

Kronikk

Tro på dialog og styrk pasienten!

Diagnostiske kriterier for psykiske lidelser er i endring. Allmennpraktikere kritiseres for underdiagnostisering, de behandler for få pasienter. Allmennlegens kontakthet med mennesker i vanskelige livssituasjoner uten at det er sykdom til stede, og med personer som kan være i ferd med å utvikle psykisk lidelse, har spesielle særtrekk som gir bakgrunn for å forstå allmennpraktikerens diagnostikk.

Nyere randomiserte studier viser at den allmennmedisinske samtalen har omtrent like god effekt som medikamentell behandling ved angst og depresjon. Jeg argumenterer for et mestringsperspektiv på allmennpraktikerens behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Omarbeidet prøveforelesning for den medisinske doktorgrad, Universitetet i Bergen, 2003

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Per Stensland

per.stensland@isf.uib.no
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen
Postboks 224
6852 Sogndal

Allmennlegen er under press for å gi flere mennesker psykiatrisk diagnose og behandling. Medikamentelle behandlingsformer markedsføres sterkt, men nye undersøkelser befester betydningen og virkningen av terapeutisk dialog. For voksne med psykiske lidelser øker ikke legesøkingen med

sykdommens alvorlighetsgrad. Legen må prioritere aktivt for å kunne ta vare på de psykiatriske pasientene i lokalsamfunnet som mest trenger det.

Psykiske lidelser blant fastlegens pasienter

Av 1 500 personer på en fastlegeliste vil 200 på et gitt tidspunkt ha en psykisk lidelse etter allment aksepterte kriterier. Ca. 70 personer vil i løpet av et år være alvorlig deprimeret, 40 vil plages av generalisert angst, 40 av fobier og 15 av panikkangst (1, 2). Fastlegen vil ha 7–8 pasienter med diagnosen schizofreni og noen flere med diagnosen manisk-depressiv sinnslidelse.

Hvem har psykisk lidelse?

I tidlig fase kan symptomene ved alvorlig psykisk lidelse være vanskelige å tolke. Moren til Anders søkte lege fordi 16-åringen periodevis skulket skolen, hadde få venner og helst satt med dataspill utover natten. Var unggutten glad i å være for seg selv på en sær måte, eller var han i ferd med å bli alvorlig sinnslidende?

Pasienter som får en psykisk lidelse, presenterer sin tilstand individuelt og på høyst ulik måte. Depresjon kan hos én person arte seg som brystsmerte, hos en annen debuterer det med ønske om å skifte jobb. En fastlege kan over tid lære å kjenne igjen individuelle nøkkel symptomer.

Pasienten kan protestere mot at opplevelser eller egenskaper han erfarer som del av seg selv, får en diagnostisk språkdrakt. «Dette er ikke psykisk,» insisterer mange med smerteplager. «Gutten min er spesiell, ikke sinnssyk,» sa moren til Anders. Diagnostikk bør også gi grunnlag for fremtidig samarbeid om behandling.

Termer som dobbeltdiagnose og komorbiditet er basert på at en pasient har én lidelse. De minner om at det diagnostiske kartet på utilstrekkelig måte beskriver kompleksiteten i terrenget og gir grunnlag for diagnostisk ydmykhet (3).

Diagnostiske kriterier er i endring og bidrar til å gi flere mennesker en diagnosestatus og behandling. Depresjon er ett av flere eksempler på arenaer for uenighet der medisinske, økonomiske og kulturelle faktorer trekker i forskjellige retninger (4).

Er pasienten syk – trenger han behandling?

Kessler og medarbeidere lot 305 uselekterte pasienter som søkte allmennlege gjennomgå et testbatteri for påvisning av psykisk lidelse, og fant at 52 % skåret for angst og depresjon (5). Forfatterne konkluderte med at allmennpraktikere underdiagnostiserte depresjon, siden de bare identifiserte halvparten av disse. Men er det rimelig at halvdel av uselekterte pasienter i allmennpraksis har behandlingstrengende depresjon?

Carney og medarbeidere sendte skuespillere som standardiserte pasienter til 149 allmennleger for å teste deres depresjonsdiagnostikk (6). Alle diagnostiserte de alvorlige depresjonene, halvparten diagnostiserte de lettere. Dette kan tyde på at de sykeste blir diagnostisert. Studier fra Hampshire tyder på at identifiseringen av deprimerede pasienter i allmennpraksis ikke øker ved opplæring av motiverte leger (7). Dette kan skyldes at de finner psykiatrisk diagnostikk uhensiktsmessig når pasienter oppsøker lege for å finne mening i vanskelige livshendelser.

