
Psykoteringapi ved kreftsykdommer

KRONIKK

LARS TJEMSLAND

Email: L-Tjemsl@online.no

Rogaland Psykiatriske Sykehus

Postboks 1163 Hillevåg

4004 Stavanger

God medisinsk behandling og et godt lege-pasient-forhold er basale funksjoner som bør være på plass før henvisning til psykoteringapi vurderes. Viktige elementer i disse funksjonene er tilgjengelighet og kontinuitet, en holdning som gir tillit, og informasjon om sykdommen gitt på en måte som tar hensyn til pasientens psykiske tilstand. Også den hjelpen pasienter gir hverandre med basis i egne erfaringer som pasient er viktig.

Rehabiliteringsprogrammer med vekt på informasjon og undervisning, aktivisering og trening i å takle ulike sider ved sykdommen tilbys i økende grad. Innholdet i slike programmer får preg av psykoteringapi hvis de åpner for å diskutere følelsesreaksjoner og gir pasienten hjelp til å takle disse. Avspenningsøvelser og selvsuggesjon benyttes mot smerter og søvnvansker, hypnoseliknende teknikker mot smerter og betingede kvalme- og oppkastreaksjoner. Kognitive behandlingsteknikker, som bygger på en analyse av pasientens automatiske tenkemåter, benyttes mot angst og depresjon. Psykodynamisk eller innsiktsorientert psykoteringapi anvendes hos motiverte pasienter når sykdommen aktiverer minner fra fortiden, når funksjon og velvære er vesentlig truet eller reaksjonene hindrer den medisinske behandling. Benekting og regresjon er eksempler på forsvarsmekanismer som under sykdomsstress både kan ha gunstig og ugunstig effekt. Motoverføringsreaksjoner hos terapeuten kan komplisere terapien.

En modell for gruppepsykoteringapi til pasienter med avansert sykdom beskrives, herunder resultatene fra et pilotprosjekt ved et lokalt sykehus.

Psykoteringapeutiske tiltak forstås av denne forfatter som systematiske anstrengelser for å redusere stress og for å bedre den daglige funksjon ved hjelp av samtaler mellom behandler og pasient. Psykoteringapi kan utøves av flere yrkesgrupper i helsevesenet, men forutsetter opplæring utover den profesjonelle grunnutdanningen. Denne artikkelen vil først omtale behovet, deretter gjennomgå de vanligste behandlingsmåtene som er

omtalt i den psykoonkologiske litteratur og prøve å svare på hvilken plass slike tiltak har i kreftbehandlingen. Til slutt presenteres kort et pilotprosjekt ved et sentralsykehus med tilbud om gruppepsykoterapi til pasienter med utbredt brystkreftsykdom.

Hvor stort er behovet?

Antall personer som lever med en kreftdiagnose er økende, både pga. økende antall nye tilfeller og pga. lengre overlevelse. Ca. 120 000 personer lever med en kreftdiagnose i Norge i dag (1). Hvor mange av disse som har behov for psykoterapi, er vanskelig å si.

Enkelte amerikanske studier har vist en hyppighet på bortimot 50 % av psykiatriske diagnoser etter DSM-III-systemet hos pasienter med kreftsykdom (2, 3). Massie & Holland oppsummerer at ca. 50 % av pasientene som får en kreftsykdom viser normale krisereaksjoner, 30 % får tilpasningsforstyrrelser med angst eller depresjon og 20 % alvorlig depresjon, angst, delir, personlighetsforstyrrelser eller psykose, nevnt etter hyppighet (3). Man reserverer seg imidlertid mot å tilby alle kreftpasienter psykologisk tillegghjelp, slik enkelte entusiaster har argumentert for (4). Ikke alle som blir vurdert som psykiatriske risikopasienter etter å ha fått en kreftsykdom, vil ta imot et tilbud om psykiatrisk hjelp. De som avslår, vil helst klare seg selv. De har gjerne en optimistisk innstilling til tross for symptomer, de bagatelliserer konsekvensene av sykdommen og ser på tilbudet om terapi som en trussel mot emosjonell likevekt og selvfølelse.

