

SUNDHEDSPSYKOLOGI – introduktion og udvikling

Bo Møhl

Sundhedspsykologi er det senest tilkomne specialområde indenfor psykologien. Siden 1970'erne, hvor sundhedspsykologi som selvstændig disciplin opstod i USA, har faget undergået en rivende udvikling. I artiklen vil faget blive defineret i forhold til tilgrænsende områder: behavioral medicine, medicinsk psykologi og psykosomatisk medicin. Grundlaget for sundhedspsykologi er den biopsykosociale tilgang til sundhed og sygdom. Den biopsykosociale model vil blive defineret i forhold til det biomedicinske paradigme, som har domineret lægevidenskaben siden renæssancen, samt blive gennemgået i relation til sygdom og sundhed. Endelig vil spørgsmålet om, hvorfor sundhedspsykologi er opstået som selvstændig disciplin, blive diskuteret.

Indledning

Sundhedspsykologi er et af de senest tilkomne specialområder indenfor psykologien. Betegnelsen sundhedspsykologi – health psychology – blev første gang brugt i begyndelsen af 70'erne i USA, og i 1978 blev der dannet et selskab under American Psychological Association. Året efter kom den første lærebog i faget Health Psychology – a handbook (Stone, Cohen & Adler 1979) og i 1982 kom det første tidsskrift Health Psychology. Og dermed var disciplinen for alvor blevet etableret som et selvstændigt fag, der arbejder ud fra en holistisk/biopsykosocial tilgang til sundhed og sygdom.

Her i landet har der siden 1987 været udbudt undervisning i sundhedspsykologi på psykologistudierne i København og Århus og i 1992 kom den første lærebog på dansk (Elsass 1992). Samme år blev Sundhedspsykologisk Selskab etableret under Dansk Psykolog Forening, og i 1993 blev der formuleret regler for videreuddannelse og autorisation i Sundhedspsykologi for psykologer. I 1998 blev den første selvstændige universitetsafdeling etableret, nemlig Afdeling for Sundhedspsykologi under Institut for Folkesundhedsvidenskab på Panum Institutttet i København.

Bo Møhl, cand. mag. & cand. psych. er tidligere lektor i sundhedspsykologi ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Er nu ledende psykolog på Rigshospitalet, Psykiatrisk Afdeling O.

Ud over disse sundhedspsykologiske landvindinger, der markerer, at sundhedspsykologi er blevet et selvstændigt akademisk forankret subspeciale, skal det erindres, at sundhedspsykologi i årevis er blevet praktiseret på somatiske hospitalsafdelinger og i patientforeninger (f.eks. Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen, Scleroseforeningen).

Såvel her i landet som internationalt er faget sundhedspsykologi i rivende udvikling. Dette ses ved det stigende antal psykologer, der arbejder i feltet, og ved den næsten eksplosive vækst i mængden af sundhedspsykologiske publikationer og forskningsprojekter. I dag eksisterer der talrige internationale lærebøger på området, flere tidsskrifter (de dominerende er *Health Psychology* og *Journal of Behavioral Medicine*, men derud over kommer der en lang række tidsskrifter om beslægtede emner) ligesom der eksisterer flere faglige selskaber, der arrangerer møder og kongresser.

Som overskriften antyder, skal jeg i denne artikel se nærmere på, hvad sundhedspsykologi er. Dette vil jeg gøre ved at se på traditionen og beslægtede fagområder, samt reflektere over hvorfor sundhedspsykologi er blevet etableret som selvstændig disciplin. Jeg kommer ikke ind på sundhedspsykologiske forsknings- og praksisområder, idet resten af dette temanummer om sundhedspsykologi giver talrige eksempler. – Gode introduktioner til faget og dets historie findes bl.a. hos Elsass 1992, Borg & Poulsen 1990, Rice 1998.

Sundhedspsykologi – et kært barn med flere navne?

I sin korte levetid har sundhedspsykologi måttet kæmpe for både anerkendelse og identitet. Indadtil har sundhedspsykologi måttet definere sig i relation til traditionel klinisk psykologi, som den har metodefællesskab med, og udadtil i forhold til medicinsk psykologi, behavioral medicine (som vi ikke har et ord for på dansk) samt psykosomatisk medicin.

Medicinsk psykologi, der kan betragtes som en forløber for sundhedspsykologi, bliver defineret som »...the »art« of handling patients as opposed to the »science« of diagnosis and treatment« (Rice 1998). Forskellen på den symptomorienterede biomedicinske model og egentlig lægekunst, hvor patienten står i fokus, er anvendelse af »*tactfulness and intuition to fathom what might be behind patients' moodiness or reluctance to accept medical advice*« (ibid). Medicinsk psykologi kan således opfattes som en klinisk hjælpedisciplin i sygdomsbehandling.

