

# Gestalt eller Balint?

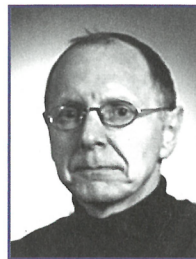
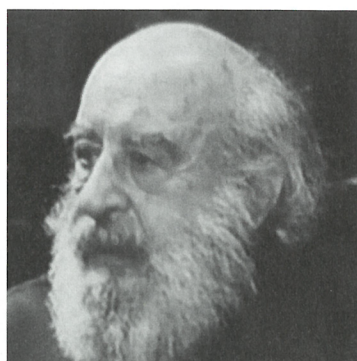
AV JOHN NESSA

Ellen Steen-Hansen presenterer i dette nummeret av Ut-posten gestaltterapi som eit nyttig supplement til det tilbodet ein fastlege gir til pasientar med psykiske helseproblem. Det er litt uklart om Steen-Hansen først og fremst meiner at pasientane bør få tilbod om ein gestaltterapeut. Alternativt kunne ein tenke seg at allmennlegane sjølv utdanna seg til gestaltterapeut som del av si vidareutdanning eller til-eigna seg på meir uformelt vis dei gestaltterapeutiske prinsippa og integrerte dei i sin eigen praksis. Det er det siste alternativet eg vil fokusere på når eg no skal kommentere Steen-Hansen sin artikkel. Med referanse til dansk allmennmedisin vil eg også peike på eit alternativ til gestaltterapi for norske allmennlegar.

## Ein europeisk terapitradisjon

Sjølv om gestaltterapi blei grunnlagt i USA, har den solide europeiske røtter. Gestalt er eit tysk ord og betyr noko i retning av eit heile, eit komplett mønster, form eller konfigurasjon. Retningen byggjer på gestaltpsykologi, som er ein eksperimentell persepsjonpsykologisk retning som har lite med terapi å gjere. Grunntanken i gestaltpsykologien er at sjelslivet ikkje er ein passiv mottakar av inntrykk, men aktivt former si oppfatning av omverda. Idémessig er det ein nær slektskap med både eksistensiell og dialogisk psykoterapi. Og som all anna psykoterapi er også denne retninga i slekt med psykoanalysen. Historisk sett er vi i vestleg kultur alle freudianarar. Psykoanalysen har blitt utgangspunkt og norm, teoretisk og fagleg kontekst for den utviklinga av praktisk psykoterapi som har skjedd det siste hundreåret.

Laura og Fritz Perls.



**John Nessa**

John Nessa har vore kommunelege i Hjelmenland 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.

Fritz Perls var jødisk lege frå Berlin<sup>1</sup>. Han utdanna seg til psykoanalytiker, men fekk ikkje forståing for sine egne idear innanfor psykoanalysen. Han var interessert i teater og rollespel, og utvikla eit behandlingsopplegg som fokuserer sterkt på den aktuelle situasjonen her og nå, og som ikkje minst har blitt praktisert som gruppeterapi seinare. Laura Perls var psykolog frå Frankfurt, og var ein vel så stor kapasitet som mannen. Fritz Perls sjølv var like kjent for sitt ufordragelege vesen og kontroversielle livsstil som for sine teoretiske bragder. Mellom anna klarte han ikkje alltid å skilje mellom rolla som terapeut og elsker, noko som heller ikkje på 1950-talet var særleg akseptert. Livet til ekteparet Perls er eit 1900-tals drama frå europeisk historie, der dei hadde meir flaks enn dei kunne rekne med då dei ikkje fekk fotfeste i Nederland, og enda opp i USA. Hadde dei blitt igjen i Nederland, ville dei truleg enda i ein konsentrasjonsleir i Tyskland. I New York slo dei seg saman med ein anarkistisk forfattar og sosialfilosof, Paul Goodman, ein av dei motkulturelle heltane på 1960-talet.

