

9. Smertepsykologi

Anne Stokkebæk og Mette Kold Jensen

Indledning

Smarter er den hyppigste årsag til at mennesker søger læge. Hovedpine og rygsmerter synes især at være et problem. En dansk undersøgelse viser, at 50-80% af den voksne befolkning i løbet af det foregående år har haft smerter i deres dagligdag. Og det anslås, at op mod 10-15% har kroniske smerteproblemer. Smarter og angsten for ikke at kunne kontrollere dem er endvidere noget af det, som mennesker frygter mest ved sygdom (1).

Smerte er per definition en ubehagelig oplevelse. Den kan dog være meget varieret fra svag ømhed til ubehagelig trykken eller stærke jagende smerter (note 2). Smerte kan desuden have mange forskellige årsager. Smarter kan hænge sammen med begivenheder, som man udsætter sig for frivilligt, og som er forbundet med lyst, for eksempel smerter ved forskellig sportsudøvelse, skønhedspleje og massage. Smarter kan også hænge sammen med akutte påvirkninger og uheld, for eksempel at falde og slå sig eller at brænde sig på ovnen. Smarter kan også være forårsaget af slid og af uhensigtsmæssig brug af kroppen, som for eksempel smerter i hoved og nakke pga. anspændte skuldre foran computeren. Men i særdeleshed er smerte forbundet med sygdomme lige fra sygdomme som influenza, blindtarmsbetændelse til diskusprolaps og gigt til livstruende sygdomme som cancer og hjerte-kar-lidelser (3), (note 4). Smarter kan undertiden være det primære problem og udvikle sig til selve sygdommen. (Se senere).

I dette kapitel om smertepsykologi indledes

med at definere smerter. Herefter præsenteres kort en inddeling af smerter i forskellige **kategorier**, og derefter følger en gennemgang af forskellige **psykosociale faktorerers betydning** for oplevelsen af smerte. Herefter rettes opmærksomheden mod **kroniske smerter**, idet psykologiske og sociale faktorer her spiller en særlig vigtig rolle. Afslutningsvis er temaet **psykologisk tilgang til behandling** af smerter, hvor vi dels fokuserer på smertepatientens **mestringsstrategier**, dels på at møde smertepatienten i hans **eksistentielle** overvejelser og dels på, hvordan **metaforer** kan hjælpe den smerteplagede med at dele sine smerter med andre. Der rundes af med en perspektivering af et bio-psyko-socialt syn på smerter (note 5).

Definition af smerter

Selvom alle har prøvet at have smerter af en eller anden slags, og derfor kender til smerter, er der alligevel noget diffust og uhåndterbart ved smerter. Der findes nemlig ikke noget objektivt mål for smerter. Smerte er derimod noget meget **subjektivt**. Den kan kun mærkes og udtrykkes af den person, der har smerten. Den mest udbredte og accepterede definition på smerte betoner netop det subjektive element:

»Smerte er en ubehagelig **sensorisk** og **emotional oplevelse** forbundet med aktuel eller potentiel vævsbeskadigelse, eller beskrevet i vendinger svarende til en sådan beskadigelse.« (6).

Sundhedspsykolog **Søren Frølich** har analyseret denne smertedefinition. Han peger på, at

definitionen fremhæver, at smerteoplevelsen både er en **sansning** og en **følelsesmæssig** oplevelse. En sansning fordi smerte indeholder en kropslig, sensorisk komponent, der drejer sig om, at der foregår noget skadeligt i kroppen. En følelsesmæssig oplevelse, fordi smerte i forskellige grader opleves som ubehagelig. Det følelsesmæssige ubehag er et meget vigtigt kriterium for smerter, for uden det vil man ikke tale om en smerte, men blot om en fornemmelse.

Definitionen fremhæver endvidere, at smerter er en **oplevelse**. Oplevelser er i psykologien en betegnelse for alt, hvad der kan optræde i det enkelte menneskes bevidsthed, som for eksempel følelser, forestillinger og tankemønstre. Oplevelser er altid subjektive. De kan ikke direkte deles med andre, kun så langt de andres forestillings- og indlevelsessevne rækker (note 7). I smertedefinitionen nævnes også kriteriet for forbindelsen til **vævsbeskadigelse**. Hermed menes, at den sensoriske og emotionelle oplevelse enten reelt skal optræde sammen med vævsbeskadigelse eller opleves som værende forbundet med vævsbeskadigelse, førend man taler om smerte.

Ovennævnte smertedefinition sammenblender ikke selve **smerteoplevelsen** med dens **årsager**, hvilket ifølge Søren Frølich også er vigtigt at undgå, idet der dermed tages højde for det forhold, at smerter kan optræde, og ofte gør det, uden at der kan påvises somatiske forhold som vævsbeskadigelse eller nervedestruktion som forklaring. Og samtidig lægges der op til en dybere forståelse af komplekse årsagssammenhænge til smerter (8).

Psykologien kan bidrage til en sådan dybere forståelse af komplekse årsagssammenhænge til smerter. Og der er da også opstået en disciplin inden for smertevidenskaben, som kaldes for **smertepsykologi**. Smertepsykologi undersøger psykologiske forholds betydning for en persons **smerteoplevelse** og **smerteadfærd** (9).

Smerter – et vigtigt advarselssignal

Grundlæggende er smerter et yderst vigtigt **advarselssignal** med det væsentlige formål at beskytte kroppen mod skadelige påvirkninger. Akut smerteoplevelse medfører dels, at opmærksomheden øjeblikkeligt rettes mod smerten og dels en afbrydelse af de aktiviteter, man er i gang med. Den akutte smerte sikrer dermed, at man trækker sig tilbage og beskytter sig selv og sin beskadigede krop.

