

● Fjerde brev til min kollega

– hvad taler vi om i konsultationen?

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 Kalymnoskurserne i konsultationsproces og videosupervision siden 1992.

Forfatters adresse

Frederikkesvej 20,
2900 Hellerup.
jhl@dadlnet.dk

Det tredje brev beskrev nogle af de skjulte budskaber, der kan ligge bag ved de symptomer og problemer, som patienten præsenterer. Det handler om de følelser, som giver samtalerne ladning og energi – hvordan opdager vi dem, og hvad gør vi ved dem? I dette brev behandles de følelser, som kan være særligt vanskelige at have med at gøre: håbløsheden, magtesløsheden, sorgen, ensomheden og vreden.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Håbløshed og magtesløshed

Vi prøver at få et godt liv, at gøre det så godt vi kan, men nogle gange kan vi ikke ændre situationen eller det, der er sket. Så føler vi os magtesløse, vi har ikke længere magt over situationen. Måske er situationen virkelig så umulig, at vi ikke kan påvirke den; så *kan* vi løse os fra magten (i) og bare håbe.

Vi håber altså, når vi ikke har magten. Vi kan håbe på, at det bliver godt vejr i morgen; vi kan håbe på, at vi bliver raske. Men måske er det, vi håber på, virkelig for meget, f.eks. når den terminale kræftpatient håber på, at hun bliver rask igen. Så må vi hjælpe patienten at løse sig fra magten og de urealistiske håb, hun har, og i stedet finde nogle små og nære ting som at se børnebørnene eller komme en tur i haven. Magtesløshed er en hyppig følelse hos lægerne i en supervisionsgruppe, og hjælpen består i at indse grænserne for den hjælp, vi kan give patienten.

Magtesløshed hos lægen

Magtesløshed på grund af patientens tidsforbrug og følelsesmæssige intensitet (tidsangivelse i minutter og sekunder i parentes). En 40-årig kvinde med ondt i foden, meget ordrig – forkortet her:

1. L: »Ja, du må fortælle ...«
2. P: »Jeg har så ondt i foden. Det begyndte sidste sommer, og ved ultralyd fandt de en partiel ruptur i en sene, og jeg skulle have indlæg og ellers operation. Så blev det bedre i løbet af vinteren, men så blev det dårligere igen, så nu har jeg forfærdelig ondt. Det føles, som om jeg har løbet maraton, og det svider i benene. I graviditeten havde jeg iskias, og nu kan jeg ikke sove, har ondt når jeg går på arbejde ...« (1.45)
3. L: »Du fortæller om mange forskellige ting. Hvad er det værste for dig?«
4. P: »Det er foden, det svier i den. For to år siden havde jeg femoralisneurralgi og var sygemeldt. Men nu har vi købt sommerhus, så jeg har ikke råd til at være sygemeldt.«
5. L: »Det lyder meget besværligt med økonomi og arbejdssituation. Vil du fortælle mere om, på hvilken måde du har besvær?«
6. P: »Jeg har ondt hele tiden og kan ikke sove for smerter.«
7. L: »Så du har besvær med søvnen også, og det begyndte i foden, og så har smerterne spredt sig. Hvad tænker du om det?«
8. P: »At alt kommer fra foden.«
9. L: »Er der noget, du er specielt bekymret for?« (3.46)
10. P: »At det skal blive kronisk. En professor sagde engang til mig, at jeg havde et overaktivt nervesystem.«
11. L: »Er der noget specielt du har tænkt, inden du kom herhen, at vi skulle gøre?«
12. P: »Blive henvist til en specialist for smertelindring og få noget for søvnen.«
13. L: »Hjælp med smerter og med søvnen?«
14. P: »Ja, og hvad der er galt.«
15. L: »Det lyder som en meget besværlig situation, eftersom det er så mange problemer, så hvis jeg skal resumere ...« (4.50)

