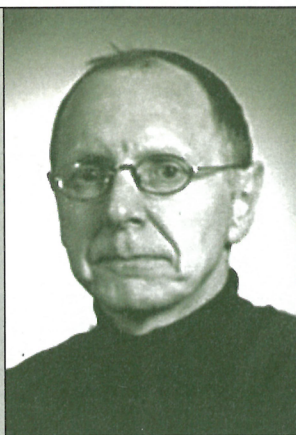


John Nessa

John Nessa har vore kommunelege i Hjelmeland i 20 år, med deltidsstilling ved Universitetet i Bergen. Med bakgrunn i psykiatri har han interessert seg spesielt for lege-pasient samtalen, som også var emne for hans doktoravhandling «Talk as medical work». Andre interesser er paveval og flugefiske. Har hatt fiskestang i fire år, men enno ikkje fått napp.



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Allmennlegen som terapeut

Om samtaleterapi i allmennpraksis

AV JOHN NESSA

Allmennlegens kvardag består i å snakke med folk. Vi har ei brei kontaktflate, lærer å kjenne folk over tid, og har tradisjon for å snakke om det meste med pasienten. Allmennlegens sentrum er lege-pasient forholdet. Det viktigaste er det personlege møtet og dialogen med pasienten over tid. Heiter det i NSAM's sju teser for allmennmedisin.

Legane har ein viktig støtte-og rådgivingsfunksjon. Det handlar om helserådgiving, mentalhygiene, kontakt med folk når det røyner på, behov for hjelp når angst og depresjon dominerer. Vi har tradisjon for å ordne opp, som regel utan hjelp frå andre instansar.

Kva skal vi kalle denne aktiviteten? Er det psykoterapi eller rådgivning? Er det profesjonell hjelp eller berre tomt prat til problemet forsvinn av seg sjølv?

Ulike typar rådgivning er 1990-åras vekstindustri. I Storbritannia har over 30000 personar rådgivning som yrke. Kjært barn har mange internasjonale namn: Therapy, advice, guidance, befriending, counselling. Det er ein tendens i fagmiljøa til å sjå på psykoterapi og rådgivning som to sider av same sak. Begge er opne omgrep, begge er strukturerte aktivitetar, begge kan forstås i ein vid eller meir spesifikk betyding.

Det spesifikke psykoterapeutiske

Dei fleste vil nok himle med augo dersom eg påstår at allmennlegens arbeid kan forstås som fullverdig psykoterapi. For formalisert psykoterapi slik den framstilles i faglitteraturen, og slik psykoterapeutar gjerne vil forstå seg sjølv, har mange særtrekk som er ulike allmennmedisinsk praksis. For det første er psykoterapien svært strukturert. Det avtales faste terapitimar med avtalt tidsbruk og faste intervall uavhengig av korleis tilstanden svingar. For det andre er tera-

prien avgrensa. Problemet defineres som eit mentalt problem. At du i tillegg har hemorroider, vondt i magen, plattfot, dårleg rygg og «sko gjerne ha ein sjukemelding» er irrelevant for psykoterapeuten. For det tredje varer ein konsultasjon hos psykoterapeut lenger enn ein gjennomsnittleg allmennmedisinsk konsultasjon. For det fjerde er psykoterapeutisk praksis vanskelegare tilgjengeleg enn allmennmedisin. Du må som regel både stå på lengre venteliste, begrunne betre ditt behov/vise deg som verdig trengande, reise lenger og betale meir for psykoterapi. For det femte har psykoterapi ein annan teoretisk overbygning enn allmennmedisin. Psykoterapeutar er gjerne psykologar eller psykiatarar, og oppfører seg deretter. For det sjette er det større personleg avstand mellom psykoterapeut og pasient enn det er i allmennmedisin. Allmennlegen kjenner gjerne både pasienten og familien frå ulike samanhengar, psykoterapeuten ser sin pasient kun når han er til konsultasjon.