En del av kritikken mot underbehandling er basert på retrospektiv registrering av symptomvarighet hos pasienter som senere fikk behandling. Dette underslår den diagnostiske prosessens prospektive karakter. Eksemplet fra Kessler og medarbeidere viser hvordan sykdomsforståelse basert på diagnostiske tester kan bære galt av sted, ikke minst når grenselinjen mellom sykt og friskt er trukket på galt sted.

Virksom dialog

Samtalen mellom pasient og terapeut er fremdeles et virkningsfullt grunnlag for psykiatrisk behandling (8). Flere randomiserte studier viser remisjon ved depresjon etter 12–16 ukers behandling hos ca. 50 % av pasientene på grunnlag av samtaleterapi, og hos ca. 60 % med tillegg av antidepressiver (4, 9). Ved generalisert sosial angst var 30 % av pasientene i remisjon etter 24 uker etter samtale- og eksposisjonsterapi, 40 % ved bruk av antidepressiver og 50 % ved kombinasjonsbehandling (10). Behandlingen var i flere studier naturalistisk, dvs. den foregikk i fortløpende vanlig travel praksis og det var ikke krav om at konsultasjonene skulle være lange. Legene ble bedt om å drøfte forløpet av den aktuelle sym-

ptomperiode og tidligere perioder med pasienten. Pasientene skulle ha anledning til å beskrive sine depressive følelser og dele sin tvil og frykt. Det ble gitt enkle råd, som økt fysisk aktivitet. Det ble ikke brukt spesifikke behandlingsteknikker, slik som kognitiv terapi.

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse

Pasienter med schizofrenidiagnose og psykosetruede personer må ofte lære seg å leve med symptomene, akkurat som personer med andre kroniske sykdommer må. Terapioppgaven er bl.a. å lete etter hvordan man kan takle sykdommen som medisinsk og eksistensiell utfordring. Disse pasientene er langt nede i alle hierarkier og strever ofte med sosialt liv og yrkesliv. Men de har også mye kompetanse.

Overlevingskompetanse

Mange må leve med plagsomme og skremmende symptomer på tross av medisiner, f.eks. bydende autoritære stemmer, følelsen av å bli forfulgt, bisarre kroppsforestillinger. Likevel greier ikke så få å gå i butikken, lage mat, forholde seg til andre. Mange av dem har mye kunnskap om å mestre stemmene de hører. De vil bli sett som mennesker, ikke som gale (11). Når allmennpraktikeren skal møte dem, gjelder det å utvide en gammel medisinsk ambisjon – ta pasienten på alvor. Man må snakke med pasienten om hvordan han ser på sitt liv, sine planer og drømmer for hvordan det er og hva det kan eller kunne bli. I Thesens prosjekt fra Indre Sogn ble en slik ambisjon satt i system (12). Da spørsmålene ble stilt på denne måten, fikk hun nye svar. Noen mennesker med alvorlige psykiske lidelser viste seg å være godt i stand til å komme frem med planer og håp for fremtiden. Noen hadde ønske om og evne til å hjelpe andre. Situasjonen var preget av begrensninger, dels praktiske problemer og dels identitetsproblemer som følge av at de følte seg stigmatisert (12). De måtte bære den tunge vekten av ikke bare for tiden å ha en sykdom, men *være* psykiatrisk pasient. Denne identiteten var det mer enn vanskelig å riste av seg. De manglet tillit fra omverdenen og tillit til seg selv.

I tiden etter innleggelse, når allmennpraktikeren kommer inn som behandler, er oppgaven praktisk og medisinsk: Gi og organisere støtte og tilpasse eventuelle medisiner. Det er en hjelp i dette arbeidet om legen forsøker å ta innover seg at psyko-seerfaringen rokker ved pasientens identitet. Stigma og identitetsproblemer gir en annerledeshet som aktivt må motvirkes ved å lete etter det gjenkjennelige.

Erfaringsbasert kompetanse

Residiverende psykose gir fare for nye innleggelser, noen ganger med tvang. Det er

et stort nederlag å ha vist seg frem som sinnssyk for andre og å ha mistet kontrollen i en tvangsinnleggelse. Mange av pasientene som har vært igjennom en slik innleggelse, uttrykker stor bitterhet når de kommer hjem og møter allmennlegen. Legen kan bli slått av at pasienten som ved innleggelsen virket psykotisk forvirret, har fotografisk minne om det som skjedde. Denne erfaringen kan brukes til å bygge beredskap: Snakke eksplisitt om hva som kunne vært gjort annerledes og gå gjennom parallelle handlingsalternativer ved ev. fremtidig innleggelse. Disse bør føres inn i journalen. Barham rår til å gi pasienten et kriseinnleggelseskort der disse konklusjonene er skrevet ned (11). Det gjelder å bekrefte og bevare personlig verdighet, også i pressede situasjoner, ved å anerkjenne at pasienten har en kompetanse ervervet gjennom erfaring.