Ud over at ubehaget forårsaget af smerten får os til at reagere på truslen her og nu, vil den også indprente sig i hukommelsen, så man fremover forsøger at undgå en lignende situation. Hvis man for eksempel har fået stød på et elektrisk hegn eller brændt sin hånd på for varmt vand, vil disse oplevelser sætte sig spor på den måde, at man fremover automatisk vil undgå at røre ved et elektrisk hegn og være agtpågivende over for vands temperatur. Smertesansen er således en uundværlig beskyttelse for kroppen, og den lærer os at undgå farer og samtidig at passe på vores krop. Det betyder, at smertesansen således er uundværlig for menneskets overlevelse. Uden smerteoplevelse kan man ikke overleve i en foranderlig og udfordrende verden (10).

Smertekategorier

I praksis inddeles smerter groft i fire kategorier:

Akutte smerter med klart organisk grundlag. For eksempel smerter pga. brækkede lemmer eller smerter efter operation eller traumer.

Cancersmerter med organisk grundlag. Fremskreden cancer vil næsten altid medføre smerter, det kan for eksempel være smerter i ryggen i forbindelse med lungecancer.

Kroniske non-maligne smerter med klart organisk grundlag. Længerevarende evt. vedvarende smerter, som eksempelvis rygmerter efter diskusprolaps. Eller neuropatiske smerter

med påviselig nerveskade og følelsesforstyrrelser.

Kroniske, non-maligne smerter med uklart organisk grundlag. Længerevarende evt. vedvarende smertetilstande, hvor det organiske grundlag for smerterne helt kan mangle eller stå i misforhold til smerteklagerne. Det kan for eksempel være rygsmerter, hvor man ikke kan finde noget organisk grundlag for smerterne,

eller smerter efter skader og sygdom, som i organisk forstand er helede (11).

Som det er fremgået, taler man både om **akutte** og om **kroniske** smerter. Kroniske smerter defineres som smerter, der har været over en måned længere end forventet i forhold til den tilgrundliggende sygdom eller skade samt behandlingsmulighederne (12), (note 13). (Se senere om kroniske smerter).

Smertes og psykosociale forhold

Som nævnt kan smerter beskrives som en **oplevelse**, hvilket er betegnelsen for alt det, der kan opstå i det enkelte menneskes bevidsthed, som for eksempel tanker og følelser. En oplevelse vil altid være indvævet i og dermed farvet af mange forskellige psykologiske og sociale forhold, og det gælder også for smerteoplevelsen.

Det vil med andre ord sige, at ud over den eventuelle beskadigelse i kroppen – smerte kan være forbundet med, at noget er beskadiget i kroppen, men er det langt fra altid - vil mange andre forhold, som blandt andet psykologiske og sociale forhold, også spille ind. Vi vil i det følgende gennemgå nogle af de væsentligste af disse (14).

Smertes og betydning

Først og fremmest gælder det, at smerte **fortolkes** og **vurderes** alt efter, hvad man tror, **at det betyder**. Når man mærker smerte, spørger man automatisk sig selv, om den er en advarsel om skade, trussel, fare, **eller** om der er tale om småting, der går over af sig selv. Hvis man vurderer, at smerten er ufarlig, behøver man ikke længere at fokusere på smerten, og man kan slippe den hurtigere. Hvis man derimod frygter noget alvorligt, vil man opretholde opmærksomheden

mod den. Hvis man for eksempel oplever smerte over brystet, vurderes smerten anderledes, hvis man har haft et hjerteinfarkt, end hvis man oplever tilsvarende smerte, men ikke har haft problemer med sit hjerte og derfor ikke straks tænker på hjerteinfarkt.

Smertes og forudsigelighed

Smertes tolkes anderledes, hvis de er **forudsigelige**, og man ved, hvad de handler om. For eksempel kan det at sidde på et hårdt sæde give en lidt generende trykfornemmelse. Men fordi man ved, hvad fornemmelsen handler om, ofrer man den ikke megen opmærksomhed. Man oplever den måske ikke engang som smerte, man mærker blot en fornemmelse. Forestiller man sig, at samme tryk opstod uventet et andet sted på kroppen, for eksempel i hovedet, uden forklaring, ville fornemmelsen sandsynligvis blive tolket som et faresignal og måske oplevet som smerte.

Smertes og angst

Ovenstående kan blandt andet skyldes det vigtige almene forhold ved smerteoplevelsen, at ukendte smerter og forestillingerne om deres årsag aktiverer **angst**, som kan forværre smer-

teoplevelsen. Angst kan både igangsætte og forstærke smerter. For eksempel kan sygdomsangst og angst for udvikling i en allerede tilstedeværende sygdom i høj grad forstærke smerte og nedsætte smertetolerancen.

Smerter og mening

Smerter virker helt anderledes, hvis man oplever, at de har en **mening**. De fleste kvinder, der har født, har oplevet smerterne i forbindelse med veer som udholdelige, fordi de har den mening, at barnet skal fødes, og også fordi man ved, at smerterne får en ende. Samme smerte ville være komplet uudholdelig, hvis man oplevede, at den ikke havde nogen mening.

Smerter og dens sammenhænge og omstændigheder

De **omstændigheder** og **sammenhænge**, hvorunder en smerte optræder, har altså stor betydning for både smerteoplevelse og smerteadfærd. Dette gælder i udpræget grad ved sportsudøvelse, hvor deltagere kan få smertefulde skub og spark under en kamp, men alligevel hurtigt efter atter løber rundt, som om intet var hændt. Det kan skyldes, at deres engagement og opmærksomhed ligger i spillet. Engagemmentet kan medføre, at en eventuel skade slet ikke opleves som smerte, eller i hvert fald at smerten ikke opleves så intenst (note 15).

Smerter og opmærksomhed

Ovenstående betyder, at smerteoplevelsen kan reduceres, hvis **opmærksomheden** og engagementet rettes mod noget andet. Det vil sige, at smerte kan afledes. Omvendt gør det sig også gældende, at smerte kan forstærkes, hvis man har opmærksomheden rettet mod smerten.