Sundhedspsykologi/health psychology anvendes ofte synonymt med behavioral medicine og der er tilmed et tidsmæssigt sammenfald i etableringen af de to discipliner. I 1978, året for dannelsen af the Division of Health Psychology i APA, blev også The Society of Behavioral Medicine etableret. Målet var det samme, nemlig at fremme en holistisk vinkel på

sygdom og sundhed. Mens health psychology definerer sig som et subspeciale under psykologi, defineres behavioral medicine eksplicit som et tværfagligt speciale. »Behavioral medicine is the interdisciplinary field concerned with the development and integration of behavioral and biomedical science knowledge and techniques relevant to health and illness...«(Schwartz & Weiss 1978, citeret fra Rice 1998).

Selvom der således kan påpeges forskelle på medicinsk psykologi, behavioral medicine og sundhedspsykologi, så falder de alle ind under den brede hat, der hedder health psychology. Som George Stone skriver, så gælder det, at »any application of psychological theory or practice to problems and issues of the health system is health psychology«.

Den amerikanske psykologforening, der har lavet den første officielle definition af faget, har defineret sundhedspsykologi således:

»Health psychology is the aggregate of the specific educational, scientific and professional contribution of the discipline of psychology to the promotion and maintenance of health, the prevention and treatment of illness, the identification of etiologic and diagnostic correlates of health, illness and related dysfunction, and the analysis and improvement of the health care system and health policy formation« (Matarazzo 1980).

Det centrale i denne definition er dens bredde, idet den peger på at sundhedspsykologiens genstandsområde såvel vedrører 1) fremme og bevarelse af sundhed, 2) forebyggelse og behandling af sygdomme, 3) identifikation af etiologiske og diagnostiske forhold omkring sundhed og sygdom som 4) forbedring af sundhedssystemet og udformning af en sundhedspolitik. Dette vil sige, at sundhedspsykologi ikke blot handler om klinisk praksis (intervention) og forskning, men også om forebyggelse og organisering af sundhedssystemet.

Dansk Psykolog Forenings beskrivelse af sundhedspsykologi er naturligt nok inspireret af den amerikanske. Men her fremgår det, at sundhedspsykologi er »Psykologisk bistand til mennesker med somatisk sygdom eller symptomer på samme (samt til) handicappede...« hvilket adskiller den fra traditionel klinisk psykologi, der har en lang tradition for diagnosticering og behandling af *psykiske* lidelser. Det fremgår endvidere, at sundhedspsykologisk virksomhed kan foregå på flere niveauer:

»1) På klientniveau: Ved psykologisk rådgivning/psykoterapi over for truede grupper (udsatte for somatisk sygdom eller handicap) og mennesker med somatiske sygdomme eller handicaps samt disses pårørende.
2) På behandlerniveau: Gennem supervision, undervisning, konsulentbistand samt gennem tværfagligt samarbejde.

3) På organisationsniveau: I behandlingssystemet, sundhedsfremmende bevægelser og patientforeninger samt

4) På samfundsniveau: Gennem planlægning, publikation, undervisning og folkeoplysning.«

(fra Dansk Psykolog Forenings videreuddannelsesfolder om Sundhedspsykologi og supervision).

At sundhedspsykologi i den danske definition udelukkende retter sig imod somatiske patienter og problemstillinger er til stadig diskussion. Med rette kan man indvende, at den eksklusive forbindelse mellem sundhedspsykologi og somatik er udtryk for en forældet dualisme mellem sjæl og legeme – en dualisme, der måske i stigende grad bliver problematisk efterhånden som man opdager fysiske årsager eller i hvert korrelerer til psykiske sygdomme.

I sin lærebog definerer Peter Elsass sundhedspsykologi som en »tredje position« mellem humaniora og naturvidenskab. Han skriver, at »sundhedspsykologiens formål er at udnytte psykologiens viden i forståelse af sygdom og sundhed« og det er en pointe, at han også inkluderer perspektiver fra bl.a. antropologi, sociologi, historie, tekstvidenskab og filosofi. Hermed får sundhedspsykologien en bredere forankring med en humanistisk dimension og et samfundsmæssige perspektiv (jvf. Juul Jensen & Fuur Andersen 1994, samt Hysse Forchhammers artikel i dette nummer af Psyke & Logos).

Det er karakteristisk, at sundhedspsykologer kommer fra forskellige psykologiske fagområder, der således kommer til at repræsentere forskellige retninger i sundhedspsykologien. Der er f.eks. en klinisk retning, der bl.a. fokuserer på personlighed og sygdomsudvikling, læge-patient forhold, compliance, placebo; en epidemiologisk retning, der bl.a. fokuserer på sygdomme og social baggrund; en udviklingspsykologisk retning, der bl.a. fokuserer på aldersrelaterede sygdomme; en socialt orienteret retning, der bl.a. fokuserer på livsstil og sygdoms-/sundhedsadfærd; en kønspolitisk retning, der bl.a. fokuserer på køn og sygdom; en pædagogisk orienteret retning, der bl.a. fokuserer på forebyggelses- og oplysningskampagner for blot at nævne nogle få områder. Fællesnævneren er imidlertid det holistiske perspektiv/den biopsykosociale vinkel, der står i kontrast til det klassiske biomedicinske paradigme.

