



# Flyvebladet

MEDLEMSBULLETIN FOR NORSK FLYMEDISINSK FORENING

## **INNHALDET I DETTE NUMMER:**

**DET ER IKKE FOR SENT Å MELDE SEG PÅ ETTERUTDANNINGSKURSET FREDAG 6. SEPTEMBER I OSLO MILITÆRE SAMFUNN!** Programmet er sendt ut tidligere. Det er foreløpig Ca. 70 påmeldte, men det er plass til flere. Siste frist er satt til Fredag 23. august. Send påmeldingsskjema til Norsk flymedisinsk forening c/o FMI, Pb. 14, 0313 OSLO.

Det er mange som har sent inn påmeldingsskjema uten å føre på navn! Alle må derfor sjekke opplysninger om deltagelse på middag og generalforsamling når dere kommer! Vi minner også om medlemsregistreringen og oppdateringen! Det blir ikke sendt noen egen purring til de som ikke har sent inn nytt registreringsskjema.

**SSRI OG FLYGING:** Debatten er i gang og Arvid Jensen og Leiv Mark Salhus har kommentar til artiklene i forrige nummer. Det dreier seg om å ta vare på pilotene på best mulig måte – som også vil tjene flysikkerheten optimalt.

Se også hjemmesiden vår: [www.norskflymedisin.no](http://www.norskflymedisin.no)

**NYTT NUMMER AV FLYGEBLADET KOMMER I OKTOBER  
Innspill sendes så snart som mulig til redaktøren, DET ER FORTSATT FRITT FRAM!**

Utgivelsesdato: 19. august 2002.

Utgitt av Norsk flymedisinsk forening. Redaksjon: Lars Tjensvoll

Redaksjonens adresse: Fornebu Helsesenter, Fornebuveien 39, 1366 LYSAKER

Tlf. 67120200, e-post: larstje@tjensvoll.no

## Nytt fra styret:

Styret har hatt 2 møter til nå og vi har fordelt oppgavene mellom oss på denne måten: Svein tar seg av kontakten mellom Norsk flymedisinsk forening og Flymedisinsk institutt, regnskap og hjemmesiden vår. Anne tar seg av forberedelsene til kurs og leder dette. Lars tar seg av de resterende saker som Flyvebladet, kontakten med Dnlf, andre styresaker.

Vi har jobbet en del med forholdet til FMI fordi det har vært interne endringer på instituttet.

Samarbeidet vil fortsette som tidligere, noe vi er veldig glade for.

Hjemmesiden er i gang, og vil gradvis bli utvidet.

Vi er enige om å være mer aktivt mot de andre, skandinaviske flymedisinske foreningene for bl.a. å samkjøre kurs. Vi har vært i kontakt med den danske foreningen og regner med utvidet samarbeide etterhvert.

Det er en del arbeid med medlemslistene og godkjenningen av disse. Endelig søknad er sendt Dnlf, men ikke ferdig behandlet der ennå.

Generalforsamlingen i år følger samme mal som tidligere år og det er valg på styret. Vi får et spennende tango-foredrag og avslutter med middag.

## SSRI og Flyging.

### Kommentar til artikkel i Flygebladet Årgang 10- Nr 1-2002:

Av Arvid Jensen, Overlege/spesialist i psykiatri, Sykehuset Østfold (arvidje@online.no), og Leiv Mark Salhus, Styrmann/Human Factor Koordinator, SAS (leiv.salhus@sas.se)

Først vil vi benytte anledningen til å si at "Flyvebladet" er et utmerket forum til å diskutere aktuelle temaer før eventuelle formelle utspill iverksettes. Siden det etterlyses innspill vil vi gjerne bidra til dette.

Per Årva og Sindre Mellesmo tar opp et viktig tema vedrørende SSRI og flyging. Vi har fra hvert vårt ståsted sett at dette kan være et problem.

