

Sundhedspsykologi

– et nyt fagområde

Birtna Björnsson Jerlang

Sundhedspsykologi er et nyt forskningsfelt inden for dansk sundhedsvidenskab og et nyt speciale inden for den kliniske psykologi. Artiklen præsenterer fagområdet og fremhæver grundlæggende forskelle mellem de etablerede sundhedsvidenskaber odontologi/ medicin og psykologi. Kroniske smertetilstande er et eksempel på lidelser som overskrider faggrænsernes entydighed idet en differentiering mellem psykiske og somatiske fænomener kan være illusorisk. Det påpeges endvidere at vores holdning til begrebet psykisk og fysisk smerte afspejler kulturbetingede normer.

Artiklen munder ud i en præcisering af det sundhedspsykologiske arbejdsfelt i klinik og forskning. Den kliniske sundhedspsykologi i Danmark hviler på en etableret fagkultur, hvorimod den sundhedspsykologiske forskning står ved sin begyndelse. Aktuelle metodiske problemstillinger beskrives.

Ordet videnskabsteori vækker formodentlig hos mange tandlæger associationer om noget der er forholdsvis irrelevant i relation til den daglige kliniske virkelighed. Ikke desto mindre tænker og praktiserer den enkelte tandlæge hver dag på basis af en ganske bestemt opfattelse af begreberne sygdom og sundhed. Videnskabsteorien fortæller os at de måder vi som professionelle definerer vores begreber på, de metoder vi anvender og de konklusioner vi drager som grundlag for vores handlinger, kan være ganske forskellige. Naturvidenskab og humaniora er eksempler på to retninger med forskelligt videnskabsteoretisk grundlag.

Naturvidenskab og humaniora – to forskellige begrebs- og tankeverdener

Odontologiens faglige kultur bygger på det naturvidenskabelige paradigme som er grundlaget for den medicinske sygdomsforståelse og praksis (1). Psykologien som eksempel på en humanistisk videnskab med rødder bl.a. i filosofien har et andet videnskabsteoretisk paradigme som udgangspunkt for sin tænkning. Det stemmer overens med at psykologien overvejende beskæftiger sig med psykiske og sociale frem for biologiske aspekter ved menneskets eksistens. Denne opdeling kan være funktionel, så længe vi undersøger de aspekter af virkeligheden som entydigt kan holdes inden for de professionelle faggrænser; dvs. så længe vi beskæftiger os med problemstillinger som passer til de grundbegreber, den form for tænkning og den praksis som vi er uddannet til at varetage. Såfremt man fx definerer sundhed som fravær af sygdom og holder sig til biologien som et fænomen der kan undersøges isoleret og rent objektivt, er den praksis der undersøger dele af helheden, på rimelig sikker grund (2). Hvis sundhed derimod opfattes som et aspekt ved den menneskelige eksistens, må sygdom også forstås ud fra den psykiske og sociale sammenhæng som biologien er en del af. I de tilfælde overskrides de traditionelle faggrænsers entydighed. Et klinisk eksempel herpå er spiseforstyrrelserne anoreksi og bulimi.

Spiseforstyrrelserne er psykiske lidelser der fører til somatiske manifestationer, som især for bulimiens vedkommende kan medføre alvorlige skader på de hårde tandvæv. I behandlingssituationen med en patient der lider af bulimi, må tandlægen have overordnet forståelse af disse lidelsers psykiske aspekter for at kunne gennemføre kommunikationen og dermed den odontologiske behandling hensigtsmæssigt. Andre lidelser der overskrider muligheden for at kunne isolere biologien fra den syges øvrige livsområder, er de kroniske smertelidelser, dvs. vedvarende smerter med eller uden organisk grundlag. Inden for odontologien er den kroniske trige-

minus-neuralgi, *burning mouth syndrome* og atypiske ansigtsmerter eksempler på sådanne lidelser.

Psykosomatik i dag

Det er bl.a. vanskeligheder med at behandle kroniske lidelser via gængse metoder som har været med til at igangsætte udviklingen af sundhedspsykologi som fagområde (3).

