMISTA

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys IASP (International Association for the Study of Pain) on määritellyt kivun epämiellyttäväksi aisti- ja tunnekokemukseksi, johon liittyy kudosvaurio tai sen uhka, tai jota kuvataan kudosvaurion käsittein. Etenkin pitkittynyt kipu on biopsykososiaalinen ilmiö, johon liittyy fysiologisten tekijöiden lisäksi monenlaisia mieleen ja ihmisuhteisiin liittyviä tekijöitä (Craig & Versloot 2011). Myös suomalainen Käypä hoito -suositus korostaa kipupotilaan hoidossa muun muassa lääkkeettömien hoitokeinojen ensisijaisuutta, kivun moniammatillista hoitoa sekä hoidon suunnittelua yksilöllisesti potilaan kipuoireilun ja muun elämän- ja terveydentilan mukaan (Kipu: Käypä hoito -suositus 2015). Tämä tekee pitkittyneen kivun hoidosta vaativaa ja edellyttää hoitavalta henkilöltä monipuolista ymmärrystä kivun taustoista ja mekanismeista. Pitkittyneestä kiputilasta kärsivää potilasta hoidettaessa on hyödyllistä olla tietoinen muutamasta kivun psykologian perusasiasta.

Ensinnäkin kipukokemus on aina todellinen, vaikka sen taustalta ei löytyisi selitettävää fysiologista syytä. Pitkittynyt kipu toimii erilaisten mekanismien varassa kuin akuutti kipu, ja siihen voi liittyä mahdollisen kudosvaurion lisäksi myös keskushermoston muutoksia. Akuutti kipu hälyttää kudosvauriosta toimien kuten palovaroitin: käskien meitä varomaan ja lakaten sitten, kun tulipalo on sammunut. Pitkittynyt kipu taas

voidaan nähdä kivunsäätelyjärjestelmän toimintahäiriönä: palohälytys on käynnissä, vaikka tulipaloo ei ole tai se on jo sammunut (Terveyskylän Kivunhallintatalo 2018). Näitä mekanismeja on selitetty esimerkiksi porttikontrolliteorialla (Melzack & Wall 1965). Teorian mukaan aivoista selkäyttimeen laskevat hermoradat säätelevät kivun voimakkuutta jarruttamalla tai tehostamalla kipuviestin kulkua aivoihin. Kivun pitkittyessä kipuviestiä kuljettavat hermoradat voivat herkistyä ja samaan aikaan näiden laskevien hermoratojen toiminta heikentyä, mikä saattaa johtaa muutoksiin myös kipua käsittelevillä aivoalueilla. Tästä ilmiöstä – keskushermoston herkistymisestä kivulle – puhutaan toisinaan myös kivun sentralisoitumisena (Miranda 2016).

Laskevien hermoratojen toiminta on riippuvaista monesta tekijästä, kuten psyykkisestä kuormituksesta ja elämäntilanteesta. Ahdistunut, pelokas tai uneton henkilö on todennäköisesti kivuliaampi kuin hyvin nukkuva ja huoleton henkilö: kipukynnys on matalampi ja kipusignaalit kulkevat kehossa vilkkaammin. Tyypillisesti on ajateltu, että kipu valvottaa, aiheuttaa unihäiriöitä ja laskee mielialaa, mutta viimeaikaisten tutkimusten mukaan yhteys kulkee toiseenkin suuntaan. Huonounisuus ennakoi ja pahentaa kipuongelmaa (Miranda 2016, Gerhart ym. 2017), ja esimerkiksi leikkausta edeltävä ahdistuneisuus lisää riskiä leikkauksen jälkeisen kivun pitkittymiselle (Sipilä 2018).

Nämä havainnot korostavat sen tärkeyttä, että masennusta, huolia ja pelkoja sekä hyvää yöunta on tärkeää hoitaa samaan aikaan kuin itse kipua ja huomioida nämä jo esimerkiksi valmisteltaessa potilasta leikkaukseen.

