

Samfélag í sálarkreppu – er ráðist að rót vandans?

Við lifum á tíma tómleika og kvíða

töfrarnir virka ekki lengur.

Lífið er metið sem tap eða gróði.

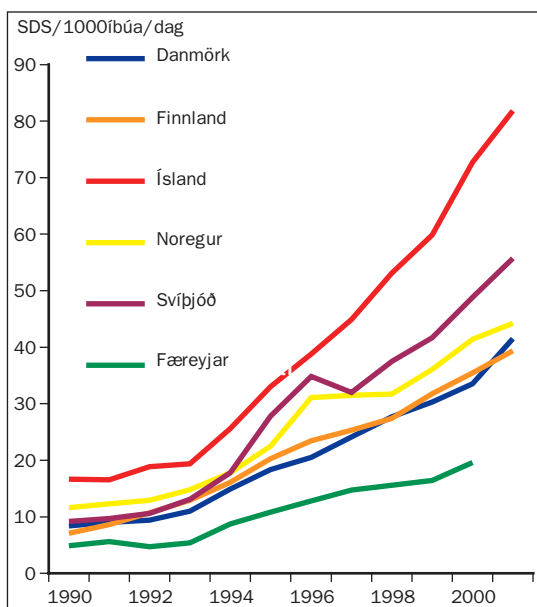
Í myrkrinu aleinn maðurinn gengur

munaðarlaus lítill drengur.

Bubbi Morthens (2002)

Sú var tíðin að skoðanakannanir sýndu að íslenska þjóðin var sú hamingjusamasta í heimi, en hver er staðan í dag? Eitt er víst að notkun geðlyfja, einkum í flokki sértækra geðdeyfðarlyfja sem auka magn serótóníns í taugamótum (SSRI lyf), eykst hratt og er mun meiri en á hinum Norðurlöndunum (mynd 1). Formaður Geðlæknafélags Íslands ver þróunina og tekur þessu með stóiskri ró. Hann telur að þessi mikla notkun sé í samræmi við umfang vandans og að það sé ekkert við þetta að athuga, svo fremi sem fólk fái rétta meðferð við rétttri greiningu. Enn fremur sé það fagnaðarefni að fólk skuli leita sér aðstoðar (1). Við teljum hins vegar að það sé áhyggjuefni að athygli og meðferðarlausnum er ekki beint að rótum vandans. Nauðsynlegt er að afla frekari upplýsinga og skýringa á eðli málsins:

- Endurspeglar sölutölur notkun lyfjanna?
- Eykst andleg vanlíðan meðal þjóðarinnar?
- eru nýir sjúkdómsvaldar í þjóðfélaginu?
- Getur öflug markaðssetning skýrt aukninguna?
- Í hvaða mæli eru eðlilegur lífsleiði og vanlíðan vegna missis, vonbrigða, áreitni eða niðurlægingar gerð að sjúkdómi?



Mynd 1. Sölutölur um notkun geðdeyfðarlyfja á Norðurlöndunum 1990-2001. (Heilbrigðisráðuneytið 2002.)

- Hvaða persónulegar og samfélagslegar afleiðingar hefur hin mikla notkun geðdeyfðarlyfja til lengdar? Skiptir það máli fyrir sjálfsmynd, þroska og lífsgæði mannsins hvernig hann sigrast á þunglyndi?
- eru tengsl á milli skipulags heilbrigðisþjónustu og notkunar geðlyfja?

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi um notkun geðlyfja. Það er því fagnaðarefni að í þessu blaði birtist grein eftir Tómas Helgason og félagar sem leita svara við hluta af ofangreindum spurningum (2). Niðurstöðurnar byggja á svörum 2439 einstaklinga á aldrinum 18-75 ára, sem valdir voru með slembiúrtaki árið 2001. Um 8,3% hópsins hafði tekið geðdeyfðarlyf og eða kvíðastillandi lyf einhvern tímunn á árinu. Í rannsókninni kom í ljós að stór hluti fólks tók lyfin aðeins í skamman tíma. Það vekur athygli að ef notkunin er reiknuð yfir í staðlaða dagskammta svarar hún aðeins til 54% af sölutölum heilbrigðisráðuneytisins. Raunveruleg neysla er því varla eins mikil og sölutölur gefa til kynna. Aðrar rannsóknir hafa einnig sýnt fram á misræmi milli sölutalna úr heildsölu og notkunar lyfja (3).

