

# Betydningen af den depressive patients fortælling af sin livshistorie II

Jens Gerhard Jensen, Dorte Gannik & Bent Rosenbaum

*En kvalitetsundersøgelse i almen praksis*

*»Han forstår mig bedre. Ja, det har jeg i den grad. Jeg har fået løsnet op for nogle af de ting, jeg troede, var stress, det med min fætters død og med min skilsmisse og at jeg så blev skilt fra min søster, har givet mig problemer. Ja, nu har han baggrunden om, hvad der foregår. Det havde jeg aldrig fundet frem til, hvis det ikke var på grund af, at jeg havde fortalt det til lægen ...« »Hun har selv fået lov til at bestemme farten. Hun kan se nogle mønstre, som er blevet indarbejdet, og hvorfor hun reagerer som hun gør. Jeg har fået udvidet mit bekendtskab til patienten og hendes baggrund. Jeg er blevet bestyrket i, at det er en god metode«. Forfatterne beskriver et projekt, hvor man lader den depressive patient fortælle sin livshistorie. Artiklen er en fortsættelse af en artikel i forrige nummer af Månedsskriftet (1).*

#### BIOGRAFI:

Jens Gerhard Jensen er almenmediciner og pensioneret praktiserende læge, Dorte Gannik er sociolog og lektor på Forskningsenheden for Almen Praksis i København, og Bent Rosenbaum er psykiater og overlæge på Psykiatrisk Center Glostrup.

FORFATTERS ADRESSE:  
Tueholmen 13, 2630 Taastrup.  
E-mail: jgjensen@dadlnet.dk

Formålet med projektet er at belyse, i hvilken forstand patientens fortælling af sin livshistorie, med anvendelse af de rette redskaber, er en god adgang til behandlingen af det depressive sind, herunder at undersøge, hvad det specifikt er, som denne metode giver lægen i lægepatient-forholdet. Projektet lægger op til at bruge de indhentede erfaringer til at skabe et nyt evidensbaseret arbejdsredskab til mødet med den depressive patient i almen praksis. En af projektets vigtigste intentioner var at bringe et resourceorienteret alternativ til de kognitivt baserede støttesamtaler.

#### Den depressive selvforståelse

Som det fremgår af citater fra undersøgelsen i Boks 1, handler depression blandt andet om meningsløshed, angst, vrede, skyld og afmagt – en næsten uoverkommelig mur af følelser, som skal demonteres, for at patienten skal kunne lukke op for sin fortælling.

Det er en kunst at få et menneske til at tale om sig selv. Lægekunst kan være en sådan kunstart, hvor lægen i dialog med patienten kan skabe grobund for selv- og selvværdsudviklende udsagn, hvori patienten kan integrere følelser og tanker i et fremadskridende perspektiv. Søren Kierkegaard anbefalede den, der udøver lægekunst, at gøre brug af »en digterisk Oprin-

- »Jeg levede ikke« (2)
- »Du ved ikke, hvad det vil sige at være alene« (depressiv patient)
- »Jeg hører ikke til nogen steder« (3)
- »Jeg troede, jeg bare kunne synke og ramme bunden, men der var ingen bund« (4)
- Lægen: »It is not your fault. It's an illness, and it's not your fault«. Den depressive: »I know it's not my fault. You have told me that so often, I'm beginning to think it is my fault« (5).
- »I can not find my essential self« (5)
- »Fuck you for rejecting me by not being there« (5).

Boks 1.

delse i sin Sjæl til strax at kunne skabe det Totale og Regelmæssige af hvad der i Individet bestandig kun er deelviis og uregelmæssigt tilstede« (2). Bag den depressive indesluttethed findes et behov for at skabe orden i et indre dæmonisk kaos, der har opløst helhed og sammenhæng.

Lægekunsten har en »digterisk Oprindelse«, som kan give både lægen og patienten nye synsvinkler på og dybere forståelse af den helhed og sammenhæng, der bestemmer tilværelsens værdier.