Smerter og omgivelserne

Også de **omgivelser** man er i, de mennesker man er i blandt og deres reaktioner, **farver smerteoplevelsen**. Er man i omgivelser og blandt mennesker, hvor man føler sig tryk, i omgivelser, hvor man får omsorg og oplever, at der er hjælp at hente, vil smerteoplevelsen ofte reduceres, undertiden forsvinde eller i hvert fald opleves lettere at bære. Omvendt vil oplevelser som ensomhed og afvisning øge smerteoplevelsen.

Smerter og forventninger

Forventninger om smerte kan forværre smerteoplevelsen. Det kendes blandt andet fra tandlægebesøg, hvor man kan opleve smerte ved små indgreb, der egentlig ikke i sig selv er smertefulde. Omvendt gælder det, at positive forventninger kan reducere smerteoplevelsen. Det viser sig i det velkendte fænomen, at smerten kan blive udholdelig straks, når man får en smertestillende pille, også længe før den har virket i kemisk forstand. (Se om placeboeffekten i note 9 i kapitlet om samspil mellem krop og sjæl).

Herunder hører også, at smerter farves af **tidligere oplevelser** med smerter. Har man tidligere oplevet smerter i forbindelse med sygdom og operation, for eksempel en rygoperation, så kan en forkert bevægelse og et hold i ryggen opleves voldsomt smertefuldt, fordi de akutte smerter og ubehaget i forbindelse med tidligere smerter kobles sammen. Oplevelsen af at være ladt alene og hjælpeløs med stærke smerter uden omsorg og lindring kan også forstærke senere smerteoplevelser.

Smerter og psykiske vanskeligheder

Også forhold som **psykiske problemer** og belastninger kan hænge sammen med smerter. Stress, krise eller mere grundlæggende person-

lighedsmæssige problemer kan både igangsætte og vedligeholde smerter og smerteoplevelsen, blandt andet på den måde, at man påvirkes mere af smerten. (Se senere i dette kapitel samt i kapitlerne om psykosomatik).

Smarter og følelsesmæssig tilstand

Personens følelsesmæssige tilstand har således stor betydning for smerteoplevelsen. Ikke kun angst, men også følelser som nedtrykthed og vrede forstærker smerten, mens neutral stemning eller glæde mindsker oplevelsen af smerte. (Se senere).

Smarter og handlemuligheder

Et sidste alment forhold omkring smerteoplevelse, der skal nævnes, er, at personens **oplevelse af handlemuligheder** eller mangel på samme over for smerter også påvirker smerteoplevelsen. Smerteoplevelsen reduceres eller bliver langt lettere at bære, såfremt man oplever en vis grad af handlefrihed, en kontrol over situationen eller en flugtvej.

Ovenstående er eksempler på væsentlige psyko-sociale forhold, der påvirker smerteoplevelsen og smerteadfærden (16). Den overordnede pointe er som nævnt, at smerteoplevelse og smerteadfærd hænger sammen med meget andet end den eventuelle vævsbeskadigelse af kroppen, i særdeleshed med forskellige psyko-sociale forhold.

Psyko- sociale forhold og de fire smertekategorier

Hvis vi vender tilbage til de 4 smertekategorier kan vi sige, at psykologiske og sociale forhold spiller en rolle i alle smertekategorierne (17). For eksempel kan oplevelser af hjælpeløshed forøge smerten ved akutte smerter med klart organisk grundlag. Og omvendt kan oplevelsen af tryghed og omsorg reducere smerteoplevel-

sens intensitet og karakter. En nyopereret patient kan eksempelvis opleve sine smerter efter operationen enten mindre eller langt lettere at bære, hvis han er i et omsorgsfuldt miljø, hvor han føler sig tryk.

Hos en cancerpatient vil smerterne altid være farvet af psykologiske forhold og må derfor også altid ses inden for en sådan forståelsesramme. **Sundhedspsykolog Hans Martin Svarre** skriver, at de forskellige psykiske reaktioner på at have cancer og patientens smerteoplevelser ofte vil hænge tæt sammen. Problemer i relation til familiemedlemmerne, psykiske problemer i forhold til den onkologiske behandling, tanker og følelser knyttet til overvejelser om egen død præger smerterne hos en cancerpatient. Følelser som tristhed, angst, skyld, vrede og magtesløshed kan intensivere smerterne. Psykisk smerte i forbindelse med cancer kan undertiden oplevelsesmæssigt overstige den fysiske smerte, men alligevel blive udtrykt gennem termer, der refererer til beskadigelse af kroppen (18), (note 19).

Kroniske smerter med et klart organisk grundlag, som for eksempel rygsmerter i forbindelse med diskusprolaps, er en stor psykisk belastning. Den smerteramte vil være optaget af, om smerterne nogen sinde hører op, hvordan man kan leve et meningsfuldt liv med smerter, og hvordan man overhovedet kan holde dem ud. Kroniske smerter, hvor man ikke kan finde et organisk grundlag, er en yderligere psykisk belastning i den forstand, at man ofte vil bekymre sig meget om, hvad det mon er, der gør, at man har så ondt - måske noget farligt - og derudover virker det ekstra meningsløst at lide, når man intet kender til årsagerne. Forskellige følelser som angst for fremtiden, depressiv stemning og oplevelsen af håbløshed vil ofte følge med kroniske smerter med eller uden kendt organisk grundlag, og det kan igen forstærke smerteoplevelsen (20).

Sammenfattende kan vi endnu engang fastslå, at hele den sammenhæng, som smerten

indgår i af fysiologiske, psykologiske og sociale forhold, vil danne baglandet for smerteoplevel-

sens intensitet, karakter og personens smerteadfærd.