Dualisme versus monisme – historien forfra

Sundhedspsykologien er optaget af at studere, hvordan psyke og adfærd influerer på fysiske tilstande – et vice versa. Det er med andre ord relationen mellem psyke og soma, der i bund og grund er sundhedspsykologiens genstandsområde.

Forholdet mellem psyke og soma – mellem sjæl og legeme – er et gammelt filosofisk problem, der går helt tilbage til det gamle Grækenland. Dualisterne mente, at psyke og soma er at betragte som adskilte enheder, mens monisterne (også kaldet holisterne) derimod mente, at psyke og soma udgør en sammenhængende enhed.

Den hyppigst citerede fortaler for dualismen er Renè Descartes (1596-1650), der måske havde sine personlige motiver til at formulere sin dualistiske teori. Som katolik var han interesseret i at forene katolicismens ide om en selvstændig sjæl med den nye naturvidenskab. Descartes opfattede kroppen som en maskine og han blev bekræftet i dette synspunkt af bl.a. Harvey's opdagelse af blodkredsløbet i 1628. Sjælen beskriver han som en immateriel substans uden konkret udstrækning. Mødet mellem sjæl og legeme fandt ifølge Descartes sted i koglekirtlen (corpus pineale), der bliver beskrevet som sjælens materielle udtryk – som sjælens sæde. Koglekirtlen er det sted, hvor sjæl og legeme indvirker på hinanden og hermed peger han på den interaktion, der sker mellem det fysiske og det psykiske.

Descartes' dualistiske interaktionisme har siden renæssancen været dominerende i den medicinske tænkning og praksis. Skønt man næppe kan gøre en enkelt mand ansvarlig for udviklingen af det biomedicinske paradigme, så baserer denne sig på ideerne om en adskillelse mellem krop og psyke, som formuleret af Descartes. Udviklingen af den biomedicinske model reflekterer det positivistiske ideal om at kunne studere kroppen som et objekt upåvirket af undersøgeren (lægen) og andre forhold (sjælen/psyken). Med den dualistiske tænkning, hvor sjæl og psyke overlades til andre faggrupper (præster, filosoffer og psykologer), har medicinen haft mulighed for at inkarnere den naturvidenskabelige, positivistiske tilgang til krop og sygdom.

Den biomedicinske model er karakteriseret ved at være 1) *Dualistisk*. Fysiske og psykiske processer antages at være separate. 2) *Mekanistisk*. Kroppen fungerer som en maskine og sygdom defineres som fejlfunktion betinget af udefrakommende forhold (infektionsteorien). 3) *Reduktionistisk*. Kroplige funktioner og sygdomme bliver reduceret til enkelt-elementer og kompleksiteten ignoreres. Og 4) *Sygdomsorienteret*. »Sundhed« blev defineret som fravær af sygdom (Bernard & Krupat 1994).

Den sygdomsopfattelse, der har været dominerende langt op i det 20. århundrede, baserede sig på den biomedicinske model: sygdomme opstår som nævnt på grund af udefrakommende, mekaniske forstyrrelser (infektioner) – en tankegang, der allerede før Kristi fødsel blev formuleret af Galen (ca. 129-199 f. K.) Imidlertid blev denne teori først videnskabelig underbygget i det 19. århundrede med opdagelsen af bakterier og virus som årsager til sygdomme. Infektionsteorien og den biomedicinske sygdomsmodel prægede ikke blot praksis, men også den medicinske

forskning og udvikling, der sigtede imod at identificere og bekæmpe *patogener* – uden tanke for sjælen eller psyken.

Det centrale i det biomedicinske sygdomsbegreb er kroppen – det er sygdommen viser sig og skal behandles. I den psykosomatiske medicin er det imidlertid ikke *kroppen*, men *psyken*, der er determinerende, når det handler om at forstå patogener og kurative processer hos mennesket. Den psykosomatiske medicin kan ses som en reaktion på den biomedicinske tradition. Den udsprang af psykoanalysen, og udgør en del af grundlaget for den moderne sundhedspsykologi.