Sundhed og sygdom er dynamiske begreber der undergår en stadig udvikling i samspil med de forandringer, som sker i vores livsbetingelser. Kroniske lidelser er generelt sagt et eksempel herpå idet frekvensen af sådanne lidelser er stigende i befolkningen (4). Det hænger bl.a. sammen med stigende levealder og er dermed en indirekte følge af forbedrede levevilkår og lægevidenskabens landvindinger inden for sygdomsbekæmpelse samt nye forebyggende strategier for sundhed. Sådanne ændringer i sygdomsmønstre og de nævnte vanskeligheder med at behandle visse lidelser via traditionelle metoder har rokket ved de etablerede forestillinger om at psykiske og somatiske fænomener altid er adskillelige i behandlingsarbejde.

Psykosomatiske lidelser blev eksempelvis tidligere opfattet som fysiske sygdomme af psykisk oprindelse, baseret på en forventning om en direkte eller lineær sammenhæng mellem symptom og årsagen til symptomet i overensstemmelse med det medicinske sygdomsbegreb som bygger på en dualistisk opfattelse af psyke og soma. I dag har man erkendt at sådanne lidelser repræsenterer komplekse samspilsprocesser, som må kortlægges for at nå til en valid forståelse af symptomer, der omfatter både somatiske og psykiske fænomener. Inden for sundhedspsykologien opfattes psykosomatik i dag bredt som det emneområde der beskæftiger sig med måden, hvorpå psykologiske faktorer indgår i sundhedsopbyggende og sundhedsnedbrydende processer (5).

Teoretisk opretholdes en principiel differentiering idet psykosomatiske symptomer er sådanne hvor den psykiske faktor vurderes som det primære og de fysiske symptomer som sekundære hertil (fx spiseforstyrrelserne anoreksi og bulimi). Somatopsykiske fænomener er så lidelser hvor der foreligger en organisk årsag (fx sklerose), og de psykiske reaktioner anses for sekundære følger af det livsvilkår at være blevet syg. I forskningssammenhæng kan en sådan differentiering være relevant. Fx hvis man vil undersøge om angst og depressive symptomer uden organisk grundlag hos en gruppe kroniske smertepatienter er en følge af tilstanden eller bidrager til dens opståen. Talrige undersøgelser har fx vist at symptomerne hos mennesker der lider af *burning mouth syndrome* er depressions- og angstassocieret, men det er et tilbagevendende emne for diskussion om disse symptomer ligger til grund for lidelsen eller er en følge deraf (6,7).

I forskningssammenhæng er det således nødvendigt at strukturere og forenkle i den hensigt at skabe kontrol og overskuelighed over de komplicerede interaktioner som reelt karakteriserer menneskets livsprocesser. I den kliniske virkelighed med kroniske smertepatienter præsenteres man hyppigt for tilstandsbilleder hvor sammenvævningen af somatiske og psykiske fænomener udfordrer enhver forestilling om en klar afgrænsning af smertebegrebet. I denne sammenhæng er spørgsmålet om en eventuel psykisk reaktion er primær eller sekundær, underordnet spørgsmålet om hvorledes patienten bedst hjælpes.

Når vi alligevel teoretisk søger at skille begreber som fysisk og psykisk smerte ad, så kan det også skyldes at patienter, såvel som behandlere, reagerer ud fra fælles kulturelle forestillinger som afføder kvalitative differentieringer i relation til sygdomsbilleder. Lidelser, der har en organisk årsag, som den kroniske trigeminus-neuralgi eller kroniske cancersmerter, er legitime smerter if. denne kulturbårne opfattelse. Smerter uden organisk grundlag er derimod ikke altid omfattet af samme accept og forståelse. Snarere vækker denne type smerter forestillinger om »at noget psykisk er på spil« idet det psykiske dermed klassificeres som mindreværdigt, og symptomet antydes at være »patientens egen skyld«, dvs. ikke-reelt eller ligefrem selvopfundet.

Sådanne kulturelle normer kan have mange forklædninger fordi normer er ureflekterede styringsmekanismer for holdninger og adfærd. Eksempelvis omtales en patient med en uhelbredelig cancer, der skjuler sin dødsangst for omgivelserne og lider i ensomhed, hyppigt som stærk, hvorimod den som udtrykker sin sorg, sin afmagt og måske sit raseri over dette vilkår, kan opfattes anderledes. Sådanne holdninger afspejler naturligvis ikke ond vilje, men måske snarere omgivelsernes kollektive benægtelse af det faktum at dødsangsten er et eksistentielt livsvilkår som vi alle bevidst eller ubevidst forholder os til.