I en undersøkelse fra Det Norske Radiumhospital var forekomsten av angst og depresjon av klinisk betydning henholdsvis 13 % og 9 % (5). Med samme undersøkelsesmetoder fant Carrol og medarbeidere en forekomst på 17 % og 14 % av angst og depresjon hos inneliggende og 8 % og 18 % hos polikliniske kreftpasienter (6). Fra kreftsentre med tilgang på psykiatriske konsulenttjenester er det likevel relativt få pasienter som henvises til psykiatrisk hjelp, ca. 5 % eller færre (7).

Disse sprikende tallene kan forklares ved at man har sammenliknet forskjellige populasjoner, men også at behovene blir vurdert ulikt. De psykiske problemene kan bli oversett eller ikke tatt fatt i fordi man regner med at angst eller depresjon er en normal del av det å ha kreft. Trethet og tap av energi, redusert appetitt og søvnforstyrrelser kan være symptomer både på depresjon og kreftsykdom. Dette medfører at diagnosen depresjon kan være vanskelig å stille ved somatisk sykdom (8). I en klinisk sammenheng er det derfor viktig at kognitive symptomer som skyldfølelse og selvbebreidelser fanges opp.

Maquire og medarbeidere (9) har hatt god erfaring med å bruke spesialutdannede sykepleiere for å oppdage risikopasienter og henvise disse til psykiatrisk behandling. Det hevdes at effektive måter å få pasienten til å tie om psykiske vansker på, er å konsentrere seg om de fysiske aspektene ved sykdommen eller å være for rask med å gi beroligende kommentarer. Både Maquire og andre har pekt på at behovet for behandling ikke bare avgjøres av vansker i forhold til kreftsykdommen, men av vanskelige følelsesmessige forhold til seg selv og sine nærmeste i videste forstand.

Aktuelle psykoterapeutiske tiltak

Psykoterapi ved kreftsykdom har utviklet seg fra forskjellige kilder. Et par viktige elementer hører med i god kreftomsorg, men kan neppe kalles psykoterapi. For det første er det den hjelpen pasienter gir hverandre med basis i egne erfaringer som pasient. Slik hjelp gis både i form av organiserte besøkstjenester eller i grupper i regi av Den Norske Kreftforening og andre.

Et annet viktig element er den informasjon og undervisning om kreft som gis til pasienter som en integrert del av behandlingen. Særlig viktig blir den informasjonen som skjer i lege-pasient-samtalen. Den danner basis for all god pasientbehandling. Måten dårlige nyheter overbringes på, for eksempel om en kreftdiagnose, er ikke likegyldig. Kunnskap om medisinske fakta antas å gi pasienten en følelse av bedre kontroll og en bedre evne til å takle stress i forbindelse med sykdommen. Det er oftere og mer vanlig at sykehuset tilbyr utfyllende informasjon på andre måter, så som ulike typer skriftlig materiale, videoer, lydbånd m.m. Slik informasjon kan også omfatte vanlige følelsesreaksjoner ved kreft, hvorfor de oppstår, at de er normale og ikke sykelige. En pasient som ønsker det, kan på den måten selv skaffe seg nødvendig informasjon og bli en mer aktiv deltaker i sin egen behandling.

Rehabilitering i grupper

Flere sentre tilbyr kreftpasienter å delta i rehabiliteringsprogrammer. Det vanlige er strukturerte gruppetilbud med bestemte temaer som har som mål å hjelpe pasienten til å komme over sykdommen og tilbake til et normalt liv. Berglund og medarbeidere har beskrevet et ”starte på nytt”-rehabiliteringsprogram for kreftpasienter. Det består av to timers ukentlige samlinger over sju uker, med hovedvekt på informasjon, fysisk trening og trening i ulike mestringsteknikker (10). De fant at pasienter som deltok i en intervensjonsgruppe, oppnådde bedring av fysisk styrke og kroppsfølelse, de fikk mindre søvnproblemer og økt ”kampinnstilling” sammenliknet med pasienter i en kontrollgruppe.

