

● Andet brev til min kollega

Af Jan-Helge Larsen



Biografi

Forfatter er praktiserende læge siden 1975, lektor i almen medicin ved Københavns Universitet i 1986-2006, kursusarrangør og underviser på Kalymnos-kurserne i konsultationsproces og videosupervision siden 1992.

Forfatters adresse

Frederikkevej 20,
2900 Hellerup.
jhl@dadlnet.dk

Jan-Helge Larsen er i sit første brev begyndt på at dissekere, hvad der sker under samtalen med patienten. Man tror måske, at det at tale sammen blot er en simpel udveksling af ord med et bestemt formål. Men som det allerede blev beskrevet i det første brev, hvor det at lytte og tolke var under lup, er det meget mere komplekst end som så. Nu er vi kommet til gensvaret.

 MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Gensvarsmodellen

Jeg kan aktivt styre samtalen ved at bruge følgende tre typer af gensvar. Jeg kan forestille mig at mine – og patientens – gensvar befinder sig på en skala mellem de to polariteter (ligesom en visuel analog skala (VAS)).

1. Udvidende <=><=><=><=><=><=><=><=><=><=> afgrænsende

Jeg kan enten udvide eller afgrænse det felt, samtalen kommer til at handle om. Når jeg indleder konsultationen, kan jeg sige: »Velkommen, fortæl ...« Dermed viser jeg, at jeg forholder mig helt åbent til det, patienten har med. Senere kan jeg sige: »Fortæl lidt mere ...« Derved sætter jeg en inviterende proces i gang i patienten, hvor hun går i gang med at tænke og associere, så jeg får det frem, hun har forberedt, og dermed et mere præcist billede af hendes tanker og følelser. Det påvirker forholdet positivt: Patienten tolker det som udtryk for interesse fra min side. Derfor er udvidende gensvar velegnede i patientens del af konsultationen.

Hvis jeg stiller et *delvist lukket spørgsmål (afgrænsende)*, f.eks.: »Hvad bringer dig herhen i dag?«, skal patienten forklare om baggrunden for beslutningen om at søge læge. Hvis jeg spørger *helt lukket*: »Har du ondt hele tiden?«, giver jeg næsten kun patienten mulighed for at

svare med ja eller nej. Derfor er lukkede spørgsmål især velegnede i Lægens del, hvor jeg skal afklare symptomer og diagnose.

Hvis jeg bruger lukkede spørgsmål i Patientens del, kan det føles anstrengende for os begge: for mig selv ved at jeg hele tiden skal finde på nye spørgsmål, og for patienten ved at hun føler sig i en slags forhør. Hun får ikke mulighed for at fremstille sagen med egne ord, når hun bliver tvunget til at følge min tankegang.

Det kan patienten tolke, som at jeg ikke er særlig interesseret i hende eller vil bestemme over hende. Gensvar omfatter altså både udsagn og spørgsmål, der styrer samtaleens retning.

Alle typer af gensvar er velegnede, afhængigt af hvad man ønsker at opnå.

2. Kognitivt <=><=><=><=><=><=><=><=><=><=> affektivt

Patientens meddelelse: »Jeg har ondt«, har som nævnt både et kognitivt og et affektivt indhold. I Patientens del er det ønskeligt, at jeg får patienten til at formulere de affektive sider af helbredsproblemet, fordi jeg derved kan blive klar over den betydning, patienten tillægger sine symptomer, herunder hvad hun er bange for.

Det kræver træning at lære at bruge affektive spørgsmål, fordi vi læger danner hypoteser og overvejer løsninger på helbredsproblemet inden for den kognitivt dominerede biomedicinske referenceramme og følgelig spørger ud fra denne (1). Patienten derimod er optaget af sine kropslige oplevelser og tanker. Hvis jeg stiller kognitive spørgsmål i Patientens del, kan jeg komme til at afbryde patienten og overtage styringen ud fra min egen tankegang (*disease*), inden patientens overvejelser (*illness*) er blevet tydeliggjort. Det opleves af patienten som ikke at blive forstået.