Eftertanker

Læg mærke til, at lægen kvitterer fint i replik nr. 5, men er så på vej ind i en blindgyde med at spørge til besvær, dvs. symptomer, og dermed det biomedicinske spor i Lægens del af konsultationen. Følgelig går patienten videre med at tale om smerterne. Alligevel redder lægen sig i replik nr. 11 ved at spørge til, hvad patienten havde tænkt, der skulle gøres, inden hun kom til læge. Ved på denne måde at holde sig i Patientens del får konsultationen retning. I resuméet i replik nr. 15 kvitterer lægen med følelsen ”meget besværlig situation” – og begge redder sig ud af magtesløsheden, som også havde smittet lægen.

Regression – den nemme patient

Når vi bliver syge, fører angsten til, at vi som patienter ubevidst kan søge tryghed i en slags uansvarlighed, hvor vi overlader mere til lægen, end vi ville gøre under normale omstændigheder. Så kommunikerer man lidt, som børn gør, og viser stor taknemmelighed. Man bliver nem, affinder sig tålmodigt med forholdene – en del af betydningen af ordet



Foto: Gitte Jørgensen.

patient = den tålmodige. Nogle gange kan man i den grad gå ind i den passive patientrolle, hvor man tilfreds, tillidsfuldt og tålmodigt afventer lægens og de andre behandleres initiativ, at det går ud over kommunikationen. Patienten vil ikke være til besvær og kommer til at fremtræde så nem, tilfreds og ubekymret, at behandlerne går glip af væsentlige informationer. Samtidig betyder det, at patienten ikke deltager aktivt i sit behandlingsforløb (2, 3).

En patient med stor afhængighed af lægen

44-årig kvinde med depression og fibromyalgi:

1. L: »Hej«.

2. P: »Åh, det er så godt at se dig igen doktor!«

3. L: »Hvordan har du det i dag?«

4. P: »Du har jo gjort så meget godt for mig. Jeg ved ikke, hvordan jeg skal klare mig uden dig«.

5. L: »Fortæl lidt mere«.

6. P: »Jeg var meget mistænksom over for de tabletter [SSRI], du gav mig. Men jeg stoler jo på dig, og hvis du gav mig dem, måtte jeg jo prøve dem. Og det er blevet lidt bedre, men helt godt er det ikke. Jeg tror jo på dig!«

7. L: »Det gør du. På hvilken måde er du blevet bedre?«

8. P: »Lidt gladere tror jeg nok jeg er«.
9. L: »Lidt gladere?«
10. P: »Jeg har jo stadigvæk ondt«.
11. L: »Hvad tænker du om det?«
12. P: »Smerterne har jeg jo haft i lang tid. Det er jo de her andre besværlige smerter i skuldrene, og at det banker i hovedet«.
13. L: »Det lyder besværligt«. (2.00)
14. P: »Ja, men det føles godt at være her sammen med dig«.
15. L: »Har du selv nogle tanker om, hvad du ville have hjælp med?«
16. P: »Jeg ved ikke, hvad synes du, vi skal gøre? Jeg stoler på dig. Jeg har brug for din hjælp og støtte. Jeg stoler så meget på dig og har tillid til dig«.
17. L: »Hjælp og støtte?«
18. P: »Jeg ved ikke om de her tabletter. Vil du have, at jeg fortsætter, så gør jeg det«.
19. L: »Hvad synes du selv?«
20. P: »Jeg ved ikke, hvad jeg skal mene, jeg stoler på dig«.
21. L: »Hm, hm ... Du bliver lidt gladere?«
22. P: »Ja, men så er det jo, som det er derhjemme ...«
23. L: »Det er, som det er?«
24. P: »Jeg har jo trods alt valgt«.
25. L: »Vil du fortælle lidt mere?«
26. P: »Ja, det er jo min mand. Alligevel regner jeg med at fortsætte sammen med ham. Jeg ved ikke. Det er ikke altid lige sjovt derhjemme. Jeg har lidt ondt og sover dårligt. Der er sket så meget ...«
27. L: »Er der mere, du vil have hjælp med?«
28. P: »Jeg har en prop i øret og fodsvamp, det vil jeg også have, at du ser på i dag. Og sovepiller. Det er jo, som det er, jeg ved ikke, hvad tror du?«
29. L: »Hvis jeg skal forsøge at sammenfatte ... [resumé]« (5.30)
30. P: »Ja, men jeg stoler helt på, hvad du siger. Hvad synes du? Du er jo sådan en fantastisk læge«.
31. L: »Er der noget mere, som du synes er vigtigt, eller som bekymrer dig?«
32. P: »Jeg har besluttet, at vi skal leve videre. Jeg har ikke tænkt, at vi skal skille os«.
33. L: »Er der mere, som bekymrer dig?«
- Senere kommer resumé (8.30).