Invitationen til patienten om at fortælle sin livshistorie er ikke båret af en paternalistisk holdning i behandlingsarbejdet (6, 7), men snarere båret af lægens tilstedeværelse, der sikrer fremkomsten af udsagn, som den depressive oplever som autentiske, og som holder fortællingen i gang. Den depressive fortælling af sin historie skaffer lægen adgang til oplevelse af et drama i flere akter. Spændingen stiger fra akt til akt, og finalen giver både den depressive og lægen en mulighed for dybere forståelse af, hvad det vil sige at

være til, når man ikke slår til. Vi forventer, at depressive, der har fortalt deres historie, er bedre stillet end depressive, der ikke har fortalt den.

### Projektets forløb og metode

I alt 15 læger havde tilmeldt sig projektet, 6 læger sprang fra, motiveret med mangel på tid. Der deltog 5 kvindelige læger og 4 mandlige med en gennemsnitsalder på 53 år.

Ud over de kvalitative data blev der i rapporten indført nogle kvantitative data: Gennemsnitsforbrug af tid til livshistorierne var 4,2 konsultationer, svarende til ca. 2½ time. Af patienterne var de 6 kvinder og 4 mænd med en gennemsnitsalder på 47 år. Alle patienterne var samlevende og havde børn.

Samtlige læger mente, at deres interesse for og uddannelse i depressionsbehandling og psykoterapi var større end den gennemsnitlige.

Scoring på Hamilton-skalaen blev udført af 5 læger før og af 4 læger efter fortællingen. Gennemsnitsscoren for dem, der havde udført scoren både før og efter, var før fortællingen 19,3, (min. 15, maks. 29) – efter fortællingen 10,2 (min. 6, maks. 15) et fald i scoren på 9.

### Førstemødet (Boks 2)

Førstemødet blev tilrettelagt efter de principper, der fremgår af artiklen om depression og livshistorie (1).

De deltagende læger spurgte alle de depressive patienter, som ikke faldt ind under eksklusionskriterierne, om de ville deltage i et projekt, hvor de skulle fortælle deres livshistorie, før der blev taget stilling til videre behandling.

Eksklusionskriterierne var: 1) svære og

»Du skal være dig selv, men nysgerrig, og fortælle om dit ønske om at få det meste af historien« (8).

»Patienten føler sig aldrig mere alene end i begyndelsen af fortællingen og har aldrig mere brug for en form for bro til behandleren for at kunne holde op med hele tiden at forsvare sig mod farene ved en selvundersøgelse i en gådefuld fremmeds nærvær« (8).

Boks 2.

mere end 2 år varende depressioner, 2) børn under 18 år, 3) depressive patienter, der i forvejen var i behandling med antidepressiva eller anden angstdæmpende medicin og 4) depressive, der havde været indlagt i psykiatrisk afdeling for depression eller en anden psykisk lidelse.

I projektet lagde vi vægt på, at første-mødet hos lægen blev en undersøgelse af depressionen på de præmisser, patienter almindeligvis forventer af deres læge, dvs. en omhyggelig diagnostisk og evidensbaseret undersøgelse. Opfyldelsen af den forventning skulle medvirke til tryghed og gensidig tillid. Man kan sige, at patienten møder op og finder lægen dér, hvor lægen er, og lægen møder patienten ved at opfylde denne forventning.

Hvis lægens skøn og/eller Hamilton-skemaet bekræftede diagnosen, og den depressive valgte at sige ja, blev der aftalt en kontrakt.

### Kontrakten

For at give den depressive fornemmelsen af et trygt ritual, hvoraf det tydeligt fremgik, at lægen troede på, at patienten ikke var mere syg end, at der var tid og ressourcer nok til at fortælle, blev følgende ramme skitseret for patienten:

1. Når samtalerne begyndte, drejede de sig kun om livshistoriefortælling. Andre medicinske anliggender skulle henvises til en særskilt konsultation.
2. Den depressive blev tilbudt en fast aftale om f.eks. 3–6 livshistoriesamtale på 30–40 minutter med 3–7 dages mellemrum.
3. For at beskytte den depressive mod at blive presset af pårørende til at fortælle detaljer om terapien, forpligtede læge og patient sig til gensidig tavshedspligt, dog således at pårørende, hvis det forekom aktuelt at bruge dem som ressource, kunne inviteres til en fællesamtale.
4. Lægen måtte, for at få tilstrækkelig tryghed under det kommende samtaleforløb, have en mundtlig aftale om, at patienten ikke begik selvmord, så længe historien blev fortalt.
5. Hvis lægen havde båndoptager eller video, anbefalede det at bede patienten om tilladelse til at optage konsultationerne på bånd eller video. Dette blev i langt de fleste tilfælde accepteret af patienten, når det blev garanteret, at samtalen kun blev hørt af lægen eller samarbejdskolleger, der er interesseret i livshistoriemetoden, og at samtalen ville blive slettet igen. Lægen fik derved mulighed for at høre, hvad der var sket, hvis samtalen løb af sporet, f.eks. hvis lægen tog ordet, når det blev for svært at bære tavsheden og patientens smerte.