Heller ikke her er der noget gensvar, der er det rigtige. Men forholdet påvirkes almindeligvis gunstigt, når jeg støtter patienten i at fortælle om sine følelser – og når jeg kvitterer for, hvad jeg har hørt:

P: »Jeg vågner hver nat med smerter i hoften«.

L: »Det lyder da besværligt [affektivt], fortæl lidt mere [udvidende]«.

P: »Jo, jeg kan ikke lade være med at tænke på, hvad det mon kan være, man ved jo aldrig ...«.

3. Tildækkende <=><=><=><=><=><=><=><=><=><=> konfronterende

Mine gensvar kan i større eller mindre grad bidrage til at belyse og problematisere historien. I en konsultation med en smerteplaget patient er det afgørende, at jeg giver hende et gensvar, så hun oplever sig forstået. Måske vælger jeg at sige: »Jeg kan godt forstå at du har ondt«.

Det kan af patienten opfattes som udtryk for forståelse eller også som et *tildækkende gensvar* (»hvor ondt jeg har, kan lægen da ikke vide«).

I samtale med f.eks. en deprimeret patient kan et tildækkende gensvar være hensigtsmæssigt. Den deprimerede patient kan nemlig

blive yderligere forpint ved at udpensle sine selvnedvurderende tanker: »Ja, den slags tanker er et meget pinefuldt symptom på din sygdom«.

Eller i samtalen med en dement patient, som gentager det samme flere gange, kan tildækkende gensvar styre samtalen uden om at måtte lytte til samme historie endnu en gang, f.eks.:

»Jeg skal nok skrive det ned til dig, så du kan huske det, når du kommer hjem«.

Jeg kan også vælge at give et tolkende, *konfronterende gensvar*, når patienten siger, at hun har ondt: »Det må være utåleligt, at du stadig har så mange smerter. Hvordan klarer du det, og hvordan tror du bedst jeg kan hjælpe dig?«

Det konfronterende ligger i, at jeg tolker patientens oplevelse med ordet »utåleligt«, som her efterfølges af et interesseret spørgsmål.

Tolkende gensvar kan opleves forløsende eller også problematiske, f.eks. hvis patienten ikke vil høre på lægens medfølelse: »Ja, det er godt med dig. Jeg er træt af al jeres snak, gør noget i stedet!«

Brugen af konfronterende gensvar indebærer altid en observation og en tolkning, men dermed også en risiko for fejltolkning og dermed at krænke patienten.

Ud fra vores samvær med patienten kan der undertiden (i Fællesdelen) være brug for at hjælpe hende med at se noget hos sig selv, som hun ikke har været opmærksom på, f.eks. at jeg synes, at hun ikke tager nok ansvar, eller at der er for stor afstand mellem gode forsætter og handling. På mange måder gælder her de samme regler som for god feedback. Ellers risikerer jeg at krænke patienten, så hun går i forsvar eller bliver vred eller ked af det.

At sige sandheden, dvs. at konfrontere, kan være nødvendigt, selv om det kan belaste forholdet. Men hvis forholdet ikke er ægte, vil vi begge i længden lide under det, og derfor kan konfrontation være meget befriende. Det afgørende er, at det man siger, af patienten kan opleves som en konstruktiv hjælp til at opdage noget vigtigt.

»Du siger at du tager din medicin som ordineret, men så passer det ikke med mine journaloplysninger at pillerne er spist allerede nu. Hvad tænker du om det?«

»Sidste gang tog jeg blodprøver, og svaret viser, at dine levertal er forhøjede; hvad tænker du om det?«

Læg mærke til at jeg med eftersætningen tjekker, hvad patienten tænker, og dermed inviterer til dialog.

Tips

Det tager nogen træning under samtalen bevidst at bruge de forskellige typer af gensvar. Men du kan indspille samtalen på din mobil eller bruge video og så høre, hvilke gensvar du bruger – og dermed også hvilke du kunne bruge. På den måde kan gensvar blive et integreret redskab i dine samtaler.

Nogle andre måder at kommunikere på

Pause, stilhed, tavshed

»Att hålla paus kan bara stora artister«.

