

104 11081125
dec. -88.

TORBEN BENDIX

DIN NERVØSE PATIENT

Den terapeutiske samtale

3. udgave

Indføring i en undersøgelsesteknik,
som du aldrig fik undervisning i

LÆGEFORENINGENS FORLAG
KØBENHAVN 1986

FOLD UD

Din nervøse patient
3. udgave, 2. oplag 1988
© Torben Bendix
Trykt i Mohns Bogtrykkeri

Lægeforeningens forlag
København 1986
ISBN 87-87577 23 2

FØRSTE FORORD

Hygiejnekomiteen har, i de 40 år den har bestået, ved sit arbejde indenfor de områder, den er sat til at varetage for lægeforeningen, stået som formidler af adskillige artikler og bøger.

»Din nervøse patient« er endnu et eksempel på hygiejnekomiteens initiativer. Udover at foreslå en behandlingsform ved neuroser samt at belyse den gennem eksempler bør bogen kunne bidrage til, at lægen i al almindelighed hører noget mere på, hvad patienterne siger. Den henvender sig således til hele lægestanden.

For at markere hygiejnekomiteens 40 års beståen har hovedbestyrelsen derfor ønsket at bekoste bogen trykt og udsendt til alle lægeforeningens medlemmer.

København, 1977

Hovedbestyrelsen

FORORD TIL ANDEN UDGAVE

I anden udgave er tilføjet et kapitel om parsamtaler, ligesom der er foretaget enkelte ændringer begrundet i den udvikling supervisionsvirksomheden har gennemgået i de forløbne 5 år, siden førsteudgaven blev til.

Risskov, 1981

Torben Bendix

FORORD TIL TREDIE UDGAVE

I tredje udgave er tilføjet et kapitel om samtaler med sindssyge (psykotiske) patienter, skrevet i samarbejde med alment praktiserende læge Erik Pedersen, Hurup, Thy (tidligere trykt i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 1982).

Risskov, 1986

Torben Bendix

ANDET FORORD

På Lægeforeningens Hygiejnekomité's møde 5. – 6. juni 1975 nedsattes en projektgruppe med den opgave at udarbejde et skrift om behandling af nervøse lidelser i almen praksis. Projektgruppen bestod af almenmedicinerne Halvor Heuch og Knud Smidt-Nielsen og psykiaterne Torben Bendix, Vagn Zahle og undertegnede.

Under projektgruppens arbejde blev det klart, at det var umuligt i et kortfattet skrift at tage stilling til den mangfoldighed af problemer, der knytter sig til emnet. Denne bog, der er udsprunget af projektgruppens arbejde, prætenderer da heller ikke at være en »lærebog i neurosebehandling«. Vi føler os imidlertid overbeviste om, at læsning og brug af bogen vil kunne få stor betydning for alment praktiserende læger og deres patienter, og af følgende grunde:

1) Et stort antal danske praktiserende læger har allerede i flere år arbejdet efter de metoder, der beskrives i bogen. Metoderne er altså realistiske for almen praksis – også tidsøkonomisk, idet mange endog har gjort den erfaring, at det er tidsbesparende at arbejde efter de beskrevne retningslinjer.

2) At den beskrevne undersøgelsesteknik kan bidrage til at forbedre diagnostikken mere generelt synes evident.

3) Endelig synes det veldokumenteret, at mange nervøse patienter kan drage terapeutisk fordel af de beskrevne enkle teknikker.

Vi takker Lægeforeningens Hovedbestyrelse for beslutningen om at udsende bogen til alle landets læger. Enhver klinisk arbejdende læge vil ved brug af de beskrevne undersøgelsesteknikker uvægerligt få øget sin fornemmelse af at behandle syge mennesker – og ikke blot sygdomme.

På projektgruppens vegne,

Anton Aggernæs.