Det kan diskuteres om slike programmer skal kalles ”pedagogiske” eller ”psykoterapeutiske”. Hvis opplegget åpner for å diskutere følelsesreaksjoner og gir trening i å takle disse, er det rimelig å kalle det psykoterapi. Fawzy og medarbeidere (11) har beskrevet et seks ukers gruppetilbud for pasienter med malignt melanom. De hentet elementer fra både helseundervisning og psykoterapi, og la mer vekt på trening i problemløsning og å gi emosjonell støtte enn andre har gjort. Som utgangspunkt for diskusjon i gruppen ble det brukt bilder som illustrerer vanlige situasjoner en kreftpasient kommer opp i: Det å fortelle familie og venner om diagnosen, snakke med legen, takle behandlingsprosedyrer, vansker i forhold til egen kropp mv. Seks måneder etter avsluttet behandling opplevde de som deltok i gruppene mindre depresjon og tretthet, de hadde mer ”livskraft” og benyttet mer aktive mestringmekanismer enn en kontrollgruppe. Man fant også at et gruppetilbud var bedre enn et individuelt tilbud med samme innhold.

Fawzy og medarbeidere har i et senere arbeid også funnet en gunstig effekt på overlevelse av gruppebehandlingsopplegget beskrevet ovenfor (12). Forfatterne advarer imidlertid mot å legge for stor vekt på dette funnet og hevder at det mest sannsynlig

skyldes en styrking av pasientens selvfølelse, med bedre interaksjon med legen og bedre medisinsk behandling som følge.

Atferdsterapi og kognitiv psykoterapi

Under betegnelsen atferdsterapi hører avslapningsøvelser og ulike prosedyrer for selvsuggesjon. Muskelavspenning kan være nyttig mot smerter og søvnevansker. Hypnoselignende teknikker kan brukes mot smerter og for å kontrollere betingede kvalme- og oppkastreaksjoner.

Kognitive behandlingsteknikker bygger på en analyse av pasientens automatiske tenkemåter. Teorien bak er at negative tanker fører til negative følelser som angst eller depresjon. Den enkelte pasient antas å ha et relativt fast tenkemønster eller "skjema" som velger ut eller filtrerer og tolker all informasjon om kreftsykdommen. Behandlingsmåten ble først benyttet ved lettere depresjoner, men brukes også hos pasienter med kreft. Et psykoterapeutisk opplegg etter denne teorimodellen er strukturert og kortvarig. Ved hjelp av forskjellige teknikker og øvelser får pasienten hjelp til å registrere sine automatiske tanker og til å finne alternative tenkemåter, som i neste omgang kan redusere bekymring og depresjon. Moorey og medarbeidere har undersøkt effekten av denne behandlingsmåten i en større prospektiv studie (13). Over 1 200 pasienter ble sjekket for angst og depresjon, og 23 % ble ut fra bestemte kriterier invitert til en behandlingsstudie. Det er verdt å merke seg at 33 % av dem som ble invitert, avsto tilbudet. De resterende 174 ble tilfeldig fordelt til en behandlings- og en kontrollgruppe. Andel pasienter med klinisk angst falt fra 46 % til 20 % etter fire måneder i gruppen som fikk behandling, mens prosentandelen i kontrollgruppen var nesten uforandret. For depresjon falt andelen fra 40 % til 18 % etter fire måneder. Etter et år var det fortsatt en tydelig effekt når det gjelder angst, noe mindre for depresjon. Studien viser altså en tydelig virkning av en psykologisk tilleggsbehandling av gjennomsnittlig fem timers varighet.

Edelmann og medarbeidere (14) har benyttet en liknende tilnærming for pasienter med metastatisk brystkreftsykdom. I en prospektiv randomisert studie fant man effekt på depresjon og selvbylde umiddelbart etter behandlingen, men ingen påvisbar effekt etter tre og etter seks måneder. Det var heller ingen effekt på overlevelse (15).

Psykodynamisk/innsiktsorientert psykoterapi

Denne behandlingsformen har sitt utgangspunkt i psykoanalysen, men har også tilfang fra kriseteori og andre teoretiske retninger (16).