Eftertanker

Denne overstrømmende positive patient overlader alt til lægen – og det føles som en stor byrde, der bliver lagt på lægen. Lægen søger bevidst at blive i Patientens del (replik nr. 5, 11, 15, 19, 25, 27 og 31) og forholder sig neutralt i stemmen, så han undgår at blive opslugt og dermed miste sit professionelle overblik. Læg også mærke til patientens gentagne »ved ikke« (replik nr. 4, 16, 18, 20, 26 og 28), og at hun ikke svarer relevant på lægens spørgsmål (replik nr. 4 og 16).

Både patientens ”ved ikke” og at hun ikke svarer relevant, er et tegn på, at hun føler sig meget magtesløs. Hun er formentlig i krise og har ret

i og brug for at overlade beslutningerne til lægen og lægens konkrete stillingtagen og måske handling.

Læg også mærke til, at patienten taler løs uden at høre på lægen indtil replik nr. 8.

Sorg

Alt er foranderligt, og alt skal mistes

Sorg er prisen for en tilknytning, der er blevet brudt, og altså kærlighedens pris. Sorgen bunder i tabet, det uigenkaldeligt tabte; det være sig mulighederne i livet, den tabte ungdom eller tabet af den kærlighed, der var forbundet med den afdøde. Sorgens ledsagere er ensomheden og meningsløsheden og dermed vrede. At give luft for vreden eller græde ud og måske blive trøstet kan lindre nogle, andre benytter sig af andet. Der findes ingen standardløsninger. Derfor vælger præsten *Christian Busch* at sige: »Sorg er den reaktion, som det enkelte menneske har i forhold til tabet« (4).

Det, patienten har brug for, er, at jeg er der, giver mig tid, lytter og giver hende lejlighed til at fortælle – og komme igen. Befinder hun sig i en akut krise, har hun brug for, at jeg tager over og sørger for, at hendes basale behov dækkes; ellers behøver jeg ikke føle et krav til mig selv om at gøre noget særligt andet end at være der.

Senere kan jeg hjælpe patienten med at undersøge, hvordan hun bedst løser det, hvilke kompetencer har hun? Jeg kan f.eks. spørge til hendes tidligere erfaringer med at løse sine problemer. Kan jeg holde ud midlertidigt at være ledsager i stedet for at være vejleder med egne meninger om, hvad der er bedst?

Vreden – en talende følelse

Vrede kan være et dække over andre følelser

Mens de andre følelser oftest er tavse og viser sig indirekte, viser vreden sig ofte ved, at stemmen ændres, bliver kraftigere, undertiden råbende. Eller vreden kan vise sig som en tilbageholdt energi, hvor patienten afstår fra kontakt.

