

Sjukvårdens storkonsumenter kan mötas med kognitivt förhållningsätt

Läkartidningen har i en serie artiklar [1-4] uppmärksammat patienter med somatiseringssymtom »som gång på gång söker för kroppliga besvär ... utan att någon biomedicinsk diagnos kan ställas ... patienten blir besviken och läkaren frustrerad« [5]. Mellan 4 och 5 procent av hjälpsökande patienter kan svara för 20 procent av samtliga besök vid ett storstadssjukhus [2].

GIACOMO D'ELIA
professor emeritus, leg psykoterapeut,
Center kognitiv psykoterapi, Linköping
gidelia@telia.com

II Som lärare i kognitiv samtalsmetodik har jag ofta träffat frustrerade primärvårdsläkare som längtar efter ett verktyg som kan göra mötet med dessa patienter mindre frustrerande. Som psykiater har jag inte sällan träffat patienter med långvariga »psykosomatiska« besvär, speciellt långvariga smärttillstånd, som är djupt besvikna över den vård som de anses behöva men inte fått.

Ett bemötande baserat på kognitiv terapi kan naturligtvis inte göra anspråk att vara den definitiva lösningen. Men frågan är om det kan göra den psykologiska hanteringen av patienter med somati-

serande symtomatologi mindre frustrerande för läkaren och leda till minskad besvikelse för patienten?

Vad kännetecknar storkonsumenterna?

Denna grupp består av patienter som »... reagerar på stress och påfrestningar med att utveckla framförallt kroppsliga symtom, tolkar symtomen som tecken på medicinsk sjukdom och söker medicinsk hjälp för dem« [3]. »Gemensamt för dessa patienter är en djup oro och tendens att tolka symtom som ett livshot eller som ett hot mot autonomi« [2].

En genomgående egenskap hos dessa patienter är att de *tolkar* kroppsliga symtom som tecken på allvarlig kroppslig sjukdom. Det är inte symtomet i sig som utgör faran, utan dess tolkning. Det är således en kognitiv process, beskriven som

»katastroftänkande« i kognitiv terminologi, som leder till oro, rädsla, ångest och till sökande efter räddningen.

Katastroftänkandet sker i sin omedelbara form i patientens automatiska, oreflektade tankar och mentala bilder. Kliniska iakttagelser, bekräftade av systematiska undersökningar, visar att patienter med somatiserad symtomatologi dessutom kan vara »överuppmärksamma« för kroppsliga signaler.

Utöver tendensen att tolka kroppsliga sensationer/ symtom som tecken på förestående fysisk »katastrof«, har »storkonsumenterna« flera av följande karaktéristika:

- otillräckligt biologiskt underlag för en biomedicinsk diagnos
- stort subjektivt lidande, ångest, oro, rädsla, sorg
- ångest som symtomproducerande/ symtomförvärrande faktor
- kräver i läkarens ögon omotiverade åtgärder
- komplicerad relation till vården, med ilska och besvikelse som dominerande känslor
- negativ inställning till psykiatrisk hjälp.

Inte bara medicinska konsekvenser

I dialogen Laches definierar Platon fruktan »som en förkänsla av ett förestående ont« [6]. Kognitiv teori hävdar att känslor som ångest, rädsla, oro är oskiljaktigt sammanvävda med föreställningar av överhängande faror riktade mot individens existentiella värden (överlevnad, medmänskliga relationer, socialt anseende, framgång).

I kraft av sin starka känsloladdning har dessa föreställningar en omedelbar trovärdighet, vilket ytterligare ökar deras ångestskapande verkan. Hjärtklappning, trötthet, tillfällig värk, tillfälliga infektioner omtolkas till fysiska hotbilder (hjärtinfarkt, hjärnblödning, HIV, cancer, död, livslång smärta). Dessa föreställningar hotar inte bara den kroppsliga hälsan, utan också andra livsviktiga värden som ekonomiskt oberoende, lyckligt familjeliv, lustfylld fritid.

Samarbetet A och O

Den kognitiva metoden betonar mycket starkt betydelsen av en fungerande arbetsallians med patienten [7]. Läkarens bidrag till alliansen är en kontinuerlig medvetenhet om den grundläggande be-

ILLUSTRATION: AMI ILUSTE

Patienterna tolkar kroppsliga symtom som tecken på allvarlig kroppslig sjukdom. Detta »katastroftänkande« leder till oro, rädsla, ångest och till sökande efter räddningen.

En översikt över undervisningsinsatser enligt elementära och handfasta principer, riktade mot primärvårdsläkare i tre randomiserade studier, visar färre onödiga provtagningar och läkarbesök, men i regel inte att patienten blev mera tillfredsställd. Kognitiv-beteendeterapeutisk metodik tillämpad av primärvårdsläkare visar goda effekter vid somatiseringssyndrom.

tydelsen av ett bekräftande och respektfullt bemötande av patientens oro, räds-la, ångest.

Dessa känslor är i patientens ögon varken »irrationella« eller »regressiva«. Patienten kan lätt finna argument för sin »tro«, utifrån personlig livserfarenhet och generell kunskap om sjukdomar. En välmenande tröst från läkarens sida (»du behöver inte vara orolig för ...«) kan sätta samarbetet på prov. Ett avvisande eller underkännande av patientens »teori« om sin sjukdom kan intensifiera patientens fokusering på kroppen [8].