INDHOLD

FØRSTE FORORD af Hovedbestyrelsen	3
ANDET FORORD af Anton Aggernæs	5
FØRSTE INDLEDNING om patienters problemer, lægers fejl samt bogens formål	9
ANDEN INDLEDNING om bogens opbygning	12
TREDIE INDLEDNING om to sætninger, som du har brug for at huske, og om læge-patientforhold	14
FØRSTE KAPITEL Syv tommelfingerregler for, hvordan du skal bære dig ad	16
ANDET KAPITEL Syv »fejltanker«, som forhindrer dig i at bære dig rigtigt ad	27
TREDIE KAPITEL Syv eksempler på sekundærgevinst, som kan ødelægge det hele	33
FJERDE KAPITEL Syv praktiske anvisninger, så du overhovedet kan komme igang	42
FEMTE KAPITEL Syv »par-regler« for terapeutiske par-samtaler	50
SJETTE KAPITEL »Din sindssyge patient«	66
EFTERSKRIFT	77
LITTERATURHENVISNINGER	79
TRE EKSEMPLER »Kranførerens hjernetumor, skilsmisse og invalidepension«	80
»Den automatiske telefonsvarer«	84
»Naboens bils bagende«	86

DE FEM KAPITLERS INDHOLD

FØRSTE KAPITEL

De syv tommelfingerregler

1. Situationer, – ikke symptomer
2. Gentag de sidste ord
3. Hvis du ikke ved, hvad du skal sige, så ti da helt stille
4. Der er kun en eneste måde at bryde en pause på
5. Besvar aldrig spørgsmål ...
6. Giv aldrig råd
7. I skal gentage og resumere

ANDET KAPITEL

De syv »fejltanker«

1. Hvad fejler patienten?
2. Hvad skal jeg sige næste gang, patienten trækker vejret indad?
3. Har jeg god nok kontakt med patienten?
4. Er jeg dygtig nok til detteher?
5. Kan det ikke være farligt for patienten?
6. Kan det være farligt for lægen?
7. At tænke på at du skal vogte dig for de første seks fejltanker

TREDIE KAPITEL

De syv eksempler på sekundærgevinst

1. Beroligelsen
2. Nervepillerne
3. Somatisk overundersøgelse
4. Patienten lader sig eskortere
5. Patienten har også tavshedspligt
6. Tiden
7. Han manipulerer dig

FJERDE KAPITEL

De syv praktiske anvisninger

1. Tidspunkt og varighed
2. Vælg dig den rigtige patient
3. Lad patienten skrive brev til dig først
4. Start og slut samtalen anderledes end du plejer
5. Det er godt med »ritualer«
6. Tal ej med pårørende
7. Brug båndoptager

FEMTE KAPITEL

De syv »par-regler«

1. Den sidste skal være den første
2. Ingen har patent på at være patient
3. »Sig det til din mand (kone)!«
4. TV og køkken, – ikke sex
5. »I havde det godt!?«
6. Spil ikke med, for du er amatør
7. »Hvad vil I ændre?«

FØRSTE INDLEDNING

Om patienters problemer, lægers fejl, samt bogens formål.

Man har hidtil ikke kunnet læse sig til, hvordan man skal tale med sine nervøse patienter. De fleste læger har derfor selv måttet lære sig det.

De trøster patienten med, at han ikke fejler noget. De sender ham til nye undersøgelser. De giver ham nervepiller. De hører på hans klager og symptomer. De taler med ham om dét, som de selv og han mener, er hans problemer.

De fleste læger bruger i virkeligheden megen tid på deres nervøse patienter. Men de bruger ofte tiden forkert uden at vide af det. Eller pænere sagt: De får ikke ydet patienten nok.

Den tid, du bruger på dine nervøse patienter, kan udnyttes bedre. Det kan denne bog medvirke til. Når den er så tynd, at den kunne kaldes et hæfte, er det med den hensigt, at den bør læses flere gange.

Den er i virkeligheden et øvelseshæfte: – »Lær at tale med din nervøse patient«, og det kan anvendes til at opøve færdighed i en metode, som ikke tidligere har været gjort til genstand for undervisning af danske praktiserende læger. Man er nødt til at øve sig i at kunne bruge denne undersøgelses- og behandlingsteknik, hvis man vil kunne hjælpe de nervøse patienter.

Du kan prøve at opfatte dette som en slags korrespondance-sprogkursus med læsehæfte og instruktionsbåndoptagelse (bare med den forskel, at båndoptagelsen skal du selv fremstille, – herom senere).

Bogen er skrevet af læger for læger.

Det værste er, hvis du tror, at du ikke har brug for at læse den.

Dette skrift er tillige et forsøg på at komprimere og resumere en jysk psykoteraeutisk overlæges erfaringer fra undervisning og samarbejde i i alt over 4.000 timers intenst samvær med almenpraktiserende læger, medicinske studenter og sygeplejersker i årene 1973-86.

Et menneske, der har et eller flere problemer, og som derfor søger læge, kaldes en patient.