Vrede kommer, når vi føler os truet. Den kan handle om at miste kontrollen, eller mere alvorligt: Når vi rammes af sygdom og ikke ved, hvordan vi kan blive raske. Så kan vi komme i kontakt med alle fire grundvilkår (alenehed, meningsløshed, frihed og død) og kan føle os magtesløse og bange (5). Eller vreden kan komme, når noget mislykkes for os, når vi ikke kan forklare os, når vi kommer til at fremstå uheldigt og ikke kan gøre noget ved det (skam), eller når vi ikke bliver set eller bekræftet.

Fra barndommen er vrede forbundet med straf, og det kan få os til reflektorisk at søge at forsvare os, når vi møder vrede. Vrede opleves som tæt forbundet med magtesløshed, sorg, ensomhed og tab af kærlighed, så det udløser angst. Når vi møder vrede patienter, kan disse følelser let

smitte os, så vi føler, at vi burde være bedre; vi føler os skyldige, ikke gode nok og dermed truede. Så er vi blevet smittede af patientens magtesløshed og kan være på vej til at gengælde patientens vrede. Hvordan kommer vi ud af en sådan ubehagelig – nogle gange lammende – situation? Kan vi som læger forholde os til symptomet vrede?

1. Jeg tænker på vreden som en dækfølelse og prøver at se om bag ved den, se den vredes angste blik, at hun føler sig truet, og ad den vej finde min ro og medfølelse.
2. Jeg fortæller, hvad jeg ser og hører: »Jeg kan se, du er vred!« Så ved patienten, at hun er kommet frem med sit budskab og ikke behøver at forstærke det yderligere.
3. Jeg beder patienten fortælle mere, tømme vredens kop – og prøver at huske på, at det er patientens.
4. Eventuelt siger jeg undskyld og spørger, om jeg er årsag til al den vrede. Ofte er der tale om en misforståelse, men jeg kan kvittere med: »Hvis du har oplevet det sådan, så kan jeg godt forstå, du er så vred«.

Alt dette er nogle gange lettere sagt end gjort. Hvis jeg følger den angst, som patientens vrede vækker i mig, og møder vrede med vrede, bliver det svært at finde tilbage, før vi begge har kølet af. Bagefter kan jeg så spørge mig selv, hvorfor jeg mon blev så rystet af netop denne patient. Måske befinder jeg mig et sted i mit eget liv, hvor jeg er særlig sårbar over for vrede patienter?

Den vrede skuespiller

En mand på 50 år kommer til den unge læge for at få udskrevet mere sovemedicin.

1. L: »Ja vi har jo mødtes før, nu er jeg nysgerrig efter at vide, hvordan du har det i dag«.
2. P: »Jeg kan sige det med det samme. Alt det der eksperimenteren med medicinen, det må være slut. Det handler om mit liv, som skal fungere, fatter du det? Du tror, du vil hjælpe mig, men du ødelægger mit liv. Du interesserer dig kun for medicinen«.
3. L: »Godt du siger det, så ved jeg, hvordan du tænker«.
4. P: »Det må være slut med det eksperimenteren. Du kommer her som en ny læge. Du ved ikke, hvor meget en god søvn betyder for mig. Det drejer sig om kontrakter, indspilninger og økonomi. Du forstår ikke, hvor meget det betyder«.
5. L: »Kan du fortælle mere om dit liv?«
6. P: »Det går op og ned. Men jeg er træt af at sidde og blotte mig for alle og enhver«. (Jf. afsnittet om skam i mit tredje brev).
7. L: »Det er trist, at du tænker sådan. Hvis vi nu tænker på dagens konsultation, hvad står højest på din dagsorden?«

8. P: »At jeg får tilstrækkelig med sovemedicin og ikke disse små æsker, som skaber stor stress og angst hos mig, og at jeg slipper for at komme her og tigge og stå i kø for at få medicinen udleveret«.