## Det spesifikt gestaltterapeutiske

Med atterhald om at eg skriv om noko eg ikkje har spesielt god greie på vil eg hevde at gestaltterapien har klare særtrekk som skiljer den frå tradisjonell psykoterapi. Gestaltterapien er ein integrerande, ikkje ein analytisk terapi. Ein vil til dømes integrere, bevisstgjere og skape kongruens mellom det verbale og det non-verbale kroppsspråket. Det er sterkt fokus på den aktuelle situasjonen her og nå, i motsetnad til mange terapiformer som er meir opptatt av livshistoria til pasientane. I tillegg til stikkordet *nå* er stikkordet for gestaltterapi *korleis*: Korleis sansar eg, korleis opplever eg verda rundt meg, korleis kan eg oppnå eit *awareness continuum* som gjer at eg blir medviten min eigen måte å

sanse og oppleve på? Eit viktig poeng er det å skilje mellom og gjere pasienten merksam på at det er mogeleg å skilje mellom observasjon og fortolkning. Gjennom gestaltterapien prøver ein skritt for skritt å avdekke ukjente sider ved pasientens personlegdom, såkalla uferdige gestaltar<sup>2</sup>. Gestaltterapien byggjer på idéen om at mennesket har uante ressursar i seg. Og målet er ambisiøst, «å leve helt og fullt i pakt med det han egentlig er». Dette sitatet har eg henta frå ei gammal bok om den karakteranalytiske vegetoterapien, som har eit eige kapittel om gestaltterapi<sup>3</sup>. I moderne internasjonale lærebøker står det lite om gestaltterapi<sup>4</sup>. Den individuelle behandlingsforma i vårt helsevesen som har mykje til felles med ein gestaltterapeutisk tenkemåte og praksis, er psykomotorisk fysioterapi. Elles blir gestaltterapien ofte omtalt som ei gruppeterapeutisk behandlingsform. I Norden har den danske presten og psykoterapeuten Bent Falk vore aktiv med kurs og føredrag for legar og andre helsearbeidarar dei siste åra<sup>5</sup>.

Steen-Hanssen har rett når ho seier at gestaltterapi kan vere nyttig også for fastlegar. For psykoterapi og psykodynamisk tenkning er nyttig i praksis, anten den byggjer på den eine eller andre teoritradisjonen. Forskjellen mellom tradisjonane har mindre å bety. God psykoterapi følger gjerne dei same hevdvunne prinsippa, som prinsippet om å lytte med alle sansar til pasienten, prinsippet om presis empatisk forståing, og medvitet om eigen ståstad og rolle i møtet med pasienten. På desse punkta er det ingen skilnad mellom gestaltterapi og andre terapiformer.

### Samtaleterapi ad modum Danmark

Etter mi meining er det likevel ikkje i denne tradisjonen allmennlegar har mest å hente, sjølv om alle allmennlegar avgjort bør kjenne til og forstå psykodynamisk tenkning. Det er to vesentlege grunnar til dette. Den eine grunnen er at ein stor del av allmennlegane sine pasientar har psykiske plager som blir behandla kun hos allmennlegen i form av ein uformell, ufullstendig og ikkje kvalitetssikra samtale/psykoterapi. Den andre grunnen, som kanskje er vel så viktig, er at allmennlegar i sitt arbeid blir så sterkt eksponert for psykiske og mellommenneskelege påkjenningar at ein står i stor fare for anten å brenne ut eller bli kynisk og avstumpa dersom ein ikkje får hjelp til å bearbeide og forstå kva som skjer. Eg snakkar om å utvikle skikkelege system for veiledning og vidareutdanning på dette feltet. Danskane har forstått dette. Dansk Selskap for Almen Medisin gjennomførte i 1997–2000 ei utdanning for praktiserande legar i å veilede kollegar i psykoterapi og lege-pasient forholdet. Idéen til dette var skapt av Forum for samtaleterapi, som åra før hadde hatt fleire to-dagars seminar om emnet. Resten av denne artikkelen kan lesast som ei bokmelding av rapporten frå dette arbeidet<sup>6</sup>.

Som forfattarane av denne boka skriv i forordet, var det å vere allmennlege/huslege fram til midten av 1900-talet anten eit kall eller ei nødløysing. Faget eksisterte ikkje som sjølvstendig disiplin, ein hadde få terapeutiske hjelpemiddel, og det var lite prestisje knytta til det å utøve yrket. I 1995 blei allmennmedisinsk samtalebehandling innført som eit landsdekkande tilbod i Danmark. I samband med dette blei det gjort forsøk på å skilje mellom samtalebehandling hos allmennlege og psykoterapi gitt av psykiater eller psykolog. Dei hadde god hjelp av Enid Balint, allmennlege i London, som i 1982 skreiv ein artikkel der ho gjekk opp desse grensene<sup>7</sup>. Balint er eit interessant namn i denne samanhengen, for britane gjorde det same som danskane femti år etter, å utforske og utvikle allmennlegens kompetanse i psykodynamikk, leia av den britisk/ungarske psykiateren Michael Balint, som tilfeldigvis var gift med Enid. Resultatet vart til ei bok, ein arbeidsmetodikk og ein institusjon, den såkalla Balintrørsla, som no er aktiv med tidsskrift, konferansar og veiledningsgrupper for allmennlegar i 25 land<sup>8</sup>.

