

# Psykosocial smertebehandling hos praktiserende læger og i smertecentre

Gitte Handberg

## STATUSARTIKEL

Smertecenter Syd,  
Odense  
Universitetshospital

Ugeskr Læger  
2017;179:V01170053

I Danmark er 19% af den voksne befolkning plaget af smerter, der har varet i mere end seks måneder; enten konstant eller hyppigt tilbagevendende [1, 2].

For patienter med langvarige smerter og komorbiditet i form af søvnforstyrrelser, kognitive vanskeligheder som hukommelses- og koncentrationsproblemer eller ligefrem angst og depression kan farmakologisk smertebehandling ofte ikke stå alene, og den eneste mulighed for at hjælpe patienten vil være gennem psykosocial behandling [3]. For de hårdest ramte patienter med smerter er det en specialiseret indsats i et tværfagligt smertecenter, der skal til, men langt størstedelen af patienterne kan behandles i almen praksis. For selv om mange konsultationer i almen praksis er korte, er det bestemt muligt at tilbyde sine patienter psykosocial behandling.

Artiklen tager udgangspunkt i de behandlinger, der tilbydes i smertecentrene, men der vil blive trukket paralleller til mulighederne i almen praksis. Gennemgangen af behandlingsmulighederne er generel, og man kan ikke forvente at finde alle mulighederne i alle smertecentre.

Helt frem til i dag kan man høre både fagfolk og patienter diskutere, om en smerte er fysisk eller psykisk – en debat, hvis udgangspunkt ligger hundrede år tilbage. Vi ved i dag, at denne dualistiske tankegang er for forenklet, og at smerter og ubehag fra kroppen ikke kan rubriceres som enten psyke eller soma [4].

## HOVEDBUDSKABER

- ▶ Patienter med komplekse kroniske smerter kan være vanskelige at behandle alene med analgetika.
- ▶ Behandlingen af komplekse kroniske smerter retter sig mod at hjælpe patienten med at finde sig til rette med de kroniske smerter, ikke mod smertefrihed.
- ▶ Psykosocial smertebehandling er mulig at tilbyde i almen praksis. At tage imod disse kronisk syge patienter, som vi tager imod andre med kroniske problemstillinger, er også psykosocial smertebehandling. Den praktiserende læge har meget at tilbyde patienterne med kroniske smerter, og det kan gøres inden for de eksisterende rammer. Kun de færreste patienter med smerter skal henvises til tværfaglige smertecentre.

## SMERTER SOM BIOPSYKOSOCIALT FÆNOMEN

Kroniske smerter og den komorbiditet, der hyppigt ledsager de langvarige, kroniske smerter, bør betragtes og behandles som en matrix, som udvikler sig individuelt og skal behandles helhedsorienteret med lige stor respekt for både de biologiske og de psykosociale problemstillinger [5]. Langvarige og intense smerter kan give søvnforstyrrelser og psykiske lidelser som angst, stress og depression, og det er den samlede behandlingsindsats, der giver positive resultater hos denne population [6].

Alvorlig kronisk stress, frustration og anden langvarig psykisk belastning kan altså give sig udslag i smerter i kroppen. Hertil kan lægges, at ved mange kroniske smertetilstande er der ingen objektive fund, der kan »verificere« smerterne. Alt i alt er det nemt at forstå, hvorfor nogle – de smerteramte, de pårørende eller behandlerne – begynder at lede efter psykologiske eller sociale forklaringer på smerterne.

Hvis et menneske med en sårbar psyke får kroniske lænderygsmerter, kan det at få hverdagen til at hænge sammen være en særlig stor udfordring. Der er ingen tvivl om, at psykiske problemer og kroniske smerter er to faktorer, der påvirker hinanden negativt – men det er netop to forskellige problemstillinger i en kedelig negativ spiral, og de har ikke nødvendigvis indbyrdes kausalitet. For patienter med kroniske smerter kan det føles som et forsøg på karaktermord eller brændemærkning, hvis de på baggrund af et nogenlunde normalt røntgenbillede får af vide, at smerterne nok er noget, de bilder sig ind, og at de blot skal lære at tænke positivt, eller hvis behandleren begynder at lede efter psykiske problemer som »forklaring« på smerterne [7].