Kroniske smerter

De komplekse kroniske smerter med og uden klart organisk grundlag

Når det drejer sig om **kroniske smertetilstande**, er det som nævnt særligt vigtigt at have opmærksomheden rettet mod psykiske og sociale forhold. Søren Frølich peger på, at kroniske smerter har en helt anderledes kompleksitet end akutte smerter. Hvor den akutte smerte er let at forstå, både for patienterne og behandlerne, er det langt vanskeligere med kroniske smerter. Den akutte smerte kan som nævnt forstås som en vigtig overlevelselsesmekanisme, der skal sikre, at der ikke finder yderligere skade af kroppen sted. Kroniske smerter er imidlertid svære at sætte i forbindelse med denne vigtige og meningsfulde overlevelselsesmekanisme. Tværtimod fremstår kroniske smerter – det at have mange smerter, der er vanskelige at lindre – meningsløse. Også når det drejer sig om behandling, er akutte smerter langt lettere at håndtere end kroniske smerter. Behandlingen af akutte smerter går kort ud på at fjerne det, der volder skaden og bekæmpe den umiddelbare følge af skaden eller sygdommen, og resultatet heraf vil ofte være en ret effektiv smertelindring. Behandlingen af kroniske smerter er langt mere kompleks (21). (Se senere).

Kroniske smerter – vanskelige at komme til rette med

Det er en stor psykisk belastning at have kroniske smerter. Søren Frølich mener, at man må gøre op med den skrøne, at mennesker skulle blive stærkere eller bedre af at udholde smer-

ter. Mennesker med langvarige smerter mister derimod let overblik og overskud. Modstandskraften nedbrydes, både den fysiske og psykiske. Det betyder, at man bliver mere modtagelig for nye smerter samt for psykiske reaktioner som irritation og depression (22).

Psykolog Bjarne Jacobsen beskriver smerteoplevelser inden for rammerne af **filosoffen Søren Kierkegaards** tænkning. Han peger også på det særligt belastende, der er forbundet med at have kroniske smerter. Smerte er kendetegnet ved at være en stærk kropslig oplevelse, der ikke kan leves ud, skriver Bjarne Jacobsen. Mere præcist kan smerter i forhold til andre stærke kropslige oplevelser, som for eksempel seksualiteten, ikke omsættes i nogle særlige aktiviteter, og kan derfor ikke udledes. Det er også vanskeligt at indarbejde smerten som en del af sin personlighed, og at glemme smerten er næsten umuligt. Hele tiden vil smerten med Bjarne Jacobsens ord være under bevidsthedens opsyn, og derfor kan vanen heller ikke gå ind og hjælpe. Dette betyder, at det kan være vanskeligt at være i kontakt med sig selv, når man har smerter. Bjarne Jacobsen skriver på rammende vis, at et menneske med smerter ofte vil være **ude af sig selv** (i betydningen ikke være sig selv) af smerter. Når smerten blot er af kortere varighed, kan man vende tilbage til sig selv, når den er overstået. Men når smerten er kronisk, bliver den smerteramte hele tiden konfronteret med sine smerter samtidig med, at han ikke kan blive til – sig selv – i dem. Smerten har det med at trænge alt andet i baggrunden, smerten har det med at overdøve. Oplevelsen af hjælpeløs-

hed og depression er derfor en nærliggende reaktion.

Bjarne Jacobsen påpeger dermed det fastlåsende aspekt ved kroniske smerter, metaforisk beskrevet, **smertens fængsel**. Han understreger, at alt dette selvfølgelig ikke betyder, at et menneske med kroniske smerter ikke kan engagere sig i livet, men at smerterne alligevel altid vil ligge som et forstyrrende element ved siden af dette engagement (23).

Komplekse årsager til kroniske smerter

Kroniske smerter dækker over mange forskellige problemer. De kan være store som små med forskellig placering på kroppen, og de kan have forskellige årsager. Nogle kroniske smerter er for eksempel forbundet med fortsat og gentagen påvirkning af receptorerne, der kan give smerteoplevelser, såkaldt nociception (note 24).



Det er for eksempel tilfældet med smerter ved lededigt. Andre kroniske smerter skyldes nervebeskadigelse. Imidlertid er der mange kroniske smerter, hvor man hverken ser aktuell nociception eller konkret nervebeskadigelse.

Ofte opstår kroniske smerter i tilknytning til en akut tilstand. Det kan være sygdom og undertiden operation eller i forbindelse med en trafikulykke eller andre uheld i hverdagen. Og af forskellige årsager udvikler nogle smerter sig til kroniske smerter. Søren Frølich skriver, at samspil mellem arvelige faktorer, andre fysiologiske forhold, psykologiske og sociale faktorer udgør komplekse årsagsforhold hertil. For eksempel kan psykologiske forhold som langvarig stress betinget af ydre og indre konflikter udmønte sig i forstyrrelser i kroppen, der med tiden kan medføre væsentlige fysiologiske forandringer, som resulterer i smerter (note 25). Det skyldes blandt andet, at de følelser, der er forbundet med indre og ydre belastninger, ikke bruges til erkendelser og handling. Når man ikke kan bruge sine følelser konstruktivt, men i stedet overvældes af dem eller undertrykker dem, kan deres tilstedeværelse i kroppen på længere sigt medføre forskellige kropsændringer, der kan føre til smerter, som det kan være vanskeligt at komme af med. Hvis man ignorerer smertesignaler fra kroppen over længere tid og blot fortsætter som om ingenting er hændt, er der risiko for, at en ny belastning, en forholdsvis mindre skade eller en kortere sygdomsperiode, bliver dråben, der får bægeret til at flyde over. Resultatet kan da blive kronisk smerte (26).

Selvom psykologiske forhold spiller en rolle ved alle smerter og undertiden kan have en meget afgørende betydning, er det vigtigt at fastholde, at der altid er tale om et kompleks af mekanismer, der er med til at holde en smerte vedlige. Der ligger i det hele taget en dualistisk tænkning til grund for at tale om, at en smerte har en psykisk årsag (note 27). (Se om den dua-

listiske tænkning og kritik heraf i kapitlerne om kroppen og om psykosomatik).