Det spesifikke allmennmedisinske

Men det som er psykoterapiens særtrekk er samstundes det som begrensar dens nytte. Det psykoterapeutane ikkje får til, er det ofte lettare å få til for ein allmennlege. Allmennmedisinen er også strukturert. Men på ein annan måte enn psykoterapien. Vi kalkulerer til dømes med ø.hj.-timar, slik at folk kan komme til når tampen brenn. Vi er kontinuerleg over tid på ein annan måte enn psykoterapeuten. Vi blir aldri kvitt våre pasientar – og pasientane blir aldri kvitt oss. Vi har låg terskel for kontakt, og er villige til å gå inn på pasientane sine premiss på ein heilt annan måte enn psykoterapeuten. Noko av det viktigaste er at vi har eit mandat og ein autoritet som går ut over det mentale. Vi kan skilje mellom snørr og bart når pasienten har somatiske symptom. Vi kan både utrede og fortolke kliniske tilstandar til eikvar tid. Vi kan ikkje sortere våre pasientar – alle er verdig trengande. På den andre sida har vi fleire ressursar



å spele på, i det kommunale hjelpeapparatet, i spesialisthelsetenesta, gjennom lovar og regelverk. Det er nok også ein stor forskjell i stil mellom allmennlegar og psykoterapeutar. Mens psykoterapeutar er oppdradd til å vere forsiktige og ikkje ta for mykje ansvar for pasienten, har iallfall eg som allmennlege ein større tendens til å trampe i klaveret og gi klare råd både når det er fornuftig og når det ville vore mykje klokare å halde kjeft. Ein pasient eg har hatt kontakt med i over 20 år (ikkje kvar dag – heller ikkje kvart år) spurte meg her om dagen om eg hugsa første gongen ho var hos meg. Det hugsar eg ikkje. Eg spurte kva som då skjedde. Ho sa at eg då hadde sagt at ho måtte slutte i jobben sin. Det hadde eg sagt etter å ha kjent henne i 15 minutt. Det er å håpe at eg har lært litt på 20 år, og at eg ikkje er så frimodig i dag.

Når det gjeld terapeutisk kompetanse, har psykoterapeutane ein smal psykodynamisk kompetanse som ein ikkje skal nedvurdere. Eg er sikker på at allmennlegar har mykje å lære av både psykiatri og psykologi. Det er ein klar styrke ved dei norske psykoterapeutiske miljøa at dei har ei strukturert utdanning der grundig veiledning over tid inngår. Det har ikkje allmennlegane på same måten. Likevel vil nok mange allmennlegar med ein viss rett kunne hevde at det ein manglar i formell kompetanse tar ein igjen i form av realkompetanse. Det er ikkje lite erfaring ein tileignar seg i vanleg allmennpraksis dersom ein har augo til å sjå med og såpass evne til å reflektere at ein forstår kva ein ser.

Den gode allmennmedisinske samtale

Vårt fag og vår fagkultur er sterkt ritualisert. Den allmennmedisinske konsultasjonen er eit rituale omtrent like strengt fastlagt som høgmessa i kyrkja. Medisinske problem skal identifiserast, pasienten skal undersøkjast, diagnose skal stillast, tiltak skal iverksetjast, journalnotat skal skrivast. Dette

skal skje innanfor ei ramme av 15 minutt i snitt. Alternativet til den vanlege konsultasjonen er den strukturelle psykoterapeutiske samtalen. Då skal også diagnosar stillast. Pasienten skal gjennom eit strukturert intervju. Skjemaer skal dras fram, merkelege og irrelevante spørsmål skal stillast, poeng skal delast ut. Jo da, du har ein MADRS skåre på over 20. Sjølv om du ikkje er livredd og får berre to poeng på sjølv-mordsskalaen, har du så mange poeng at du får Cipralex på blå resept. Du trur du har gjort ein nyttig jobb. Og det har du gjort. For legemiddelindustrien, apoteka og alle myteprodusentane i den akademiske psykiatrien. Men ikkje for pasienten. For han/ho har ikkje komme til orde med sine plager. Det kom eit skjema mellom.

Den gode, og terapeutiske allmennmedisinske samtalen er radikalt annleis enn dette. Første bod for den samtalen er at pasienten må få komme til orde med sine eigne ord og si eiga fortelling. Den fortellingen må få lov til å utfalde seg relativt usensurert og ikkje for tidleg bli fanga inn i ein medisinsk diagnose. Diagnosen skal komme sist, ikkje først. Den terapeutiske samtalen i allmennmedisin må så langt råd er få preg av eit likestilt og personleg møte mellom to sjølvstendige menneske som har gode grunnar for å bli kjent med kvarandre. Har du møtt Mao? spurte vår svenske kollega den mutte kinesiske kvinna, og oppnådde med det spørsmålet både å oppdage pasienten og få pasienten til å oppdage han. Han trong ikkje halve dagen på å snakke med pasienten om Mao. Men han måtte ha ein grunninnstilling av personleg interesse for å gå inn i eit personleg møte med pasienten for å skape tillit. Og den grunninnstillinga måtte pasienten merka.

