

Det sundheds-psykologiske begreb om kroniske smerter

Birtna Bjørnsson Jerlang

I mødet med den kroniske smertepatient udfordres vores professionelle faggrænser. Sådanne tilstandsbilleder vil ofte kræve samarbejde i form af en udredning der bygger på odontologiens såvel som psykologiens metode. De to fags metodegrundlag er væsensforskelligt, og det drejer sig derfor om tværfaglighed, dvs. et samarbejde mellem to adskilte fagdiscipliner der korrelerer deres kliniske observationer. Det drejer sig derimod ikke om fællesfaglighed som er det der udfoldes, når en professionel søger at overskride grænserne for vedkommendes egen faglighed og reelle kompetence. Artiklen redegør for smertebegrebet ud fra en sundhedspsykologisk tilgang. Karakteristiske forskelle mellem akutte og kroniske smerter bliver gennemgået ud fra en stressteoretisk forståelse. Dernæst beskrives metoder og problemstillinger i relation til udforskning af sammenhænge mellem smerter og personlighed. Centrale begreber inden for denne forskningslinie præsenteres og belyses bl.a. ud fra resultater fra egen forskning og klinisk arbejde. Symptomer opfattes som koder i kommunikationen mellem behandler og patient, og mulige årsager til fejkommunikation i mødet med den kroniske smertepatient beskrives.

I følge den internationale definition er smerte defineret som en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse forbundet med aktuel eller potentiel vævsskade, eller beskrevet som om en sådan vævsskade forelå. Formålet med denne artikel er at præsentere smertebegrebet ud fra en sundhedspsykologisk tilgang med fokus på de kroniske smertelidelser.

Smerter i stressteoretisk perspektiv

Akutte smerter

De psykologiske faktorerers betydning for en patients kliniske smertebillede er væsensforskellig afhængig af om det drejer sig om akutte eller kroniske smerter. Det skyldes bl.a. at akutte smerter har en signalværdi: de fortæller patienten at noget er galt et sted i kroppen, og i de fleste tilfælde vil lægen/tandlægen være i stand til at identificere en årsag. Der er således en funktionel mening knyttet til den akutte smerteoplevelse som medfører at kroppens ligevægt kan genoprettes, så snart der er iværksat en behandling af de sansefysiologiske årsager. De psykologiske gener i form af ubehag, anspændthed og uro vil tilsvarende være forbigående og ophøre når den fysiske tilstand er under kontrol.

Ud fra denne forståelse kan man sige at den der rammes af akut smerte, reagerer som over for en pludselig opstået trussel (korttidsstress), og sideløbende med den fysiologiske stressreaktion (aktivering af det autonome nervesystem og hormonsystemet) oplever personen ulystbetonede følelser. Både den fysiologiske og psykologiske stressreaktion forsvinder imidlertid når truslen er elimineret (1,2).

Kroniske smerter

Kroniske smerter er derimod hyppigt langvarige smerter. Ofte foreligger der ingen effektiv behandlingsmulighed. Patienten ved ikke hvornår generne holder op, eller om de nogensinde holder op. Kroniske smerter har derfor ikke en specifik signalværdi, og de er således heller ikke funktionelt meningsfulde. Tilstanden signalerer snarere tab af kontrol i et uforudsigeligt tidsperspektiv. Selvom en kronisk smerte er startet som en akut smertetilstand og har fulgt det karakteristiske mønster for en akut stressreaktion i den indledende fase, er den kroniske smerte netop karakteriseret ved at belastningen (stressoren) ikke kan elimineres. Den fysiologiske såvel som den psykologiske (stress-) reaktion bliver derfor en anden, idet den akutte/aktive stressreaktion over tid forvandles til en kronisk/passiv stressreaktion som fysiologisk er karakteriseret ved øget produktion af hypofysehormonet ACTH og binyrebarkhormonet cortisol (3). I relation til psykologiske faktorer findes der inden for denne forskningslinie undersøgelser og teorier der knytter passiv stress sam-

men med depressive symptomer (3,4). Ud fra den nævnte forståelsesmodel drejer det sig om en generel stressreaktion som involverer personens tanker, følelser og evt. også adfærd ved langvarig belastning. De psykiske reaktioner, som man finder hos mennesker der har været udsat for langvarigt passiv stress, er depressive følelser som håbløshed og magtesløshed samt angst og oplevelser af hjælpeløshed.