Det største arbejde er at holde mund. At udholde stilheden og give både patienten og sig selv plads til at tænke og mærke efter er et vigtigt redskab i samtalen. Hvem bryder pausen – og med hvad? Det betaler sig at holde pausen ud – i tavshed. Når tavsheden giver patienten mulighed for at tænke efter, er pausen produktiv. Vi er i kontakt, selv om vi ikke taler sammen.

Men tavshed kan også gøre patienten usikker: »Hvad tænker lægen egentlig om mig? Er han med, eller er det for uinteressant, hvad jeg fortæller?«

Når vi samtaler, er vi. Vi kan høre, vi er her, og vi kan se på den, der lytter, at vi er sammen (kommunikation – gøre fælles). Derfor kan tavshed og stilhed føles som en slags ikkeeksistens, hvor forbindelsen til den anden er afbrudt. Så kan vi føle en alenehed og måske ensomhed.

Patienten kan altså både opfatte tavshed som respekt, et signal om at vi har tid nok, eller tavshed kan give anledning til usikkerhed.

Tips

Prøv at tage tid på, hvor lang tid der går, inden du afbryder patienten første gang. Læg mærke til, hvad du så sagde.

Berøring

En varm hånd, et venligt klap på skulderen, en indfølelse berøring ved undersøgelse af kroppen kan bidrage til oplevelsen af at være accepteret og føle tillid til lægen. Den omsorgsfulde berøring kan modvirke den skam over egen krop og dens mangler – og måske forfald – som mange patienter føler, når de skal lade andre undersøge deres krop.

Men et klap på skulderen kan også få patienten til at undlade at komme frem med sine problemer for ikke at »ødelægge den gode stemning«. Et klap kan tilmed opleves krænkende, som når den gamle patient klappes på hovedet, som var hun et barn. Nogle mennesker oplever lægens kontakt med den nøgne krop, f.eks. ved gynækologisk undersøgelse, så grænseoverskridende, at det helst skal foregå i tavshed i anonyme, kliniske omgivelser.

Hvis patienten krammer lægen, eller lægen krammer patienten, kan det opleves grænseoverskridende for den, der bliver krammet. Det er – igen – modtagerens tolkning, der afgør, om det er godt eller skidt.

Spørgsmål

Når patienten søger vores hjælp, giver hun os indirekte tilladelse til at spørge. Det kan bl.a. forlede mig til allerede i Patientens del at stille spørgsmål om symptomer eller varighed. Men spørgsmål kan forstyrre patienten og skade relationen, fordi der bag ethvert spørgsmål ligger et



Et venligt klap på skulderen kan bidrage til oplevelsen af at være accepteret og føle tillid til lægen..

Foto: Colourbox

udsagn eller en hensigt, som kunne være formuleret, og som patienten måske prøver at gætte sig til. Hvis jeg stiller spørgsmål, inden jeg har kvitteret og resumeret, så patienten føler sig tryk, risikerer jeg – foruden at afbryde hendes tankerække – at hun tolker det, som om jeg stiller spørgsmål ved hendes tilstedeværelse, f.eks.: »Hvorfor kommer du [i dag]?«

Ordet »hvorfor« lægger op til, at patienten skal retfærdiggøre og forklare sig med et »fordi«.

Hvis jeg allerede i Patientens del spørger patienten med hoste (diagnostisk): »ryger du?«, risikerer jeg, at den ikkerygende patient med hoste føler sig krænket eller ikke taget alvorligt, fordi hun tror, at jeg tror, at hun bare har tobakshoste. Hun tolker det som mistillid. Jeg rammer dermed ned i patientens skam ved at være nødt til at gå til læge – og måske endnu mere hvis patienten faktisk ryger (skyld). Derfor venter jeg til Lægens del med at stille diagnostiske spørgsmål. Og forklarer hvorfor jeg spørger. Jeg forsøger også kun at stille ét spørgsmål ad gangen. Sammensatte spørgsmål forvirrer os begge.

Når det gælder de medicinske spørgsmål, har vi stadig for det meste rollen som ekspert, den der har en »mereviden«. Men når det gælder patientens måde at leve sit liv på – både relationelt og i forhold til livsstil – bliver vores rolle i langt højere grad at fungere som den nysgerrige udspørger, en konsulent der gennem sine spørgsmål hjælper patienten til en erkendelse og måske løsning af hendes problemer. Jo mere vi benytter nysgerrige, interesserede spørgsmål, desto mere hjæl-

per vi patienten til selv at finde løsninger, føle selvværd og ansvar. Det må trænes, fordi vi alt for let falder i at være den kloge, eksperthen.