Då danskane i 1997 sette seg føre å lage utdanningsgrupper i veiledning av allmennmedisinske kollegar, hadde dei ingen fast veiledningsmetode å bygge på. Men etter kvart vart det naturleg å nytte den såkalla balintmetoden. Kjerneelementet i metoden består i at ein lege, såkalla referent, presenterer ein kasuistikk for ei gruppe kolleger. Referenten trekkjer seg så tilbake til tilhøyrarposisjon, mens resten av gruppa diskuterer kasuistikken med spesiell fokus på relasjonen mellom pasienten og referenten. Gruppleiaren, som forutsettes å kjenne dei vanlege psykodynamiske omgrepa, skal styre samtalen og fortolke det som skjer i gruppa. Referenten oppsummerer saman med gruppa til slutt.

17 legar var med i det treårige utdanningsprogrammet i Danmark. Dei gjekk gjennom ni tematiserte internatkurs med førelesningar og gruppearbeid. Boka frå dette arbeidet består av 26 kliniske vignettar presentert som illustrasjonar til teoretisk materiale om legerollen og lege-pasient forholdet.

Kaltoft og Thorgaard hevdar at «tiden sårer alle leger». Eg vonar og trur ikkje dei har rett. Eg trur like gjerne ein kan oppleve vekst, utvikling og glede ved å jobbe som allmennlege. Ein av gledene ein kan oppleve, er at det faget ein forvalter, fungerer som det skal, til hjelp og lindring for våre pasientar. Det gjer det berre dersom ein forstår det ein driv på med, inklusive forstår seg sjølv og sin eigen rolle som person i møtet med den andre. Det er ein lonely business å vere allmennlege. Eg trur vi treng arenaer der vi kan lære av kvarandre. Og vi treng teori som vi kan knytte våre erfaringar opp mot. Danskane sitt arbeid i balintgrupper kan vere ein vei å gå også her i Noreg.



## Ikkje psyko-, men allmennterapi

I spørsmålet om og på kva måte allmennlegar skal drive psykoterapi, står vi overfor to ulike måtar å tenke på. Den eine måten består i å tenke at terapi er formalisert psykoterapi hos autoriserte terapeutar av det eine eller andre slaget. Allmennlegen må anten sjølv bli autorisert psykoterapeut som ein tilleggskompetanse til allmennmedisinen eller halde fingrane frå fatet og som hovudregel tilvise til andre i staden for sjølv å gå inn i ein terapeutisk prosess. Slik praktiseres det langt på vei til dømes i Tyskland. Den andre måten å tenke på er at allmennlegen ikkje skal bli psykoterapeut, men integrere psykoterapeutisk tenkning og praksis i allmennmedisinen. Det føreset at ein tileignar seg psykoterapeutisk innsikt, får veiledning i praksis, og lærer seg å kjenne dei allmenne prinsippa for god terapi. Dermed kan allmennlegane tilby adekvat hjelp for dei pasientane som ønsker det, har behov for det, og som det ikkje ligg til rette for å søkje til psykoterapi. Allmennlegen er terapeut i kraft av å vere allmennlege<sup>9</sup>. Allmennlegane bør ikkje knytte seg for sterkt opp mot bestemte terapitradisjonar, anten tradisjonen heiter kognitiv terapi eller gestaltterapi, men utvikle sin eigen variant av samtaleterapi tilpassa kvardagen i allmennmedisin. Og dette arbeidet bør få ein langt større plass i allmennmedisinsk fagutvikling enn det til no har fått. Vi har ikkje så lite å lære av Danmark- og England.

## Litteratur

- Clarkson P, Mackewn J, Fritz Perls. London: SAGE Publications Ltd. 1993.
- Haugsgjerd S, Jensen P, Karlsson B. Perspektiver på psykisk lidelse. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998.
- Grendstad NM. Gestaltterapi. Synspunkter og arbeidsmåter. En skisse. I: Faleide A, Grønseth R, Urdal B (red.) Det levande i muskelpanseret. Om kropp og sjel, muskelspenningar og psykoterapi, seksualitet og tilhøvet mellom barn og vaksne. Oslo: Universitetsforlaget, 1975.
- Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E. Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag, 2000.
- Falk B. Å være der du er. Samtale med kriserammede. Bergen: Fagbokforlaget, 1999.
- Kaltoft S, Thorgaard L (Red.). Lægen som lægemiddel – om læge-patient forholdet. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 2005.
- Balint E. Talking treatments. In: R.G. Peiest (Ed.), Psychiatry in medical practice (pp. 75–92). Plymouth: Mac Donald and Evans, 1982.
- Balint M. The Doctor, his Patient & the Illness. Bath: The Pitman Press, 1957.
- Malterud K (Red.), Nessa J, Stensland P, Thesen J. Legekunst i praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
john.nessa@isf.uib.no