## PSYKOSOCIAL BEHANDLING

Psykologisk smertebehandling spænder vidt fra blot fordomsfrit at lytte til patienten til avancerede terapeutiske behandlingsforløb som det manifesterer sig i de tværfaglige smertecentre. Selv med de korte konsultationer, der er rammen for de fleste praktiserende lægers arbejde, er der mange muligheder for initiativer, når blot lægen tager udgangspunkt i, at smerterne findes, præcis som patienten siger, og at målet for behandlingen ikke er smertefrihed – ofte ikke engang smertelindring [8].

Det er min erfaring, at man som behandler kan være katalysator for den proces, som patienten skal igennem for at få en hverdag til at hænge sammen på trods af smerterne. Man vil kunne hjælpe patienten med ikke at skulle gennemgå mange og unødvendige udredninger og behandlinger, hjælpe dem til ikke at være overaktive eller omvendt hjælpe dem til større aktivitet. Lægen kan med fordel selv være opsøgende og tilbyde patienterne regelmæssige kontakter med 3-6 måneders intervaller, hvor den medicinske behandling revurderes, og der følges op på de aftaler om tilpasning, der er indgået. Som en patient sagde: »Jeg er ikke alene om dette, jeg har min læge til at støtte mig«.

At acceptere en kronisk smerte bliver af en del af patienterne i Smertecenter Syd set som at give op. De føler sig meget ensomme med en alt for stor opgave. Accept er imidlertid en meget arbejdskrævende og aktiv proces, så patienten skal forstå, at *hun* skal acceptere de kroniske smerter, men at patienten og lægen *sammen* skal finde ud af, hvordan det kan ske.

Regelmæssige opfølgninger er efter min opfattelse også psykologisk smertebehandling.

I alle tværfaglige smertecentre i Danmark er der ansat socialrådgivere. Socialrådgiverne i smertecentrene er en del af det psykosociale team, hvor de indgår på lige fod med de øvrige behandlere. Socialrådgivernes behandlinger bidrager blandt andet til at lære patienterne at håndtere den stress, der ligger i de ofte meget ændrede roller, de er presset ind i på grund af deres smerter. Både i forhold til familien, blandt venner og bekendte og på arbejdspladsen er der situationer og forhold, der kræver, at den enkelte skal rumme store forandringer og den hermed forbundne stress. I smertecentrene er det den kognitive adfærdsterapi, der er den teoretiske ramme om den psykosociale behandling, men også formidling af information og faktuel viden er integreret i behandlingsforløbene.

Efter de store reformer på beskæftigelsesområdet for et par år siden får vi nu i smertecentrene flere patienter, der er tættere på arbejdsmarkedet og nemmere kan hjælpes til at bevare tilknytningen. Således har vi set en stigning i antallet af både de patienter, der er i ordinær beskæftigelse, og dem, som modtager sygedagpenge, og et stort fald i patienter, der modtog førtidspension på henvisningstidspunktet. For patienterne er det et stort tab, når de ikke kan fastholde deres arbejde, og for samfundet er det et spild af ressourcer.

Patienter med uforklarlige smerter, der ikke går over som forventet, skal udredes for deres smerter. Ved smerter i bevægeapparatet kan udredningen foretages af f.eks. en ortopædkirurg, en neurolog og/eller en reumatolog. Ved andre vedvarende smerter kan andre specialer være relevante. Når den primære udredning og eventuelle behandling er afsluttet, er der sjældent grund til yderligere undersøgelser og behandling.