**Hvert år er det ca 20-30 piloter som stryker sin PC/OPC i SAS, men hvor mange av disse som lider av milde depresjoner eller har store personlige problemer er ikke dokumentert.**

Seleksjonen av piloter er meget profesjonell og med PC/OPC'er (Operators Proficiency Check) og legesjekker har vi fått en bra kvalitetssikret pilot gjennom hele hans karriere. Hver 6. måned må en pilot i kommersiell flyging ta en PC/OPC og denne testen oppfattes som stressende for ham. Motorer stopper, de får brann i lasterom, kabintrykk forsvinner etc. Prosedyrene skal følges til punkt og prikke og flyet (i disse

tilfellene simulatoren) skal landes trygt på nærmeste flyplass. Simulatorundersøkelser hvor stressnivået til pilotene har vært målt under hele turen har vist like høye verdier som det en kan forvente seg oppstår i en virkelig situasjon (Ragnar Værnes, 1985). Hvis en pilot gjør en feil, stryker han testen og mister sitt sertifikat. Mange mener at hvis en har personlige problemer samtidig vil det være vanskelig å bestå en slik test. Hvert år er det ca 20-30 piloter som stryker sin PC/OPC i SAS. Dette utgjør omtrent 1 prosent av pilotkorpset totalt, men hvor mange av disse som lider av milde depresjoner eller har store personlige problemer er ikke dokumentert. Det som er tankevekkende er at disse pilotene har bestått PC/OPC mange ganger før, og plutselig greier de det ikke lenger. Er det noen bakenforliggende faktorer som ikke har vært tilstede før? Spørsmålene er mange, men det er nærliggende å tro at noe har skjedd med deres fysiske eller psykiske helse. Det som er interessant er om det er en unødvendig høy terskel for å oppsøke profesjonell hjelp.

**Det er lett å bli rammet av en overføring/motoverføringsreaksjon hvor piloten ubevisst lever opp til rollen som ufeilbarlig og omgivelsene responderer tilbake på dette ved å bygge opp det selvbildet.**

Vi har blitt litt forblindet opp gjennom tidene av pilotenes "heltestatus". Det er fort gjort å bli rammet av en overføring/motoverføringsreaksjon hvor piloten ubevisst lever opp til rollen som ufeilbarlig og omgivelsene responderer tilbake på dette ved å bygge opp det selvbildet. Inntil den dagen hvor de også oppdager at de også "bare gjør en vanlig jobb". Leger kan også kjenne seg igjen i dette fenomenet. Som en kaptein som henvendte seg for hjelp med familiære problemer sa: "Her har de brukt millioner på å utdanne meg til en av de mest avanserte jagerflypiloter vi har og til en dyktig kaptein i et stort norsk selskap. Hvorfor har ingen tatt bryderiet med å fortelle meg hvorledes jeg skal hantes med problemer innad i familien. Vi tror han har et poeng. Dette er høyt mestrende personer som er vant til å løse problemer, men mangler kun få enkle håndgrep og veiledning for å forandre på dagligdagse problemer.

### **The Canadian experience: Medikamentell behandling:**

SNRI-(Monoaminreopptakshemming) preparatene (5HT og NA, bla Efexor og Remeron) har en raskere respons og er mer potente enn SSRI preparatene.

Generelt i USA lar de ikke pilotene fly mens de behandles med antidepressiva og det er forskjellig observasjonsperioder etter at de er symptomfrie (FAA:2-3 mnd, Air Force: 6 mnd, Army og Navy: 12 mnd). Hvis de får symptomer igjen blir det vanligvis satt på bakken permanent.

Som artikkelen av Ireland sier, bruker Canadierne (Canadas Defense and Civil Institute) bla sertraline (Zoloft) og har et spennende prosjekt i gang mht en ny protokoll (The Canadian experience). De lar enkelte sivile piloter samt "non-combat, non-high performance jet aviators" som er symptomfrie etter behandling med Sertraline i 6 måneder fly etter utvidede kliniske og neurokognitive tester mens de bruker medikamentet profylaktisk. De fører protokoll og dataene herfra vil kunne gi indikasjon på om SSRIs er forsvarlig å bruke hos flygende personell.

Dersom flygende personell har behov for SNRI preparater som vedlikeholdsbehandling er grunnlidelsen sannsynligvis for alvorlig til å forenes med flyging. Samtidig synes jeg å se sjeldnere seponeringssymptomer ved Zoloft og Cipramil enn for eksempel ved SNRI preparater. Effekten av de forskjellige preparatene er nå ganske godt dokumentert og markedsføringen i dag går ofte på bivirkningsprofil og spesielt kognitiv profil. På de fleste internasjonale kongresser fokuseres det på den positive kognitive effekten antidepressiva har på deprimerte pasienter. Det finnes således allerede mye data om kognitiv profil hos ubehandlede/behandlede deprimerte pasienter, men slike data har ikke nødvendigvis direkte overførbare verdi til piloter.