## Modifenac "Actavis"

Antiflogistikum.  
ATC-nr.: M01A B05  
C

**T: KAPSLER MED MODIFISERT FRISETTING 75 mg:** Hver kapsel inneh.: Diclofenac. natr. 75 mg (25 mg i enterosolubil form, 50 mg i depotform), const. q.s. Fargestoff: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171).

**Indikasjoner:** Reumatoid artritt. Juvenil reumatoid artritt. Artrose. Mb. Bekkerver.

**Dosering: Voksne:** 1 kapsel 1-2 ganger daglig. Ved sterke smerter, spesielt om morgenen, kan 2 kapsler tas samtidig. Ved akutte smerter bør kapslene tas før måltider for å få så hurtig innsettende virkning som mulig. **Kapslene skal svelges hele med rikelig væske.**

**Kontraindikasjoner:** Ulcus pepticum. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Skal ikke gis om acetylsalisylsyre, andre NSAID eller analgetika har forårsaket allergiske manifestasjoner som astma, urticaria eller akutt rhinitt. Graviditet i 3. trimester.

**Forsiktighetsregler:** Hvis mavesår eller gastrointestinal blødning oppstår skal behandlingen avbrytes. Kan maskere symptomer på ulcus. Forsiktighet utvises hos pasienter som er disponert for slike reaksjoner, pasienter med ulcerøs kolitt, Crohns sykdom, SLE, hematopoieseforstyrrelser, samt pasienter med alvorlige leverforstyrrelser. Forsiktighet bør utvises ved bronkialastma fordi symptomene kan forverres. Da prostaglandiner er viktige for å opprettholde nyrefunksjonen, bør ekstra forsiktighet utvises hos pasienter med hjertesvikt eller nedsatt nyrefunksjon, spesielt ved samtidig diuretikabehandling og ved redusert plasmavolum. Blod, lever- og nyrefunksjon bør kontrolleres ved langtidsbehandling. Hvis forhøyede leverfunksjonsverdier vedvarer eller forverres, skal preparatet seponeres. Hepatitt kan oppstå uten prodromale symptomer. Forsiktighet bør utvises ved hepatisk porfyri, da anfall kan utløses. Pasienter som opplever svimmelhet eller andre sentralnervøse bivirkninger bør advares mot bilkjøring og betjening av maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Preparatet kan maskere symptomer på infeksjoner. Preparatet kan virke midlertidig hemmende på blodplateaggregasjonen. Pasienter med hemostatisk sykdom bør overvåkes nøye. Allergiske reaksjoner, inkl. anafylaktisk/anafylaktoide, kan oppstå. Kan redusere fertilitet hos kvinner og anbefales derfor ikke til kvinner som prøver å bli gravide. Seponering bør vurderes hos kvinner som har problemer med å bli gravide eller som utredes for infertilitet.

**Interaksjoner:** Samtidig behandling med digoksin kan gi økt plasmakonsentrasjon av digoksin. Samtidig bruk av kaliumsparende diuretika kan gi økt kaliumnivå i serum. Samtidig inntak av andre NSAIDs kan øke bivirkningsfrekvensen. Dosejustering av antidiabetika kan være nødvendig ved samtidig bruk. Kramper er rapportert ved samtidig bruk av NSAIDs og kinoloner. Ved samtidig administrering av kolestipol eller kolestyramin reduseres absorpsjonen av diklofenak, og preparatene bør gis med flere timers mellomrom. (I: M01A antiinflammatoriske midler og antireumatika (ekskl. steroider), M01A B05 diklofenak)

**Graviditet/Amming:** Overgang i placenta: Kontraindisert i 3. trimester pga. risiko for følgende effekter på fosteret: Kardiopulmonal toksisitet (prematur lukking av ductus arteriosus, pulmonal hypertensjon), renal dysfunksjon som kan føre til nyresvikt og oligohydramnion. Moren og det

nyfødte barnet kan få forlenget blødningstid, selv ved lave doser. Rieaktiviteten kan hemmes og dermed forsinke/forlenge fødselen. Bruk tidlig i svangerskapet kan gi økt risiko for abort, kardiovaskulære misdannelser og gastroschisis. Skal derfor ikke brukes i 1. og 2. trimester hvis ikke strengt nødvendig. Kvinner som prøver å bli gravide, eller er gravide i 1. og 2. trimester, bør få lavest mulige dose over kortest mulig tid. Overgang i morsmelk: Går over i liten grad. Det er lite sannsynlig at barn som ammes blir påvirket.