Når jeg spørger patienten nysgerrigt og interesseret om hendes problemer, og hvordan hun har tænkt sig at løse dem, har det mange fordele:

- hun føler sig hørt og får lyst til at tage ejerskab,
- hun føler sig taget alvorligt og dermed værdsat,
- hun får mere motivation, energi og engagement i sagen,
- hun oplever fællesskab og inspiration til nye tanker,
- hun føler større ansvarlighed for og tro på, at planerne kan føres ud i livet.

Metakommunikation

»Nu har du fortalt om dine smerter [symptomer], men jeg kunne godt tænke mig at høre lidt om dine tanker [bekymringer og ønsker til dagens samtale]«.

»Jeg vil gerne have, at du først fortæller mig dine overvejelser, så kan jeg fortælle dig mine, og bagefter kan vi prøve at finde frem til en løsning, er det OK?«

Metakommunikation er et effektivt redskab til at holde eller bringe samtalen på rette spor. Jeg kan bruge det, når jeg vil skifte emne eller perspektiv, indgå kontrakt eller vil løse forventede eller igangværende konflikter. At metakommunikere betyder *at tale om, hvordan man taler sammen, og/eller hvad man taler om*. Ordet er sammensat af græsk meta og latin communicatio (det at gøre noget fælles). Meta betyder i sammensætning med verbum: overgang fra en tilstand til en anden; her altså at skifte fra at kommunikere til at kommunikere om, hvordan man kommunikerer.

Billedligt tegner jeg en ramme om det, vi hidtil har talt om, og foreslår patienten at følge med ind i en ny ramme og fortsætte samtalen der. Derved kan vi for en tid skifte fra at være deltagere til at blive observatører og billedligt sætte os op i helikopteren og betragte situationen derfra. Derved kommer både min egen og patientens "observatørdel" til orde, mens »aktørdelen« holder pause (2).

Ved at metakommunikere kan jeg forsøge at holde person og sag adskilt og dermed undgå konflikt.

»Du har fortalt mig om dine problemer med at sove, og at du gerne vil have sovepiller [resume]. Jeg kan forstå, at det er meget besværligt for dig ikke at kunne sove, så jeg vil gerne prøve at hjælpe dig [person]. Vil du være med til at tale mere om baggrunden for, at du har svært ved at sove [sag]?«

Skift af referenceramme

»Nu har vi talt om, hvad det er, der kan være galt nede i din mavesæk, men jeg kunne godt tænke mig at foreslå, at vi talte om, der mon er



Foto: Colourbox.

nogle forhold i din dagligdag, som kunne have medvirket til, at du får for meget mavesyre netop nu?»

Hver referenceramme har sit eget sprog (1). Når jeg skifter referenceramme, er det derfor afgørende, at jeg metakommunikerer for at få patienten med mig.

Særlig skiftet fra en biomedicinsk til en psykologisk referenceramme kræver metakommunikation, for ellers kan patienten let tro, at jeg mener, at det »bare er noget psykisk«, at hun er »hysterisk«, og at jeg altså ikke har forstået alvoren af hendes problemer.

Reframing – at sætte problemerne ind i en ny ramme

»Du har fortalt mig om problemerne med, at du er blevet fyret. Nu har du jo tidligere fortalt, at du var meget utilfreds med dit arbejde, så kan du ikke også se nogle fordele med at skulle skifte arbejde?«

I vores måde at fortolke det, der sker med og omkring os, kan vi komme til at låse os fast på et bestemt perspektiv, så vi ikke kan se nogen løsning på problemerne. Fordelen ved at søge hjælp består ofte i, at hjælperen kan se på sagen med nye øjne, ud fra et nyt perspektiv. For at mindske risikoen for at krænke patienten benyttes metakommunikation (i Fællesdelen):

P: »Jeg har altid været så nøjeregnende og pligtopfyldende, så det irriterer mig voldsomt, at min kollega sjusker ...«