Henvielse til denne type psykoterapi skjer gjerne når reaksjonene på sykdommen blir til hinder for den medisinske behandling eller når funksjon og velvære er vesentlig redusert. En sjelden gang kan det dreie seg om svære akutte reaksjoner i forbindelse med primærdiagnose eller tilbakefall. Hjelpen gis da som en kriseintervensjon, med vekt på støtte. Eventuelle beroligende kommentarer bør alltid ta hensyn til pasientens reelle situasjon med hensyn til prognose. Det vanlige er likevel at de fleste pasienter klarer akuttfasen godt (17). De har håp om at den medisinske behandlingen skal hjelpe og at de kommer til å bli friske.

Noen ganger kan minner fra fortiden dukke opp hos pasienten og komplisere sykdomstilpasningen. Eksempel på det kan være minner om tidligere kreftdødsfall blant de nærmeste eller andre traumatiske tap. Massie og medarbeidere (4) forteller om

en 49 år gammel mann som skulle trilles inn til operasjon for en kreftsykdom. Han fikk et panikkanfall som gjorde at operasjonen måtte utsettes. Panikken viste seg å henge sammen med minnet om morens død på operasjonsbordet da han var seks år gammel.

Når den akutte krisen er over og pasienten er blitt bedre, kan problemer av mer kronisk natur som pasienten tidligere klarte å leve med dukke opp. Konfrontasjon med sykdom og død og en mer usikker fremtidig helse kan føre til større avhengighet. Dette kan igjen aktivere konflikter i forhold til pasientens nærmeste. Her kan innsiktsorientert psykoterapi være til hjelp.

Et tilbakefall er vanligvis vanskeligere å takle enn primærdiagnosen. Håpet om helbredelse blir mindre. Pasienter kan kjenne kritikk både mot seg selv og mot legen fordi behandlingen ikke har lyktes. Særlig pasienter som har stolt for mye på sine evner til benekting, vil få problemer ved tilbakefall (16, 18).

Eksistensielle spørsmål om liv og død melder seg, spørsmål vi alle har tendens til å skyve foran oss. Noen kan føle at sykdommen er en straff fra Gud for reelle eller innbilte handlinger. Irrasjonell skyld trenger oppklaring. Sykdommen kan komme på det verst tenkelige tidspunkt. Kanskje har pasienten nettopp mistet en nær slektning eller venn eller blitt separert fra sin ektefelle. I terapi får pasienten anledning til å bearbeide også andre konflikter og tidligere tap.

Noen ganger kan sykdommen skape alvorlige vansker i forhold til ektefelle eller barn, og da kan det være nødvendig å inkludere disse i det psykoterapeutiske arbeidet. Ved avansert sykdom hos far eller mor kan hjelpen til barna bestå i forberedende sorgarbeid.

Pasientens tidligere reaksjonsmåter aktiveres gjerne under en sykdomskrise og påvirker taklingen av denne. Freud beskrev dette som forsvarsmekanismer – ubevisste måter eller mekanismer som jeget benytter for å kontrollere angstimpulser, for eksempel i forbindelse med sykdom. Når dette skjer bevisst, kalles det gjerne mestring.

I tradisjonell psykoterapi kan forvarsmekanismer være en hindring for innsikt. Ved kreft kan de samme mekanismene være tjenlige for en konstruktiv mestring. Terapeuten prøver å styrke de mestringsmekanismene som tidligere har vist seg å fungere i kriser, mens man ved hjelp av innsikt utfordrer de ugunstige. Benekting og regresjon er eksempler på to vanlige forsvarsmekanismer eller mestringsmåter ved kreftsykdom (4).

Pasient A har fått diagnosen multippelt myelom, men fortsetter som før med å være aktiv hjemme og på jobb, til tross for diagnosen og cellegiftbehandling. Han har en positiv innstilling, forventer gunstig effekt av behandlingen, bagatelliserer bivirkninger av cellegiften og benekter risikoen for tilbakefall.