»Katastrofala« föreställningar kan i en atmosfär av icke dömande attityd mötas mera effektivt, blottläggas och göras tillgängliga för gemensam reflektion. Patientens hälsohypotes granskas utan att dennes »sjukdomsteori« underkänns. Alternativa »tankemodeller« ger patienten möjlighet till att reflektera utifrån ett nytt perspektiv, och förhoppningsvis ge en förklaring till symtomens natur, vars validitet patienten själv kan testa i sin egen vardag.

»Feltolkningsteori« [9, 10] har använts i många år som en förklaringsmodell för behandling av patienter med paniksyndrom, »psykosomatiska« besvär och hälsoångest (hypokondri). En förklarad »grind control theory« är ytterligare ett exempel på »nya« tankemodeller

som kognitiva terapeuter kan föreslå sina patienter för hantering av exempelvis långvariga smärttillstånd [11, 12].

Nya strategier?

Författarna till artiklarna i Läkartidningen efterlyser strategier för att möta, diagnostisera och behandla denna speciella grupp patienter [5]. Inom kognitiv terapi börjar det finnas en samlad erfarenhet av att möta och behandla dessa patienter [13-16]. Som många andra tycker jag att en förtroendeingivande somatisk kompetens hos terapeuten är en klar fördel [17], och att huvudansvaret för dessa patienter bör finnas kvar inom den somatiska vården

Erfarenheter i primärvården

En översikt över undervisningsinsatser enligt elementära och handfasta principer, riktade mot primärvårdsläkare i tre randomiserade studier (redovisade av Ottosson [8]), visar färre onödiga provtagningar och läkarbesök, men i regel inte att patienten blev mera tillfredsställd. Kognitiv-beteendeterapeutisk metodik tillämpad av primärvårdsläkare visar goda effekter vid somatiseringssyndrom.

En faktor som kan försvåra användningen av ett psykologiskt omhändertagande enligt de principer som jag här kort skisserat, är att det kan upplevas som tidskrävande. »Hur skall vi kunna hinna med det, också?« är en berättigad kommentar från överbelastade allmänläkare. Eller, som en kollega mycket illustrativt uttryckte: »när jag ser att fru Larsson börjar bli tårögd, tittar jag på klockan ... har jag tid? ... hinner jag?«. »Vi är generalister, vi skall inte syssla med psykoterapi« är ytterligare en korrekt beskrivning av allmänläkarens situation.

Samtidigt som dessa invändningar kan vara berättigade, kan det i dem finnas något av ett missförstånd. Ett respektfullt, icke dömande, empatiskt bemötande behöver ej nödvändigtvis ta lång tid i anspråk, och inte heller innebära en specialiserad psykoterapeutisk behandling.

Patientsamarbete effektivare än tröst

Sammantaget visar klinisk erfarenhet och evidensbaserad dokumentation vid somatiseringssyndrom att ett patientcentrerat och samarbetsinriktat förhållningssätt är mera effektivt än ett allmänt tröstande, försäkrande, rådgivande läkarcentrerat bemötande. Ett kognitivt förhållningssätt, med sin speciellt starka betoning av samsambetsaspekten, och sitt fokus på patientens inre föreställningsvärld kan vara väl anpassat för denna speciella patientgrupp.

Referenser

1. Karlsson H. Storkonsumenten av primärvård söker läkare mer än tio gånger om året. Läkartidningen 2001;98:4322-3.
2. Hansagi H. Patienten och vårdteam i partnerskap. Läkartidningen 2001;98:4323-5.
3. Hansen ST. Psykisk sjukdom ligger ofta bakom upprepade intagningar. Läkartidningen 2001;98:4326-8.
4. Bingefors K. Depression och hög konsumtion av läkemedel går hand i hand. Läkartidningen 2001;98:4320-30.
5. Lundin A. Hur skall vi hjälpa de patienter som ständigt toppar besöksstatistiken? Läkartidningen 2001;98:4320-1.
6. Platon. Laches. Skrifter. Bok I. (Översättning: Jan Stolpe). Stockholm: Atlantis, 2000.
7. d'Elia G. Kognitiv psykoterapi. Ett samarbetsprojekt med patienten. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa (sfph), 2000.
8. Ottosson JO. Patient-läkarrelationen. Läkekunst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur i samarbete med SBU, 1999.
9. Clark DM. A cognitive approach to panic. Behav Res Ther 1986;24:461-70.
10. Sanders D. Counselling for psychosomatic problems. London: SAGE Publications, 1996.
11. Philips HC, Rachman S. The psychological management of chronic pain. New York: Springer, 1996.
12. White CA. Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems. A guide to assessment and treatment in practice. Chichester: John Wiley & Sons, 2001.
13. France R, Robson M. Cognitive behaviour therapy in primary care. A practical guide. London: Kingsley Publishers, 1997.
14. Salkowskis PM, Bass C. Hypochondriasis. In: Clark DM, Fairburn CG, eds. Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: Oxford University Press, 1997.
15. Jonston DM. Cardiovascular diseases. In: Clark DM, Fairburn CG, eds. Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: Oxford University Press, 1997.
16. Mayou R. Atypical chest pain. In: Clark DM, Fairburn CG, eds. Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: Oxford University Press, 1997.
17. Lerner M. Psykosomatik. Kroppens och själens dialog. Stockholm: Natur och Kultur, 1999.