Det individuelle aspekt: hvorfor nogle, men ikke alle smertepatienter reagerer med fx angst og depressive symptomer, tillægges inden for denne stressteoretiske model patientens evne til » *coping*«. *Coping* betyder mestring, og *coping*-evnen fortæller noget om patientens psykosociale ressourcer for at håndtere en given belastning konstruktivt. Den betydning eller mening, som en given belastning eller trussel indebærer for den enkelte, vil således afspejle sig i den pågældendes reaktion på tilstanden (5).

Smerter og personlighed

Stressforskningen har især interesseret sig for generelle lov-mæssigheder i menneskers reaktion på belastning, baseret på eksperimentelle dyreforsøg og enkelte humanstudier. Andre grene af psykologien interesserer sig for samspillet mellem sygdom og personlighed, enten som eksperimentelle studier på grundforskningsniveau eller som kliniske studier.

Det er de kliniske aspekter som er i fokus i det følgende. Klinisk-psykologiske undersøgelser over sammenhæng mellem sygdom og personlighed rummer en række metodiske problemer. På den ene side behovet for at omsætte psykologiske dimensioner til målbare enheder som kan udmøntes i reproducérbare metoder og imødekomme naturvidenskabens krav om objektivitet. Instrumenter til det formål er eksempelvis spørgeskemaer, som måler personlighedstræk, eller symptomer. Sådanne kvantificérbare skalavurderinger udmærker sig ved stabil reproducérbare (reliabilitet).

Psykologiske fænomener forekommer imidlertid ikke som isolerede variable, men indgår i dynamiske samspilsprocesser som konstituerer det enkelte individs unikke karakteristika. Derfor anses skalametoden af mange psykologer for ikke at være tilstrækkeligt grundlag i personlighedsbeskrivende undersøgelser (6). De kvantitative metoder kan imidlertid suppleres med kvalitative metoder der i højere grad indfanger individuelle og dynamiske fænomener (7). Sådanne metoder kan være forskellige typer af interview eller psykologiske testmetoder. Kvalitative metoder er hyppigt mere valide end skalametoden, men mindre reliable og mere tidsrøvende. Afhængig af formålet med undersøgelsen kan sådanne metoder som sagt kombineres.

Det tilbagevendende spørgsmål for diskussion i denne type smerteforskning er om en given eller en række givne person-

lighedsvariable fundet hos en bestemt population af patienter, er en følge af lidelsen eller ligger til grund for samme. Dvs. om det principielt drejer sig om en psykosomatisk eller en somatopsykisk reaktion. Sådanne spørgsmål kan bedst løses ved at sammenligne undersøgelsesgruppen med en gruppe raske der fungerer som kontrol for de fundne resultater. Trods disse og andre forskningsmæssige vanskeligheder har interessen for samspillet mellem personlighed og smerter/sygdom, forstået som et samspil mellem en række psykosociale og somatiske variable, været voksende i de senere år (8-10).

En af pionererne inden for denne gren var *Franz Alexander* som hævdede at enhver emotionel tilstand har sin specifikke fysiologiske kontekst, samt at undertrykte følelser af vrede, frygt, aggression, skyld og frustrerede behov over tid kunne medføre kroniske emotionelle spændingstilstande som videre kunne føre til organisk dysfunktion (11). Han relaterede sine hypoteser til bestemte sygdomme: ulcus duodeni, colitis ulcerosa, asthma bronchiale, essentiel hypertension, neurodermatitis, tyreotoksikose og reumatoid artrit. Han forsøgte ligeledes at behandle sådanne lidelser med psykoanalyse. Det lykkedes ham ikke at helbrede sine patienter med denne metode. I dag har man erkendt at behandlingsmetoden ikke var holdbar, bl.a. fordi den hvilede på en forventning om en lineær sammenhæng mellem årsag og effekt i overensstemmelse med det naturvidenskabelige paradigme. I lyset af nyere tids erkendelse af psykofysiske processers komplicerede natur har selve hypotesen om sammenhænge mellem kronisk emotionel belastning og sygdom imidlertid fået en renaissance i fx den psykofysiologiske cancerforskning (12).

Aleksitymi

Et af de begreber som har vakt stor opmærksomhed i de senere år i udforskningen af samspillet mellem sygdom og personlighed, er *aleksitymi*-begrebet. *Aleksitymi* er en græsk betegnelse for »mangel på ord for følelser«.

Begrebet illustrerer udmærket nogle af de problemstillinger som aktuelt diskuteres inden for den psykosomatiske forskning, og skal derfor kort præsenteres tillige med begrebet somatisering.

