

Kan leger og psykologer samarbeide om å forene kropp og sjel?

Sven Conradi

Torkil Berge og Bjørnar Olsens inspirerende reisebrev i dette nummeret av Tidsskriftet viser med hvilken «*decisiveness*» Storbritannia forfølger sine planer om å bedre de psykiske helsetjenestene. De kvalitative og kvantitative målkriteriene innen *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) er av faglig, ikke politisk, karakter. Brukerne trekkes direkte inn i evalueringen. Det går en rød tråd gjennom kompetanseutviklingsprogrammet med veilednings- og evalueringssløyer, systematisk klinisk og epidemiologisk kartlegging og resultatmål. IAPT legger dessuten opp til nært (faktisk samlokalisert) samarbeid mellom helsetjenesten og arbeidskontoret. Dette reflekterer et syn på arbeidsdeltakelse som viktig salutogen faktor i psykisk helsevern. Om elementer fra denne satsningen kan overføres til norske forhold, gjenstår å se.

Sunnaas sykehus HF har engasjert seg i «Raskere tilbake»-ordningen, som skal hjelpe sykmeldte tilbake til jobb. Det er særlig de langtidssykmeldte (over to måneder) man ønsker å nå, hvor pasienter med muskel/skjelett- og psykiske plager utgjør ca. 60 %. Dette er mennesker med stor risiko for varig uførhet. Mye tyder på at vår tradisjonelle måte å tenke og organisere helsetjenesten på ikke fungerer overfor disse pasientene. Jeg vil derfor invitere fagfolk fra psykisk helsevern til et spennende samarbeid.

Ved vanlige helseplager som svimmelhet, brystsmertes og utmattelse finner fastlegen i 80 % av tilfellene ingen somatisk underliggende årsak. To tredeler av sykmeldinger mangler en sykdomsbegrunnelse i klassisk forstand. Det samme gjelder 40 % av indremedisinske polikliniske konsultasjoner. Fibromyalgi, kroniske tretthetstilstander, nakkesleng, rygg- og nakkesmerter er eksempler på noen slike «landeplager», men symptomene kommer i mange sammensetninger og varianter. Av pasienter med kronisk vond rygg henviset til en fysikalsk medisinsk poliklinikk hadde 1,5 % bare ryggsmertes. Ved fysiske plager uten organisk årsak er det psykisk komorbiditet hos 50 %, vanligvis angst/depresjon. På livsløpsbasis nærmer forekomsten seg 80 %. Det er en lineær sammenheng mellom antall psykiske og somatiske plager. Personene vi snakker om, presenterer smerter i ulike deler av kroppen, hodepine, tretthet, søvnvansker, subjektive konsentrasjons- og hukommelsesbesvær, angst og depresjon, ubehag fra mage, respirasjon, genitalier, osv. Men legen finner ikke *sykdom* som forklarer plagene.

Den «sammensatte» pasienten (eller pasienten som *somatiserer*, som vi også sier) opplever (normale?) kroppslige ubehag på en forsterket måte. Det er som om nervesystemet deres er koblet til en resonanskasse. Selv om vi ennå mangler en helhetlig forståelse av fenomenet, vet vi at arvelige, biologiske og psykofysiologiske faktorer inngår, og at forhold knyttet til læring, betingning og forventning nedfeller seg i personlighetsstruktur, emosjonelle reaksjoner og kognisjoner. Det er tendens til katastrofetenkning og hjelpeløshet overfor symptomene, med tilhørende unngåelsesadferd og inaktivitet. Cognitive Activation Theory of Stress gir en god teoretisk modell for forståelsen av somatisering, og et rasjonale for klinisk behandling.

Siden disse menneskene ikke er syke i klassisk forstand, oppfører de seg heller ikke som man forventer av «vanlige» syke. Gjennomgående føler de seg (med rette?) misforstått av legen. De er overbevist om at noe fysisk/somatisk er galt, og ønsker utredning av kroppen. Legen har ingen god forklaring på plagene, og antyder noe i retning av «stress» og «bare psykisk». Dette fører ofte

til at pasientene opplever sin integritet som truet. De er kjent for å bytte til ny lege, og noen jakter stadig på nye behandlingsformer som skal gi helbredelse. Helsemarkedet florerer av tilbud basert på antagelsen av at plagene skyldes eksterne *agens*: kjemikalier (amalgam, aspartam, E-stoffer), mat (sukker, mel, «blodtype-inkompatible» stoffer), muggsopp (candida), elektromagnetisk støy (el-syke, skjermesyke, mobiltelefoner) «syke hus», osv. Slike påvirkninger har det til felles at de er usynlige, snikende, og derfor vanskelige å gardere seg mot. Faren kan sjelden verken bevises eller motbevises. Behandlingsalliansen kan fort rakne om legen innlater seg i diskusjon om årsaksfaktorer og behandlingsformer.