Pasient B har en liknende diagnose, men har sykdommen i en form som gir økt risiko for patologiske beinbrudd. Han benekter dette og fortsetter, mot legens råd, i et treningsstudio for å ”styrke beina”, selv om han risikerer brudd. Terapeutens oppgave i dette tilfellet blir å hjelpe pasienten til å innse at denne risikoatferden skyldes angst for diagnosen og dens konsekvenser.

Disse eksemplene viser at benekting både kan være en gunstig og en ugunstig reaksjonsmåte ved kreftsykdom. Kreitler har nylig drøftet benektingens funksjon ved kreftsykdom (19). Anvendt tidlig etter diagnosen og terminalt kan denne mestringsmåten bidra til å redusere angstnivået. Negative effekter kan være at samarbeidet om den medisinske behandlingen hindres. Bearbeiding og integrering av sykdomstraumet kan forsinkes – med økende stress til følge.

På samme måte må regresjon vurderes i lys av de medisinske konsekvensene. Overdreven regresjon betyr at pasienten fungerer dårligere og er mer avhengig av andre enn sykdommen i seg selv skulle tilsi. Da kan terapeuten undersøke grunnen til dette og kanskje bidra til bedre fungering. I andre tilfeller kan evnen til regresjon være gunstig, som for eksempel i sluttstadiet av en sykdom.

I terapi med kreftpasienter blir terapeuten til stadighet minnet om egne tap. Det er derfor viktig at han har gjennomarbeidet eget forhold til døden og har innsikt i egen sårbarhet fra tidligere tap. Det er også viktig at han har en viss kunnskap om de vanligste kreftsykdommer, deres behandling og prognose.

En innlevelse i pasientens situasjon medfører en viss tilknytning mellom behandler og pasient, slik som i all psykoterapi. Dette kan føre til motoverføringsreaksjoner hos behandler. Disse beskytter terapeuten, men er uheldige for pasienten. Et eksempel på slike motreaksjoner er når terapeuten prøver å "redde" pasienten fra sykdommen. Spesielt ved avansert sykdom kan slike følelser være påtrengende. Dypt inni seg kan terapeuten kjenne mismot og en følelse av å være til liten nytte. Lav selvfølelse og depresjon kan bli resultatet. Det kan igjen kan føre til at terapeuten avslutter behandlingen.

Terapeuten kan også fristes til å ha urealistiske forventninger på vegne av pasienten og benekte de medisinske realitetene i situasjonen. Særlig kan dette skje når målet for kreftbehandlingen skifter fra et kurativt til palliasjon og lindring. Dette kan være en tøff tid både for den medisinske stab og for en psykoterapeut. Målene må legges om. Overlevelse er ikke lenger realistisk.

Et tredje eksempel på motoverføring er når terapeuten vegrer seg for å ta opp bestemte forhold av frykt for å øke det emosjonelle stresset hos pasienten. En parallell er den motvilje medisinsk personell kan føle mot å utføre smertefulle prosedyrer, selv om de vet at dette er til det beste for pasienten. Det kan noen ganger være nødvendig å ta opp uheldige mestringsmåter ved hjelp av forsiktige spørsmål, konfrontasjon eller tolking, slik som i tilfellet med beinbrudd ovenfor. Men dette hensynet må balanseres mot det uheldige i å avdekke konflikter som pasienten ikke er i stand til å gjøre noe med.

Gruppsykoterapi

Mange har hatt reservasjoner mot gruppeterapi for kreftpasienter pga. en antatt negativ effekt på andre pasienter hvis en i gruppen ble verre av sin sykdom eller døde.

Imidlertid har Spiegel hatt god erfaring med gruppeterapi for alvorlig syke kreftpasienter (20). I hans modell oppmuntres pasientene til å gi uttrykk for frykt og angst knyttet til sykdommen og virkningen av sykdommen på deres liv. Respons fra andre i gruppen bidrar til å motvirke benekting og til å normalisere reaksjonene. Man blir mer villig til å dele når man ser at andre har det på samme måten. Akseptering og bekreftelse fra gruppen motvirker depresjon og selvbepreidelser.