I begyndelsen af 1970'erne beskrev to amerikanske psykiatere (13,14) på basis af en analyse af interview med 20 patienter med psykosomatisk lidelse en række træk som de mente var karakteristiske for mange patienter med denne form for lidelse. Begrebet *aleksitymi* blev lanceret for at beskrive patienterne som de mente var karakteriseret ved fattigt fantasiliv og generel følelsesmæssig hæmning. De to psykiatere observerede at patienterne havde vanskeligheder med at beskrive følelsesrelaterede fænomener, og mente at det var fordi de havde ►

dårlig kontakt med deres indre mentale liv. De beskrev endvidere hos disse patienter en tænkemåde der kredser om det konkrete, og nytteprægede, og mente at det var en følge af at tænkningen var koblet fra følelsen. Den aleksityme personlighed ville tilsvarende have vanskeligheder med på almindelig vis at skaffe sig spændingsreduktion gennem mental forarbejdning. I stedet ville negative psykiske stimuli som stress og/eller konflikter føre til handlingspræget adfærd eller kunne resultere i somatisk symptomdannelse.

Denne beskrivelse stemte på flere punkter overens med patientbeskrivelser som en gruppe franske psykoanalytikere var fremkommet med i begyndelsen af 1960'erne. De beskrev ud fra terapeutiske observationer at når den psykosomatiske patient oplever driftskrav/behov som medfører konflikt, vil patienten ikke være i stand til at forarbejde de psykologiske fænomener på et mentalt niveau. De driftsmæssige spændinger vil i stedet blive kanaliseret fysiologisk, dvs. det psykologiske forsvar bliver erstattet af et somatisk forsvar (15).

Begrebet aleksitymi har siden det blev lanceret været genstand for en omfattende diskussion i litteraturen. En kvindelig fransk psykoanalytiker har ud fra sine observationer angivet at aleksityme træk er karakteristiske for nogle, men ikke alle patienter med psykosomatisk lidelse. Hun har ligeledes anført at reaktionsmønsteret ud over at indicere en specifik forstyrrelse kan forekomme som en uspecifik reaktion på langvarig belastning (stress) som overskrider individets aktuelle kapacitet for at håndtere den givne belastning. Forfatteren påpeger således at aleksityme karakteristika kan repræsentere en almenmenneskelig krisereaktion (16).

Fra dansk side er begrebet blevet kritiseret af flere der bekæftiger sig med psykosomatik i forskning og klinik. Det er blevet anført at det er uvist om den aleksityme reaktion er årsagen til lidelsen eller en konsekvens heraf (17). Man har påpeget at begrebet ledsages af en nedsættende kvalitet og anført det kritisable i at karakterisere et menneske ud fra et sådant kriterium, uden at man inddrager de livssammenhænge hvori den psykosomatiske patient er aleksitym (2). Det er ligeledes blevet fremhævet at aleksitymi er en uspecifik reaktionsmåde, og samme forfatter advarer mod misbrug af begrebet da eksempelvis patienter med atypiske klager på depression kan have svært ved at tale om deres følelser og samtidig præsentere somatiske klager (18).

Den amerikanske litteratur inden for feltet røber ikke den samme kritiske holdning som på kontinentet. En canadier har operationaliseret aleksitymi-begrebet i form af en skala som har fundet udbredt anvendelse i psykosomatisk forskning internationalt (19).

I en egen undersøgelse af 20 kvinder med *burning mouth syndrome* (20) har jeg bl.a. anvendt denne skala tillige med

skalavurdering af angst og depression. Resultaterne bekræfter andre undersøgelser der har dokumenteret at BMS-symptomer er angst- og depressionsassocieret (20). Resultaterne viste ligeledes at 16 af de 20 kvinder viste latente eller manifesterede tegn på aleksitymi.

I overensstemmelse med andres angivelser (17,18) tyder disse fund på at aleksityme træk i sig selv ikke er sygdomsfremkaldende da de fleste, men ikke alle der udviste aleksityme træk, havde symptomer på depression og/eller angst. Kvinderne blev ligeledes undersøgt med en række kvalitative metoder. Ud fra den samlede vurdering, dvs. når de kvantitative data holdes sammen med en analyse af de kvalitative data, kan dette forklares således: Når en patient med aleksityme træk oplever følelser af depression og angst, har vedkommende ikke ressourcer til at håndtere sådanne smertefulde følelser adaptivt gennem forarbejdning. Patienten artikulerer i stedet det psykisk pinefulde i form af fysiske symptomer, dvs. somatiserer (se næste afsnit). Inden for en stressteoretisk forståelse kan man sige, at personen bruger kroppen som *coping*-mekanisme.

