

Smerter og moderne kultursygdomme

Lise Ehlers

Smerte er defineret som en subjektiv oplevelse. Psykologiske forhold har betydning for enhver smerteoplevelse, men må især medinddrages når der er tale om kroniske smerter, hvor der ikke er årsagssammenhæng mellem somatisk skade og vedvarende klager. Medicinens historie viser at der i vor kultur altid har været perioder med uforklarlige sygdomme som kommer og forsvinder igen. Man har opfattet disse »kultursygdomme« som reaktion på kulturens pres på mennesket. Aktuelt er der inden for de sidste årtier opstået en række uforklarlige tilstande hvor smerte er et gennemgående element. Fælles for disse tilstande er diffuse, vedvarende klager uden påviseligt organisk grundlag. Videnskaben giver disse tilstande navn og optager dem i diagnosekartoteket. Herefter er det en accepteret norm hvorunder man kan indrette sine symptomer og vise at man vantrives i kulturen.

Omkring halvdelen af befolkningen i de vestlige industrialiserede lande lider af smerter. En dansk undersøgelse fra 1987 afslørede at ca. 30% af alle adspurgte klagede over vedvarende smerteproblemer, og 17% havde akutte smerter (1). Især synes rygsmerter, hovedpine og smerter fra forskellige dele af bevægeapparatet at volde problemer. Kroniske smerter har i mange tilfælde et organisk grundlag, fx gigt, men der findes også personer som har vedvarende smerter og hos hvem der ikke kan påvises noget patologisk.

The International Association for the Study of Pain definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse forbundet med aktuel eller potentiel vævsbeskadigelse, eller beskrevet i vendinger svarende til en sådan. Smerte er således en oplevelse, og der vil altid være tilknyttet følelsesmæssige og tankemæssige aspekter til registreringen af nociceptionen. Smerteoplevelsen farves også af den sammenhæng smerten indgår i. Hos cancerpatienten vil smerten måske knyttes til forventninger om snarlig død, mens håndboldspilleren hurtigt vil ignorere de hårde knubs og igen rette opmærksomheden mod spillet. Det er forståeligt at tristhed over de indskrænkninger en smertefuld sygdom medfører i dagligdagen, farver smerteoplevelsen. Smerte er et subjektivt fænomen og kan ikke direkte deles med andre. Derfor må man altid tro på at det gør så ondt som personen hævder. Smerteoplevelsen er meget kompleks og omfatter både fysiske, psykiske og sociale komponenter. Angst er et af de symptomer som svækker tolerancen over for smerter, og hvis angst og smerte har været oplevet samtidig, ser det ud til at angsten medvirker til at en smertetilstand bliver kronisk. Også tidligere smerteerfaringer, uvidenhed, forventninger, ensomhed og sociokulturelle normer spiller en rolle for smerteoplevelsen. På engelsk skelner man mellem *disease*, som er den objektive, verificerbare sygdom og samtidig det perspektiv som lægen vurderer smerten ud fra, og *illness*, som udtrykker individets oplevelse af ubehag ved sine symptomer. Disse to opfattelser kommer ofte i konflikt til stor frustration for både læge og patient. Lidelsen (*illness*) kommer til udtryk som smerteadfærd, og omgivelsernes reaktion på smerteadfærden kan både forstærke og formindske denne adfærd. Eksempelvis kan øget opmærksomhed, fritagelse fra kedelige pligter osv. give næring til en sygdomsadfærd.

Akut og kronisk smerte

Man kan groft opstille to hovedkategorier af smertetilstande: 1) smerter med et overvejende fysisk grundlag, og 2) smerter med et overvejende psykosocialt grundlag. Kroniske smerter er ofte vanskelige at forstå fordi der ikke er nogen klar årsagssammenhæng mellem smerteklager og somatiske skader.

Den akutte smerte med et fysisk grundlag kan opfattes som et nødvendigt varsel om at noget er galt, og det er sjældent at disse smerter volder problemer for behandleren. Kroniske smerter defineres som smerter der har varet mindst en måned længere end forventet. Smerten har ikke længere et tydeligt formål. Når der ikke længere er sammenfald mellem organskade og smerteklager, må lidelsen forstås som et samspil mellem psykosociale og eksistentielle problemer. Som nævnt er kroniske smerter vanskelige at forstå, og den lidende oplever ofte at smertetilstanden medfører negative konsekvenser fra omgivelserne. Mennesker med kroniske smerter får en tendens til at trække sig tilbage fra omgivelserne, blive passive og præget af håbløshed og forstemthed.