De vanligste temaer som ble tatt opp, var medisinske behandlingsproblemer, sykdommens virkning på kropp og selvbilde, familiesituasjonen, døden og det å dø. Angst for døden ble tatt opp direkte. Den ble på en måte "avgiftet". Ved å dele dødsangsten opp i spesifikke deler kunne den bli mer overkommelig. Var det mest angst for smerter, tap av kontroll eller atskillelse fra de nærmeste? Det utviklet seg en sterk tilknytning mellom gruppemedlemmene som motvirket sosial isolasjon. Det var også hyppige kontakter utenom gruppemøtene.

Resultatene av slik gruppebehandling med ukentlige møter over et år er beskrevet i flere artikler (21, 22). På en rekke mål for stress og livskvalitet viste de som fikk behandling bedre resultater enn en kontrollgruppe. Noe uventet fant man ved en etterundersøkelse ti år senere at behandlingen også hadde effekt på overlevelsen. De som deltok i gruppeterapien levde lenger (gjennomsnittlig 36,6 måneder) enn en kontrollgruppe som ikke deltok (gjennomsnittlig 18,9 måneder) (22).

Imidlertid er det reist spørsmål ved Spiegels resultater, da han synes å ha hatt en kontrollgruppe med uvanlig høy dødelighet (23).

Cunningham og medarbeidere fant derimot ingen effekt av gruppepsykologisk behandling på overlevelse. De undersøkte 66 kvinner med metastatisk brystkreft som ble randomisert til en terapigruppe (n = 30) og en kontrollgruppe (n = 36) (24). Deres behandling var imidlertid av kortere varighet, hadde større innslag av kognitive og atferdsterapeutiske behandlingsteknikker og åpnet i mindre grad opp for å diskutere eksistensielle spørsmål enn det som ble gjort i Spiegels grupper.

Så langt er det ennå vitenskapelig uavklart om psykoterapi, individuelt eller i gruppe, kan ha effekt på overlevelsen hos pasienter med kreftsykdom.

Et pilotprosjekt

For å høste erfaring med gruppeterapi for norske kreftpasienter inviterte vi alle kvinner med utbredt brystkreftsykdom ved det lokale sykehus til å delta i en terapigruppe av et års varighet. Vi håpet å få økt kunnskap om hvorvidt et slikt tilbud er etterspurt og praktisk gjennomførbart, og ønsket å undersøke hva som karakteriserer kvinnene som tar imot et gruppetilbud sammenliknet med dem som avslår. Vi ønsket også å undersøke hvorvidt dette tilbudet hadde en målbar effekt på pasientens livskvalitet. Inklusjonskriteriene omfattet pasienter med metastatisk eller primær lokal avansert sykdom med forventet levetid lengre enn seks måneder. Det var ukentlige gruppemøter, de varte en time, og gjennomsnittlig fremmøte var 63 %. Gruppeterapeuten var spesialist i klinisk psykologi og psykoanalytisk gruppeterapi. Terapien ble forsøkt utført i tråd med manual fra Spiegel & Spira (25).

I tidsrommet september 1995 – september 1996 ble totalt 36 pasienter invitert, og av disse samtykket 16 i å delta i en terapigruppe. En pasient ble av gruppeterapeuten vurdert som uegnet til gruppeterapi og to fikk en uventet rask sykdomsprogrediering, slik at totalt 13 pasienter med gjennomsnittsalder 58 år (31 – 76 år) inngikk i terapigruppen. 20 pasienter med gjennomsnittsalder 60 år (36 – 83 år) avslo deltakelse, men samtykket i å bli evaluert, slik at til sammen 33 pasienter inngikk i studien. Ti av 13 pasienter som deltok i gruppeterapi hadde metastatisk sykdom, det samme var tilfellet for 13 av 20 av dem som ikke deltok.