Søren Frølich skriver: »Smerter er noget, der opleves i kroppen og de afspejler under alle omstændigheder både kendte og ukendte fysiologiske processer i nervesystemet. Samtidig forudsætter smerteoplevelsen en bevidsthed eller en psyke der registrerer og rummer dem« (28). Og vi kan tilføje: Forskellige psykiske processer kan være med til at **desorganisere** fysiologiske processer i nervesystemet og igangsætte, forstærke og vedligeholde en smerteoplevelse.

Det kroniske smertesyndrom

Mennesker med kroniske smerter vil ofte udvikle en række fælles reaktioner. Det gælder uanset hvor den kroniske smerte sidder, hvad den oprindelige årsag var og uagtet de mange individuelle forskelle i smerteoplevelse og smerteadfærd. Man taler om et såkaldt **kronisk smertesyndrom** med en uhensigtsmæssig sygdomsadfærd, der kan virke selvopretholdende (29). Det kroniske smertesyndrom minder meget om et **depressivt** reaktionsmønster (note 30). Man føler sig træt, uoplagt og har ofte søvn- og appetitforstyrrelser. Man føler let irritation, vrede og mistro og oplever en følelse af hjælpeløshed og håbløshed samt en generel ulyst. Sammenhængende med disse reaktioner vil kroniske smertepatienter ofte holde sig i ro, udskyde beslutninger og indsnævre sine aktiviteter, herunder begrænse samværet med andre. Sådanne reaktioner på kroniske smerter er ganske forståelige, og de kan også være uproblematisk på kort sigt. Men i det lange løb er der tale om en ond cirkel, idet reaktionerne har det med at gribe mere og mere om sig. At trække sig tilbage i restitution og hvile og passe på sig selv kan udvikle sig til, at man sætter sit liv i stå, og bliver lukket inde i sin egen cirkel af smerter, depression, inaktivitet og isolation. Sådanne reaktioner og adfærd kan forøge og vedligeholde oplevelsen af smerte, og smerten kan udvikle

sig til det centrum, som hele livet drejer sig om med deraf følgende oplevelse af meningsløs-

hed. Smerten er nu blevet en sygdom i sig selv (31), (note 32).

Psykologisk tilgang til behandling af smerter

Psykologisk tilgang til smerter – en opgave for alle sundhedsmedarbejdere

Det at psyko-sociale forhold altid spiller en rolle ved smerter betyder samtidig, at psykologiske og sociale tiltag kan være ét blandt flere redskaber til at håndtere smerteoplevelse og ændre på smerteadfærd. Det gælder, uanset hvilken kategori af smerter, der er tale om.

Det er altid patientens subjektive tolkning af smerterne, der er udgangspunktet for mødet med smertepatienten. Og det vil ofte sige en smerteoplevelse, der opfattes som tæt forbundet med legemlige forhold. Ofte lindres smerter med smertestillende midler, ved pleje og omsorg, herunder skabelse af tryghed, tillid og kontrol. Men af og til må der decideret **psykologisk behandling** til. Ved psykologisk smertebehandling forstås lindring af smerter vha. **psykologiske metoder**, og altså ikke nødvendigvis behandling af smerter, hvor psykiske og sociale problemer og konflikter må antages at spille en særlig rolle, skriver Søren Frølich (33), (note 34). Decideret psykologisk behandling af smerter er en fagopgave for psykologer. Imidlertid må alle faggrupper, der arbejder med smerteplagede patienter, være opmærksomme på psykologiske forholds betydning både i forståelsen og også i behandlingen af smerter.

I det følgende gives 3 eksempler på, hvad man som sundhedspersonale kan fokusere på i en psykologisk tilgang til behandling af smerter: **Mestringsstrategier**, **eksistentielle spørgsmål** og **metaforer** (note 35).

Fokusering på mestringsstrategier

Et centralt udgangspunkt i psykologisk smertebehandling er altid, hvordan den smerteplagede ved **egen hjælp** kan reducere og lindre sine smerter. Patienten får herved øget sin selvkontrol og selvrespekt, hvilket har stor indflydelse på oplevelsen af hjælpeløshed og håbløshed.

Netop fordi det i smertebehandling er så vigtigt, hvad den smerteplagede **selv** kan stille op, bliver **mestring** et centralt begreb i psykologisk smertebehandling. Ved mestring forstås en persons følelser, erkendelser og handlinger til håndtering af en belastende situation. (Se kapitlet om mestring).

Der findes mange forskellige **strategier**, som man kan bruge for at mestre den stressfaktor, som en smerte udgør. **Psykologen Lazarus** indleder mestringsstrategier i emotionsfokuseret mestring og problemfokuseret mestring. (Se kapitlet om mestring).

Problemfokuseret mestring er de strategier, der har til formål at **løse** de stress-skabende **problemer** og udvide personens handlemuligheder. Det kan for eksempel være at søge behandling for sine smerter eller at søge information eller vejledning. Det kan også være at finde frem til, hvilke faktorer der forværrer smerten, og hvilke faktorer, der reducerer den, og at tage skridt til forandringer i sit liv for at afhjælpe smerterne eksempelvis at skifte arbejde.

Emotionsfokuseret mestring er de strategier, der har til formål at **regulere følelserne**. Det kan være bevidst at forsøge at beherske smerterne ved at tænke på noget behageligt, eller omvendt acceptere smerterne ved at »blive ved dem«.

Det kan også være at forsøge at nedsætte smerteoplevelsen ved for eksempel yoga, musik eller afspænding (36).

Der findes mange alternative måder at arbejde med smertelindring på, for eksempel kostvejledning, meditation, Alexanderteknik, zoneterapi. Alle metoder, uanset om de er vel-etablerede eller såkaldt alternative, kan potentielt have noget at tilbyde den enkelte smertepatient. Derfor tjener man som sundhedspersonale bedst patienten ved at anskue dennes mestringsstrategier på en fordomsfri måde. Som sundhedspersonale handler det især om at støtte patienten til at udvikle et større repertoire af mestringsstrategier (note 37).

