

# Behandles somatisk sykdom med antidepressiver?

Pasienter med psykiske helseutfordringer og rusavhengighet har en forventet levealder som er 20 år kortere enn resten av befolkningen. Dette er den største sosiale ulikheten i Norge i dag, sa helse- og omsorgsministeren i sykehustalen i januar 2016. Økt oppmerksomhet mot somatisk sykdom i denne pasientgruppen er derfor viktig. Bedre legedekning på de distriktpsikiatriske sentrene kan være nødvendig.

Psykiatriske pasienter har høyere somatisk sykkelighet, kortere levealder og behandles mindre for sine somatiske sykdommer enn tilsvarende pasientpopulasjon uten psykisk komorbiditet (1, 2). Ruspasienter kommer enda dårligere ut, både pga. sviktende egenomsorg, alvorlig somatiske tilstander assosiert med rusbruk og større vanskeligheter i møte med helsevesenet (3, 4).

Legedekningen på landets distriktpsikiatriske sentre er svært varierende (5), og behandlerne har ofte ikke-helsefaglig bakgrunn. Mange psykiatriske pasienter møter derfor kun lege på fastlegekontoret eller ved kjappe vurderinger på poliklinikken hvor oppmerksomheten kun er rettet mot medikamentbruk. Det er da liten anledning til å utføre avansert differensialdiagnostikk for å utelukke somatiske tilstander som årsak eller bidrag til pasientens psykiske plager. Trolig er det også lite oppmerksomhet på slike problemstillinger, selv om organisk årsak skal utelukkes ved all diagnostisering av psykisk sykdom.

## Høy forekomst av somatisk sykdom

I en undersøkelse i 1970-årene ble det påvist somatisk sykdom som årsak til de psykiske plagene hos 9 % av 658 pasienter ved en psykiatrisk poliklinikk (6). De viktigste årsakene var infeksjoner, lungesykdommer, stoffskiftesykdommer, diabetes, hematologiske sykdommer og sykdommer i lever eller sentralnervesystemet. Halvparten av tilstandene var ukjente for både pasientene og legene. Siden er det kommet flere studier både av innlagte og polikliniske psykiatriske pasienter der man har funnet høy forekomst av komorbide medisinske tilstander som direkte har forårsaket eller forverret psykisk sykdom (7–9). Konservative estimater tilsier at somatiske tilstander alene forårsaker de psykiske symptomene hos minst 10 % av pasientene (7).

De fleste leger er kjent med de vanligste fellene å gå i, men flere problemstillinger

kan være ukjente for mange, også spesialister i psykiatri. Det gjelder f.eks. depresjon og kognitiv dysfunksjon ved hypotyreose, angst, emosjonell labilitet, konsentrasjonsproblemer og psykose ved hypertyreose, depresjon, demens og psykose (også uten

«Somatiske tilstander alene forårsaker de psykiske symptomene hos minst 10 % av pasientene»

anemi og makrocytose) ved vitamin B<sub>12</sub>-mangel. Folsyremangel, D-vitaminmangel, primær hyperparatyreoidisme, hypo- og hyperkalsemi, hypo- og hyperkalemi, jernmangel, hemokromatose og hypofosfatemi er andre sentrale tilstander som er viktig å huske på.

Alle leger som har befattning med pasienter med psykiske symptomer bør være oppmerksomme på å utelukke og eventuelt behandle det somatiske bidraget til pasientens plager så snart som mulig. Selv om somatiske tilstander ikke er direkte årsak til de psykiske vanskene pasienten har, og det er åpenbare livsbelastninger som f.eks. har utløst en depresjon, så vil eksempelvis samtidig folsyremangel, B<sub>12</sub>-mangel eller D-vitaminmangel forsinke eller hindre remisjon.

Først når bidragende somatiske tilstander er utelukket, kan vi være sikre på at det vi behandler ved landets distriktpsikiatriske sentre er psykiatri – og ikke kamouflerte somatiske sykdommer. Først da kan vi med trygghet svare «nei» på spørsmålet i tittelen.

**Mette Camilla Moen**  
mette@benign.no

Mette Camilla Moen (f. 1974) er spesialist i psykiatri ved Poliklinikk for rus og avhengighetsbehandling, Søndre Vestfold DPS, Sykehuset i Vestfold, og avdelingstillitsvalgt for overlegene.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Lundbeck og Astra Zeneca.

## Litteratur

- Mitchell AJ, Lord O, Malone D. Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012; 201: 435–43.
- Lien L, Huus G, Morken G. Psykisk syke lever kortere. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 246–8.
- Skeie I. Rus skjuler sykdom. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 287.
- Dalen E, Holmen J, Nordahl HM. Somatisk helse hos pasienter ved en ruspoliklinikk. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 127–31.
- Moen MC. Legedekning ved rus- og allmennpsykiatriske poliklinikker. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 000–0.
- Hall RC, Popkin MK, Devaul RA et al. Physical illness presenting as psychiatric disease. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 1315–20.
- Lipman DG, Collins JL, Mathura CB et al. Biochemical abnormalities in psychiatric outpatients. *J Natl Med Assoc* 1984; 76: 239–44.
- Grace GD, Christensen RC. Recognizing psychologically masked illnesses: the need for collaborative relationships in mental health care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9: 433–6.
- Lopez-Castroman J, Blasco-Fontecilla H, Paz-Yepes M et al. Cost-efficiency of laboratory testing among psychiatric inpatients. *Int J Psychiatry Med* 2012; 44: 211–24.

Mottatt 23.3. 2014, første revisjon innsendt 17.10. 2014, godkjent 25.1. 2016. Redaktør: Erlend Hem.

Publisert først på nett.

> Se også side 537