De som ønsket å delta i gruppeterapi, syntes å ha et høyere stressnivå, målt ved hjelp av Impact of Event Scale (IES). Gjennomsnittsskåre (konfidensintervall) for intrusjon hos pasienter som deltok/ikke deltok i gruppeterapi var 20,0 (14,0; 26,1)/11,1 (6,7; 15,4) og for unnvikelse (avoidance) 19,3 (12,7; 25,9)/12,8 (8,9; 17,4). Skåre for emosjonell og kognitiv funksjon (men ikke for fysisk funksjon og somatiske symptomer), målt ved hjelp av "the EORTC quality of life questionnaire" (QLQ-C 30), var lavere for dem som deltok i gruppeterapi enn for dem som ikke deltok. Det var altså "de riktige"

pasientene som tok imot tilbudet – de som syntes å ha størst psykisk belastning relatert til kreftsykdommen. Dette er i tråd med andres funn (26). Stressnivå og livskvalitet syntes å bedre seg noe hos pasientene i begge undergruppene i løpet av året, men pga. små tall var det vanskelig å trekke sikre konklusjoner. Tre av gruppens medlemmer døde i løpet av den tiden gruppen var aktiv.

Temaer som gikk igjen i gruppesamtalene, rangert etter hvor hyppig de forekom, var følelser relatert til sykdommens utvikling, reaksjoner på medisinsk behandling og opplevelser i møte med behandlingspersonell, følelser knyttet til endrede livsbetingelser, nære pårørendes reaksjoner på kreftsykdommen og eksistensielle vansker. Man satt igjen med et inntrykk av at gruppeterapien representerte en intervensjon som var kvalitativt forskjellig fra andre terapitiltak. De virksomme faktorene syntes å være alminneliggjøring (det å gjenkjenne seg selv i andre), altruisme (omtanke for andre) og håp (åpning av nye perspektiver).

Avsluttende kommentarer

God medisinsk behandling og et godt lege-pasient-forhold, tilgjengelighet og kontinuitet og en holdning som inngir tillit er helt basale funksjoner som bør ligge i bunn før henvisning til psykoterapi vurderes. Å ivareta dette aspektet er en stor utfordring, både organisatorisk og faglig, i en stadig mer teknifisert sykehusverden. De fleste pasientene vil klare seg godt gjennom akuttfasen med den hjelpen de får fra medisinsk stab og eget nettverk. Spesifikk krisehjelp utover dette gir liten eller ingen tilleggseffekt.

God medisinsk behandling innebærer også at pasienten tilbys informasjon utover det som er mulig å formidle i kliniske behandlingssamtaler. Slik undervisning eller opplæring kan gis etter forskjellige modeller. Kanskje alle større region- og sentralsykehus burde ha en ”kreftskole” med ulike ”faglærere” som spesialister på sine felt?

Hvor stort er behovet for psykoterapeutisk tilleggshjelp når disse basale funksjonene er på plass? I en tidlig sykdomsfase, der det forventes at pasienten blir frisk, har et kortvarig rehabiliteringsprogram i form av gruppetilbud vist seg å være til hjelp. Innholdet i et slikt tilbud vil variere etter tilgjengelige ressurser og type kreftsykdom. Opplegg der pasientene har anledning til å ta opp følelsesmessige problemer og tilbys hjelp til å takle disse, synes å være mest effektivt. Når dette blir tilbudt rutinemessig til alle pasienter av en bestemt medisinsk kategori, er det minst stigmatiserende.

Alternativet er å vente og se og henvisne til psykoterapi først når behovet melder seg. Risikoen er da til stede for at følelsesmessige problemer blir oversett fordi man mest konsentrerer seg om fysiske symptomer i en travel sykehushverdag. Det ideelle er derfor kanskje en kombinasjon: Først en ”lang samtale” med den behandlingsansvarlige lege, med informasjon og råd og en vurdering av pasientens behov, deretter invitasjon til et psykoedukativt, strukturert gruppetilbud, hvis dette eksisterer, eller henvisning til individuell psykoterapi, der dette er mest hensiktsmessig. Det siste alternativet er aktuelt hvis sykdommen aktiverer tidligere konflikter og tap og der pasienten er motivert for psykoterapeutisk arbeid.