Toiseksi, kivun kokeminen on aina hyvin yksilöllistä, joten potilaita ei kannata vertailla keskenään tai yrittää tarjota kaikille yhtä ja samaa hoitomallia. Samanlaisesta diagnoosista huolimatta potilaiden toimintakyky voi vaihdella huomattavasti sen mukaan, millainen on heidän elämänhistoriansa, sosiaalinen tukiverkostonsa sekä voimavaransa ja selviytymiskeinonsa elämän vastoinkäymisissä. Kipupotilasta kuntoutettaessa nämä kaikki tekijät tulee ottaa tarkasteluun sekä kuntoutuksen suunnittelun ja arvioinnin pohjaksi.

Pitkittyneen kivun kanssa eläminen vaatii valtavaa psyykkistä sopeutumisprosessia: miten jatkaa arkea hyväksyen sen, että kipu ei tule ehkä koskaan poistumaan? Mistä löytää mielihyvän lähteet, jos tärkeästä harrastuksesta on joutunut luopumaan, sekä tekemisen rytmi, kun kaikkea ei enää jaksaa ja pysty entiseen malliin? Pitkittynyt kipu on usein kolaus identiteetille ja vaatii syvällistä elämänalueiden ja -arvojen uudelleen pohtimista ja järjestämistä. Tässä hyvät, kannustavat ihmissuhteet sekä ammattilaisen tuki tulevat usein tarpeeseen.

Myös pelot, toivottomuuden ja avuttomuuden tunteet sekä katastrofointi voivat herkästi vallata pitkittyneestä kivusta kärsivän mielen. Kivun mahdollinen voimistuminen, toimintakyvyn laskeminen ja arjesta selviäminen voivat pelottaa sen lisäksi, että epä tietoisuus kivun syistä voi herättää pelkoa esimerkiksi siitä, että takana on vakava sairaus tai että oikeanlaista hoitoa ei löydykään. Pelokkuus ja avuttomuus kulkevat usein käsi kädessä katastrofoinnin kanssa, joka määritellään tyypillisesti ajattelutavoiksi, joissa korostuvat liioitellut uhka-arviot, odotukset negatiivisista seurauksista ja murehtiminen (Sullivan ym. 2001).

Kivulias ihminen saattaakin joutua tahottomaan kaventuneeseen ja huolen sävyttämään kehään, jossa ylivarovaisuus ja uskomukset kivun vaarallisuudesta johtavat

välttämiskäyttäytymiseen, kehon käyttämättömyyteen ja toimintakyvyn kaventumiseen. Nämä taas osaltaan vahvistavat ulkopuolisuuden ja alakulun tunteita ja antavat kivun tarkkailulle yhä enemmän tilaa elämässä (Vlaeyen & Linton 2012). Joskus epätietoisuus, avuttomuuden tunne tai pelokkaat uskomukset kivun syistä työntävät kipupotilasta passiivisten kivunhallintakeinojen, loputtomien lääkärikäyntien ja ”sairaana identiteetin” omaksumiseen. Kaikki tämä hankaloittaa oman toimijuuden ylläpitämistä kivun kanssa elättäessä.

Hyväksyntä vaikuttaisi kaiken kaikkiaan olevan tärkeässä roolissa kipuun sopeutumisessa ja aktiivisen kivun hallinnan omaksumisessa: sen on todettu vähentävän kipuun liittyvää ahdistuneisuutta, masennusta ja välttämiskäyttäytymistä (Ojala 2008). Kipuun liittyvä hyväksyntä ei tarkoita kivunhallintakeinoista luopumista tai myönteistä suhtautumista kipuun, vaan pikemminkin kivun sietämistä ja sen hyväksymistä, että kipua ei välttämättä saada poistettua.

Alhainen minäpystyvyyden kokemus on hyväksynnän puutteen lisäksi toinen merkittävä psykologinen tekijä, joka voi ylläpitää pitkittyneeseen kiputilaan liittyvää toimintakyvyn haittaa. Minäpystyvyydellä tarkoitetaan tässä ihmisen omaan kivun kanssa selviytymiseensä kohdistamia uskomuksia ja luottamuksen tunnetta. (Karkkola & Kuitinen 2017.) Minäpystyvyyden kokemuksen juuret ovat tyypillisesti varhaisissa elämäkokemuksissa, jotka muovaavat ihmisen käsityksiä itsestään ja maailmasta. Toisaalta onnistumiset ja hallinnan tunne voivat vahvistaa minäpystyvyyden kokemusta ja luottamusta omaan pärjäämiseen. Tämä korostaa oikeanlaisen tiedon ja itsehoitokeinojen harjoittelun tärkeyttä kipupotilaan toimintakyvyn tukemisessa.