Meditationsteknikker som blandt andet *mindfulness* og *acceptance and commitment therapy* har vist sig at være effektive til at øge trivselen hos patienter med kroniske smerter.

Smerteproblematikken er nu et selvstændigt problemkompleks, som patienten skal lære at leve med. For patienter i den arbejdsføre alder kan en del af problemet være, at smerterne hindrer dem i at kunne arbejde, og at smerterne bliver værre og mere ulidelige af den uafklarede forsørgelsessituation.

Patienter, der føler sig fanget i dette spændingsfelt mellem deres kroniske smerter og vurdering af deres arbejdsevne, kan ofte hjælpes til at tåle denne stress ved psykosocial intervention. Behandlingen kan i første omgang være en grundig beskrivelse af patientens samlede biopsykosociale situation. Det kan synes at være indlysende for læger og andet sundhedsfagligt personale, at fysiske og psykiske problemer påvirker hinanden, men når problemkomplekserne bliver udtalte, kan det være svært at bevare overblikket, og lægens beskrivelse af den samlede smerteanamnese bliver et vigtigt skridt i retning af afklaring. At beskrive og forklare de nogle gange årelange udrednings- og behandlingsforløb kan støtte den kommunale afklaring og kan hjælpe patienterne til at generobre overblikket og til dels kontrollen over deres liv og hverdag. Smerteramte »kæmper« ofte med personlige og psykologiske problemer, samtidig med at de er forsørgelsesmæssigt uafklarede, og det kan i sådanne situationer være en stor hjælp at få sorteret emnerne i, hvad der er mere eller mindre værdifuldt for den enkelte, hvad man har indflydelse på, og hvad man blot må vente på andres afgørelser af.

Smerter forsvinder næppe, når forsørgelsessituationen bliver afklaret, men det bliver nemmere at leve med den belastning, som smerterne er.

I smertecentrene benytter vi information om kroniske smerter og træning i afspænding, *mindfulness* samt *acceptance and commitment therapy* (ACT)-redskaber

til at kunne tåle den stress, som kroniske smerter medfører [10-12].

Patienterne introduceres til, hvad kroniske smerter er, og i et tilrettet sprog redegøres der for de forandringer, man ved, ligger til grund for mange af de problemer, som patienterne oplever i deres hverdag – patofysiologi i »pixibogsudgave«. Med en passende indsigt i sygdomslæren vil også den praktiserende læge kunne hjælpe de ofte meget bekymrede patienter med smerter – det er også psykologisk smertebehandling.

Både i almen praksis og i smertecentrene kan patienterne støttes til at få en bedre hverdag med viden om og teknikker til at håndtere de belastende ledsagefænomener, der ofte ses parallelt med kroniske smerter, nemlig ændringer i aktivitetsniveau, hvordan under- og overaktivering undgås, og hvorfor mange bliver ramt af kognitive forstyrrelser som hukommelses- og koncentrationsbesvær. Patienterne skal lære, at de på gode dage ikke skal være mere aktive, end de ved, at de kan holde til, og at de på dårlige dage med mange smerter skal holde sig i gang – de skal ikke ligge i sengen eller på sofaen. Der er mange flere »gode« timer i at gøre lidt hele tiden end i at pukle på en hel dag, og så intet at kunne de næste dage.

Patienterne skal forsikres om, at et kontinuerligt bombardement af smerteimpulser til hjernen giver hukommelses- og koncentrationsbesvær; patienten er ikke ved at blive dement.

De nævnte emner for psykosocial smertebehandling, også i almen praksis, behøver ikke at blive adresseret ved hvert møde. Hvis den praktiserende læge indkalder patienten til regelmæssige besøg, kan emnerne berøres, alt efter hvad patienterne har behov for.