Geðdeyfðarlyf eru ekki lengur notuð eingöngu við geðdeyfð eins og nafngiftin gefur til kynna, heldur er kvíði orðinn snar þáttur í ábendingum fyrir notkun lyfjanna. Þetta skýrir því að nokkru aukna sölu SSRI lyfja. Það hlýtur engu að síður að vera umhugsunarefni að tæp 10% Íslendinga utan stofnana (einnig í hópnum 18-24 ára) upplifa það mikla vanlíðan að þeir hafa notað geðdeyfðar- og/eða kvíðalyf á 12 mánaða tímabili.

Ef um 10% þjóðarinnar þurfa á geðlyfjum að halda er það stórpólitískt mál. Mikil notkun geðlyfja endurspeglar ekki bara líffræðilegar staðreyndir, heldur ber að skoða faraldur af þessu tagi í samfélagslegu og menningarlegu samhengi. Í rannsókn Tómasar Helgasonar og félagar kemur glöggt fram að notkun geðlyfja er mest meðal þeirra sem verst eru settir í fjárhags- og félagslegu tilliti; þeir sem hafa minnsta menntun, lægstar tekjur, eru ekki á almennum vinnumarkaði eða standa einir í tilverunni.

Frá læknisfræðilegum sjónarhóli er hægt að nálgast þennan faraldur þunglyndis og kvíða með formlegum greiningum, leit að mælanlegum frávikum í einstaklingunum og ávísunum á geðlyf. Saga faraldsfræðinnar hefur hins vegar kennt okkur að meðferð veikra einstaklinga er aðeins hluti af lausninni. Eins og í kólerufaraldri felst hin róttæka lausn í því að finna brunninn þar sem örverurnar hafa tekið sér bolfestu og mengað vatnið.



Jóhann Ág. Sigurðsson



Linn Getz

Jóhann Ág. Sigurðsson er prófessor í heimilislækisfræði við Háskóla Íslands og yfirlæknir á Heilsugæslustöðinni Sólvangi, Hafnarfirði. Linn Getz er trúnaðarlæknir við Landspítalann og höfundur fjölda rita um hugmyndafræði heimilislækninga.

Margt bendir til þess að grunnvatn nútímasamfélags sé mengað og stuðli að faraldri kvíða og þunglyndis. Einstakir heilbrigðisstarfsmenn geta í takmörkuðum mæli breytt þróun samfélagsins, en þeir gegna mikilvægu hlutverki við að fylgjast með og miðla þekkingu um mannleg lífsskilyrði. Ef lækurinn þorir að hlusta kemur oft skilmerkileg saga sem áður hefur ekki verið sögð eða sem afar fáir þekkja. Oft er það saga um niðurbrjótandi samskipti manna á milli, en þau eru þekktir orsakavaldar þunglyndis (4-6). Má þar nefna hvernig aukinn hraði og samkeppni í atvinnulífinu, oft með tilheyrandi gjaldþrotum, lendir harkalega á einstaklingum, eða hvernig andlegt og líkamlegt ofbeldi, einelti eða kynferðisleg misnotkun varpa löngum skuggum á líf margra.

Kynferðisleg misnotkun virðist vera algeng hér á landi (7), en erlendis sýna rannsóknir að um 15% íbúa hafa orðið fyrir slíkri reyngu (8). Þegar þolandi leitar sér aðstoðar vegna vanlíðunar í kjölfar misnotkunar getur þunglyndisgreining og ávísun geðlyfja verið viðeigandi, en kenningin um serótónín-skort segir lítið til um ástæður þess að einstaklingur hafi minnkaða framleiðslu boðefnisins og þar með orsök vandans. Siðfræðilega er ófullnægjandi að sjúkdómsgreina þolanda ofbeldis eða misnotkunar. Viðurkenna verður að líðan einstaklingsins, og jafnvel líffræðilegar breytingar í heila hans (9), má túlka sem eðlileg viðbrögð líkamans við óeðlilegu álagi. Þannig hefst nýtt ferli sem miðar að því að einstaklingurinn nái aftur virðingu sinni, reisn og sjálfstrausti sem ofbeldið hefur brotið niður.

Áhugavert er að skoða vaxandi notkun geðlyfja í ljósi umræðu um sjúkdómsvæðingu, en þar er átt við að eðlileg mannleg fyrirbæri, svo sem ótti, depurð og sorg, eru skilgreind sem líffræðileg röskun eins og til dæmis í sykursýki (líffræðikenningin). Í þeim tilvikum þykir rökrétt að meðhöndla með tæknilegum hætti, það er að segja með lyfjum (10-12). Í þessu fræðilega umhverfi á öflug markaðssetning geðlyfja eflaust stóran þátt í aukinni sölu geðlyfja (13, 14).