Eksistentiel fokusering

At være plaget af smerter er, som vi tidligere har været inde på, en stærk kropslig oplevelse, som både er svær at indarbejde i sin personlighed og at lægge til side. Smerte har det med at overdøve alt andet. Som før nævnt beskriver **psykolog Bjarne Jacobsen** meget rammende denne problemstilling med ordene, at den smerteplagede er **ude af sig selv**, og sammenhængende hermed vil smerterne forstyrre hans eller hendes engagement i livet.

Ovenstående betyder, at den smerteplagede i højeste grad vil blive konfronteret med **eksistentielle grundvilkår**. (Se om eksistentielle grundvilkår i bind 1 om voksenlivets udvikling). Blandt andet vil vilkåret om **alenehed** og **afhængighed**, det vil sige det, at mennesket dels lever alene, og samtidig i fællesskaber og afhængighedsforhold til andre, konfrontere den smerteplagede. Blandt andet fordi det kan være utroligt svært at dele sine smerteoplevelser med andre, kan man undertiden føle sig meget ensom og isoleret med sine smerter. Man vil også blive konfronteret med vilkåret om menneskers **grundlæggende afhængighed** af hinanden, idet smerter ofte medfører, at afhængigheden af andre forstærkes.

Grundvilkåret om, at livet leves i spændingsfeltet mellem at have **kontrol** og at miste kontrollen, vil også konfronteres, når man er plaget af smerter. Smerter er på mange måder en oplevelse af ikke-kontrol (38).

Især vil den smerteplagede konfronteres med vilkåret om **meningsløshed**. Det vil sige det, at tilværelsen, som den fremstår for mennesket, ikke i sig selv afkaster nogen **mening**. Meningen må man selv søge og konstruere. Smerteplagede vil ofte være optaget af, hvordan og om man kan skabe sig et liv med mening trods de mange smerter.

I samværet med den smerteplagede må man give plads til at lytte og tale om sådanne forskellige eksistentielle spørgsmål. At dele sine tanker om både at føle sig ensom og samtidig være dybt afhængig af andres hjælp kan være en stor lettelse, der kan give en oplevelse af samhørighed og anerkendelse. At få mulighed for sammen med en anden at undersøge sit forhold til det at have kontrol og det at miste og slippe kontrollen kan bidrage til, at den smerteramte bliver bedre til at tage kontrol, der hvor det er muligt, og acceptere det, hvis kontrollen ikke kan opnås.

At blive lyttet til i sine overvejelser om mening og meningsløshed kan skabe en oplevelse af **håb**, som kan betyde, at man får mod og livsvilje til at være i det liv med smerter, der nu engang er ens liv.

At overveje sådanne eksistentielle spørgsmål kan også betragtes som en hensigtsmæssig **emotionsfokuseret mestringsstrategi**, som kan føre hen mod en mere problemfokuseret mestringsstrategi, altså en aktiv handlen over for smerten.

Sundhedspsykolog Ulla Giersing peger på, at sundhedssystemet er meget orienteret mod at **gøre** noget og at tilbyde noget. At overgive sig til samværet med patienten og at turde have kontakt omkring problemer, som man ikke kan løse, opleves vanskeligt for mange behandlere. Når man har smerter, ønsker man selvfølgelig lindring, men heri ligger der også blot det at

blive lyttet til og blive ledsaget i sine overvejelser om det at have smerter. At blive mødt i forståelse og accept er i sig selv smertereducerende (39).

At vænne sig til at leve med smerter er en livslang proces, hvor selve det at tale om sin situation og smerterne og om de eksistentielle spørgsmål, der melder sig, er en del af processen, idet den optimale løsning, smertefrihed, langt fra altid vil være opnåelig.

Fokusering på metaforer

Alle oplevelser er subjektive og i den forstand private, og smerteoplevelsen er i særdeleshed privat. Ved mange andre oplevelser, for eksempel en musikoplevelse, kan man præsentere den anden, som man vil dele sin oplevelse med, for den stimuli, her musikstykket, der fremkaldte oplevelsen hos en selv. Det kan man ikke ved smerteoplevelsen, og den er derfor ikke blot en yderst privat, men undertiden også en meget **ensom** oplevelse (40). Især når man har kroniske smerter, kan man føle sig magtesløs og ensom, fordi der ofte vil være en stor afstand mellem den eventuelle årsag til smerten, og oplevelsen af den. Det vil sige, at oplevelsen af smerten kan være meget stærk, mens den fysiske årsag til smerten enten er helt ukendt eller utilstrækkelig i forhold til at kunne forklare den voldsomme smerte.

At beskrive sin smerte med **metaforer** kan

være en måde at forsøge at dele sin smerte på. En metafor er overføren fra et område til et andet, et billedligt udtryk eller det at erstatte selve sagen med et billede. Metaforer bruges som konkretisering af fænomener, som ikke eller kun vanskeligt lader sig beskrive. Hvordan beskriver man for eksempel smerter i forbindelse med en fødsel eller en migræne for den, der ingen erfaring har?

Det kan være meget befriende for smertepatienten at blive forstået ved sin brug af metaforer. Metaforer er overskridende, de kan blandt andet overskride adskillelsen mellem kropslige og psykiske aspekter af smerteoplevelsen, en adskillelse som jo ofte ikke eksisterer i personens oplevelse af sin smerte. At opdage patientens **unikke metaforbrug** afhænger af behandlerens evne til at opfange »musikken i vinden«, som **psykologen Alice Theilgaard** metaforisk har udtrykt (41).