Depression og kroniske smerter

Vedvarende smerteklager kan ofte maskere et alvorligt problem, nemlig depression. Flere symptomer som træthed, søvnforstyrrelser, appetitløshed, uoverkommelighedsfølelse og håbløshed kan være depressive træk som nedsætter tolerancen over for smerter. Smerteklagerne kan dominere, men ved nærmere uddybning af anamnesen vil det ofte fremgå at personen har mere »ondt i livet« end ondt i en legemsdel (2). Tilstanden kan antagelig udvikles hvis en akut smerte (fx tandudtrækning) forekommer på et tidspunkt der er sammenfaldende med et tab (fx skilsmisse eller afskedigelse). Kliniske erfaringer viser at et sådant sammenbrud af håbløshed og en smertetilstand vil kunne resultere i et kronisk smerteforløb.

Somatiseringsfænomenet

Betegnelsen somatisering stammer fra psykoanalysen hvor den anvendes over for patienter der præsenterer deres følelsesmæssige spændinger som somatiske symptomer og klager. I dag anvendes betegnelsen ofte over for mennesker med klager uden organisk grundlag (3). En vedvarende sygdomsadfærd med indskrænkning af aktivitetsniveauet og med en høj frekvens af kontakter til behandlerensystemet er med til at fremkalde en selvopretholdende tilstand der karakteriseres som det »kroniske smertesyndrom«. Disse mennesker har et stort medicinforbrug, evt. misbrug (1). En nyere undersøgelse viser at de også udsættes for somatisk overbehandling, dvs. kirurgiske indgreb og andre former for behandling udført uden klar somatisk indikation (3). Dét i sig selv er meget uheldigt og kan påføre personen endnu større lidelse. Det har imidlertid været kendt i århundreder at mennesker kan reagere med somatisering når de udsættes for svære belastninger.

Krop og kultur

I vor kultur ser vi aktuelt en slags kollektiv hyperopmærk-

somhed over for kroppen. Vi dyrker kroppen som aldrig før, og vi har en fin registrering af variationer i vægten. Det har resulteret i et enormt udbud af slankemidler, diætopskrifter, kondiprogrammer osv. Denne optagethed af kroppen er uden sidestykke i historien (4). Samtidig er der en tilbøjelighed til at forstærke kropssensationer, så de bliver opfattet som tegn på sygdom. Det retfærdiggør at man søger lægehjælp og tager medicin. Danmark har den tvivlsomme ære at have verdens største opioidforbrug per indbygger.

Mennesker i de vestlige industrialiserede lande oplever sig selv potentielt syge. I en amerikansk undersøgelse var det kun mellem 5 og 14% af en population som ikke havde nogen

Sygehistorie

29-årig kvinde henvises til neuropsykologisk undersøgelse pga. koncentrations- og hukommelsesbesvær samt indlæringsproblemer. To år før aktuelle undersøgelse havde patienten slået op med kæreste A. En aften da hun og den nye kæreste B var i byen, møder de ekskæreste A, som i jalousi nikker patienten en skalle. Begge brækker næsen, og hun får den dagen efter reponeret i fuld narkose. I efterforløbet, hvor patienten er sygemeldt, er der klager over daglig hovedpine som forværres ved fysisk aktivitet. Desuden er der problemer med koncentrationen og hukommelsen, indlæringsvanskeligheder og øget søvnbehov. I perioder er der rygsmerte og snurren i fingrene. Patienten har henvendt sig til flere speciallæger, og hun har fået stillet diagnoserne: posttraumatisk stresstilstand, postkomotionelt syndrom samt whiplash-syndrom. Patientens advokat prøver energisk at få patienten pensioneret pga. den svære smertetilstand.

Ved den neuropsykologiske undersøgelse to år efter overfaldet er tilstanden præget af »smerter over alt« på kroppen. Patienten har medtaget seks A4 sider hvor hun har nedskrevet alle sine klagepunkter. Der har kun været én dag uden smerter, og det var den dag hun blev gift med kæreste B. Dagen efter vendte smerterne tilbage, og de er så vedvarende og voldsomme at hun ikke kunne kysse sin mand; det forværrede nakkesmerterne. Samleje betød at hun var »lænket til sengen i mindst en uge« pga. smerter. Trætheden var angiveligt det værste symptom, patienten kunne ikke »slæbe sig af sted« og magtede hverken sit arbejde eller huslige pligter.

somatiske symptomer i en given 14-dages periode. De stigende antal lægekontakter i Danmark tyder på at der er lige så mange her i landet som søger en diagnose.