Kolmanneksi, kipua ei koeta yksin, vaan se koskettaa myös puolisoa, perhettä, työyhteisöä ja yhteiskuntaa ja osuu siten yhteen ihmisen tärkeimmistä psykologisista perustarpeista: yhteenkuuluvuuden ja sosiaalisen liittymisen tarpeeseen. Pitkittynyt kipu voi tuoda mukanaan yksinäisyyden ja ulkopuolisuuden tunteita. Koska kaikki kipu ei näy ulospäin, ympärillä olevat ihmiset eivät voi

tietää ja myötäelää sitä, mitä kivulias ihminen käy elämässään läpi, jollei hän sanoita omia kokemuksiaan. Kipu voi uuvuttaa paitsi kantajansa myös läheiset, jos kipu on kodin ainoa puheenaihe – hyväksyntätyötä ja sopeutumista vaaditaan koko perheeltä uudessa elämäntilanteessa. Toisinaan kipuun liittyvän kriisin yhteydessä tukiverkoston ohuus tulee näkyväksi, ja samalla kipu voi vaikeuttaa entisestään uusien ihmissuhteiden solmimista.

Kipupotilaan kuntoutus

Kaiken kaikkiaan kipupotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa olennaista ei siis ole ainoastaan kivun aiheuttaneen syyn tarkastelu – mikä harvoin pitkittyneen kivun kohdalla auttaa – vaan sen ymmärtäminen, kuka on se henkilö, joka kipua kantaa. Mitkä ovat hänen odotuksiaan ja uskomuksiaan kivusta ja omista vaikutusmahdollisuuksistaan? Millaisia tunteita ja kokemuksia kivun kanssa eläminen on hänelle tuonut? Millaisia selviytymiskeinoja hänellä on käytössään? Tukeeko vai kuormittaaako hänen lähipiirinsä kipuongelman kanssa selviämistä?

Kipuun ja omaan selviytymiseen liittyviä haitallisia uskomuksia sekä kipuun liittyvää emotionaalista kärsimystä voidaan hoitaa. Tutkitusti esimerkiksi kognitiivis-behavioraaliset menetelmät vahvistavat kipupotilaiden toimintakykyä (Brodericka ym. 2016). Eräässä kipuklinikan potilaita koskeneessa tutkimuksessa jo kahden tunnin psykoedukatiivisella interventiolla onnistuttiin merkittävästi vähentämään kipuun liittyvää katastrofointia (Darnall ym. 2014). Interventioita suunniteltaessa yksilöllisten tekijöiden huolellinen kartoittaminen ja huomioiminen on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää: tuoreessa yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että lyhyen kognitiivis-behavioraalisen intervention tuloksellisuus riippui muun muassa henkilön hoitoon kohdistamista odotuksista sekä oirekuvan vakavuudesta, iästä, sosiaalisesta elämäntilanteesta ja koulutuksesta (Brodericka ym. 2016). Ne, joilla oli hyvin myönteiset odotukset hoidosta, joiden oirekuva oli vakavampi, jotka olivat vanhempia, joilla ei ollut ihmissuhteisiin liit-

tyvää stressiä ja jotka olivat korkeasti koulutettuja, osoittivat muita parempaa vastetta hoidolle. Kipupotilasta kuntoutettaessa myös hänen perheenjäsenensä tulisi ottaa mukaan kuntoutukseen tukemaan adaptiivisten selviytymiskeinojen rakentamista.