Sundhedspsykologi i klinik og forskning

Klinik

En sundhedspsykolog beskæftiger sig med psykologiske problemstillinger i relation til fysisk sygdom eller symptomer på samme. Sundhedspsykologiens fokus er ikke selve sygdommen som lægen stadig har som sit genstandsfelt. Det er derimod den person der bliver syg, hvad enten vi refererer til en personlighedsmæssig disposition for udvikling af hjerte-kar-sygdomme, til psykofysiologiske processers betydning for udvikling af kræftsygdomme, eller til en patients reaktion på det tab at være syg eller leve med smerter. I overensstemmelse med dette fokus hviler sundhedspsykologien grundlæggende på et humanistisk videnskabsyn og stiller sig i et ►

komplementært forhold til de etablerede naturvidenskabelige fagområder. Forenklet sagt kan sygdom undersøges objektivt, men det er et subjekt der rammes af sygdommen. Lægens/tandlægens fokus er det objektive. Psykologiens fokus er subjektets reaktion på det objektive.

Det sundhedspsykologiske arbejdsfelt indbefatter ud over klientarbejde også supervision af sundhedspersonale, enten individuelt eller i grupper. Læger og sygeplejersker, som arbejder med alvorligt syge, er udsat for betydelige psykiske belastninger. På mange somatiske hospitalsafdelinger, fx inden for onkologien, indgår derfor psykologisk supervision af personale i arbejdskulturen. I supervisionsprocessen gøres lægens/sygeplejerskens egen oplevelse og reaktion på arbejdet til genstand for en psykologisk analyse, med det formål at fremme den enkeltes evne til adaptivt at håndtere den belastning det kan være at arbejde med alvorligt syge og døende.

Sundhedspsykologi er inden for de sidste par år blevet etableret som et klinisk speciale inden for det psykologiske fagområde tillige med specialer i neuropsykologi og psykoterapi. Et væsentligt element i alle tre videreuddannelsesprogrammer er kvalitetssikring i form af supervision af klientarbejde. For at påbegynde en videreuddannelse forudsættes min. to års psykologarbejde (sv.t. autorisation). For opfyldelse af kvalifikationskravene i videreuddannelsen påregnes min. tre år yderligere. Autorisationer godkendes af Psykolognævnet under Socialministeriet, hvorimod videreuddannelsen godkendes af et Sundhedspsykologisk Fagnævn under Dansk Psykologforening.

Dags dato er 42 psykologer godkendt som videreuddannede i Danmark. En stor gruppe af disse er beskæftiget inden for Kræftens Bekæmpelse, i Skleroseforeningen, Muskelsvindfonden, på somatiske hospitalsafdelinger eller på smerteklinikker. Atter andre er privatpraktiserende, og denne gruppe er voksende i disse år.

Forskning

Mens den praksisrelaterede sundhedspsykologi i Danmark hviler på en stærk faglig tradition fra den kliniske psykologi, befinder den sundhedspsykologiske forskning sig ved sin begyndelse.

I Tabel 1 gives eksempler på karakteristiske forskelle på den naturvidenskabelige og den humanistiske tilgang når man undersøger et givet fænomen metodisk. Sundhedspsykologien har sin teoretiske forankring i humanioraen, men begge retningers metodegrundlag finder anvendelse i forskningen.

Forskningsstrategier inden for det sundhedspsykologiske område varierer derfor afhængig af hvilke problemstillinger der skal undersøges. Undersøgelser af psykologiske faktorer

Tabel 1. Skematisk opstilling af karakteristiske forskelle mellem naturvidenskab og humaniora.