## Psykologi behandling:

Det er mange modeller å behandle depresjoner, angst og andre psykiske lidelser på. Den vel mest kjente modellen er utviklet av Aron Beck og som han sier: "the type of psychotherapy may not prove to be nearly so important as the extent to which it is adapted to a specific symptomatic focus"

I en del studier er effekten av kognitiv terapi den samme som med medikamenter ved lette til moderate depresjoner. I den kognitive modellen for depresjon legges det i stadig større grad vekt på betydningen av sosiale forhold. Det sosiale samspillet den deprimerte personen inngår i, har avgjørende betydning for hvordan problemene utvikler seg. Det er et tankekors at vi bruker så mye medisiner, men jeg tror noe av problemet er tidsnød. Det blir i en hektisk hverdag lite tid til å gå i dybden av problemet og langt mindre tid til å behandle med psykologiske metoder. Murphy et al fant ikke noen forskjell i akutt fasen mellom antidepressiva og kognitiv terapi. Dette er også mitt inntrykk selv om bildet har endret seg noe pga SSRIene.

### **" Strict prohibitions against use of SRIs by fliers can lead to aviators flying with symptoms of depression"**

Robert R. Ireland

Som Årva skriver er det to faktorer som er viktig nemlig grunnsykdommen i seg selv og senere eventuell medisinsk/psykologisk behandling.

Vårt overordnede mål må være å være så ryddige at vi ikke risikerer at pilotene går rundt med et skjult problem fordi vi skal ha ryggen så fri at ingen tør henvende seg til oss. Som Robert R. Ireland skriver: " Strict prohibitions against use of SRIs by fliers can lead to aviators flying with symptoms of depression (including impaired cognition), occult SRI use, and aggressive herbal/supplement regimens- all potential threats to aviation safety now".

### **Vi stadfester problemet, men tilbyr ikke adekvat behandling og gjør derfor pilotene urett.**

Et av hovedproblemene som eksisterer i flymiljøer er som kjent at piloter er engstelige for å melde fra om problemer av psykisk/medisinsk art. Uten denne problemstillingen for øye vil en lett kunne miste verdifull informasjon fra pilotene og da vil det ikke hjelpe hvor god terapeut en er hvis ikke alliansen er tilstede. Dette er jo et fag som i aller høyeste potens er basert på tillit og åpenhet.

Det er fristende å foreslå at en ser nærmere på den kanadiske protokollen og se om den kan implementeres til norske forhold. En kunne tenke seg å standardisere en behandling med ett eller flere preparater som en kjenner meget godt sammen med eventuelt kognitiv behandlingsmetodikk. Samtidig burde det følges opp med måling av performance og event neuropsykologiske tester. Mulig at flyging i simulator burde brukes og eventuelt som en fase 2 at flyging kunne tas i bruk. Det ville koste, men det ville kanskje være å yte pilotene litt rettferdighet. Hvorledes ville et slikt program se ut hvis det var leger som ble groundet og var i ferd med å miste jobben sin?

Vi ser frem til en frisk og spennende debatt om dette temaet da det er mange momenter som skal vurderes i et så komplisert terreng som dette .

#### Referanser:

1. Årva P, Mellesmo S. Om selektive serotonin-reopptakshemmere (SSRI) og flyging. Flyvebladet, Årgang 10, nr 1-2002
2. Ireland R.R. Review Article: Pharmacological Considerations for Serotonin Reuptake Inhibitors Use by Aviators. Aviat Space Environ Med 2002; 73: 421-9.

3. Årva, Om Flygeres Meldeplikt ved Sykdom m.v. CopitForum.
4. Den Indre Samtalen, Innføring i kognitiv terapi, Torkil Berge og Arne Repål, Gyldendal.
5. Murphy, G.E., Simons, A.D., Wetzel, R.D., and Lustman, P.J. (1984), Cognitive Therapy and pharmacotherapy: Single and together in the treatment of depression. Archives of General Psychiatry, 41, 33-41.

Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy. Edited by David M. Clark and Christopher G. Fairburn.