Nämä tekijät on syytä ottaa huomioon myös kivun hoidon ja kuntoutuksen tuloksellisuutta arvioitaessa. Tuloksellisen hoidon tai kuntoutuksen merkki kipupotilasta hoidettaessa ei useinkaan ole kivun vaikeusasteen aleneminen vaan toimintakyvyn paraneminen. Toimintakyky on puolestaan riippuvaisempi muun muassa minäpystyvyyden kokemuksesta kuin kivun vaikeusasteesta (Turner ym. 2005). Kipuun liittyvää minäpystyvyyden kokemuksesta on mahdollista arvioida esimerkiksi suomenkielisellä Pain self-efficacy questionnaire (PSEQ) -kyselyllä (Karkkola & Kuittinen 2017).

Kipupotilas hyötyy myös siitä, että häntä hoitava ammattilainen pyrkii jokaisessa hoitotilanteessa kohtaamaan hänet arvostavasti, empaattisesti ja tasavertaisesti. Hoitosuhteeseen näin rakentuva luottamuksen ja turvallisuuden ilmapiiri mahdollistaa hyväksyntäprosessin etenemisen ja potilaan oman toimijuuden vahvistumisen kipuongelman äärellä. Hyvä hoitosuhde voi niin ikään edistää kivun hoidon ja kuntoutuksen tuloksellisuutta sekä subjektiivisella että käyttäytymisen ja fysiologian tasolla (Hamunen 2015). Hyvä kivun hoito on ihmisen hoitamista silloinkin, kun itse kipua ei voida poistaa.

Noora Jalonen, psykologian maisteri (PsM), työterveyspsykologi

Lähteet

- Brodericka J, Keefe F, Schneidera S, Junghaenela D, Bruckenthal P, Schwartz J, Kaell A, Caldwell D, McKee D, Gould E (2016) Cognitive behavioral therapy for chronic pain is effective, but for whom? *Pain*, 157, 9, 2115–2123.
- Craig K, Versloot J (2011) Psychosocial perspectives on chronic pain. Teoksessa M Lynch, K Craig, P Peng (toim.) *Clinical pain management: A practical guide*. Wiley-Blackwell, New Jersey.
- Darnall B, Sturgeon J, Kao MC, Hah J, Mackey S (2014) From catastrophizing to recovery: a pilot study of a single-session treatment for pain catastrophizing. *Journal of Pain Research*, 7, 219–226.
- Gerhart J, Burns J, Post K, Smith D, Porter L, Burgess H, Schuster E, Buvanendran A, Fras A, Keefe F

- (2017) Relationships between sleep quality and pain-related factors for people with chronic low back pain: Tests of reciprocal and time of day effects. *Annals of Behavioral Medicine*, 51, 3, 365–375.
- Hamunen K (2015) *Kipuviesti*, 2, 32–34.
- Karkkola P, Kuittinen M (2017) Kipupystyvyyskyselyn ominaisuudet tuki- ja liikuntaelinkuntoutuksella. *Psykologia*, 4, 276–292.
- Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 4.5.2018). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
- Melzack R, Wall P (1965) Pain mechanisms: A New theory. *Science*, 150, 3699, 971–979.
- Miranda H (2016) *Ota kipu haltuun*. Otava, Keuruu.
- Ojala T (2008) Kroonisen kivun sietämätön hyväksyntä. *Kuntoutus*, 3, 34–48.
- Sipilä R (2018) Pain sensitivity and factors associated with the pain experience after breast cancer treatments. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.
- Sullivan M, Thorn B, Haythornthwaite J, Keefe F, Martin M, Bradley L, Lefebvre J (2001) Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17, 1, 52–64.
- Terveyskylän Kivunhallintatalo (2018) www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo
- Turner J, Ersek M, Kemp C (2005) Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 6, 7, 471–479.
- Vlaeyen J, Linton S (2012) Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153, 1144–1147.



**PÄIHDE
PÄIVÄT**
RUSMEDELSDAGARNA
8.-9.5.2019
HELSINGIN KULTTUURITALO

Päihdepäivillä on laaja kattaus seminaareja päihdehoidosta, ehkäisevästä työstä sekä rakenteista.

Ilmoittaudu 21.1. alkaen etuhintaan osoitteessa [www.paihdepäivät.fi](http://www.paihdepaivat.fi)