**Bivirkninger: Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Epigastrisk smerte, kvalme, brekninger, diaré, abdominale kramper, dyspepsi, flatulens. Hud: Utslett. Lever: Økning i transaminaser. Sentralnervesystemet: Hodepine, svimmelhet, anoreksi. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Gastrointestinal blødning (hematemesis, melena, blodig diaré), gastro- eller intestinalt sår med eller uten blødning eller perforasjon. Hud: Urticaria. Lever: Hepatitt. Sentralnervesystemet: Søvnighet. Sirkulatoriske: Ødem. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner som astma, anafylaktiske reaksjoner inkl. hypotensjon. Sjeldne (<1/1000): Blod: Trombocytopeni, leukopeni, hemolytisk anemi, aplastisk anemi, agranulocytose. Gastrointestinale: Aftes stomatitt, glossitt, øsofaguslesjoner, diafragmaligende intestinalstrikturer, lidelser i nedre del av maven som non-spesifikk hemoragisk kolitt og forverring av ulcerøs kolitt eller Crohns sykdom, konstipasjon, pankreatitt. Hud: Bullos erupsjon, eksem, erythema multiforme, Stevens-Johnsons syndrom, Lyells syndrom (akutt toksisk epidermolyse), erythroderma (eksfoliativ dermatitt), hårfall, fotosensibiliseringsreaksjoner, purpura, inkl. allergisk purpura. Lever: Fulminant hepatitt. Sentralnervesystemet: Sansesforstyrrelser, inkl. parestesier, hukommelsesforstyrrelser, desorientering, søvnbesvær, irritabilitet, kramper, depresjon, angst, mareritt, tremor, psykotiske reaksjoner, synsforstyrrelser (tåkesyn, diplopi), redusert hørsel, tinnitus, smaksforstyrrelser. Sirkulatoriske: Palpitasjon, brystsmerte, hypertensjon, hjertesvikt. Urogenitale: Akutt nyresvikt, hematuri, proteinuri, interstitiell nefritt, nefrotisk syndrom, papillær nekrose. Øvrige: Overfølsomhetsreaksjoner som vaskulitt, pneumonitt. Aseptisk meningitt.

**Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Kvalme og oppkast. Cerebrale symptomer (svimmelhet, hodepine, ataksi stigende til koma og kramper). Påvirkning av lever- og nyrefunksjon, hypotensjon, respirasjonsdepresjon, ev. koagulasjonsforstyrrelser. Behandling: Støttende og symptomatisk. Absorpsjon bør hindres så raskt som mulig etter overdosering ved mave-tømming og bruk av aktivt kull.

**Egenskaper: Klassifisering:** Ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk og anti-pyretisk effekt. **Virkningsmekanisme:** Hemmer prostaglandinsyntesen, men eksakt virkningsmekanisme er ikke klarlagt. **Absorpsjon:** Fullstendig. Enterooppløselige pellets gir hurtig innsettende effekt, depotpellets gir langvarig effekt. Gir mindre inter- og intraindividuell spredning i absorpsjonshastighet enn konvensjonelle enterotabletter. Maks. plasmakonsentrasjon nås innen 1 time, i synovialvæsken 2-4 timer senere. Samtidig matinntak kan forsinke absorpsjonshastigheten noe, men påvirker ikke absorpsjonsgraden. **Proteinbinding:** 99,7%, hovedsakelig til albumin. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 0,12-0,17 liter/kg. **Halveringstid:** 1-2 timer i plasma, 3-6 timer i synovialvæsken. **Plasmaclearance** ca. 265 ml/minutt. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** >50 ng/ml i ca. 8 timer. **Metabolisme:** Hovedsakelig ved hydroksylering og metoksylering, delvis ved glukuronidering. To mindre aktive metabolitter. **Utskillelse:** Ca. 60% som metabolitter i urin, <1% uendret. Resten skilles ut i galle og fæces. Pasientens nyre- og leverfunksjon synes å ha begrenset betydning for kinetikken.

**Pakninger:** Enpac: 20 stk., 100 stk

**T:** 17e), 35a).