I tillegg til at «Raskere tilbake»-satsningen avdekker manglende faglig/metodisk kunnskap om sammensatte lidelser, viser den at vår tradisjonelle separate organisering av somatiske og psykiske helsetjenester ikke tar høyde for pasientenes behov. Det dualistiske skillet mellom kropp og sjel som Descartes teoretiserte for 400 år siden, får sjelden så uheldige konsekvenser som nettopp i møtet med disse pasientene.

Er ikke ventetiden for å komme til terapi lang nok som den er? Leger og psykologer trenger nye samarbeidsformer: Isolert henvisning til psykiatrien for disse pasientene er lite fruktbart. Dels avslår DPS søknadene fordi plagene ikke anses som alvorlige nok. Dels er pasientene ute etter en *kroppslig* årsak til plagene og blir lett krenket og mistenksomme når det anlegges en isolert psykologisk innfallsvinkel. I tillegg er psykisk helsevern dårlig faglig rustet i møtet med disse pasientene. Ikke bare innen somatikken råder uvitenhet om at hodepine faktisk er det vanligste symptomet ved depresjon. Ikke sjelden får vi pasienten tilbake med beskjed om å lete videre etter en organisk årsak!

Innen «Raskere tilbake» er det etablert flere tverrfaglige vurderings- og behandlingssentre med integrert medisinsk og psykologisk kompetanse. Medisinen skal sikre en somatisk diagnostisk avklaring, slik at pasienten opplever seg trygg og seriøst ivaretatt. Dette må gjennomføres på en klok og balansert måte av erfarne leger med innsikt i utfordringene som knytter seg til den somatiserende pasient, for å unngå kommunikasjonsfellene som er beskrevet over. Det er utviklet en strukturert undersøkelses- og kommunikasjonsmodell som ivaretar dette. Dette fører til friskmelding for en del pasienter. Noen trenger imidlertid andre tilbud. Ofte kan gruppebehandling være velegnet. Målet er å skape rammene for at pasienten selv kan oppleve nytten av å forlate en uhensiktsmessig sykerolle og -adferd. Helsevesenet vil oppleve gevinsten ved at disse pasientene ivaretas på en bedre måte, og unngå fruktesløse utredninger og kostbare undersøkelser.

Psykologens rolle i dette samarbeidet er todelt:

1. *Behandling av vanlige psykiske lidelser.* Dette er selvsagt gunstig og berettiget i seg selv. Opplevelsen av psykisk mestring reduserer dessuten pasientens stressnivå og følelse av håpløshet med positive psykofysiologiske ringvirkninger og effekt på smerteterskel, sensitivisering, osv.

2. *Adferdsmodifiserende råd og veiledning.* De fysiske plagene er som nevnt resistente mot medisinsk behandling: medikamenter, kirurgi og fysioterapi gir ikke varig effekt. Best dokumentert virkning har råd og veiledning, gitt innenfor en kognitiv adferdsterapeutisk ramme (CBT), med vekt på funksjon og mestring i arbeidslivet *til tross for* plagene. Folkelig sagt: La resonanskassen buldre det den vil, men ta tilbake kontrollen over ditt eget liv! CBT er gunstig for pasienter med somatiske plager blant annet fordi behandlingssuksess ikke forutsetter noen teori om at psykiske årsaker ligger til grunn (hvilket strengt tatt fortsatt er spekulativt). Likevel er det ofte mulig å motivere pasienten til å delta i et strukturert program hvor mer hensiktsmessig adferd og et bedre liv er målet. I den grad kommunikasjonsklimaet tilsier det, kan emosjoner og uhensiktsmessige tankesett sekundært også bli gjenstand for terapien.