En kvinde med kroniske smerte brugte følgende metaforer til at beskrive sine smerter: »Jeg synes, at jeg hele tiden går inde i noget stort gråt. Ind imellem har jeg slet ingen plads. Den er der hele tiden. Den bestemmer, hvordan jeg skal have det. Når jeg har størst vidde har jeg mindst smerte. Og så er jeg helt knust ind imellem«. Denne brug af metaforer gav kvinden mulighed for at dele sin smerte med en anden, idet den bibragte behandleren en fornemmelse af, hvordan det var at leve med smerter 24 timer i døgnet.

Afslutning

En bio-psyko-social tilgang til smerter

Trods det, at der i forbindelse med smerter altid er tale om en kombination af fysiske, psykiske og sociale faktorer, har både forståelsen og behandlingen af smerter dog altid været altover-

vejende biologisk orienteret. Den måde, man traditionelt tænker om smerter, er således, at skader i kroppen fører til smerter, som må behandles biologisk. Den gælder for behandlere, men også for patienter, der ofte selv tænker om deres smerter ud fra den opfattelse.

Der er utroligt mange mennesker med smerter, der bevæger sig rundt i behandlingssystemet uden at blive hjulpet, og vi må derfor sætte spørgsmålstegn ved, om den måde, man vælger at forstå og behandle smertepatienter på, er tilfredsstillende. Alt for mange smertepatienter får en masse medicin, blokader og fysioterapi uden at det rigtigt hjælper. Bivirkninger, komplikationer og i værste fald invaliditet kan være konsekvensen (42).

Det er således klart, at psykiske og sociale forhold må inddrages i forståelsen og behandlingen af smerter, men det er dog ikke lige gyldigt, hvordan vi forstår sammenhængen. Ofte har vi det desværre med at tænke i enten-eller i stedet for i både-og. (Se kapitlerne om psykosomatik). Enten er smerterne rent fysisk betingede og må derfor behandles medicinsk, eller også er de rent psyko-socialt betingede og må behandles psykologisk. Men at tænke på smerter som enten fysiske eller psykiske er kunstigt og forkert. Søren Frølich illustrerer denne problemstilling med eksemplerne, at mange kroniske smerter, hvor der ikke længere er nogen klar årsagssammenhæng mellem somatiske skader og smerter, er startet som et fysisk traume. Og omvendt er det jo også et faktum, at mennesker med smerter, der har en oplagt somatisk baggrund, kan få psykiske følger, der forværrer smerterne og i sig selv kan medføre stor lidelse og forøge smerterne yderligere (43). En **bio-psyko-social** tilgang til smerter er derfor nødvendig og vil afgjort komme alle patienter med smerter til gode.

Noter og litteraturhenvisninger:

(1) Frølich, 2001, Ehlers, 1991, 1999, Elsass, 1999.

(note 2) En smerte kan desuden have forskellige **kvalliteter**. Den kan være trykkende, borende, pressende, murrende, brændende, sviende, stikkende, skarp, jagende. Den kan være dyb, overfladisk, distinkt eller diffus eller udstrålende. Smertetyper kan sige noget om baggrunden for smerten og hvilken behandling, der virker bedst.

Udover at der findes forskellige smertetyper og forskellig lokalisering i kroppen er kroniske smerter også forskellige over tid. Den kan være konstant, konstant af varierende intensitet, periodisk, aktivitets- eller belastningsudløst.

(3) Ehlers 1999, Frølich, 2001.

(note 4) I forbindelse med de såkaldte **nye syndromer** som whiplash, kronisk bækkenløsning, og fibromyalgi er der kommet en øget opmærksomhed på og debat omkring smerteproblemet. Det vigtigste symptom i disse lidelser er netop smerter, som lægerne har svært ved at finde forklaring på. (Se kapitlerne om psykosomatik).

(note 5) Kapitlet om smerter bygger overvejende på **sundhedspsykolog Søren Frølichs** publikationer om smerter. (Se litteraturliste bagerst i bogen). Søren Frølich arbejder på en tværfaglig smerteklinik og har mange års erfaring med psykologisk smertebehandling.

(6) Fra Frølich, 2001.

(note 7) Det er meget vanskeligt at **måle** smerter. Undertiden er det muligt at registrere en række fysiologiske korrelater til smerteoplevelserne, og man kan desuden notere non-verbale og verbale reaktioner på smerter. Men man kan ikke måle smerteoplevelsen objektivt. Hvis man vil måle smerter, må man tage udgangspunkt i patientens egne udsagn om sin smerte, det kan for eksempel være i forhold til en skala med kategorierne lette, moderate eller svære, uudholdelige smerter. Man kan også anvende en skala, som benævnes visuel analog skala (VAS), som er en linje med tal fra 0-10, hvor patienten markerer sin oplevelse af smertens styrke med 0 svarende til ingen smerte og 10 svarende til den værst tænkelige smerte. VAS-metoden kan blandt andet bruges til at sammenligne gentagne registreringer over tid hos samme person og kan dermed blandt andet give et billede af, hvordan smerterne ændrer sig med tiden hos personen.

(8) Frølich, 1991, 1993, 1996, 2001.

(9) Frølich, 1996.

(10) Ehlers, 1999, Frølich 2001.

(11) Ehlers, 1991.

(12) Frølich, 2001.

(note 13) Der er stor forskel på de typiske psykiske reaktioner på **akut** og **kronisk** smerte. Ved akut smerte er de typiske reaktioner ophidselse, handling med ledsagende følelser af vrede og frygt svarende til en kamp-flugt-stressreaktion. Reaktioner på kronisk smerte er præget af tilbagetrækning og ledsagende følelser af irritation og depression svarende til en kamp-flugt-stressreaktion.

