

Psykologenes bidrag til alternativindustrien

Katharine Cecilia Williams

Psykologspesialist og fagredaktør i Tidsskrift for Norsk Psykologforening

Alternativ medisin er big business. Som representanter for institusjonalisert skolemedisin må vi gjerne stille oss akademisk hoderystende til dette. Men da overser vi vårt eget bidrag til problemet.

Jeg skal innrømme det. Pasienter med diffuse helseplager (svimmelhet, udiagnostiserbare muskelsmerter, hodepine) eller symptomlidelser (tinnitus, alopeci, diabetes osv.) gjør meg usikker. Ydmykhet hos psykologen er en dyd, men jeg trenger også å ha autoritet som behandler for å skape nødvendig tillit mellom meg og den som lider. Uansett hvor lite dualistisk jeg prøver å være, kan jeg merke hvordan jeg haler i min «psykologiske» retning, mens pasienten drar i sin «medisinske». Når pasienten ikke helt passer inn i behandlingsmodellene jeg har blitt skolert i, merker jeg de empatiske strekkmerkene. Snakker vi om en vanskelig pasient eller en hardnakket behandler?

Til tross for manglende pasientstatus koster somatoforme lidende millioner av helsekroner. Noen sier ansvarsfraskrivende at disse personene «shopper» rundt i helsevesenet

Men pasienten vet at jeg ikke kan gi tabletter eller henvise til nok en legespesialist. Nettopp dette gjør psykologen annerledes som behandler på «markedet». Min opplevelse er at psykoterapi kan være en effektiv behandlingsform, forutsatt at legen har tatt pasientens plager på alvor helt i starten av sykdomsforløpet. Noen ganger innebærer dette at pasienten blir henvist for spesialistutredning, men ikke alltid.

Utenfor kriteriene

Somatoforme lidende har fysiske plager, men de fyller ikke kriteriene for en medisinsk diagnose. Forekomsten er høy, og konsekvensene for pasienten kan være store. Effektiv behandling ville krevd at spesialisthelsetjenestene fungerte helhetlig og tverrfaglig. Som psykolog i privat praksis har jeg ikke sjelden møtt pasienter som i årevis er blitt gående fra den ene spesialisten til den andre uten å finne effektiv behandling for plagene sine. Oppradd for andre tiltak henviser fastleger gjerne disse fortvilte pasientene til spesialistundersøkelser, selv om indikasjoner for slik undersøkelse knapt er til stede. Slike spesialistutredninger bidrar ofte ikke til annet enn å vedlikeholde pasientens bekymringer og plager. Til tross for manglende pasientstatus koster somatoforme lidende millioner av helsekroner. Noen sier ansvarsfraskrivende at disse personene «shopper» rundt i helsevesenet.

Alternativ medisin er big business. Et utall av aktører gjør penger på menneskers lidelse og fortvilelse med tvilsomme behandlingsmetoder. NRK-programmet *Folkeopplysningen*, og Gunnar Tjomlids bok *Placebodefekten*, som kom ut i fjor, er eksempler på at man i nyere tid har rettet søkelyset på hvor spekulativ denne industrien er. Men problemet er på ingen måte nytt. Undersøkelser viser at mennesker i den vestlige delen av verden konsulterer alternative behandlere like ofte som behandlere innenfor tradisjonell skolemedisin, en trend som har materialisert seg i studier foretatt i en rekke land. Som representanter for institusjonalisert skolemedisin må vi gjerne stille oss akademisk hoderystende til dette, men da overser vi etter min mening vårt eget bidrag til problemet.

Tidlig intervensjon kan gjøre vondt verre

Flertallet vil oppleve en tilvenning til en symptomlidelse (korsryggmerter, tinnitus, landgangssyndrom) etter en tid. Vi vet i dag lite om hvorfor noen få blir hardt rammet av denne typen plager, mens de fleste ser ut til å klare seg bra. Jeg tror psykologien har mye å bidra med her, både i klinikk og i forskning.