Flestir eru sammála um réttmæti þess að nota geðdeyfðarlyf við alvarlegu þunglyndi, þar eð þetta er sjúkdómur sem getur dregið einstaklinginn til dauða. Margar rannsóknir sýna hins vegar að hægt er að meðhöndla meðalsvæsið þunglyndi með góðum árangri, bæði með og án lyfja. Þegar maður stendur frammi fyrir vali ber að hafa í huga að sálarkreppu og vanlíðan má oft túlka sem heilbriggt ástand sem bendir á nauðsyn þess að einstaklingurinn breyti lífi sínu. Þessi viðhorf er ekki bara að finna á meðal þeirra sem stunda sálgæslu og viðtalsmeðferð – þau skipa einnig mikilvægan sess í Darwinískri læknisfræði, líffræðilegri fræðigreinin sem hefur vakið nokkra athygli síðastliðinn áratug (15).

Líklegt er að það sé oft jákvæðara fyrir sjálfsmynd og þroska einstaklingsins að finna rót andlegrar vanlíðunar og sigrast á vandamálinu með góðra manna aðstoð, frekar en að upplifa sig sem fórnarlamb sjúkdóms og grípa til tækniúrlausna. Nýleg bresk rannsókn sýndi að meirihluti einstaklinga með fremur alvarlegt þunglyndi óskaði frekar eftir viðtalsmeðferð en lyfjameðferð þegar þeim var gefinn kostur á því að velja (16).

Greiningarkerfi, staðlaðir mælikvarðar og þunglyndislyf eru mikilvæg tæki í höndum læknisins en slík tæki mega aldrei koma í staðinn fyrir það sem maðurinn í myrkrinu þarf á að halda; hann þarf að sjá nýja möguleika í stöðunni. Til þess þarf hann tíma, að það sé hlustað á hann og að honum sé sýnd virðing, samkennd og þolinmæði. Mikilvægt er að heilbrigðiskerfið bjóði upp á réttar starfsaðstæður þannig að læknar geti sinnt þessu mikilvægu hlutverki.

Heimildir

1. Morgunblaðið, 28. maí, 26. október 2002. Viðtöl við Sigurð Pál Pálsson.
2. Helgason T, Tómasson K, Zoëga T. Algengi og dreifing nokkurra geðdeyfðar-, kvíða- og svefnlyfja. Læknablaðið 2003; 89: 15-22.
3. Sigurðsson JÁ, Stefánsson G, Sverrisson G, Njálsson P, Jóelsson H. Notkun róandi lyfja og svefnlyfja. Upplýsingar frá apóteki og úr sjúkraskrá í Egilsstaðalæknishéraði 1986-1989. Læknablaðið 1994; 80: 99-103.
4. Lundberg GD, Young RK, Flanagan A, Koop CE. Violence. A compendium from JAMA, American Medical News, and the speciality journals of the American Medical Association. Chicago: Am Med Ass, 1992.
5. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet 2002; 360: 1083-8.
6. Kirkengen AL. Inscribed bodies. Health impact of sexual boundary violation in childhood. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001.
7. Morgunblaðið, 17. september 2002. Fimmta hver stúlka misnotuð og tíundi hver drengur. Kynning á rannsókn Hrefnu Ólafsdóttur.
8. Svedin CG, Back C, Soderback SB. Family relations, family climate and sexual abuse. Nord J Psychiatry 2002; 56: 355-62.
9. Childhood post-traumatic stress may affect brain development. Findings presented at the 49th meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), Oct 23rd 2002. www.docguide.com/
10. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. BMJ 2001; 322: 95-8.
11. Dworkin RW. The medicalization of unhappiness. Public Interest; Washington; 2001: 85-99.
12. Double D. The limits of psychiatry. BMJ 2002; 324: 900-4.
13. Antonuccio DO, Burns DD, Danton WG. Antidepressants: A triumph of marketing over science? Prevention & Treatment 2002. www.journals.apa.org/
14. Nikelly AG. Drug advertisements and medicalization of unipolar depression in women. Health Care Women Int 1995; 16: 229-42.
15. Nesse RM, Williams GC. Why we get sick - the new science of Darwinian medicine. New York: Random House, 1994.
16. Chilvers C, Dewey M, Fielding K, Gretton V, Miller P, Palmer B. Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. BMJ 2001; 322: 772-5.