

Kan det være hjertet, Doktor?

Af Pia Callesen, cand. psych., klinisk psykolog.

Har du prøvet at få et stik i hjertet og straks tænkt, at det kunne være noget med hjertet? Hvis tanken tog fat kunne du blive angst og pulsen ville stige. Dette ville bekræfte din antagelse om, at der virkelig ER noget galt med hjertet og du vælger måske at søge læge...

Ovennævnte beskrivelse er et velkendt eksempel på somatisering, dvs. at man fokuserer på kropslige signaler og reaktioner. Det er meget normalt at øget opmærksomhed på et bestemt område i kroppen kan frembringe fysiske sensationer (sanseindtryk). - Man opdager pludselig en ujævnhed i hjerterytmen eller en knop på halsen... - Prøv at placere al din opmærksomhed på fingerspidserne og du vil opdage, at det snurrer helt ude i spidserne. Afhængig af tidligere erfaringer vil du enten tolke symptomerne som farligere eller harmløse. Hvis et nært familiemedlem f.eks. lige er død af en blodprop i hjernen, vil du måske kunne blive angst og overveje om den snurrende fornemmelse er første tegn på en blodprop. Angsten vil resultere i øget opmærksomhed på den snurrende fornemmelse, og med lynets hast kan ”somatiseringens onde cirkel” være gået i gang. Det er forståeligt, at man herefter ønsker en fornuftig forklaring på sine helt reelle sensationer og måske opsøger lægen.

Problemets omfang

Somatoforme lidelser eller somatiseringstilstand defineres som medicinske uforklarlige, men reelle fysiske klager, som tolkes som tegn på f.eks. kræft eller andre alvorlige sygdomme. Angsten kan i værste tilfælde resultere i gentagne lægebesøg, hvor lægens forsikringer om, at alt er normalt kun medfører kortvarig angstnedsættelse. Sådanne tilstande betegnes som hypokondri, dvs. den mest ekstreme og angstrelaterede diagnose i somatiseringsspektret. Nye undersøgelser viser, at lægen ved hver fjerde henvendelse ikke kan finde legemlige årsager. Der skønnes at være i alt mellem 150.000 - 250.000 danskere, der plages af uforklarlige somatiske symptomer – herunder 5 % af hypokondri. De fleste læger står magtesløse overfor, hvad de skal stille op med somatiserende patienter, og mange vælger at sende dem videre til speciallæger eller forsøger at medicinere. Ifølge Jyllands Posten er hele 12 % af indlæggelser på medicinske afdelinger herhjemme grundløse. Det er ikke ualmindeligt at den somatoforme patient bliver henvist til adskillige speciallægeundersøgelser og scanninger, hvilket koster samfundet millioner af kroner hvert år. Lægen føler sig ansvarlig for at behandle effektivt, men er sjældent trænet i at varetage holistiske opgaver, hvor det er svært at redegøre for hvad der er ”følelser” og ”krop”.

Nogle gange kan det være vanskeligt at stille diagnosen somatiseringstilstand eller hypokondri. Lægen kan blive usikker på, om han har overset noget væsentligt somatisk og vælger derfor at sende patienten videre til flere undersøgelser. I andre tilfælde kontakter patienten måske selv andre speciallæger i frustration over, at lægen ikke hurtigt kan fastlægge og behandle symptomerne. På den måde øges risikoen for ”falske positive” og fund af somatiske afvigelser, hvilket blot tjener til at forstærke helbredsangsten og resulterer i yderligere behov for udredning. Når somatiseringsdiagnosen er stillet, kan det også være vanskeligt at overbevise patienten om, at hans helt reelle symptomer har et psykisk islæt. Det er vigtigt at være lydhør overfor patientens klager og evt. foreslå terapi som en mulighed: Lægen: *”Jeg hører og forstår, at du virkelig har ondt i maven. Men før vi går videre med flere undersøgelser, synes jeg vi skal prøve at gå i en anden retning (terapi) hvorefter vi naturligvis vil vende tilbage til de somatiske udredninger, hvis terapien ikke skulle have en symptomreducerende effekt”*. Som før nævnt er de færreste læger ”rustede” til sådanne svære samtaler. Udfordringen går ud på, at undgå at afvise eller negligere patientens hypotese om, at det kunne være noget fysisk.

Diagnosticering af Somatiseringstilstand

Der er naturligvis stor forskel på almindelige psyke-soma fænomener og den gruppe af mennesker som lider af somatiseringstilstand. Vi kender alle psyko-soma fænomenet på vores egen krop: *”En kvinde lider af influenza og har ondt i halsen. I hendes familie er to døde af kræft indenfor de sidste 3 år. I forbindelse med et Tv-program om kræft bliver hun bevidst om symptomerne for lungekræft. Hun ”mentalscanner” sin krop og opdager, at hun netop har de beskrevne fysiske symptomer. Dette gør hende naturligvis bange. Angsten resulterer i tørhed i halsen og øger overbevisningen om, at hun måske lider af lungekræft. Hun ringer hurtigt til lægen og bestiller en tid”*.