Med lavterskeltilbud som for eksempel «Raskere tilbake» når vi stadig tidligere ut til pasienter – også de som legene ikke kan gi medisinsk behandling. Men når vi vet at de fleste vil oppnå tilvenning til symptomene sine, bør vi da gi behandling før det er gått litt tid? Tidlig intervensjon er et ideal som ingen later til å sette spørsmålstegn ved. Men når en symptomlidelse har festet seg og fortsetter å være plagsom, er det grunn til å anta at det på et tidspunkt har dannet seg en bevisst/førbevisst/underbevisst fareassosiasjon til symptomet. Jeg tror det er viktig at helsearbeidere ikke bidrar til slike assosiasjonsdannelser ved å sette i gang undersøkelser og tiltak av subjektive helseplager for tidlig. Særlig ikke dersom vi ikke har en effektiv kur å tilby.

Dilemmaet eksisterer fordi vi ikke kan gå inn med tidlige intervensjoner uten samtidig å formidle at dette er eller kan være en sykdomstilstand som trenger behandling, noe som for mange pasienter ikke er tilfellet. Å avvente er å ufarliggjøre og kan vise seg å være en effektiv behandling i seg selv. For oss kan dette virke opplagt, men vi må huske at psykologen har andre ansvarsoppgaver enn fastlegen. Blant helsetilbudene står psykologen i en særstilling når det gjelder å tilby avventing som behandling.

Tidlig intervensjon er et ideal som ingen later til å sette spørsmålstegn ved

Hvor skal oppmerksomheten rettes?

Målet med behandlingen må nødvendigvis være at helseplagen ikke skal være i fokus, pasientens oppmerksomhet skal være vendt *bort* fra kroppen og symptomene. I samme sekund som vi starter en behandling av en somatoform lidelse, rettes imidlertid oppmerksomheten unngåelig *mot* plagene. Et renn av utfordringer utløses av dette paradokset.

Mange av mine pasienter ønsker å lære seg distraksjonsteknikker, i motsetning til noen forskere (for eksempel Adrian Wells) som har tatt til orde for at distraksjon kan fungere som en problemoppretholdende unngåelsesstrategi. Ved denne mestringsformen formidler pasienten til sitt underbevisste kognisjonsapparat at «dette må jo være farlig, siden jeg bruker så mye ressurser på å komme meg unna».

Noen er blitt så fortvilte over sin situasjon at aktivitetsnivået er skrudd helt ned. Opplevelser og kontakt med andre er begrenset så mye som mulig. Livskvalitet så vel som helsefunksjon er direkte berørt, og å gjenoppta tidligere aktivitetsnivå vil være et viktig behandlingsmål. Siden beskyttelsen og isolasjonen oppleves som en effektiv mestringsstrategi, vil pasienten ha behov for forsikringer om at det er trygt å presse seg.

Å betrakte de fysiske symptomene som uttrykk for psykisk lidelse, og stadige legekonsultasjoner som en måte å mestre angst på, vil her fort bli en utilstrekkelig tilnærming. Min erfaring fra arbeid med tinnitus tilsier at pasienter kan komme til å ha mange, og innviklede, medisinske spørsmål. Tinnitus blir ofte verre av stress, og pasientene kan bli bekymret for at tilstanden skal forverres av terapien. For å komme i en virksom, terapeutisk posisjon trenger jeg å ha mye kunnskaper om (i dette tilfellet) audiologi, eller alliere meg med en medbehandler som har slike kunnskaper. Men selv om pasienten gis pålitelig informasjon om de medisinske sidene ved å «risikere» å gjennomføre anbefalt

behandling, er det viktig å understreke at behandlingen like fullt er psykologisk. Hvis ikke vil jakten på Den Medisinske Kur fortsette.

Psykologen kan bidra til å stanse lekkasjen til alternativindustrien

Psykologen tilbyr ikke tabletter, kroppslige undersøkelser eller raske kurer. Men vi *har* effektive behandlingsmodeller for somatoforme lidelser. Psykologen kan bidra til å motvirke problemet med at så mange pasienter fruktesløst oppsøker stadige nye spesialister og behandlinger for plagene sine. Forutsetningen er en tettere forbindelse mellom spesialisthelsetjenestene enn hva tilfellet er i dag. Som profesjon bør vi tilgjengeliggjøre våre arbeidsmetoder og ta til orde for en mer helhetlig tilnærming, i tillegg til å ansvarliggjøre våre medisinske henvisere. Slik situasjonen er nå, drives alle parter fra skanse til skanse. I en slik situasjon er det ikke underlig at pasientene oppsøker behandling der de kan.