En kvantitativ vurdering af korrelationen mellem generelt funktionsniveau og aleksityme træk, angst og depression viste sig at være signifikant. Det betyder omsat til klinisk sprog, at patientens generelle funktionsniveau synes at være en pålidelig indikator for om psykologiske problemstillinger indgår i patientens smertebillede. Tandlægen kan således danne sig en hypotese ved at vurdere om der forekommer påfaldende diskrepanser mellem smerteklage og patientens reaktion på smerten. Ved et nedsat funktionsniveau vil patienten tiltagende opgive at overholde hverdagslivets rutiner (herunder eventuel arbejdsfunktion) og trække sig væk fra sociale sammenhænge. Stemningslejet vil ofte være sænket, dvs. patienten forekommer trist og plaget. Patientens tanker vil hyppigt kredse om symptomerne og udmønte sig i en adfærd præget af gentagen søgen efter behandling inden for det somatiske behandlingssystem. Der vil således hyppigt forekomme et misforhold mellem symptom og reaktion.

Somatisering

Inden for en stressteoretisk forståelse er somatisering blevet defineret som »tendensen til at opleve og udtrykke stress i form af fysiske symptomer« (2). If. denne reference anses det at søge tandlæge-/lægehjælp på dette grundlag for en *coping*-strategi, dvs. en hensigtsmæssig handling med det formål at reducere stressniveauet. Dette begrundes med at somatisering ikke er direkte sygdomsfremkaldende medmindre det fører til overbehandling og mulige iatrogene skader. Personens behandlingssøgen kan midlertidigt aflede vrede, mobilisere omsorg og give en følelse af kontrol over omgivelserne i

en periode med oplevelser af kontroltab. Denne opfattelse anser altså somatisering for at være en uspecifik tidsbegrænset reaktion på belastning eller krise på linie med, at aleksitymi kan repræsentere en midlertidig reaktion på overbelastning. Inden for en klassisk psykoanalytisk forståelse opfattes somatisering som en forsvarsreaktion over for ubevidste driftskrav som personen ikke er i stand til at neutralisere på anden vis (21).

En dansk undersøgelse har dokumenteret at persisterende somatisering (gentagen henvendelse for somatisk behandling, uden at der foreligger objektive fund der kan forklare disse), hyppigt er associeret med psykiatrisk lidelse (22). Jeg har i de senere år psykologisk udredt 50 patienter med forskellige former for kroniske orale smerteklager, ud over 20 patienter med en specifik lidelse (*burning mouth syndrome*).

Det har drejer sig om 1) patienter der ikke responderede på odontologisk behandling som forventet, 2) patienter hos hvilke der ikke forelå objektive fund der kunne forklare smerteklagen og 3) patienter hvor smerteklage og generelle funktionsindskrænkninger var ude af proportion med de objektive fund.

En opgørelse af dette materiale i henhold til somatiseringsbegrebet viser at ovennævnte hypoteser alle er holdbare. If. mit materiale findes somatiseringsfænomener således på et kontinuum der rækker fra forbigående krisereaktioner til alvorlig psykisk lidelse. En mistanke om somatisering kræver derfor en psykologisk udredning for at kunne afgøre problemets psykologiske omfang, samt en vurdering af hvorledes patienten bedst kan hjælpes.

Smertekommunikation

Patienter med kroniske smerteklager af nævnte type vil ofte stille tandlægen over for en kompliceret differentialdiagnostisk opgave som ikke kan løses ud fra en forventning om en direkte sammenhæng mellem årsag og symptom, simpelt hen fordi der ikke findes nogen entydig årsag. Derimod drejer det sig om et ganske nært samspil mellem fysiske sensationer og psykiske, evt. også sociale fænomener. I tandlægens professionelle univers er symptomer et diagnostisk instrument. Det betyder at bestemte koder, som patienten præsenterer tandlægen for, fører til bestemte hypoteser som grundlag for bestemte (be)handlinger. Ved akutte smerter passer patientens sprogliggørelse som regel til tandlægens koder fordi det er de rene sansedata der kommunikerer. Kommunikationsproblemet ved de kroniske smertelidelser er at smerteoplevelsen og de tanke- og følelsesmæssige ledsagefænomener hyppigt ikke kan adskilles i patientens egen kodning af sine symptomer. Symptomet er blevet transformeret til en flertydig impuls. Når denne impuls ikke responderer på tand-

lægens kode, kolliderer kommunikationen. Patienten føler sig ikke forstået/hjulpet, og tandlægen bliver anfægtet i sin primære funktion: at gøre patienten smertefri. Begge parter slås muligvis yderligere med den forestilling at psykologiske fænomener som en faktor i patientens smertebillede er ensbetydende med, at patientens smerteoplevelse er mindreværdig eller »ikke reel«. Da tandlægen er den professionelle autoritetsperson, som patienten har henvendt sig til, er det tandlægens ansvar at legitimere og sprogliggøre denne hypotese. Ikke som en devaluering af patientens oplevelse, men derimod som et legitimt aspekt af det komplekse tilstandsbillede som kroniske smertelidelser ofte repræsenterer.