Eksemplet illustrerer hvordan tanker, følelser, krop og adfærd hænger sammen. Følelsen af angst manifesterer sig i kroppen som anspændthed; Forelskelse føles i maven og stress kan udløse hovedpine. Forskellen mellem almindelige psyko-soma fænomener og rendyrket somatisering eller i værste tilfælde hypokondri er en gradsforskel og et spørgsmål om hvorvidt symptomerne er invaliderende for patienten. Det essentielle træk ved somatiseringstilstande er, at patienten præsenterer funktionelle symptomer, dvs. fysiske symptomer, som kunne være tegn på en somatisk lidelse, men hvor der ikke kan findes nogen tilfredsstillende organisk forklaring på symptomerne. Op imod 60-75 % af alle patienter i Danmark har på et eller andet tidspunkt lidt af en eller flere somatiske klager uden medicinsk forklaring. De mange somatoforme patienter udgør en væsentlig samfundsmæssig belastning. De ”trækkes rundt” i sundhedsvæsenet uden at få den rette behandling. Kronisk somatiserende patienter gennemgår talrige undersøgelser, indlæggelser, indgreb og

uvirksomme behandlingsforsøg og kan blive påført fysiske skader pga. de mange indgreb. Somatiske lidelser er således forbundet med store omkostninger ikke blot for samfundet men også den enkelte patient. Læger frustreres over magtesløsheden og følelsen af inkompetence, når patienterne igen og igen vender tilbage med den samme problemstilling. I en undersøgelse foretaget af undertegnende på 20 læger blev det klart, at 20 % af lægerne anser hypokondri – som værende meget belastende for deres praksis.

Løsningen kunne være kognitiv adfærdsterapi

Først for nyligt er læger og psykologer i samråd begyndt at udvikle effektive behandlingsstrategier for sygdomsangst. Engelsk og amerikansk forskning peger på, at der i høj grad kan spares kræfter og ressourcer, hvis lægen trænes i kognitiv adfærdsterapi eller at patienterne hurtigst muligt henvises til en kognitiv adfærdsterapeut. Den eneste effektundersøgelse her i landet, er under udførelse på Bispebjerg Hospital og Fobiskolen i København. Her undersøger man om patienter med helbredsangst kan behandles effektivt ved hjælp af kognitiv adfærdsterapi. Hvis resultaterne viser det samme som i England og USA, vil det pege på, at læger bør have en anden tilgang til patientgruppen end de har nu, hvor de ofte fokuserer på den fysiske del af tilstanden og henviser patienter til diverse opslidende og ressourcekrævende udredninger. Det lader til at være langt mere effektivt og besparende at behandle disse patienter med kognitiv adfærdsterapi. Der er naturligvis store individuelle forskelle på sygdommens sværhedsgrad og varighed indenfor somatiseringslidelser, men gør man regnestykket lidt firkantet op, kan en læge typisk diagnosticere en patient som havende en somatiseringstilstand efter 4-6 undersøgelser. Selvom man aldrig kan være 100 % sikker på at der ikke findes nogen fysisk årsag til symptomerne, må man på dette tidspunkt forklare patienten, at der højst sandsynligt ikke kan findes en legemlig forklaring på hans symptomer. Yderligere udredninger vil kun komplicere tilstanden og øge helbredsangsten. Denne individuelle afgørelse kan være svær at foretage hurtigt. Der mangler stadig gode screeningstest, der hurtigere kan diagnosticere patienterne. Når en læge vurderer, at symptomerne har et psykisk islæt, er det er meget forskelligt om han vælger at behandle patienten psykologisk eller sende ham videre til yderligere udredning. Det er meget forskelligt om patienterne accepterer, at symptomerne skulle have et psykisk islæt. I min tidligere omtalte undersøgelse på 20 læger viste det sig, at 25 % af lægerne foretager 3-4 yderligere undersøgelser og/eller somatiske behandlinger *efter* somatiseringsdiagnosen er stillet. Disse undersøgelser eller behandlinger koster normalt mellem 5.000-15.000 kr. stykket. Dvs. op til 60.000 kr. i alt (ekskl. evt. indlæggelser).

Kognitiv adfærdsterapi er en korttidsbehandling. Et normalt behandlingsforløb omfatter mellem 10 og 20 timers samtaler á ca. 800 kr. Her er den samlede udgift max. 16.000 kr. Det er tydeligt, at der

er mange penge at spare hvis lægen hurtigt er i stand til at diagnosticere tilstanden med rimelig sikkerhed og henvise patienter til kognitiv adfærdsterapi.