Allerede Freud var optaget af at forstå psykosomatiske symptomer og lidelser – skønt han aldrig selv brugte ordet psykosomatik. Det, der optog ham var det »magiske spring« fra psykisk konflikt til somatisk symptom, som han bl.a. havde studeret hos konversionshysterikerne (med lamelser, sanseforstyrrelser, paræstiesier etc). I 20'erne og 30'erne begyndte nogle psykoanalytikere at studere patienter med uforklarlige somatiske sygdomme ud fra den antagelse, at disse kunne være psykisk bestemte og derfor fordrede psykiske behandlingsmetoder (psykoanalyse). F. Dunbar var optaget af at studere personlighedsstrukturen hos patienter med specifikke lidelser, mens F. Alexander mente, at specielle psykodynamiske konstellationer eller konflikter lå bag specifikke sygdomme (specificitetshypotesen). Psykosomatikerne var specielt fokuseret på »de klassiske syv« psykosomatiske lidelser: astma, hypertension, thyreotoxicose, colitis ulcerosa, arthritis, ulcus duodeni og neurodermatitis.

Skønt Dunbar, Alexander m.fl. var inde på nogle vigtige tanker – at psykosociale forhold influerer på sygdoms- og behandlingsforløb – så var deres kausale tænkning alt for simpel og derfor forladt i dag. Hurtigt viste det sig da også, at den terapeutiske optimisme, der fulgte i kølvandet på de psykosomatiske teorier ikke holdt mål med realiteterne.

Tilbage stod imidlertid nogle grundideer om samspillet mellem psyke og soma, der har haft indflydelse på nogle af de herkende stress-teorier, f.eks. Hans Seleys Han beskrev allerede i 1936 stress som en psyko-fysisk reaktion på belastning, hvor der udskilles en øget mængde hormoner (»stress hormoner«: glycocorticoider), der påvirker den emotionelle spændingstilstand etc.. Hvis ikke den akutte belastningsreaktion aftager – det vil sige ved »kronisk stress« – er individet i stor risiko for udvikle en lang række belastningssygdomme af både psykisk og fysisk art.

Hvis vi ser på de dominerende sygdomme og dødsårsager indtil midten af dette århundrede, så vil det fremgå, at den kausale, linære biomedicinske model på mange måder var adækvat. Først efter 2. Verdenskrig, hvor penicillin, antibiotika, vacciner og en række diagnostiske og kirurgiske teknikker havde fundet vej ind i den almindelige huslæges grundviden og praksis, mistede de store infektionssygdomme deres betydning. Tidligere døde folk af lungebetændelse, influenza, tuberkulose, infektioner etc. –

det vil sige sygdomme, der opstod på grund af udefrakommende *patogener*.

Som følge af en aggressiv bekæmpelse ved hjælp af bl.a. vaccine er visse sygdomme i dag helt udryddet. Dette gælder f.eks. kopper, der har været kendt siden Kristi fødsel. Symptomerne var bl.a. feber, væskende sår i ansigtet med blindhed og vansiring til følge. To voldsomme epidemier har hærget Europa i det 17. århundrede og det angives, at en koppepidemi blandt de indfødte amerikanere, der var uden modstandskraft, var en af grundene til at europæerne var i stand til at overvinde dem (ibid.). Med koppevaccinen, der blev opfundet i 1796 af en engelsk læge, blev sygdommen efterhånden udryddet. Det sidste tilfælde af kopper i USA stammer fra 1949 og i 1977 blev koppevirus betragtet som udryddet og de rutinemæssige vaccinationer af børn ophørte.

Med kontrol og udryddelse af en lang række alvorlige infektionssygdomme har *sygdomsmønstret* i den vestlige verden ændret sig. Vi dør ikke længere af infektioner, men af sygdomme, der er knyttet til livsstil og adfærd – f.eks. stresssymptomer, hjerte-kar sygdomme og cancer. Det anslås, at ca. 50% af dødsfald i USA er betinget af livsstil (Hamburg, Elliot & Parron 1982). Blandt de mest belastende faktorer nævnes sædvanligvis manglende motion, alkohol, tobak, stoffer, usund mad og stress – det vil sige faktorer, der er livsstilsafhængige.

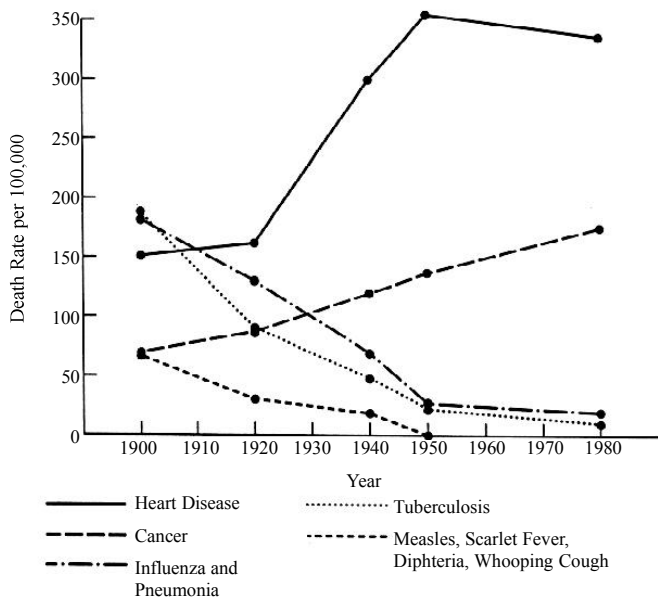


Fig. 1 Fra Bernard & Krupat 1994.