### Førstekonsultationen

#### – samtaletekniske betragtninger

Tilbageholdenhed og lytten var projektets vigtigste midler til at hjælpe patienten med at lukke op for en alvorlig fortælling.

Adgangen til denne fortælling gik gennem en dør, som skulle åbnes indefra-udad, fordi den indefra oplevedes som stænget til af angst og klæbrig skyldfølelse, som først måtte fortælles for at løses.

Trøstende ord, løfter og gode råd om at tale frit fra leveren kunne i virkeligheden lægge et pres på døren til patientens indre: Den depressive kunne ikke tage sig sammen, fik mere skyldfølelse og fik endnu sværere ved at lukke op.

En af projektets intentioner var at bringe et ressourceorienteret alternativ til de kognitivt baserede støttesamtaler. Livshistoriesamtaler havde den egenskab, at det var den depressive, der arbejdede med sig og sit selv og bragte sig i kontakt med dets kaotiske indhold.

Når den depressive i projektet kom til førstekonsultationen, kunne lægen indlede med at sige: »Hvis du ikke har noget imod det, tager vi en lille tænkepause, inden vi begynder, så jeg bedre kan samle tankerne og høre efter, hvad du fortæller«. Tavsheden og alvoren gjorde det sværere for patienten at begynde med »udenomssnak«.

Invitationen til samtale åbnede for empati og nærvær og overlod initiativ og ansvar til en patient, der følte, at hun eller han ikke kunne bære noget som helst mere. Havde lægen tålmodet til at vente med at sige noget og derved blev den, der kunne rumme alvoren og tavsheden, var hun eller han sikker på at opnå patientens tillid.

Efter tænkepausen behøvede lægen ikke at sige andet end: »Værsgo, nu kan du godt fortælle.«

Efter denne førstekonsultation kunne lægen efter eget skøn afslutte med at sige:

»Tak, nu synes jeg, at du har givet en god indledning til din historie; kan du komme igen næste gang og fortælle videre?»

### Livshistoriesamtalerne

Disse fortsatte efter de samme principper som førstekonsultationen med at lade den depressive op med opfordringen:

»Fortæl!»

Hvis den depressive slog over i nutid med beskrivelse af smerte og symptomer, kunne det være en god ide at spørge:

»Hvis det er ved at være for svært at fortælle mere af din historie i dag, kan vi holde en lille tænkepause i et minut. Så finder vi ud af, om du vil fortælle mere i dag, eller om du vil vente til næste gang.«

Når de ca. 4 samtaler var afsluttet, kunne læge og patient i fællesskab aftale det videre forløb og eventuel behandling.

### Projektets resultater, analyse og rapport

Resultaterne hviler på evalueringsskemaer fra læge og patient, ca. 1 kvarters telefonisk interview med patienten efter afslutningen af fortællingen og en samtale på ca. ½ time mellem projektilrettelægger og lægen efter afslutning af den sidste fortælling samt et afsluttende fællesmøde med deltagende læger.

#### KVANTITATIVE UDDRAG AF LÆGERNES EVALUERING

##### 1. Forberedelserne

Alle læger var tilfredsE med kontrakten og adskillelsen mellem førstemøde og førstekonsultation. Derimod blev udfyldelsen af Hamilton-skemaer som nævnt mangelfuld (5 af 10 og 4 af 10).

*2. Processen**Tilfredshed med:*

- a. tænkepause (7 af 10)
- b. lægens tilbageholdende, tavse holdning (8 af 10)
- c. tidsforbruget (9 af 10)
- d. at der var tid nok til oplevelse af, at den depressive fik fortalt hele sin historie (9 af 10).