- rende til en tilpasnings-tilbagetrækning stressreaktion. (Se kapitlet om stress).
- (14) Frølich, 1996, 2001.
- (note 15) Et meget illustrativt eksempel på at smerte er afhængig af den situation, som smerten opstår i, og den betydning, den tillægges, har vi i en undersøgelse fra 1959 her refereret fra **sundhedspsykolog Peter Elsass**: »Ud af et stort antal soldater, der var blevet såret under kamp ønskede kun 25% smertestillende midler. Hos en gruppe, som havde fået tilsvarende fysiske skader i forbindelse med en operation i fredstid, krævede derimod 80% at få noget smertestillende. For soldaterne betød smerten både, at de ikke alene var i live, men også, at de ville blive hjemsendt, hvorimod det for patienterne i fredstid var en uvelkommen afbrydelse fra deres dagligdag.« (Elsass, 1999).
- (16) Ehlers, 1999, Elsass 1999, Frølich, 2001.
- (17) Ehlers, 1991.
- (18) Svarre, 1996.
- (note 19) Psykologiske og eksistentielle aspekter omkring cancersmerter er et stort og vigtigt område af smertepsykologi. (Se blandt andet Hans Martin Svare, 1996).
- (20) Ehlers, 1999, Frølich, 2001.
- (21) Ehlers, 1999, Frølich, 2001.
- (22) Frølich, 2001.
- (23) Jacobsen, 2000.
- (note 24) Smertereceptorer er smertesansens modtageapparater. Det vil overvejende sige frie nerveender, der findes overalt i kroppen. De er følsomme over for forskellige påvirkninger, som for eksempel tryk, varme og kulde. Nerveimpulserne, udløst af receptorerne, føres fra forskellige dele af kroppen til rygmærven og ledes herfra via særlige baner til hjernen.
- (note 25) Den nyere fysiologiske smerteforskning bidrager med forklaringer på mange kroniske smertetilstande, som man ellers har stået helt uforstående over for. Man har blandt andet fundet ud af, at der kan opstå en slags smertehukommelse allerede på de lavere niveauer i nervesystemet. Eksempelvis kan de smerteimpulser, der når frem til rygmærven, når et menneske opereres under fuld bedøvelse og således ikke er ved bevidsthed, sætte sig spor, der kan få betydning for senere smerte. En anden vigtig opdagelse er, at der over tid sker en ophobning af smertesignaler i centralnervesystemet og at langvarige, gentagne påvirkninger kan medføre varige forandringer. Konsekvensen heraf er både en øget følsomhed over for nye smerteimpulser, og at flere systemer end de oprindelige kan blive inddraget. Selv nervebaner, der ikke tidligere har tjent smertesansen, kan være med til at befordre smertesignaler.
- Man har også fundet ud af, at der synes at være en forbindelse mellem risikoen for udviklingen af kroniske smerter og varigheden af smerterne i den akutte fase. Hvis den oprindelige akutte smerte var meget voldsom, langvarig, uden ordentlig lindring og dermed forbundet med stærk psykologisk belastning og angst, synes smerterne at kunne sætte varige spor i nervesystemet, der kan bane vejen for fortsatte smerter. (Frølich, 2001).
- (26) Ehlers, 1999, Frølich, 1996, 2001.
- (note 27) Undertiden er der tale om psykologisk betingede smerter i direkte tilknytning til sindslidelser. For eksempel ved alvorlige depressive og ved nogle paranoide tilstande. Det er dog sjældent, at disse tilstande er den væsentligste årsag til smerter, og det er vigtigt at fastholde en bio-psyko-social forståelse af smerter. (Frølich, 2001).
- (28) Frølich, 2001.
- (29) Frølich, 2001
- (note 30) Depression og kronisk smerte er tæt forbundet på flere forskellige måder: Patienter, der har den psykiatriske diagnose depression, har ofte smerteklager, hvilket opfattes som et symptom på depressionen. Smerter hos den depressive patient har ofte intet eller et utilstrækkeligt somatisk grundlag. Depression og kroniske smerter hænger også sammen i den forstand, at mange kronisk smerteramte har depressive træk. Blandt andet ses de såkaldte vegetative symptomer som søvnforstyrrelser, appetitmangel og sænket smertetolerance. (Frølich, 1996, 2001).
- (31) Ehlers, 1999, Frølich, 2001.
- (note 32) Ligesom der er mange psykologiske og sociale forhold, der kan forstærke smerteoplevelsen, som for eksempel oplevelsen af meningsløshed, angst, fokusering på smerten og meget andet, er det også sådan, at **smerte i sig selv** kan være med til at fremkalde mange tilstande. Der er et stort sammenfald mellem forhold/tilstande, der kan være med til at fremkalde smerter og forhold/tilstande, som smerten kan være med til at fremkalde. For eksempel: a) Stress forstærker smerteoplevelsen, og smerteoplevelsen igangsætter selv fysiske og psykiske stressreaktioner. b) Angst forstærker smerteoplevelsen og man bliver angst og urolig, når man har vedvarende smerter. c) Inaktivitet, isolation og ensomhed forstærker smerteoplevelsen, og kroniske smerter har det med at føre inaktivitet, isolation og ensomhed med sig. Ovenstående peger

på, at der er mange komplekse og sammenhængende mekanismer på spil, når man skal forstå og behandle smerter. (Frølich, 2001).

(33) Frølich, 1996.

(note 34) Der findes forskellige psykoterapeutiske behandlingsformer af smerter. Man kan blandt andet inddele den psykologiske smertebehandling i en psykodynamisk, en kognitivterapeutisk og en adfærdsterapeutisk. (Se herom i Ehlers, 1991 og 2001 samt i Frølich, 2001).

(note 35) Der er udviklet mange smertebehandlingsmodeller og -tanker, især rettet mod kroniske smer-

ter, hvor de psyko-soziale tiltag i behandlingen spiller en afgørende rolle. (Se Frølich, 2001, Salomonson, 1996 og Smerteskolen, Jensen 1998).

(36) Mirdal, 1991, 1994.

(note 37) Se Søren Frølich, 2001 om vigtigheden af smertepatientens egen aktivitet i behandlingen.

(38) Giersing, 2002.

(39) Giersing, 2002.

(40) Frølich, 1996.

(41) Theilgaard, 1995.

(42) Ehlers, 1991, 1999.

(43) Frølich, 2001.