Styrking

Styrking begynner med å føle seg anerkjent. Det er mulig å snakke med mennesker med psykotisk sykdom om innholdet i psykotiske forestillinger for å vise at man anerkjenner pasientens erfaringsverden. Legen kan høre om deres indre stemmer og deres innhold, om hvordan de snakker til og med seg selv om disse stemmene, og kan alliere seg med vennlige indre stemmer og bruke dem som usynlige venner (13).

Jon, en ung mann som gjennomgikk en psykotisk depresjon og nettopp var kommet ut fra sykehuset, fortalte om medisinen, hvordan de hjalp ham på en del områder, men også gav ham glupsk appetitt. Han skrev brev der han beskrev stemmene han hørte. Legen kunne ikke fjerne stemmene, men Jon kjente seg lettere da de hadde snakket om brevet.

Lokalt terapinettverk

Personer som har alvorlige psykiske lidelser, trenger mer hjelp enn allmennpraktikeren kan gi. Legen avlaster seg selv ved å ha møtt og fått i stand samarbeid med den lokale psykiatritjenesten. Her handler det ikke om lange møter, men om å bli kjent for deretter å kunne samhandle effektivt. En Cochrane-analyse av behandlingstilbudet til personer med psykiske lidelser på kommunenivå viser at teambasert arbeidsmåte av pasientene aksepteres og oppfattes som bedre enn individualiserte arbeidsmåter (14). Studien viste at samarbeid reduserte innleggelseshyppighet og selvmord.

Allmennlegen trenger å kjenne minst én psykiater som kan gi gode råd på telefon. Trebarnsfaren Ole begynte igjen å bli manisk to uker før konfirmasjonen til et av barna. Burde legen doble eksisterende dose medisin, skifte over til en medisin som hadde virket da Ole var på sykehuset fire år tidligere, eller satse på et av de nye medika-

mentene mot psykose? Dette er vanskelige valg hver eneste gang. Telefonkontakt gav den tryggheten som skulle til for at legen kunne presentere behandlingsopplegget slik at det fungerte. Pasienten unngikk en strevsom innleggelse og kunne være med i konfirmasjonen.

Å møte pasienten er å møte seg selv

Det er gammel og slitesterk visdom at menneskelig lidelse lar seg lindre av samtale med en medreflekterende hjelper. Møtet med uavklart uro, innlevelse i den andres situasjon og refleksjon over følelsene som oppstår kan lære legen nye trekk ved seg selv. Det virksomme møtet kan også være hjelperens hjelp.

Litteratur

1. Hunskaar S, red. Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
2. Sanne B, Dahl AA, Tell GS. Depresjon – samfunnsøkonomiske perspektiver. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 590–6.
3. Wright N, Smeeth L, Heath I. Moving beyond single and dual diagnosis in general practice. BMJ 2003; 326: 512–4.
4. Norges forskningsråd. Behandling av depresjon i allmennpraksis. Konsensuskonferanse. Rapport nr. 14 fra komiteen for konsensuskonferanseprogrammet. Oslo: Norges forskningsråd, 1999.
5. Kessler D, Lloyd K, Lewis G et al. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. BMJ 1999; 318: 436–40.
6. Carney PA, Dietrich AJ, Eliassen MS et al. Recognising and managing depression in primary care: a standardized patient study. J Fam Pract 1999; 48: 965–72.
7. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. Lancet 2000; 355: 185–91.
8. Nessa J. Medisin og eksistens: samtale og psykodynamikk i allmennpraksis. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
9. Malt UF, Robak OH, Madsbu HP et al. The Norwegian naturalistic treatment study of depression in general practice (NORDEP) – I: randomised double blind study. BMJ 1999; 318: 1180–4.
10. Blomhoff S, Haug TT, Hellstrom K et al. Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. Br J Psychiatry 2001; 179: 23–30.
11. Barham P, Hayward R. From the mental patient to the person. London: Tavistock/Routledge, 1991.
12. Thesen J. Being a psychiatric patient in the society – reclassified as the stigmatised «other». Scand J Public Health 2001; 29: 248–55.
13. White M. Re-authoring lives: interviews and essays. Adelaide: Dulwich Centre Publications, 1995.
14. Tyrer P, Coid J, Simmonds S et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disorders of personality (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software, 2003.