*3. Resultater*

- a. 9 af 10 læger mente, at fortællingen havde behandlingseffekt, 5 af 10 patienter fik ingen efterbehandling
- b. 10 af 10 læger gav patienten en god prognose
- c. 9 af 10 læger ville anbefale fortælling af livshistorie til andre
- d. 7 af 10 læger oplevede livshistoriekonsultationerne som en afslappende niche i lægearbejdet.

*4. Om læge-patient-forholdet*

- a. 9 af 10 læger fornemmede, at fortællingen også kunne opleves som en gave til lægen
- b. 7 af 10 læger mente, at fortællingen havde ændret læge-patient-forholdet
- c. 10 af 10 læger kunne tænke sig at bruge livshistoriefortælling til deres næste depressive patient.

KVANTITATIVE UDDRAG FRA  
PATIENTERNES EVALUERINGSSKEMA*1. Før fortællingen*

- a. 10 af 10 var tilfredse med forberedelser og aftaler
- b. 8 af 10 var tilfredse med tidstilrettelæggelse.

*2. Processen*

- a. 7 af 10 var tilfredse med tænkepause
- b. 8 af 10 var tilfredse med lægens tavse holdning
- c. 9 af 10 var tilfredse med tidsforbrug.

*3. Efter fortællingen (resultater)*

- a. 9 af 10 var tilfredse med virkning på depression
- b. 7 af 10 var tilfredse med aftalen om at vente med at tage stilling til eventuel behandling efter afslutning af samtalerne
- c. 8 af 10 havde gode forventninger til fremtiden.

*4. Fortællingens betydning for læge-patient-forholdet*

- a. 10 af 10 var tilfredse med nærhed
- b. 9 af 10 kunne anbefale livshistorie til andre.

PATIENTERNES OG LÆGERNES ORD OM  
BETYDNINGEN AF FORTÆLLINGEN<sup>1</sup>

*Læge 1:* Jeg tror, det har været godt for at komme videre, at vi har været igennem med det hele. Det går meget hurtigere at komme til det væsentlige.

*Læge 2:* Jeg er kommet tættere på hende. Hun kommer ikke mere og får ikke behandling. Ja, de gange efter har hun været meget smilende og glad. Hun har været positiv over for mig.

*Patient 2:* Ja, nu kender hun hele sammenhængen. Normalt er man kun en sygdom. Hun husker mig som menneske. Der var nogen, der havde lyst til at høre på mig. Familien gider ikke. Lægen var interesseret i mig og det jeg har oplevet som menneske. Jeg tror ikke, der blev

1) Læger og patienter med samme nummer hører sammen.

taget hånd om mig, da livet blev svært, dengang jeg fik aborten.

*Læge 3:* Vi har noget sammen. Vi har en dybere resonansbund.

*Patient 3:* Det var rart at få tænkt livet igennem. Det var anderledes, det var næsten kun mig. Hun lyttede aktivt.

*Læge 4:* Han isolerer sig ikke så meget. Han er nu centreret på at snakke om det.

*Patient 4:* Hvad jeg har fået ud af samtalerne? Ja, mere end ved at gå til psykolog. Vi fik snakket sammen om noget vigtigt i familien og jeg blev afklaret om min mor. Jeg følte mig ikke udfrittet eller presset, som når man går til psykolog. Det betyder enormt meget at man havde frihed og selv styrede.

*Læge 5:* Patienten sagde: »Det var godt at se sit liv i sammenhæng«. Jeg har fået en god metode, Men der bliver trukket på mine ressourcer. Han har ikke haft depression siden. På en måde syntes jeg en overgang at jeg var kommet for tæt på ham.

*Patient 5:* Hun kender mig på en anden måde. Jeg blev interesseret i at fortælle med åbent hjerte. Det skaber nogle associationer og tanker.

*Læge 7:* Hun har selv fået lov til at bestemme farten. Hun kan se nogle mønstre som er blevet indarbejdet, og hvorfor hun reagerer som hun gør. Jeg har fået udvidet mit bekendtskab til patienten og hendes baggrund. Jeg er blevet bestyrket i, at det er en god metode. Jeg bruger tænkepausen. Jeg vil ikke sige, at det ene minut har været afgørende.