Mange symptomer er af overvejende psykisk karakter, andre er overvejende organisk betingede, men mennesker i dag er mere sensitive over for begge. Ingen er dog interesseret i at få en psykiatrisk diagnose. Sygdomsfravær pga. akut eller kronisk smerte er steget markant i sidste halvdel af dette århundrede, og antallet af mennesker som får pension pga. smerter uden påviselig organisk årsag, er nået katastrofale højder (4).

En af kronjuvelerne blandt de foretrukne lidelser er »det kroniske træthedssyndrom«. Mindst 1 mio. amerikanere har fået denne diagnose, og der er formentlig omkring 5 mio. der venter på at få den (4). Også i Danmark viser statistikker at der er langt flere i dag end tidligere der tolker kroppens signaler som sygdomstegn. Derfor søger man læge, og det resulterer i at man bliver patient med alt hvad der hører til rollen af passivitet, afhængighed og sygdomsadfærd. Det mest almindelige symptom som bringer folk til læge, er smerter, bl.a. hovedpine, selv om det er hver mands eje og kan behandles af personen selv. Den villighed der er blandt læger til at diagnosticere samt lægernes faglige interesseområde er med til at forstærke patientens sygdomsopfattelse (5).

Hvordan er mekanismen?

Den store sociale isolation man ser i dag (i Danmark er 1,6 mio. enlige), betyder at der ikke forekommer en naturlig korrektion af vore realitetsopfattelser. Vi er imidlertid afhængige af at kunne moderere hinandens reaktioner gennem »feed back loops«. Eksempelvis vil en svær morgenhovedpine kunne tolkes som tegn på en tumor, men ægtefællen kan hurtigt fortælle at han fik et par glas for meget om aftenen. Denne fordel ved at leve i hinandens nærhed går tabt for de mange enlige, og derfor er der en tendens til at specielt enlige kvinder føler sig syge (6). Den vedholdende overbevisning om at være syg og utilbøjeligheden til at lade sig fravriste en foreslået diagnose er karakteristisk for vor tid. Symptomer kan vedligeholdes og forstærkes gennem kontakten til specialister og ikke mindst til de utallige patientforeninger der er opstået. Eksempelvis fortalte en smertepatient (diagnosticeret postkommotionelt syndrom) at lægen havde forbudt hende at »løfte så meget som en mælkekarton«, da smerterne ellers ville komme tifold tilbage. En anden patient (diagnosticeret whiplash-syndrom) fortalte om sin glæde ved at komme i patientforeningen og høre at der var andre end hende der ikke kunne »løfte mere end to tomater«.

Den usædvanlige sårbarhed over for smerte og træthed som vi aktuelt ser, er medicinens største udfordring.

Hvad er smerte udtryk for?

I hjernens sensoriske cortex er der områder som præcist registrerer lokaliseringen af den nociceptive stimulus. Man ved præcist at den jagende smerte stammer fra højre kindtand, eller at hammeren ramte venstre tommelfinger. I hjernen findes ikke veldefinerede områder som registrerer at det gør »ondt i livet«. Hvordan kan smerten ved livet konverteres til ryggen, nakken eller kæben? Det er velkendt at soldater som udsættes for svær stress i krigssituationer, kan undertrykke voldsomme smerter. Det skyldes at psykologiske faktorer, gennem biologiske mekanismer, kan ændre perceptionstærsklen. Man kan derfor forestille sig at kroniske smertepatienter modsat soldaterne, forstærker alle kropslige sensationer gennem lignende psykologiske og biologiske mekanismer. Det betyder at alle de kropssensationer der uafbrudt evalueres på det ubevidste plan, pludselig bliver bevidste fordi »filterfunktionen« er insufficient. Man kan forestille sig en slags hypersensitivitet i det limbiske system over for specielt kropslige stimuli, så irrelevante sensationer ikke filtreres fra, men opleves som smerte. Det er velkendt at mennesker kan konvertere psykisk lidelse til kropsligt ubehag, smerter og lammelser. De fleste mennesker med smerter ønsker en somatisk diagnose, ellers opfattes smerterne fejlagtigt som værende »ikke-reelle«.