9. L: »Jeg har jo også nogle tanker om medicinen. Tror du, vi kan finde en fælles vej?«

10. P: »Jeg går ikke herfra uden at have fået tabletterne. Jeg vil ikke udsætte mig for det her igen. Jeg er i tvivl, om jeg vil give dig endnu en chance ...«

Eftertanker

Patienten har et overforbrug af sovemedicin, og han er med rette bange for, at lægen vil stoppe det, så han møder lægen med sin opsparede aggression og sine krav. Tilmed kommer han ind til en anden læge end forventet, og det opleves truende, næsten krænkende for patienten. Patienten reagerer både vredt og krænkende over for lægen. Det føles meget provokerende for lægen at blive krænket, når han prøver at leve op til sin rolle som hjælper. Alligevel klarer lægen i replik nr. 3 at rumme patientens aggression og i replik nr. 5 at få en retning på konsultationen. I replik nr. 7 søger lægen at holde sig i Patientens del og undgå forhandling. Men patientens vrede er ganske omfattende – og altså hans problem.

Vrede som dækfølelse over magtesløshed og sorg

En kvinde i 50'erne kommer for svar på blodprøver for gig. Hun gav ved den foregående konsultation udtryk for generel utilfredshed med læger og med klinikken, havde ondt i en albue og »kunne ikke leve med det«, idet hun havde en plejekrævende voksen datter. Hun føler sig altså i udgangspunktet i en slags offerrolle i forhold til livet.

Ved dagens konsultation fortæller lægen, at en af blodprøverne var mislykket, fordi den havde været for længe undervejs, og resten af prøverne gav ingen forklaring på smerterne, dvs. ingen hjælp at hente der. Her følte lægen magtesløshed og dermed skyld (lægen skifter fra at være hjælper til at føle sig som offer).

Dernæst fortæller patienten, at hun siden den foregående konsultation har været indlagt med en blodprop i lungene – også her føler lægen sig ramt, fordi patienten også havde klaget over rygsmerter ved første konsultation – havde lægen mon overset noget (offer)?

Og så vil patienten gerne henvises til kommunal genoptræning – lægen kender ikke til reglerne og føler sig igen utilstrækkelig (offer)?

Da patienten til slut beder om sovemedicin, føler lægen sig tæt på kogepunktet (offer igen) og giver hende sovepillerne bare for at få afsluttet konsultationen. Samtidig føler han sig også ærgerlig over at få ødelagt det gode forhold til patienten fra første konsultation (offer).

Eftertanker – hvad kunne lægen have gjort?

Måske kunne han være kommet på omgangshøjde ved at »gå med« patientens skuffelse og sige: »Ja, det var ærgerligt at blodprøverne ikke gav nogen forklaring på dine smerter«. Og med hensyn til blodprop i

lungen: »Mener du, at der var noget, jeg havde overset?« Måske kunne han have tænkt på, at patientens triste, mimikfattige fremtoning kunne være udtryk for en sorg over livet med den handicappede datter, vreden som dækfølelse over sorgen og magtesløsheden. Men patientens triste eksistentielle situation blev aldrig italesat, og dermed påtog lægens sig at hjælpe patienten inden for en biomedicinsk referenceramme – et projekt som var dømt til at mislykkes.

Lægen valgte at se patientens reaktion som udtryk for en personlighedsforstyrrelse og blokerede dermed for sin nysgerrighed og muligheden for at løse misforståelsen. (I mit sjette brev beskrives overgangen fra at være hjælper til at blive offer i afsnittet om dramatrekanten).

At få en diagnose – de mange følelser

Når jeg i Lægens del af konsultationsprocessen giver patienten en diagnose, kan det føles, som om jeg nu har gjort mit lægelige arbejde godt. Men det at få en diagnose er en meget større omvæltning for patienten, end jeg måske umiddelbart tænker på. Her kan alle de ovenfor nævnte følelser komme i spil. Fra at have følt sig relativt frisk får patienten at vide, at hun har f.eks. forhøjet blodtryk, type 2-sukkersyge, for højt kolesterolniveau, KOL, slidgigt osv.