*Patient 7:* Jeg tror bestemt at lægen også har fået noget ud af det. Hun var ligesom en veninde. Hun kan bedre forstå. Hun har haft det ud af det, at det flytter mig. Mange ting flyttede sig. Jeg

kan bedre blive klar over, at jeg har haft det så svært, hvor hårdt det rammer, når man lukker op. Nogle gange havde jeg brug for ånderum. Jeg sprang i det, når det var for hårdt. Det var godt, der blev lukket op for det, jeg føler.

Jeg blev overset af min mor. Mine børn oplever det samme. Jeg forstår bedre min søn, hvorfor og hvad der sker med ham. Han lider af depression.

*Læge 8:* Denne patient på videobåndet var den første ud af ca. 5–8 patienter, hvor jeg med stort udbytte har benyttet teknikken. Den giver i hvert fald mig meget. Jeg kender nu disse patienter bedre end andre, jeg har set 100 gange på normalvis. Tak for inspirationen – ha' det godt.

*Læge 9:* Ja, jeg har fået et værktøj til at få en god historie. Indfaldsvinklen er god, men jeg synes den kræver for meget tid. Det forløb med mig gik ikke så godt. Vi evnede ikke at få noget ud af det. Ja, nu kender vi hinanden

*Patient 9:* Jeg fandt ud af at jeg manipulerede for at dreje lægen udenom, når han kom for tæt. Jeg fik tid og rum og behøvede ikke at springe over, hvor gærdet er lavest. Jeg har en kammerat, som har det meget svært med sin depression. Det var godt, hvis mange havde fået den chance, jeg har fået. Ja, jeg skal ikke starte forfra. Han kender baggrunden. Jeg er mere afslappet.

*Læge 10:* Jeg synes, jeg har fået et ekstra stykke værktøj i kassen, hvor man ikke ligesom i en almindelig samtale, en anden teknik. Det er et ekstra stykke værktøj, hvis jeg synes, jeg ikke rigtig kommer igennem med det at snakke her og nu. Hun er nu ikke længere bange for at hun fejler noget somatisk.

*Patient 10:* Han forstår mig bedre. Ja, det har jeg i den grad. Jeg har fået løsnet op for nogle af de ting, jeg troede var stress, det med min fætters død og med min skilsmisse og at jeg så blev skilt fra min søster har givet mig problemer. Ja nu har han baggrunden om, hvad der foregår. Det havde jeg aldrig fundet frem til, hvis det ikke var på grund af, at jeg havde fortalt det til lægen. Jeg har lært at sige fra over for mine forældre, der begge to ikke har fundet en anden, jeg vil ikke være sendebud. Nu må de selv tale med hinanden. Det går godt. Jeg skal høre op med medicinen. Det går den rigtige vej. Jeg har fået nyt arbejde. Ja, da vi snakkede om min fætters død. Jeg var ikke klar over at det betød så meget for mig. Han fik trykket på de knapper. Han er god til at lytte.

### Diskussion

Alle, der første gang oplever en depressiv episode, er bevidst om, hvor alvorlig lidelsen er. Det første møde mellem den depressive patient og den praktiserende læge vil derfor ofte være præget af negative forventninger og ængstelse for fremtiden. Invitationen til fortælling af sin livshistorie vil i første omgang betyde, at lægen signalerer, at det ikke blot handler om sygdom men primært om, hvilket menneske, den depressive er. Som en patient (nr. 2) fortæller:

»Normalt er man kun en sygdom. Hun husker mig som menneske.« Patienten husker også især, at lægen sagde: »Fortæl, ja fortæl.«

Dette, ikke at føle sig som en sygdom, men som et menneske, er måske den

væsentligste årsag til den store tilfredshed, der var blandt deltagende patienter; tilfredshed med at få lov til at fortælle.

»Det var rart at få tænkt livet igennem« og »Ja, nu har han baggrunden om, hvad der foregår. Det havde jeg aldrig fundet frem til, hvis det ikke var på grund af, at jeg havde fortalt det til lægen« og »Det var godt, hvis mange havde fået den chance, jeg har fået«. (Patient nr. 9)

Undersøgelsen viste, at det ikke var noget problem at måtte vente med behandling til efter fortællingen. Kun 1 patient (patient nr. 2) med en svær depression (Hamiltonscore på 29), som lægen alligevel skønnede godt kunne deltage, var betænkelig ved at skulle vente med behandling, men valgte alligevel at deltage. Det viste sig imidlertid, at hun fik det så meget bedre under fortællingen, at hendes Hamiltonscore faldt til 15. Hun havde det herefter:

»Okay. Det var en stor fordel. Der kommer andre problemer. Jeg er kommet videre.«

Hun fik ingen efterbehandling.