Afslutning

Hvordan skal den somatiske behandler konkret bære sig ad i mødet med denne type patienter?

Tandlægen og lægen må naturligvis primært undersøge for en mulig somatisk årsag til patientens smertebillede. I fald der, når de relevante undersøgelser er afsluttet, ikke findes en somatisk behandlingsmulighed, kan sundhedspsykologen komme ind i billedet. Den optimale somatiske udredning er imidlertid en klar forudsætning for at sundhedspsykologen kan udføre sit arbejde på et relevant grundlag. For både den behandlende tandlæge såvel som sundhedspsykologen er der således et væsentligt etisk aspekt indeholdt i at alle muligheder for somatisk behandling er udtømt.

Tilsvarende ligger der en lige så væsentlig etisk fordring i ikke at iværksætte en behandling uden at der foreligger objektivt grundlag herfor, idet risikoen for at forårsage iatrogene skader, og dermed forværre patientens tilstand, i så fald er til stede. ■

English summary

Chronic pain illustrated by the concept of health psychology

The purpose of the article is to overview the psychological conceptualization of chronic pain. Central issues and concepts of stress theory are initially described. The research field of pain and personality is then introduced. Central concepts are presented and current problems in this subject area are described through literature and illustrated by own research and clinical work. Finally problems in communication with chronic pain patients are touched upon, emphasizing the necessity of interdisciplinary approaches in dealing adequately with patients suffering from chronic pain.

Litteratur

1. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill, 1956.
2. Mirdal GM. Psykosomatik: Sårbarhed, stress og sygdom. København: Munksgaard, 1990. ▶

3. Nielsen T. Passiv stress: Depression og sygdom. Psyke & Logos 1989; 2: 349-69.
4. Nielsen TC. Depression: Psykologiske og biologiske teorier. København: Dansk Psykologisk Forlag, 1990.
5. Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill, 1966.
6. Theilgaard A. Klinisk psykologi. I: Welner J. Psykiatri – en tekstbog. København: FADL's Forlag, 1985.
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. Kirmeyer IJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. J Abnorm Psychol 1994; 103: 125-36.
9. Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress and distress: exploring the central role of negative affectivity. J Abnorm Psychol 1994; 103: 234-54.
10. Taylor GJ. Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis. IUP Stress and Health Series Monograph 3: Connecticut, Int. Univ. Press, 1988.
11. Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and applications. New York: WW Norton, 1950.
12. Nielsen T. Psyke og cancer: Om psykologiske faktorerers betydning for udvikling af kræftsygdomme. København: Dansk Psykologisk Forlag, 1994.
13. Nemiah JC. Psychology and psychosomatic illness: reflections on theory and research methodology. Psychother Psychosom 1973; 22: 106-11.
14. Sifneos PE. A reconsideration of psychosomatic symptom formation in view of recent clinical observations. Psychother Psychosom 1974; 24: 151-5.
15. M'Uzan M de. Psychodynamic mechanisms in psychosomatic symptom formation. Psychother Psychosom 1974; 23: 103-10.
16. McDougall J. Kroppens teatre: En psykoanalytisk undersøgelse af psykosomatiske sygdomme. København: Hans Reitzels Forlag, 1989.
17. Welner J. Biopsykosocial medicin (psykosomatik). I: Welner J. Psykiatri – en tekstbog. København: FADL's Forlag, 1985.
18. Theilgaard A. Psykosomatiske lidelser. Psyke & Logos 1989; 2: 369-78.
19. Taylor GJ, Bagby M, Ryan P, Parker JD, Doody KF, Keefe P. Criterion validity of the Toronto alexithymia scale. Psychosom Med 1988; 50: 500-9.
20. Grushka M, Sessle BJ. Burning mouth syndrome. Dent Clin North Am 1991; 35: 171-84.
21. Møhl B. Seksuel symptomdannelse i et psykosomatisk perspektiv. Psyke & Logos 1989; 2: 378-87.
22. Fink PK. Somatiske symptomer og klager hos somatiserende patienter. Ugeskr Læger 1993; 155: 2133-8.

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.