For pasienter med avansert sykdom er tilbud om gruppepsykoterapi et alternativ. Det sentrale i dette opplegget er et støttende miljø over lang tid der pasienter kan dele tanker og følelser om sykdommen og sykdommens virkning på livet – i tillegg til eksistensielle spørsmål. Erfaringer fra et pilotprosjekt ved et stort sentralsykehus viser at norske pasienter også tar imot et slikt tilbud.

Jeg takker Wendy Hanson, Ingvil Mjaaland og Reino Heikkila for hjelp med avsnittet Et pilotprosjekt.

LITTERATUR

1. Kreft i Norge, 1993. Oslo: Kreftregisteret, Institutt for epidemiologisk kreftforskning, 1995.
2. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piatsetsky S, Schmale AM et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751 – 7.
3. Massie MJ, Holland JC. Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. I: Holland JC, Rowland JH, red. *Handbook of psychooncology*. Oxford: Oxford University Press, 1990: 273 – 82.
4. Massie JM, Holland JC, Straker N. Psychoterapeutic interventions. I: Holland JC, Rowland JH, red. *Handbook of psychooncology*. Oxford: Oxford University Press, 1990: 455 – 69.
5. Aass N, Fosså DS, Dahl AA, Moe TJ. Forekomst av angst og depresjon hos kreftpasienter. En punktprevalensundersøkelse ved Det Norske Radiumhospitalet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 698 – 703.
6. Carroll BT, Kathol RG, Noyes R jr., Wald TG, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 69 – 74.
7. Dean C, Hopwood P. Liaison psychiatry in a breast cancer unit. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 98 – 100.
8. Spiegel D. Cancer and depression. *Br J Psychiatry* 1996; 30: 109 – 16.
9. Maquire P, Tait A, Brooke M, Thomas C, Sellwood R. Effect of counselling on the psychiatric morbidity associated with mastectomy. *BM J* 1980; 281: 1454 – 6.
10. Berglund G, Bolund C, Gustafsson U-L, Sjøden P-O. A randomized study of a rehabilitation program for cancer patients: the 'starting again' group. *Psycho-Oncology* 1994; 3: 109 – 20.
11. Fawzy IF, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 720 – 5.

12. Fawzy IF, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 681 – 9.
13. Moorey S, Greer S, Watson M, Baruch JDR, Robertson BM, Mason A et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-Oncology* 1994; 3: 39 – 46.
14. Edelman S, Bell DR, Kidman AD. A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 295 – 305.
15. Edelman S, Lemon J, Bell DR, Kidman AD. Effects of group cognitive behaviour therapy on the survival time of patients with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 474 – 81.
16. Straker N. Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *J Psychother Pract Res* 1998; 7: 1 – 9.
17. Tjemsland L, Søreide JA, Malt UF. Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer III: status one year after surgery. *Breast Cancer Res Treat* 1998; 47: 141 – 51.
18. Cella DF, Mahon SM, Donovan MI. Cancer recurrence as a traumatic event. *Behav Med* 1990; 16: 15 – 22.
19. Kreitler S. Denial in cancer patients. *Cancer Invest* 1999; 17: 514 – 34.
20. Spiegel D. Psychosocial interventions with cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 1986; 3: 83 – 95.
21. Spiegel D. Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer* 1990; 66: 1422 – 6.
22. Spiegel D, Bloom J, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888 – 91.
23. Fox B. A hypothesis about Spiegel et al.'s 1989 paper on psychosocial intervention and breast cancer survival. *Psycho-Oncology* 1998; 7: 361 – 70.
24. Cunningham AJ, Edmonds CVI, Jenkins GP, Pollack H, Lockwood GA, Warr D. A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology* 1998; 7: 508 – 17.
25. Spiegel D, Spira J. Supportive-expressive group therapy: a treatment manual of psychosocial intervention for women with recurrent breast cancer. Stanford, CA: Psychosocial Treatment Laboratory, Stanford University School of Medicine, 1991.
26. Berglund G, Bolund C, Gustafsson U-L, Sjøden P-O. Is the wish to participate in a cancer rehabilitation program an indicator of the need? Comparisons of participants and non-participants in a randomized study. *Psycho-Oncology* 1997; 6: 35 – 46.

Publisert: 10. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.