Det siger noget om, at fortællingen rummer værktøjer, der giver selvforståelse, behandlingseffekt og positive forventninger til fremtiden.

En enkelt patient (nr. 9) blev sendt videre til en psykiater:

»Det forløb med mig gik ikke så godt. Vi evnede ikke at få noget ud af det sammen«, mente lægen, men det var hans patient, der sagde: »Det var godt, hvis mange havde fået den chance, jeg har fået.«



Lægerne var ikke tilfredse med tidsforbruget. I projektet viste det sig, at det gennemsnitlige forbrug af konsultationer var 4,2 svarende til ca. 2,5 timer. Spørgsmålet er imidlertid om den anvendte tid på længere sigt ikke bliver en tidsbesparelse. Patienter, der har givet udtryk for:

»Det var godt, der blev lukket op for det, jeg føler« (patient nr. 7) eller »Jeg var interesseret i at fortælle med åbent hjerte. Det skaber nogle associationer og tanker (patient nr. 5)« og »Jeg fik tid og rum og behøvede ikke at springe over, hvor gærdet er lavest« (patient nr. 9) og hvor »Lægen har givet mig små værktøjer«

– vil på længere sigt være mere fri og uafhængig af lægen. Udtalelser fra lægerne som:

»Det går meget hurtigere at komme til det væsentlige (læge nr. 1)«, »Jeg kender nu disse patienter bedre end andre, jeg har set 100 gange« eller »Den giver i hvert fald mig meget« (læge nr. 8),

kunne tyde på, at den brugte tid er godt givet ud, og at metoden kan være tidsbesparende til konsultationskrævende patienter. Ved invitationen til sin livshistoriefortælling flyttes fokus fra sygdom til genoplevelse af værdier og ressourcer, der kan tænde håb om forandring:

»Vi har noget sammen. Vi har en dybere resonansbund«. (læge nr. 3) »Ja nu har han baggrunden om, hvad der foregår. Det havde jeg aldrig fundet frem til, hvis det ikke var på grund af, at jeg havde fortalt det til lægen. Jeg har lært at sige fra« (patient nr. 9).

I nogle tilfælde fører håbet til, at den depressive kan arbejde sig ud og op af depressionen på egen hånd, i andre tilfælde vil de udtrykte værdier kunne komme til at fungere som værdifulde holdepunkter, der støtter anden behandling.

At 9 ud af 10 deltagende patienter var tilfredse med at fortælle deres historie, er måske ikke overraskende, men bemærkelsesværdigt er det, at alle gav sig selv en god prognose. Hvis disse forventninger holder, tyder det på, at livshistoriefortælling ud over en behandlingseffekt også har en recidivforebyggende effekt, som kan evidensbaseres, hvis pilotprojektet følges op af initiativer, der vil kunne gøre brug af livshistoriefortælling til et attraktivt redskab for alle praktiserende læger.

Efter patientevalueringerne at dømme er der ingen tvivl om, at de depressive har oplevet livshistoriefortælling som et meningsfyldt samvær, der giver gensidig respekt, og som for dem afkræfter myten om, at lægen ikke har tid.

### Konklusion

Der er mange grunde til at forvente, at depressive, der har fortalt deres historie, er bedre stillet end depressive, der ikke har fortalt den. I livshistorien gemmer sig ressourcer, som kan genoplive håb, samt tro på livets muligheder. Lægekunsten er at skabe et tillidsfuldt forhold, der giver adgang til en autentisk historie. I projektet er dette forsøgt ved at indlede med et førstemøde, der er baseret på det diagnostiske objektivt/abstrakte grundlag, som både læge og patient føler sig fortrolige med. Førstemødet blev derefter ramme for planer og aftaler vedrørende de kommende subjektivt/konkrete livshistorie-



samtaler, hvis vigtigste indhold blev lokket frem af lægens lyttende holdning.