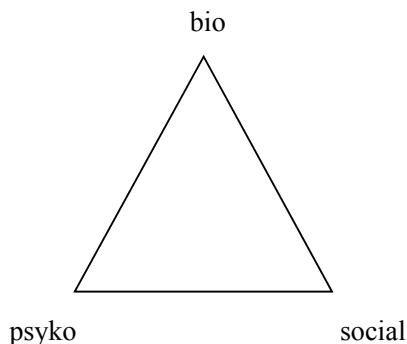
Af figur 1 fremgår det, at dødsårsagerne har ændret sig i løbet af det 20. århundrede således, at de hyppigste omkring århundredeskiftet var influenza, lungebetændelse og tuberkulose, mens folk idag overvejende dør af hjerte-kar-sygdomme og cancer.

Blandt andet på grund af det ændrede sygdomsmønster fremstod den traditionelle biomedicinske sygdomsmodel som utilstrækkelig. For at forstå det nye sygdomsmønster må man tænke multifaktorielt, såvel når det gælder ætiologi som prognose og behandling.

Den biopsykosociale model – en ny monisme?

Det ændrede sygdomsmønster afslørede alvorlige problemer med den dualistiske biomedicinske model. Denne er adækvat i relation til infektionssygdomme betinget af ydre, patogene faktorer, men utilstrækkelig, når det gælder forståelsen af »*the interactions among social and psychological as well as biological factors in the etiology, course and treatment of (lifestyle and behavioral) disease.*« (Jemmott & Locke 1984, citeret fra Bernard & Krupat 1994). Eller som det citeres samme sted: »*Over 99% of us are born healthy and made sick as a result of personal misbehavior and environmental conditions*« – det nytter kort sagt ikke længere blot at se på »apparatets fejlfunktioner«, uden at inddrage den psyko-sociale kontekst, hvis man ønsker at forstå sygdomsudvikling og –behandling.

Den amerikanske psykiater George Engel (1977) opfattes ofte som faderen til den biopsykosociale model. Hans pointe er, at mennesket kan beskrives på 3 niveauer: 1) et biologisk/somatisk, 2) et psykisk og 3) et adfærdsmæssigt/socialt plan. Enhver lidelse rummer således såvel en somatisk, som en psykologisk og social komponent, og for at forstå dynamikken i udvikling af sygdomme samt deres forløb og behandling, må man anlægge et biopsykosociale perspektiv.



Pointen i modellen er samspejlet de tre planer imellem:

- 1) en mand har moderat forhøjet blodtryk og overvægt. Dette placerer ham i risikozonen for udvikling af en alvorlig hjertelidelse. Det ville være kortsigtet udelukkende at behandle hans blodtryk uden at skelne til hans livsstil (f.eks. rygning, manglende motion, kolesteroldholdig mad) og copingmekanismer (f.eks. type A adfærd), der kunne være medvirkende til udviklingen af hans lidelse.
- 2) samme mand er lettere arteriosclerotisk, hvilket giver ham en usikker erektion. Dette påvirker hans selvtillid med det resultat, at han isolerer sig fra partneren – undgår så vidt muligt at tage initiativ til samleje eller respondere på hendes invitationer – og når parret endelig er sammen seksuelt har han præstationsangst, hvilket forringer hans erektive formåen yderligere. Han er inde i en ond selvforstærkende cirkel.
- 3) han udvikler nu et større alkoholmisbrug og bliver indlagt på medicinsk afdeling med levercirrose (skrumpelever), hvor han behandles biomedicinsk adækvat. Men hvad er årsagen til hans alkoholiske levercirrose? Og hvad er den radikale behandling? – Vi får intet svar på disse spørgsmål ved *kun* at undersøge hans lever.

Ovenstående er tænkte eksempler på anvendelsen af en biopsykosocial model. Såvel i diagnosticeringsprocessen, som i behandlingforløbet er det nødvendigt at involvere alle tre dimensioner samtidigt. Den biopsykosociale model opererer ikke med en kausal årsagsforklaring – den er multifaktoriel, som det fremgår af eksemplerne – f.eks. betinges hans erektionsproblemer af såvel hans arteriosclerose, som problemerne i forhold til partneren og hans præstationsangst.