For at opnå officiel legitimitet som sygdom må symptomerne integreres i den medicinske begrebsverden og optages i det professionelle diagnosesystem. Når videnskaben har navngivet symptomerne, så er det en sygdom der accepteres af kulturen (7). Indimellem kan »en spurv i tranedans« dog afsløres, og sygdommen glider ud af diagnosekartoteket igen. *La grande hystérie* er et eksempel herpå. Karakteristisk for vor tids nye sygdomme er at de ikke lader sig beherske med hverken kirurgi eller medicin. Som altid er det kvinderne der dominerer ved psykosocialt genererede, funktionelle forstyrrelser. Somatisering, forstået som vedvarende klager uden adækvat organisk grundlag, synes at være en helt basal menneskelig reaktionsmåde. Man kan derfor udvide smertebegrebet til ikke blot at være tegn på vævsskade, men også en reaktionsmåde og en kommunikationsmåde.

Tidens kultursygdomme

Hvert århundrede har sine kultursygdomme. I middelalderen blev man besat af dæmoner. Kirkens autoriteter var vigtige for fænomenets opståen og vedligeholdelse. I årene omkring den franske revolution blomstrede hysterierne og hypokondrierne. Omkring første halvdel af 1800-tallet dominerede svindsoten og melankolien. I begyndelsen af 1900-tallet var sygdomsbilledet præget af neurasteni (hovedpine, unaturlig træthed, kraftsløshed og søvnløshed). Blegsoten

var en anden kultursygdom præget af bleghed og træthed. Alle disse uforklarlige sygdomme, som kom og gik igen, blev opfattet som reaktioner på ekstreme politiske og klasse-mæssige spændinger, og som afmagt over for tidens pres og krav, specielt over for unge mennesker. I de sidste 20 år er der kommet en række nye diagnoser som: det kroniske trætheds-syndrom, facetledssyndrom, whiplash-syndrom, bækkenløs-ning, fibromyalgi, udbrændthed, amalgamforgiftning, ano-reksi, bulimi, fedme og atypisk endogen depression. I dag er medicinens autoriteter vigtige for sygdommens opståen og vedligeholdelse.

Der er meget stor efterspørgsel på disse nye modediagno-ser, specielt smertesyndromerne. Fælles for vor tids nye syg-domme er vedvarende diffuse klager uden organisk grund-lag. Sygdommene kan ikke helbredes med vore nuværende metoder. Eksempelvis ser behandlere på en amerikansk smerteklinik 1.200 nye patienter om året og 5.000 gengangere (8). Kultursygdomme kan bl.a. kendetegnes ved at de defi-neres som sygdomme gennem et vist tidsrum og forsvinder igen i takt med ændrede normer og værdier. Sådan har prak-sis været gennem århundreder, og ligesom tidligere kan vi opfatte disse sygdomme som metaforer for kulturens pres på individet (6).

Kroniske ansigtssmerter

For ca. 50 år siden var kroniske ansigtssmerter et ukendt fænomen, men i dag er det ret almindeligt (4). Under be-tegnelsen atypiske ansigtssmerter samles en ret heterogen gruppe af smertetilstande. En del af disse tilstande har imid-lertid en ret veldefineret symptomatologi og patofysiologi. Ansigtssmerter med en dominant psykogen karakter om-fatter eksempelvis atypisk trigeminusneuralgi, burning mouth syndrome og atypiske tand smerter. I litteraturen er der beskrevet en del tilfælde, bl.a. en 27-årig kvinde der var besat af ideen om at hendes tænder var »ved at dø«. Efter mange tandlægebesøg fandt hun endelig en tandlæge der var villig til at fjerne dem alle. En 38-årig kvinde, hvis far var tandlæge, fik spontant ondt i højre kæbe, og smerterne bestod mange år senere. Smerten debuterede lige efter hendes skils-misse og var så voldsom at hun forlod arbejdsmarkedet. Ved hendes andet ægteskab var smerterne uændrede, og hun havde forsøgt utallige smertebehandlinger uden effekt. Smer-terne var blevet værre efter sidste operation, og hun beskrives af tandlægen som en »tense, angry lady, who wants a medical solution to her problems« (5). Tandlæger er altså også vigtige for symptomers udvikling.