Det viste sig, at metoden sikrede en så udtalt gensidig tillid, at alle deltagere, depressive såvel som læger, udtrykte stor tilfredshed med tilbuddet om og forløbet af fortællingen, ligesom begge parter også var meget tilfredse med den nærhed, som fortællingerne gav anledning til. Tilfredsheden gav sig også udtryk i, at halvdelen af de depressive afsluttede uden videre behandling efter at have fortalt deres historie. Både læger og patienter forventede en god prognose efter afslutning af fortællingen, ligesom de var enige om at ville anbefale livshistoriefortælling til henholdsvis kolleger og andre patienter som et værktøj til en bedre tilværelse.

En af de deltagende patienter (nr. 10) var somatiserende med et stort lægeforbrug, hvor lægen

»ligesom ikke var kommet nogen vegne. Derfor var det spændende at køre livshistorien og starte forfra. Nu fik jeg en lejlighed til at få noget vigtigt at vide«.

Vi ved, at der er en sammenhæng mellem stort lægeforbrug og anvendelse af anti-depressiva (9). Der er al mulig grund til at tro, at den slags patienter, som ofte klassificeres som vanskelige, vil have særlig stor glæde af at blive mødt af en læge, der inviterer og byder velkommen til fortælling af livshistorie. Lægen vil kunne glæde sig over, at livshistoriefortællingen bliver den depressives egentlige medicin (10). Jo flere livshistorier en læge har lyttet til, desto større bliver hendes eller hans evne til at få autentiske udsagn fra alle slags patienter og dermed også komme hurtigere frem til det væsentlige.

Undersøgelsen viser, at resultaterne af livshistoriefortælling er så positive, at mulighederne for at udbrede kendskabet til og uddannelsen i livshistoriefortælling i almen praksis bør tages op. Midlerne hertil kunne være gennemførelse af større undersøgelser, der kunne give et evidensbaseret grundlag for en mere omfattende brug af livshistorie og kurser, seminarer og workshops, samt mærkbare tilskud fra Sygesikringen til læger, der ønsker at anvende livshistoriefortælling.

### Rapporten

Enhver praktiserende læge kan afprøve livshistoriekonceptet, som det er udformet i denne artikel her i Månedsskriftet, på både tunge patienter, der vanskelige at forstå og etablere et tillidsfuldt forhold til, og på tungsindige patienter. Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til *Jens Gerhard Jensen*, der gerne tager imod spørgsmål eller erfaringer fra alle, der har været eller vil gå i gang: tlf. 30 69 89 22,

*Interessekonflikter:* ingen angivet.

*Taksigelse:* Lægerne *Lene Agersnap, Margith Grønnebæk, Tove Kepp, Ole Eg Pedersen, Christian Raun, Helle Schnack, Ege Schulz, Mette Ulsø*, og *Claus Wegge* takkes for bidragene fra almen praksis.

### LITTERATUR

1. Jensen JG. Depression og livshistorie: to depressionshistorier fra almen praksis. *Månedssk Prakt Lægegerm* 2007;85: 795-9.
2. Kierkegaard S. Begrebet Angst. I: Kierkegaard S. Samlede værker. København: Gyldendal, 1982.
3. Zorn F. Ensomhedens svøbe. København: Rosenkilde og Bagger, 1978.

4. Jensen H. Råmateriale til en scenekunstner. DR2, 2001.
5. Kane S. 4.48 psychosis. Methuen Drama, 2001.
6. Haman J, Leucht S, Kessing W. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 403–9.
7. Ezekiel JE. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221–6.
8. Schafer R. *Handlesprog og fortælling*. København: Det lille forlag, 1966.
9. Hansen DG. Prescribing of antidepressants: a pharmacoepidemiological study of patient and physician factors in general practice (ph.d.-afhand). Syddansk Universitet, 2004.
10. Balint M. *The doctor, his patient and the illness* London: Tavistock 1967.

**NICE guidelines:  
Sekundær forebyggelse  
efter myokardieinfarkt**

*BMJ* 2007; 334: 1112–3

Efter AMI får mange patienter acetylsalicylsyre,  $\beta$ -blokker, ACE-hæmmer og statin. Ikke alle får den mest effektive sekundære forebyggelse dvs. alle 4 typer medicin. Her kommer de nyeste rekommandationer fra National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)). Nice-rekommandationer er baseret på systematiske *reviews of best available evidence*.