Sundhedsbegrebet

Med den komplekse biopsykosociale model er der samtidig sat spørgsmålstegn ved den traditionelle opfattelse af sundhed, hvor sundhed defineres som fravær af sygdom. Det biopsykosociale perspektiv på sundhed og sygdom stemmer godt overens med WHO's definition fra 1986, hvor sundhed defineres som en ideel tilstand af »...fuldstændigt, fysisk, mentalt og socialt velbefindende, og ikke blot som et simpelt fravær af sygdom«. Sundhed handler således hos WHO også om psykosociale aspekter af livet: »mentalt og socialt velbefindende«.

Samtidig med den ændrede opfattelse af sygdom og sundhed er der sket en voldsomt øget interesse for sundhed i den vestlige verden. Denne viser sig på mange måder. Befolkningen er optaget af »sund levevis« og mængden af »sundhedsstof« i medierne er følgelig steget voldsomt. Interessen for motion, miljø og mad er formodentlig større end nogen sinde før. Måske afspejler dette det moderne menneskes usikkerhed i en

uoverskuelig verden præget af kulturel frisætning og anomi, hvor livet er blevet et langt selvscenesættelsesprojekt og hvor fitness og slankhed giver status, fordi det signalerer kontrol.

Som Elsass skriver, så er der desuden sket det, at »sundhed er blevet til et implicit krav om, hvordan man skal opføre sig« (Elsass 1992). Kravet om sundhed »... kan give sig udtryk i en række ofte nydelsesfor-sagende og diktatoriske forbud. Glædesløse kostplaner, anstrengende motionsplaner, terroriserende påbud om at få kolesterolindholdet ned, militante rygeforbud; ønsket om sundhed har alt for ofte fundet udtryk i en række »det skal gøre ondt før det gør godt«-øvelser.« – Nogle sundhedspsykologer har ligefrem talt om »mordet på glæden«. Angsten for at blive »usund« antager indimellem sygelige dimensioner.

Fra officiel side har den nye interesse for sundhed vist sig ved en synlig-gørelse af sundhedsfremmende bestræbelser. Man taler ikke længere om »sygehusystemet«, men om sundhedssektoren; det medicinske fakultet hedder nu det sundhedsvidenskabeligt fakultet, og vi fået et Institut for Folkesundhedsvidenskab, forskellige sundhedsuddannelser, et sundhedsministerium etc etc – og forlængelse af dette: sundhedspsykologi.

I den sundhedspsykologiske forskning kan man se en tendens til, at interessen retter sig imod dem, der klarer sig »trods alt« og bryder mønstret (overleveren, undtagelsen »mælkebøttebarnet«). Og hvor man tidligere har fokuseret på sygdom og patogenese, er det nu begreber som *hardiness*, *salutogenese* og *quality of life*, der dominerer. Sundhedspsykologi handler i praksis om, at hjælpe patienten til at finde sine ressourcer, komme overens med sine problemer på den bedst mulige måde, således at man understøtter hans/hendes muligheder for at leve i overensstemmelse med sine ønsker, muligheder og behov. Dette betyder, at sundhed ikke kan defineres som en optimering af en afgrænset evne eller funktion (f.eks. højt kondital eller et lavt kolesterolniveau), men snarere må opfattes som det at have kapacitet eller mulighed for at realisere sine ønsker og mål (for en diskussion af dette, jf. Juul Jensen & Fuur Andersen 1994).

Elsass refererer til Rodin & Stone (1987), der anfører, at en samlet definition af sundhed i det mindste bør omfatte følgende fem aspekter: »1) den subjektive oplevelse af velbefindende, 2) kapacitet for et højt socialt produktionsniveau, 3) optimale værdier på målinger af legemlige funktioner, som blodtryk, hjertets ydeevne, respirationsvolumen osv., 4) lav anvendelse af sundhedssystemet og 5) færdigheder i at modstå og mestre belastninger og almindeligt forekommende udfordringer i livet med et minimalt tab af de under 1-4 nævnte aspekter.«

Det fremgår, at man i dag ikke kan definere sundhed uden at inddrage psykologiske og sociale aspekter. Også her er sundhedspsykologi blevet en integreret del af sundhedssystemet.

Sundhedspsykologi – hvorfor nu?

Bag enhver ny videnskabelig disciplin ligger en nødvendighed. Hvis ikke der var brug for ny viden eller nye praktikker ville disciplinen ikke blive udviklet og institutionaliseret som fag. Således også med sundhedspsykologi.

Ovenfor har jeg berørt nogle af grundene til at sundhedspsykologi som fag opstår og udvikles i 70'erne. De vigtigste grunde er formentlig:

- 1) det ændrede sygdomsmønster. Diagnosticering og behandling af de store sygdomme i dag kræver en mere kompleks sygdomsforståelse, der involverer psyko-sociale dimensioner. Ser vi på de hyppigste dødsårsager i USA i 1988 er det evident, at de livsstilsrelaterede sygdomme er de vigtigste. Som det fremgår er det hjerte-kar sygdomme, der scorer højest, og American Heart Association anslår, at 20 % af alle hjerte-kar sygdomme kunne undgås, hvis befolkningens vægt blev reduceret ned 10%. Det er desuden blevet anført fra American Cancer Society, at omkring 25% af cancerdødefald skyldes rygning.