L: »Ja, det må føles provokerende for dig, for hvis du ikke havde været så pligtopfyldende, var du sikkert ikke kommet så langt, som du er [anerkendelse]. Men vil du være med til at se på, om du måske alligevel kunne lære noget af din kollegas måde at gøre tingene på? Har du lyst til, at vi taler om det [forslag til kontrakt]?«

Som behandler kan jeg se, at de egenskaber, som patienten kritiserer sig selv for, også altid har en positiv side – eller i hvert fald engang har haft

det. Desuden låser hun sig ved at lægge »fejlen« hos kollegaen. Derfor kan jeg hjælpe patienten med at se på sig selv og sine handlinger ud fra et mere positivt perspektiv og hjælpe med at bryde låsningen. På den måde minder *reframing* meget om metakommunikation, fordi vi i begge tilfælde aktivt ændrer perspektiv.

I *reframing* er det vigtigt, at patienten først tydeligt giver udtryk for sin ramme, inden jeg prøver at sætte det ind i en ny. Ellers kan det opleves, som om jeg prøver at forklejne problemerne.

Tips

Du har sikkert benyttet en eller anden form for metakommunikation i dag? Hvad kom der ud af det?

Samtalens intensitet – samtalens lag

Samtaler kan have forskellig grad af intensitet. Nogle samtaler kan opleves meget personlige, andre mere overfladiske. For at kunne karakterisere det niveau, samtalen foregår på, kan vi – med model i havets opdeling mellem overflade og dyb – opdele samtalens niveauer efter graden af følelsesmæssig intimitet og involvering mellem de samtalende. Det er vigtigt at være opmærksom på to forhold:

1. at enhver samtale starter på overfladen og gradvist bevæger sig i dybden,
2. at det ene samtaleniveau ikke er »finere« end det andet, og at man ikke nødvendigvis skal nå til den ultimative dybde.

Modellen med samtaleniveauerne stammer fra en beskrivelse af psykoterapeutiske samtaler, hvor det af hensyn til at opnå forandring hos patienten kan være betydningsfuldt, om det lykkes at nå til det autentiske lag. I konsultationen vil en opmærksomhed på samtaleniveauet fungere som et (sø)kort og give mig mulighed for bevidst at styre samtalen efter den dybde af kontakt, som jeg ønsker at opnå. Hvis patienten f.eks. udelukkende taler på et overfladisk niveau, kan det sløre betydningen af det, der siges, så jeg ikke opfatter situationens alvor. Man kan skelne imellem følgende samtalelag:

● Samtalens lag.

Overfladelag: at mødes, »goddag« – kontakt

Rollelag: at tale om, »man« – konversation

Fortrolighedslag: at betro sig – betroelse

Autentisk lag: jeg-du, her og nu – metakommunikation og terapi

Overfladelaget – goddag og farvel

Samtale på overfladelaget benyttes til at skabe eller afslutte en kontakt. Når man mødes, starter man med at tale sammen på en uforpligtende

måde, f.eks. om vejret. Samtidig er det muligt at observere den anden og derved afgøre, om og hvordan man ønsker at fortsætte samtalen, f.eks.:

»Sikke koldt det er i dag; det er sandelig godt at komme indendørs«.

Nogle mennesker kan tale længe på dette niveau. I konsultationen må jeg som den professionelle part være opmærksom på, at patienten kan have en grund til at tale på dette niveau. Måske er det, fordi patienten føler sig usikker på situationen.

Rolle- eller tale om noget-laget

Her får samtalen karakter af konversation. Man taler om noget, der interesserer én, f.eks. rollen som håndværker, læge eller patient, eller om bolig, familie, uddannelse, sport, politik m.v. Ordene »man« og »det« bruges ofte og indicerer grænsen for følelsesmæssig involvering, f.eks.:

»Det kan være svært at få enderne til at nå sammen med karriere, børn og mand og hus. Men så er det godt, man har bedsteforældre«.

Man kan tale meget intenst og engageret om sit arbejde, sine fritidsinteresser eller de problemer, man har. Størstedelen af vore samtaler foregår på dette niveau og indeholder kun få følelsesmæssige (affektive) elementer.