**Livsstil**

Råd om livsstilsændringer skal være konsistente og tage hensyn til patienternes vaner.

Man anbefaler:

- Regelmæssig motion til let åndenød 20-30 min om dagen.
- Ophør med rygning. Tilbyd støtte og rådgivning samt medicin til dem, der ønsker at holde op.
- Middelhavskost dvs. mere brød, frugt, grønsager og fisk. Mindre kød. Brug planteolier i stedet for smør og ost.
- 7 g omega 3-fedtsyrer fra 2-4 portioner fed fisk om ugen. Hvis dette ikke kan gennemføres, kan man tage 1 g omega 3-fedtsyrer om dagen som tilskud. Der er ikke evidens for, at omega 3-fedtsyrer har effekt, hvis der er gået mere end 3 måneder efter AMI.
- Hold alkoholforbruget nede på 21 genstande om ugen (mænd) eller 14 genstande om ugen (kvinder) og undgå større indtagelse på kort tid.
- Undgå overvægt.

NICE fraråder patienter at:

- Tage kosttilskud med caroten (kan muligvis øge antallet af kardiovaskulære dødsfald).

- Tage E eller C vitamintilskud (ingen evidens for effekt).
- Tage tilskud af folinsyre (ingen evidens for effekt).

### Hjerterehabilitering

- Tilbyd hjerterehabilitering med træning til alle (reducerer total mortalitet).
- Inkluder følgende punkter i programmet: Træning, sundhedsoplysning og behandling af stress (reducerer depression, ængstelse og risikoen for ikke-fatal AMI).
- Hjerterehabilitering kan tilbydes som hjemmeøvelser med opfølgning hos en træner.
- Involver partnere eller behandlere i programmet.
- Giv råd om tilbagevenden til arbejde under hensyntagen til patienternes fysiske og psykologiske status.
- Fortæl patienterne, at seksuel aktivitet ikke frembyder nogen risiko efter overstået AMI.
- Tag hensyn til patienternes sundhedsmæssige og sociale behov.

### Medicin efter AMI

Alle patienter bør behandles med kombinationen:

1. ACE-inhibitor (reducerer mortalitet, risiko for AMI og udvikling af hjertesvigt).
  2. Acetylsalicylsyre (reducerer kardiovaskulær mortalitet og morbiditet).
  3.  $\beta$ -blokker (reducerer total mortalitet og kardiovaskulær morbiditet).
  4. Statin (reducerer total mortalitet og kardiovaskulær morbiditet).
- Efter non-ST-myokardieinfarkt behandles med både clopidogrel og lavdosis acetylsalicylsyre i 12 måneder (reducerer

kardiovaskulær mortalitet og risiko for AMI og apopleksi).

Efter ST-elevationsmyokardieinfarkt behandles patienten mindst 4 uger med denne kombination, hvis behandlingen kan startes inden for 24 timer (reducerer total mortalitet og risikoen for AMI og apopleksi). Fortsæt derefter standardbehandling inkl. acetylsalicylsyre uden clopidogrel.

- Ved patienter, der er intolerante for både acetylsalicylsyre og clopidogrel, kan man overveje AK-behandling med warfarin til INR 2-3 (reducerer risikoen for AMI). Hos patienter, der er intolerante for clopidogrel, som har lav risiko for blødning, kan man overveje AK-behandling i kombination med acetylsalicylsyre.

### Hjertesvigt efter AMI

- Patienter med hjertesvigt og venstresidig systolisk dysfunktion behandles med aldosteron antagonist helst efter behandling med ACE-hæmmer inden for 14 dage efter AMI (reducerer total mortalitet og risiko for indlæggelse for kardiovaskulære tilfælde).

### Kardiologisk vurdering

- Tilbyd kardiologisk vurdering under hensyntagen til comorbiditet til alle patienter for at finde de patienter, der vil have glæde af koronar revaskularisation som sekundær forebyggelse (reducerer risikoen for AMI og total mortalitet hos udvalgte patienter).

Nice guidelines inkluderer rekommandationer for alle patienter, som tidligere har haft AMI. Praktiserende læger må gennemse deres registre for at sikre, at alle egnede patienter får den rigtige behandling.

NHN