

Psykologisk hjelp til kreftpasienter

I dette nummer av Tidsskriftet gir Kjersti Fredheim og medarbeidere en kritisk oversikt over effekten av psykoterapi ved kreftsykdommer (1). De begrenser seg kun til studier publisert etter 1992 med en tilfeldig fordeling av pasienter til intervensjon og kontroll. Av ti slike studier fant de sju som viste effekt av intervensjon, to med mulig effekt og en uten effekt – den siste gjaldt menn med prostatakreft.

Psykoonkologi er et nytt fagområde som beskjeftiger seg med to psykologiske dimensjoner ved kreftsykdommer: psykiske reaksjoner på sykdommen og dens behandling og psykologiske faktors innvirkning på selve sykdomsprosessen. Artikkelen til Fredheim og medarbeidere beskjeftiger seg med den første dimensjonen.

Pasientens psykiske reaksjoner på sykdommen tas vanligvis hånd om som en integrert del av selve behandlingen. Angst, usikkerhet, sorg, søvnforstyrrelser og depresjon må betraktes som normale tilpasningsreaksjoner. Blir dagliglivets funksjon redusert i betydelig grad eller hvis gjennomføringen av nødvendig medisinsk behandling hindres, kreves ekstra klinisk oppmerksomhet. Risikoen for slike situasjoner er størst ved diagnose og primærbehandling, ved tilbakefall og terminalt.

Når samspillet med legen fungerer, fører dette til bedre beslutningsgrunnlag for terapeutiske valg, redusert angst og usikkerhet, mer tilfredse pasienter og et bedre behandlingssamarbeid (2). Å gi informasjon om diagnose eller prognose i en sykehuskorridor eller i påhør av andre pasienter eller per telefon er selvsagt uakseptabelt. Nærvær av pårørende er ofte en fordel. Disse kan i ettertid utfylle informasjonen eller korrigere feiloppfatninger.

Det er en fordel om legen kan forberede pasienten litt, sende litt om hva pasienten selv tror og finne ut hvor mentalt forberedt pasienten er før han overbringer en dårlig nyhet. Man kan gjerne også åpne litt opp for å diskutere de psykiske sidene, uten å forfølge spørsmålet eller gå i dybden: «Hvordan er det for deg å få slike nyheter?» Mange leger er usikre på hvordan de skal takle pasientens emosjonelle reaksjoner i forlengelsen av slike spørsmål, dels pga. egne følelsesmessige reaksjoner, dels fordi de har dårlig tid. Et godt råd er å kontrollere eget ubehag, holde ut sammen med pasienten, vente, gi litt tid, bekrefte følelsesmessige reaksjoner og la pasienten få samle seg før konsultasjonen avsluttes (3).

Informasjon om behandlingalternativer/utsikter kan det mange ganger være fornuf-

tig å skille fra informasjon om diagnose. Spesielt pasienter som er uforberedt på diagnosen og har mye angst, trenger tid. Ved å informere steg for steg kan man sikre seg at informasjonen blir oppfattet. Avslutningsvis kan man gjerne åpne for spørsmål fra pasienten av typen: «Har du noe du vil si meg eller spørre om?»

Inadekvat kommunikasjon kan bidra til økt stress og usikkerhet hos pasienten, men også til at psykiske problemer ikke oppdages og til at rekrutteringen til kliniske behandlingsprotokoller blir mangelfull, med forsinket introduksjon av ny onkologisk behandling som følge (2, 4). Kurs med kommunikasjonstrening innen onkologien kan bidra til mer tilfredse pasienter og til å motvirke stress og utbrenthet hos helsepersonell (2).

Selv om kreftpasienten får optimal medisinsk-onkologisk behandling, vil noen pasienter ha behov for psykologisk tilleggshjelp. Relativt nye oversiktsartikler fra norske (5, 6) og internasjonale (7, 8) miljøer gjør rede for ulike psykologiske behandlingstilbud til pasienter med kreft.

Lars Tjemsland

l-tjemsl@online.no

Rogaland Psykiatriske Sjukehus
Postboks 1163 Hillevåg
4004 Stavanger

Lars Tjemsland (f. 1942) er overlege i psykiatri og forskningsleder ved Rogaland Psykiatriske Sjukehus og har forsket på brystkreft som psykobiologisk traume.

Litteratur

1. Fredheim K, Rosenvinge JH, Holte A. Kan psykologisk behandling hjelpe kreftpasienter? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2164–8.
2. Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. Eur J Cancer 1999; 35: 1592–7.
3. Leinster SJ. How I do it – breast cancer. The psychological management of the patient with early breast cancer. Eur J Surg Oncol 1994; 20: 711–4.
4. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. Br J Cancer 2001; 84: 1011–5.
5. Faleide AO. Psykologisk hjelp til pasienter med kreft. Ei oversikt. Tidsskr Nor Psykologforen 1997; 34: 678–88.
6. Tjemsland L. Psykoterapi ved kreftsykdommer. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3310–3.
7. Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA, Pasnau RO. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 100–13.
8. Bloch S, Kissane D. Psychotherapies in psycho-oncology. An exiting new challenge. Br J Psychiatry 2000; 177: 112–6.