Karin Sveen skreiv i Utposten for nokre år sidan at legen må bli personleg på ein ny måte. Ho lurar på om ikkje legen



må bli tydelegare som person, utan at det går ut over hans profesjonalitet. Ho etterlyser det ho kallar den narrative samtale som eit alternativ til både den konsultative og den psykoterapeutiske. Med det meiner ho ein samtale der folk inviteres til å snakke rett «frå levra». Å snakke frå levra er eit glimrande uttrykk for at kroppens språk er meir enn kroppsspråk i form av gester, kroppshaldning og mimikk, men at også det verbale språket er kroppens språk, underlagt streng eller mild kontroll.

Eg veit at det er mange gode terapeutiske allmennmedisinske samtalar «der ute», samtalar som føregår kvar dag på ulike allmennmedisinske kontor. Det er ikkje nødvendigvis samtalar der folk forstår og forstår til krampa tar dei, det er ikkje nødvendigvis timelang djupboring i sjelas irrgongar. Og det er slett ikkje samtalar som har høgstatus som psykoterapi. Tvert om kan det vere samtalar der folk samtalar lett frå levra, fordi den grunnleggande tilliten er der. For over ti år sidan var eg på kurs og hørde kollega Anne Korsæth fortelle frå sin praksis. Ho blei lei all sytinga hos ei kvinne som gjorde eit problem ut av alt, og som forventet at andre skulle ordne opp. Ho bad dama reise heim og vaske ned kjøkkenet sitt, og så komme igjen neste veke og fortelle at ho hadde gjort det. Kvinna blei så paff at ho gjorde som doktoren sa, og endra åtferd etterpå. Ein god og terapeutisk samtale, så langt eg kan forstå.

Ulike terapeutiske modellar

Tor Johan Ekeland har i sin avhandling *Meining som medisin* vist at det er godt dokumentert at det er ikkje den teorien eller terapimodellen ein har som har størst betydning for utfallet av terapien. Det som er viktigast er dei såkalla generelle terapifaktorane: Koss legen er, koss pasienten er, koss relasjonen er. Men teori må ein ha, og teori har ein, anten

ein er seg det bevisst eller ei. I følge Eikeland ser dei ulike terapitradisjonane ut til å vere nokså likeverdige med omsyn til dei effektar som kan målast over tid.

Skal allmennlegar bli seg bevisst kva vi faktisk driv på med, og vidareutvikle dette til å bli del av kjernen i vårt fag, er det på tide at vi begynner å interessere oss for psykoterapilitteratur. Dette er ikkje staden for å presentere alle dei relevante tradisjonane. Men eg har sjølv i boka *Medisin og eksistens* framheva sentrale tradisjonar som kan vere svært nyttige for allmennlegar: Kognitiv/åtferdsorientert terapi, som spesielt Ingvar Wilhelmsen har vore ein sentral talsmann for, personsentrert terapi, som er ei vidareutvikling av psykologen Carl Roger's tankar og idéar frå det forrige århundre, og eksistensiell terapi, som har fått namnet sitt frå den eksistensielle filosofi.

Kognitiv/åtferdsorientert terapi passar nok best for dei som vil ha struktur, skjema og måling. Den er nokså metodespesifikk, og det har blitt hevda at det er den terapiformen som er best dokumentert til å ha effekt. Den er nok også den terapiforma som er mest tatt i bruk i ein allmennmedisinsk kontekst her til lands.

Den personsentrerte terapien er den som går lengst i retning av å møte pasientane slik som dei er med ein positiv grunninnstilling nærast uavhengig av utgangspunkt. I følge denne terapiformen er terapeutens innstilling (*unconditional positive regard*) nøkkelen til suksess. Det er eit kjernepunkt i tradisjonen at det forventes at terapeuten skal vere *thoroughly committed, fully engaged and highly present*. Med slike krav og forventningar innebygd i teorien er det naturleg å rekne med at det er denne terapiforma som krev mest av terapeuten.