Med et slag står hun over for valget at skulle lægge dele af sit liv om. For under det hele lurder – oftest udtalt – den øgede risiko for tidlig død eller handicap. Ikke mærkeligt, hvis patienten undertiden reagerer med vrede mod budbringeren (lægen). Heller ikke mærkeligt, hvis patienten fra nu af bliver mere opmærksom på signaler fra kroppen som kunne være faretruende. Nogle gange udløses en krise eller en depression, andre gange en kølig konstatering af, at man jo ikke lever evigt, eller et »nu er jeg åbenbart kommet i reparationsalderen«, men meget ofte bærer patienten sin bekymring alene uden at fortælle om den (jf. blodtrykspatienten i mit tredje brev)

Når patienten får en diagnose, vil den angst, som beskeden udløser, fordreje patientens opfattelsesevne. De fleste patienter fortrænger, så en del af informationen kan/vil gå tabt. Derfor er det så vigtigt med en opfølgende samtale, f.eks. efter en uge, og måske sammen med ægtefællen, hvor jeg tjekker, hvordan patienten har forstået det, jeg sagde – og hvad hun siden har tænkt og følt og planlægger at gøre.

Måske skulle vi tænke på en anden måde?

Vi er vant til at karakterisere en konsultation ud fra det problem, som patienten søgte læge for: henvendelsesårsagen. Men det ser ud, som om patientens virkelige problemer udtrykker sig i hendes følelser. Følelserne danner grundlag for det, som vi taler om i konsultationen, selv om de ofte ikke udtrykkes direkte. De kan blot føles som noget, der rører sig i vore kroppe, og som påvirker stemningen i rummet – og dermed også mig. Jeg er forbundet med patienten (6).

Helt instinktivt indstiller jeg mig på den stemning, som patienten

bringer med sig ind i konsultationen i kraft af sin person: den effektive forretningsmand, den djærve håndværker, den skrøbelige unge pige, den solide kone, den sindige ældre herre. Men også det problem, som patienten søger læge for, er med til at farve stemningen: et lille sår, fortsat sygemelding, ondt i ryggen, livsstil, sovepiller.

Når man ser konsultationen på video, kan stemningen opfattes som f.eks.:

Fortrolig, reflekterende og tryk
Afslappet og kammeratlig
Forretningsmæssig, konkret
Tung, anspændt og afventende
Engageret læge, tøvende patient
Hektisk, presset og truende aggression.

Når jeg er opmærksom på, hvordan stemningen i konsultationsrummet ændrer sig i løbet af en dag, kan jeg tænke efter, hvilke af de ovenfor nævnte følelser som var i spil i denne konsultation:

Hvordan viste angsten sig?
Hvilke af de fire grundvilkår var i spil?
Var der mon skam eller skyld til stede?
Var der mon magtesløshed, sorg eller vrede?

I de følgende breve vil jeg med baggrund i supervision skrive om, hvordan lægen håndterer sine egne følelser, og om de vanskeligheder, som kollegerne beskriver.

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

Økonomiske interessekonflikter: arranger af Kalymnos-kurserne.

Litteratur

1. Falk B. Den svære samtale med patienten. I: Jørgensen K, red. Kommunikation for sundhedsprofessionelle. København: Gads Forlag, 2010.
2. Larsen J H. Besværlige patienter? Månedsskr Prakt Lægegern 1983;61:473-84.
3. Larsen J-H, Malmstrøm L. Hvordan kan jeg bedre forholdet til patienten. Månedsskr Prakt Lægegern 2000;78:445-58.
4. Busch CJ. Samtalen i et eksistentielt/åndeligt perspektiv. I: Busch CJ, Jensen T, Oved M. Religion, eksistens og sygepleje. København: Arnold Busck, 2002.
5. Yalom ID. Kærlighedens bøddel. København: Reitzel, 1994.
6. Nørretranders T. Vær nær – sammenhæng i samfundet. København: Tor.dk, 2013:59.