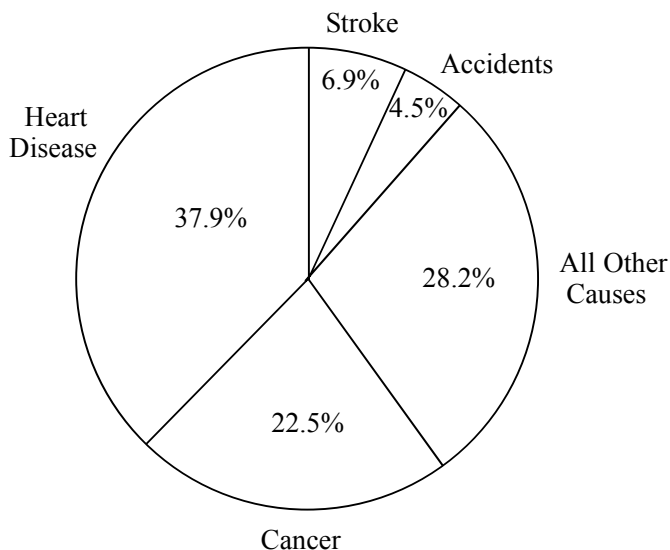


Fig. 2. Dødsårsager i USA, 1988.

- 2) Udgifterne til sundhedssystemet er steget voldsomt, hvilket har fremmet forebyggelsestænkningen. Ved at få formidlet oplysning og dermed få skabt en ændret holdning til f.eks. rygning, alkohol, anvendelse af sikkerhedsseler og cykelhjelme, kolesterolfattig kost kan man

reducere udgifterne til behandling af skader relateret til disse forhold. Sundhedssystemet bliver dyrere og dyrere i og med, at man bliver i stand til at behandle stadig flere sygdomme. Samtidig lever vi længere og længere, og som bekendt er det specielt den ældre del af befolkningen, der »belaster« sundhedssystemet i og med, at sygeligheder i denne livsfase er relativt større end hos yngre. Jo mere effektiv behandlingen bliver desto mere påtrængende bliver forebyggelsesaspektet – af økonomiske grunde. I 1960 blev 5% af bruttonational produktet i USA brugt til sundhedssystemet – i 1990 anslås udgifter at udgøre 12 %. (Bernard & Krupat 1994). Når man samtidig indregner, hvad sygdom koster i tabt arbejdsfortjeneste, sygedagpenge, medicinudgifter etc. drejer det sig om enorme beløb. – Forebyggelsestanken og tendensen til at give folk ansvaret for deres eget helbred går igen i alle oplysningskampagner om sygdomme og livsstil. I 1998 var der en debat om, hvorvidt rygere skulle have samme adgang til cancerbehandling som ikke-rygere – i debatten blev der fremsat et forslag om, at ikke-rygere skulle have fortrinsret, når der var ventelister til behandling. Rygere var med andre ord »selv skyld« i deres sygdom.

- 3) I og med, at folk med kroniske lidelser lever længere som følge af den bedre biomedicinske behandling, opstår der et behov for at bearbejde følelsesmæssige problemer og udvikle en bedre livskvalitet – trods sygdommen. Samtidig er der med den øgede specialisering og rationalisering i sundhedssektoren opstået et behov for professionalisering af omsorg og helhedstænkning. For den medicinske specialist bliver patienten ofte behandlet for sin fokale lidelse – f.eks. et dårligt øje – uden at man hjælper ham/hende i øvrigt. Det hele menneske forsvinder let ud af billedet, når den medicinske teknologi og specialisering vinder frem.
- 4) Forskningen viser, at læge/patient-forholdet spiller en stor rolle for patientens tilfredshed med behandlingen. Omkring $\frac{3}{4}$ af Patientklagenævnets sager handler om dårlig information og problemer i kommunikation mellem læge og patient.
- 5) Det er dokumenteret, at compliance udgør et stort problem, idet omkring 50% af patienterne ikke følger lægens foreskrifter (Sackett & Haynes 1981). For visse lidelser er tallet højere – for andre lavere.
- 6) Lægernes arbejdsmiljø, udbrændthed og dårligere netværk omkring patienterne er blevet mere udtalt i de senere år.
- 7) Dokumenteret viden om psykologiske reaktioners indflydelse på udvikling og behandling af sygdom. Personlighedsfaktorer som høj intelligens og uddannelse, positiv selvfølelse og lavt aggressionsniveau (»hostility«) korrelerer med mindre sygelighed. Andre undersøgelser dokumenterer, at der er en sammenhæng mellem udvikling af somatiske sygdomme, psyko-sociale stressbelastninger og personlighed. En af de kendteste er Meyer Friedmans og Ray Rosenmans opdeling af folk i type A og type B betinget af deres reaktioner på stress og ri-

siko for udvikling af hjerte-kar sygdomme (Friedman & Rosenman 1974).