Men man kan også bruge ordene »man«, når man søger at undgå en følelsesmæssig involvering:

»Når man opdager sådan en knude, kan man jo ikke lade være med at tænke både det ene og det andet«.

Her kan jeg for mit indre øre prøve at erstatte »man« med »jeg« og »det ene og det andet« med »cancer«. Eller patienten kan i samtalen opholde sig ved helt ligegyldige detaljer, hvis hun i virkeligheden er bange for at have fået recidiv af sin cancer.

Ordet »det« kan også bruges som dække: »Det er frustrerende at leve sammen med en alkoholiker« betyder »Jeg er træt af«.

Fortroligheds- eller betroelseslaget

Når trygheden er blevet tilstrækkelig stor, kan man betro den anden *sine følelser over for en tredje person*. Man kan betro sig om problemer med partneren eller sladre om kolleger eller chef. Ved at betro sig til en anden kan man få sat ord på sine tanker og følelser og få luft samt få omsorg og medfølelse.

Betroelser har stor mentalhygiejnisk værdi, fordi de kan mindske et indre psykisk pres, føre til erkendelse eller berede vejen for terapeutisk arbejde. Når man betror sig, ændres ens stemmeleje, man bruger ordet »jeg« og oftest udsagnsord i datid, f.eks.:

»Du kan tro, jeg blev forskrækket, da dr. Hansen fortalte mig, jeg havde celleforandringer. Han sagde det på sådan en kold og ufølsom måde og talte nærmest, som om han oplæste min dødsdom. Men så talte jeg heldigvis med dr. Petersen, som jeg kender så godt. Han beroli-

gede mig og sagde, at det kun drejede sig om lette celleforandringer, som sagtens kunne behandles«.

Det autentiske eller jeg-du-lag

Kun en meget lille del af vore daglige samtaler foregår på dette niveau, som *alene handler om forholdet mellem de to, der taler sammen lige nu og her.*

Ved at metakommunikere inviterer man til nærvær og klarhed. Samtalen bevæger sig på det autentiske lag, hvis vi refererer til her og nu og til forholdet mellem os, f.eks.:

»Når du smiler til mig [lige nu], bliver jeg glad [lige nu]«.

Eller: »Jeg er ikke sikker på, at jeg helt forstår, hvad du mener; kan du ikke give mig et eksempel ...?«

Eller: »Nu har du fortalt mig om dine knæsmærter, dine søvnproblemer og din hovedpine. Jeg føler det lidt overvældende. Er der flere ting du havde foreberedt til i dag?«

I psykoterapeutiske samtaler handler det autentiske lag om at *give udtryk for sine følelser lige nu over for den, man taler med.* Der er en umiddelbar kobling mellem krop, følelser og ord, og samtalen kan derved virke meget spændingsudløsende. Man lægger sine forsvarsværker ned, bliver ærlig med hvordan man føler, og undlader at komme med forklaringer eller tolkninger af den anden.

Tips

Hvis du tænker på dagens konsultationer, hvilke samtaleniveauer brugte du?

Og hvad handler de næste breve om?

I det foregående brev har jeg ønsket at beskrive selve samtaleprocessen: lytten, tolkning, gensvar og andre måder at kommunikere på.

I de næste breve vil jeg fortælle om det indhold, samtalerne har, hvad taler vi om i konsultationen? Det handler om det, der ligger bag ved patientens symptomer og problemer, nemlig de følelser, som giver samtalerne ladning og energi. Følelserne kan være vanskelige at møde, og de bidrager til – ofte uden at vi helt er opmærksomme på det – at vi kan føle os trætte, drænedede og stressede efter en konsultation – eller heldigvis ofte også oplevede.

Indtil du læser næste brev, håber jeg, at du kan få flettet noget fra dette brev ind i det, som du i forvejen praktiserer. Tag en bid ad gangen og prøv, hvordan det fungerer for dig. God fornøjelse.

Økonomiske interessekonflikter: arrangør af Kalymnos-kurserne.

Litteratur

1. Larsen J-H. The consultation as a mutual process of recognition. European General Practice Research Workshop , 24-27 May 1990, Budapest.
2. Neighbour R. The inner consultation. London: MTP Press Ltd., 1987.