I smertecentrene er der de fleste steder tilbud om at lære afspænding; her trænes patienterne i kropsbevidsthed. Mange patienter har muskelspændinger enten hyppigt eller konstant, mens andre har det mere sporadisk. Muskelspændinger kan føre til en forværring af den tilstedeværende kroniske smerte og eventuelt til smerter andre steder i kroppen. En del patienter med smerter har nedsat kropsbevidsthed, måske fordi det at mærke kropslige fornemmelser generelt er forbundet med fornemmelse af ubehag eller fare.

Søvnproblemer er ligeledes ofte et ledsagefænomen til kroniske smerter, både som vanskeligheder med at falde i søvn og som gentagne opvågninger i løbet af natten. I behandlingerne introduceres patienterne til og guides i afspændingsøvelser, der er målrettet ovenstående problemstillinger.

For patienter, der har lært afspændingsteknikker, er det vigtigt, at disse øvelser indarbejdes i deres hverdag. Praktiserende læger kan hjælpe patienterne betydeligt ved at støtte dem i at vedligeholde behandlingen hjemme.

I Smertecenter Syd i Odense har vi et tacklingshold,

der er direkte målrettet de patienter, hos hvem de kroniske smerter har betydning for arbejdsevnen. Patienterne får her viden om beskæftigelseslovgivningens muligheder og begrænsninger. Der arbejdes med patienternes konkrete skånebehov og arbejdsidentitet, relation til livet med en kronisk sygdom, herunder tilknytningen til arbejdsmarkedet, og der trænes i teknikker til at kunne håndtere de krav og den stress, der er forbundet med at passe sit arbejde eller gennemføre afklaringsforløb; forhold som ofte forekommer belastende for de smerteramte. Mange patienter på dette hold vil forud have deltaget i afspændingsbehandling, og det er netop disse færdigheder, der sættes i spil til håndtering af hverdagen med job eller afklaringsforløb.

Meditationsteknikker som blandt andet *mindfulness* og ACT har vist sig at være effektive til at øge trivlsen hos patienter med kroniske smerter. Men som det fremgår af ovenstående, behøver man ikke at anvende specialiseret intervention for at kunne udføre psykologisk smertebehandling – mindre kan gøre betydelig gavn hos disse ofte hårdt ramte mennesker.

## SUMMARY

Gitte Handberg:

Psychosocial treatment of pain at general practitioners and in specialist pain treatment units

Ugeskr Læger 2017;179:V01170053

Patients with complex chronic pain conditions are often difficult to treat with analgesia alone. Psychosocial intervention is needed to help them gain control and find an appropriate level of activity. This article summarizes the possibilities of psychosocial treatment of pain patients at the general practitioners and in specialist units of multidisciplinary pain treatment. The theoretical frame used is cognitive behavioural therapy. In practice, psychoeducation, mindfulness, and relaxation exercises are introduced to the patients to help them with daily life activity and work.

**KORRESPONDANCE:** Gitte Handberg. E-mail: gitte.handberg@rsyd.dk

**ANTAGET:** 3. maj 2017

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Sjögren P, Ekholm O, Peuckmann V et al. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. *Eur J Pain* 2009;13:287-92.
2. Harker J, Reid KJ, Bekkering GE et al. Epidemiology of chronic pain in Denmark and Sweden. *Pain Res Treat* 2012;2012:371248.
3. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. *Phys Ther* 2011;91:700-11.
4. Duncan G. Mind-body dualism and the biopsychosocial model of pain: what did Descartes really say? *J Med philos* 2000;25:485-513.
5. Werner M, red. Smärter och smärtbehandling. Liber, 2010.
6. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. *Pain* 1999(suppl 6): S121-S126.
7. Cour PL. Ondt i livet? Weekendavisen Ideer, 28. februar 2014
8. Neenam M. Kognitiv terapi i en nøddeskal. Dansk Psykologisk Forlag, 2006.
9. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. Sundhedsstyrelsen, 2012
10. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET et al. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther* 2016;45:5-31.

11. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012;11:CD007407.
12. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2014;9:CD000963.