Naturvidenskab Odontologi Medicin	Humaniora Psykologi
Det generelle	Det individuelle
Enkelthed	Mangfoldighed
Lovmæssighed	Betydningsammenhænge
Kontrol	Relativitet
Empiri-signifikans	Fortolkning – beskrivelse
Positivism, kvantitative metoder	Fænomenologi, kvalitative metoder
Sundhedspsykologi	

indflydelse på immunsystemet vil således metodisk nærme sig det eksperimentelle, naturvidenskabelige design (8). En oversigt over det nye forskningsfelt der undersøger stressreaktioners indflydelse på udviklingen af cancer (den psykoimmunologiske cancerteori) eller hormoners direkte indflydelse på cancerceller (den psykofysiologiske cancerteori), er udgivet inden for de sidste par år (9). Formålet med andre danske studier har været at undersøge, systematisere og beskrive kliniske fænomener inden for rammerne af den humanistiske tradition der kaldes den fænomenologisk-hermeneutiske (den beskrivende og fortolkende), og/eller undersøge effekten af psykoterapeutisk intervention ved somatisk sygdom.

Kliniske studier er i Danmark gennemført i relation til astmapatienter (10), patienter med reumatoid artrit og primært Sjøgrens syndrom (11), samt inden for odontologien i relation til patienter med *burning mouth syndrome* (7). Sådanne undersøgelser af mentale fænomeners kliniske manifestationer er behæftet med en del metodiske vanskeligheder der kan beskrives som udfordringen mellem på den ene side at imødekomme klassiske principper for empiriske undersøgelser uden at kompromittere behovet for at beskrive fænomenerne meningsfuldt inden for rammerne af en klinisk psykologisk referenceramme. Denne udfordring befinder sig i skæringspunktet mellem behovet for at udvikle metoder, der tillader den sundhedspsykologiske forsker både at kommunikere med læge-/tandlægevidenskaben, og samtidig at anvende metoder som ikke reducerer mentale fænomener og personlighedens mangfoldighed til tal (12). Enkelt sagt drejer det sig om at finde balancepunktet mellem forklaring og forståelse. ■

English summary

Health psychology – a new subject area in Denmark

Health psychology is a new discipline in the field of health sciences and health care in Denmark. The article deals with differences in theory of science underlying the natural sciences versus the humanistic ones. Patients with chronic pain problems frequently exceed the professional boundaries by the narrow interaction of somatic and psychic phenomena making interdisciplinary treatment approaches necessary. In order to facilitate such professional communication some central concepts and characteristics of this new subject area are presented.

Litteratur

1. Wulff H, Pedersen SA, Rosenberg R. Medicinsk filosofi. København: Munksgaard, 1990.
2. Jensen UJ, Andersen PF. Sundhedsbegreber i filosofi og praksis. Århus: Forlaget Philosophia, 1994.
3. Borg V, Poulsen A. Sundhedspsykologi som nyt forsknings- og anvendelsesområde. Nordisk Psykologi 1990; 42: 110-29.
4. Andersen S, Pedersen JW. The prevalence of persistent pain in a Danish population. Pain 1987; Suppl. 4: 322.
5. Mirdal GM. Psykosomatik: Sårbarhed, stress og sygdom. København: Munksgaard, 1990.
6. Grushka M, Sessle BJ. Burning mouth syndrome. Dent Clin North Am 1991; 35: 171-84.
7. Jerlang BB. En klinisk psykologisk undersøgelse af patienter med kroniske orale dysæstesier også kaldet Burning Mouth Syndrome. (Ph.d.-afhandling). Københavns Universitet, 1993.
8. Zachariæ R. Mind and immunity – psychological modulation of immunological and inflammatory parameters. København: Munksgaard/Rosinante, 1996.
9. Nielsen T. Psyke og cancer: Om psykologiske faktorerens betydning for udvikling af kræftsygdomme. København: Dansk Psykologisk Forlag, 1994.
10. Mirdal GM. Åndenød: Astma i psykosomatisk perspektiv. København: Munksgaard/Rosinante, 1994.
11. Poulsen A. Psychological aspects in rheumatoid arthritis and primary Sjögren's syndrome: A controlled study of time-limited group therapy. (Ph.d.-afhandling). Københavns Universitet, 1990.
12. Theilgaard A. Klinisk psykologi. I: Welner J. Psykiatri – en tekstbog. København: FADL's Forlag, 1985.

Forfatter

Birtna Björnsson Jerlang, tandlæge, cand.psych., ph.d.

Afdeling for Bidfunktion og Oral Fysiologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, og Klinikken Hausergården, Hauser Plads 20, 1127 København K.