- 8) Forskning i life-event, copingmekanismer og stress' betydning for sygdom og sundhed gør sundhedspsykologisk tænkning uomgængelig.

Afslutning

Efterhånden er der blevet ansat sundhedspsykologer på en række hospitalsafdelinger for somatiske patienter. Dette afspejler åbenhed og imødekommethed overfor et tværfagligt samarbejde omkring patienterne, men denne professionalisering rummer også en risiko for at den psykologiske viden og praksis bliver marginaliseret i forhold til den biomedicinske kultur, der stadigvæk dominerer på de fleste afdelinger. Det er et fremskridt, at der ansættes psykologer på de somatiske afdelinger, fordi patienterne har brug for at blive set og taget alvorligt som »hele mennesker« – det vil sige blive set som andet end deres symptomer. Det er også et fremskridt, at den sundhedspsykologiske viden udvikles, men for at få rigtigt fodfæste i den daglige praksis skal sundhedspsykologien integreres i den lægelige bevidsthed på afdelingerne. Og dette er svært i disse tider, hvor sundhedssystemet nedskæres og rationaliseres – det første, der forsvinder med rationaliseringerne er de psykologiske kvalifikationer: empatien og forståelsen. Selvom det er dokumenteret, at man kan begrænse indlæggelsestider, mindske recidiv og komplikationer, forøge patienttilfredshed og compliance samt forbedre arbejdsmiljøet ved anvendelse af sundhedspsykologisk viden, sker dette ikke alle vegne. Mange steder får patienterne den basale biomedicinske behandling – og intet mere.

Det er derfor vigtigt, at sundhedspsykologi integreres i lægeuddannelsen. På medicinstudiet i København er der nu oprettet en selvstændig afdeling for sundhedspsykologi, der har et tæt samarbejde med afdeling for almen medicin. Dette samarbejde med en klinisk, praktisk orienteret afdeling er uhyre vigtigt for sundhedspsykologiens udvikling. Også på anden vis har sundhedspsykologi fået en plads lægeuddannelsen: i erkendelse af den gennemsnitlige læges dårlige kommunikative evner har man opprioriteret kommunikationsundervisningen på lægestudierne her i landet. De medicinstuderende skal i fremtiden lære sundhedspsykologiske færdigheder hele studiet igennem.

På psykologistudierne har sundhedspsykologi i en årrække været tilgængelige som specialområde og som del af den almindelige undervisning.

Den stigende behov for sundhedspsykologisk ekspertise vil utvivlsomt afspejle sig i yderligere uddannelsesaktivitet og efterspørgsel på området. I de senere år har mange psykologer fået ansættelse i sundhedspsykolo-

giske stillinger og forskningsmæssigt er der også sket meget – flere projekter bliver omtalt i dette nummer af Psyke & Logos.

REFERENCER

- BERNARD, L.C. & KRUPAT, E. (1994): *Health Psychology. Biopsychosocial factors in health and illness*. Orlando: Holt, Rinehart & Winston.
- BORG, W. & POULSEN, A. Sundhedspsykologi som nyt forsknings- og anvendelsesområde. *Nordisk Psykologi* 42: 110-29
- ELSASS, P. (1992): *Sundhedspsykologi*. København: Gyldendal.
- FRIEDMAN, M. & ROSENMAN, R.H. (1974): *Type A behavior and your heart*. N.Y.: Knopf
- HAMBURG, D.R., ELLIOT, G.R. & PARRON, D.L. (1982): *Health Behavior: frontiers of research in the biobehavioral sciences*. Washington D.C.: National Academy.
- JUUL JENSEN, U. & FUUR ANDERSEN, P. (1994): *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*. Århus: Philosophia
- MATARAZZO, J.D. (1980): Behavioral Health and behavioral medicine. Frontiers for a new health psychology. *American Scientist*, 35, 807-17
- RODIN, J. & STONE, G.C. (1987): Historical Highlights in the emergence of the field. In: Stone, G.C. (ed.): *Health Psychology. A Discipline and Profession*. Chicago: Chicago Press.
- SACKETT, D.L. & HAYNES, R.B. (eds.): (1981): *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: John Hopkins University.
- STONE, G.C., COHEN, F. & ADLER, N.E. (1979): *Health Psychology – a handbook*. San Francisco: Jossey-Bass
- RICE, P.L. (1998): *Health Psychology*. Pacific Grove: Brooks/Cole
- WHO (1986): *Mål for sundhed for alle*. København: Dansk Sygepleje Råd