Behandling

Hvordan behandler man så kroniske smerter? Problemet er at

vi ikke forstår mekanismerne ved opståen og vedligeholdelse af kroniske smerter og derfor ikke har nogen rationel be-handling at tilbyde (8). Når videnskaben giver nye diagnoser og dermed navne til sygdomme, vil smerter blive opfattet og forstået med medicinens øjne. Derfor er det ikke usædvanligt at behandle eksistentielle kriser og tab af livsperspektiv med medicin. Patienterne ønsker selv denne form for behandling, og erfaringsmæssigt afviser de fleste at tale med psykiater og psykolog. De ønsker ikke at forstå deres lidelse som andet end somatisk sygdom (2). Mange har forsøgt fysioterapi, aku-punktur, zoneterapi osv. Behandlingen ser ud til at virke, så længe den står på. Smertefrihed eller helbredelse er der dog ikke tale om. Forudsigeligt dårlige behandlingsresultater får man imidlertid når patienten søger økonomisk kompensati-on for sin smertetilstand eller har inddraget advokat i sagen. Patientens alder spiller også en rolle (8). Ifølge smertedefini-tionen kan smerter opfattes som en advarsel om en vævsska-de. Men advarslen kan omfatte langt mere. Smerten fortæller måske at noget skal forandres i det liv man lever. Kroppen råber på hjernen: Gør noget! Det er en sund mekanisme, men den kan fejltolkes, og det kan blive dyrt for personen og samfundet når jagten på den objektive defekt går ind. De fleste behandlere har forlængst erkendt at kroniske smertetil-stande må opfattes som et bio-psyko-socialt problem. Derfor skal behandlingen naturligvis også være både biologisk, psy-kologisk og social. Her kniber det i praksis, bl.a. fordi det ikke accepteres at vi skal have hjælp til at klare tilværelsens pro-blemer. I vort såkaldte postmoderne samfund har vi tabt livsperspektivet – vi oplever eksistentielle og sociale pro-blemer som sygdomme. Lægen bekræfter opfattelsen ved at diagnosticere. Hvorfor? Fordi medicinens menneskeopfattel-se ikke giver andre muligheder. Sygdom bliver menneskets eneste mulighed for at håndtere sin tilstand. En forsknings-mæssig og behandlingsmæssig indsats over for somatiseren-de personer er stærkt påkrævet, så et liv med »doctor shop-ping« og udvikling af en ny identitet som invalid kan for-hindres.

English summary

Pain and modern culture diseases

Pain is defined as a subjective experience. Psychological mechanisms are of importance in the perception of pain, but must in particular be given significance when we are speaking of chronic pain where there seems to be no causality between somatic injury and continuous complaints. The history of medicine illustrates that in our culture there has always been periods of unexplainable illnesses that flare up and then die out again. These »cultural diseases« have been perceived as a reaction to the pressures of civilization on the individual.

Currently, within the last few decades, a number of unexplainable conditions have emerged, with pain as the shared element. Common to these conditions are diffuse and continuous complaints with no demonstrable organic cause. Science assigns names to these conditions and includes them in the list of diagnoses. They now belong to the accepted norm under which one can arrange one's symptoms, thereby demonstrating that it is not possible to thrive in our culture.

Litteratur

1. Jensen N-H. Kroniske ikke-maligne smerter. Månedsskr Prakt Lægegern 1994; 72: 39-47.
2. Ehlers L. Når det gør ondt at leve. Månedsskr Prakt Lægegern 1994; 72: 1345-50.
3. Fink P. Kronisk somatisering (disputats). Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet; 1997.
4. Bendix T, Kier T. Ondt i ryggen. Kronik i Politiken, 29.8.1996.
5. Shorter E. From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era. New York: The Free Press. Macmillan Inc; 1992.
6. Johannisson K. Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle. Stockholm: Nordstedts Forlag; 1994.
7. Johannisson K. Vårt behov av sjukdom. Nordisk Medicin 1993; 108: 92-3.
8. McBride G. The pain killers. Odyssey. The Glaxo-Wellcome Journal of Innovation in Healthcare 1997; 3: 36-43.

Forfatter

Lise Ehlers, klinisk psykolog, cand.psych.
Neurologisk afdeling, Århus Kommunehospital