Kognitiv adfærdsterapi

Som den eneste psykoterapeutiske retning, bygger kognitiv adfærdsterapi på videnskabeligt validerede metoder og teknikker. Den har sit udgangspunkt i 1960'ernes adfærdseksperimenter og er siden blevet videreudviklet gennem kognitions- og effektforskning. På nuværende tidspunkt anses kognitiv terapi (eller kognitiv adfærdsterapi) internationalt som værende en af de mest hensigtsmæssige og effektive terapeutiske tilgange til behandling af de fleste angst- og depressionsrelaterede psykiske lidelser – herunder helbredsangst og somatiseringstilstand. Vi ser alle verden gennem ”briller” skabt af tidligere erfaringer som vi tolker situationer ud fra. I kognitiv terapi tager man udgangspunkt i tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærd. I samarbejde med psykologen bliver klienten bevidst om sit verdenssyn og lærer at omstrukturere negative tanke- og adfærdsmønstre.

I Danmark har kognitiv adfærdsterapi i mange år været en forholdsvis tilsidesat og undervurderet tilgang. På trods af det store gennembrud på verdensplan har man på et af landets førende universiteter - Københavns Universitet Amager (KUA) efter min mening, valgt at ignorere den internationale udvikling på området og fastholdt den stærke tradition for psykodynamik og kritisk psykologi. Tilgangen til psykologien på KUA er stærkt teoretisk og der trænes ikke som i udlandet i terapi som ”håndværk”. Der er ikke tradition for at se terapi som et videnskabeligt område der hele tiden bør validere sine metoder.

Jeg tog min bachelorgrad i psykologi på University of Wales, Bangor i England og måtte til min store forundring erfare at undervisningsmaterialet så betydeligt anderledes ud i Danmark ved min hjemkomst i 2000 end i Storbritannien. I England fokuserer 90 % af psykoterapiundervisningen på kognitiv adfærdsterapi. Jeg har heldigvis senere erfaret, at tilstandene er betydelig anderledes på Aarhus Universitet, hvor man har taget konsekvensen af de internationale tendenser og inddraget væsentligt mere undervisning i kognitiv adfærdsterapi. Den tilsidesatte undervisning i kognitiv terapi på Københavns Universitet er et problem for de studerende, der selv må opsøge information om metoden. Dette kommer naturligvis til at få konsekvenser for antallet af studerende, der vælger at benytte sig af metoden som nyuddannede psykologer. Hvis man ikke er blevet undervist tilstrækkelig i metoden, er det svært at give sig i kast med at praktisere kognitiv terapi. Det må være en samfundsmæssig og politisk opgave at uddanne psykologer i en terapeutisk metode, som er videnskabeligt verificeret, korttidsorienteret og ressourcebesparende. De færreste patienter kender de metodiske forskelle imellem psykologer og ved derfor ikke om de taler med f.eks. en kognitiv,

psykodynamisk eller systemisk orienteret psykolog. Efter min mening kan den manglende information på området have en negativ indvirkning på antallet af patienter, der får det mest hensigtsmæssige og efterprøvede psykoterapeutiske behandling.

Den somatoforme patient har krav på relevant psykologisk behandling

Eftersom der næppe er tradition for hurtig omstrukturering på Københavns Universitet, er det vigtigt at læger og patienter bliver mere bevidste om effektive behandlingsmetoder. Læger må blive bedre til at henvise somatoforme patienter til kognitive terapeuter eller – alternativt selv videreudanne sig indenfor tilgangen. Kognitiv terapi er forholdsvis let tilgængelig, og der findes i øjeblikket flere kurser for behandlere i SAKTs regi (Selskab for Adfærds og Kognitiv Terapi). Dette vil komme de mange lidende somatoforme patienter til gode, som kunne få en mere relevant og omkostningsbesparende behandling. Som tingene ser ud nu, udgør denne patientgruppe en enorm økonomisk - og ressourcemæssig belastning – ikke blot på samfundsmæssigt plan, men i høj grad også for den enkelte lægepraksis og ikke mindst for patienten selv.

Cand.psych. Pia Callesen er

uddannet ved Bangor University, Wales og Københavns Universitet og skrevet specialet: ”*Hypokondri – En teoretisk og empirisk undersøgelse af kognitiv adfærdsterapi i forhold til hypokondri*”

Afsluttet Selskab for Adfærds og Kognitiv Terapis (SAKT) videreuddannelse i kognitiv terapi

Arbejder på Psykologisk Klinik Hellerup ved psykolog Karin Dørum samt på Center for Kognitiv Terapi og Supervision (CEKTOS) ved klinikchef Lennart Holm i Næstved.

Udgiver bogen ”*Kan det være hjertet, Doktor? – en kognitiv behandlingsmanual til behandling af somatiseringstilstand og helbredsangst*” i samarbejde med Lennart Holm