Den eksistensielle psykoterapien er blitt kjent her til lands mellom anna gjennom den amerikanske psykiataren Irvin Yalom sine skrifter. Yalom har alltid eit eksistensielt perspektiv på terapi. Om symptoma er ulike, er det eksistensielle grunnfjellet det same. Fire livstema dominerer i alle menneskeliv. Det første temaet er døden som både ein konkret og symbolsk realitet ingen kan unngå. Både ein sjølv og dei som står ein nær skal dø. Døden er ein fysisk realitet, men og ein symbolsk realitet: relasjonar brytes, ting går til grunne, vi kjem til kort. Dei fleste av oss er ikkje medvitne om korleis døden som grunntema gjennomsyrrar vårt tilvære. Men all sjukdom og alle helseproblem har eit aspekt av død ved seg.

Det andre eksistensielle livstemaet er fridommen. Uavhengig av ytre vilkår som set sine grenser er vi frie til å velge våre liv. Dette er ikkje eit empirisk faktum, men eit postulat, eit syn på mennesket som ligg til grunn for vestleg tenking om det moderne mennesket. Fridommen er forlokkande, men også skremmande. For fridommen har sin pris, ein psykologisk, moralsk og eksistensiell pris ein ikkje alltid er villig til å betale.

Det tredje livstemaet er einsemda. Vi er felles om å vere ein same. Vi prøver å kurere ved hjelp av kjærleik og fellesskap. Men kuren er ikkje varig. Og kuren kan ikkje kurere. Vi er åleine med vår skjebne. Åleine kom vi til verda, åleine gjennomlever vi vår eksistens, åleine går vi i grava.

Det fjerde temaet hos Yalom er mangelen på nokon openberr mening med livet. Det meste er avmytologisert, den meininga vi søkte, eksisterer ikkje lenger. Som ein god kristen vil eg gi Yalom rett: Gud er død, og med han det meiningssberande universet som vi lærte om då kulturen var einhetleg og oversiktleg, då ein hedning var ein hedning, og Guds veier var der godtfolk vandra.

Yalom er på jakt etter pasientens fortellingar, narrative. Han vil ha desse fram og han vil medverke til nye fortellingar som kan gjere livet deira betre. Legen skal engasjere

seg i pasienten på ein slik måte at det stimulerer til liv og vekst. Terapeuten forsvare sin plass dersom han kan vere fødselshjelp for det livet pasienten enno ikkje har levd.

Oppsummering

Det er tid for å avmystifisere psykoterapi. Psykoterapi er ikkje noko hokus-pokus, men noko mest alle allmennlegar driv på med kvar dag. Psykoterapi er ikkje lure handgrep som i seg sjølv helbreder pasienten eller løyser alle problem. Psykoterapi er derimot eit middel til å akseptere og avklare kva eit problem består i og kva løysingar som finst. Det er vel dokumentert i terapiforskninga at det ikkje er terapi-metoden som betyr mest, men dei generelle terapifaktorene: at terapeuten er fleksibel, open og direkte, at pasienten er motivert og i stand til å nyttiggjere seg nye erfaringar, at terapeut og pasient kjenner kvarandre, at den personlege kjemien stemmer.

Det er for lite interesse, og til dels forakt for teori i vårt fag. Derfor gjentar vi gjerne oss sjølv gjennom fleire tiår, og kjem ikkje skikkeleg vidare med ein sjølvstendig fagutvikling. Det er mange feil ein kan gjere i psykoterapi. Læring og veiledning er nødvendig dersom ein vil utvikle denne aktiviteten og nyttiggjere seg det potensialet som ligg i denne behandlingsforma. Det burde vere ei naturleg oppgave for fagutvalet i allmennmedisin å ta initiativ til eit strukturert utviklingsprogram for psykoterapi i allmennmedisin.

Les vidare

Holte A, Rønnestad MA, Nielsen GH (red.). *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.

Mearns D. *Developing person-centered counselling*. London: SAGE Publications, 2003.

Nessa J. *Medisin og eksistens*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.

Rønnestad MH, von der Lippe A (red.). *Det kliniske intervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.

Sveen K. *Den kultiverte lidelse*. Oslo: Oktober, 1997.

Spinelli E. *Terapi-magt og mystifisering*. København: Hans Reitzels Forlag, 1998.

Tolan J. *Skills in person-centered counselling & psychotherapy*. London: SAGE Publications, 2003.

Yalom I. *Eksistensiell psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag, 2001.

Hjelmeland 2005-04-13

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no

Det som er spennende
og viktig for deg – er spennende
og viktig for Utposten!