Patienter tror ofte selv, at de er til besvær for lægen. Deri tager de næppe helt fejl, skønt lægen af mange grunde benægter det over for sig selv og over for patienten, måske fordi han slet ikke er klar over det (– men det vil han blive, hvis han læser videre...).

De fleste læger og patienter forventer – måske håber – at patientens problem er somatisk. Fordi det har lægen nemlig lært at stille noget op med. Og derved gør han desuden en god gerning, for hvilken han senere modtager et kontant pengebeløb – stort eller lille. I sikker forvisning herom er det skik og brug, at lægen stiller patienten en masse spørgsmål, som denne ofte ivrigt og tjenstvilligt forsøger at besvare. Der udspiller sig med andre ord en samtale, som er en del af undersøgelsen, og som kaldes anamneseoptagelse. Og efter denne foretages de somatiske undersøgelser, der som bekendt kan ende med sætningen: »De fejler heldigvis ikke noget særligt – eller rigtigt – eller legemligt« evt. efterfulgt af sætningen: »Det er (bare) nerver«.

På dette tidspunkt kan det være, at patienten begynder at stille spørgsmål. Og du besvarer spørgsmålene. Du gør to ting, hele tiden, dagen lang, det har du lært, og det tror du er rigtigt:

Du stiller spørgsmål.

Og du besvarer spørgsmål.

Du har utvivlsomt, som de fleste andre læger, en fornemmelse af, at der ligger et eller andet problem bag ved det nervøse symptom. Der er jo det ved det nervøse symptom, at det til forveksling kan ligne »rigtig« sygdom.

Men det nervøse symptom er ikke sygdom i ordets gængse »somatiske« forstand. Årsagen til det nervøse symptom har at gøre med patientens tilværelse, hans indre, psykiske tilværelse og hans ydre, sociale tilværelse, – to områder, som i øvrigt hverken kan eller bør adskilles fra hinanden.

Hvis man nu bærer sig rigtigt ad i denne situation, er det for de fleste ganske forbløffende at opleve, hvor megen nytte man kan komme til at gøre, og hvor megen tid man kan komme til at spare i det lange løb for patienten og sig selv. I virkeligheden er det ofte slet ikke et spørgsmål om tid, men om »teknik«. Enhver er klar over, at man kan snakke med sine medmennesker på mange forskellige måder, alt efter hvilken hensigt man har med en samtale. Det er vist ikke ualmindeligt, at man taler ganske anderledes til f.eks. den lokale formand for ligningsnævnet, end man gør til sin ægtefælle eller sine børnebørn.

Hvis du har den hensigt, at patienten og du selv skal komme til klarhed over, hvad der ligger til grund for patientens klager og symptomer, hvad enten det er neurosis cordis eller søvnbesvær eller svimmelhed eller træthed eller »stress«, så duer det ikke med din sædvanlige samtalemåde, altså med at stille og med at besvare spørgsmål. Du må ikke tro, at du derved giver jer mulighed for at trænge ind til årsagen til symptomerne.

I virkeligheden er det helt utroligt, hvad man kan ødelægge af muligheder ved at sidde og spørge og svare. Sagen er den enkle, at hvis du stiller spørgsmål, får du i allerheldigste fald noget at vide om det, du har spurgt om. Men du får naturligvis ikke noget at vide om noget, som du ikke har spurgt om. Og det, du får at vide, behøver i øvrigt ikke at være sandt, – men derfor behøver det heller ikke at være løgn. Det hele bliver således umådelig vanskeligt, hvis du bruger din sædvanlige facon. Muligvis vil du dertil indvende, at du plejer da at snakke ganske godt med dine patienter, fordi »erfaringen har da givet mig en vis rutine« eller »et langt liv har lært mig, at man kan komme langt med sund fornuft«. Disse indvendinger er ikke holdbare. For erfaring og rutine kan være nogle særdeles betænkelige begreber at benytte sig af, når det gælder patienter med psykiske og sociale og eksistentielle vanskeligheder. Og din såkaldte »sunde« fornuft kan ikke rigtig bruges af patienten (herom senere).

Det er dine mange spørgsmål og svar, der forhindrer dig og patienten i at få en hel masse at vide. Her kommer din næste indvending: Hvad skal man så gøre, for man kan jo ikke føre en samtale uden at spørge og svare.

Jo, man kan føre en terapeutisk samtale netop på den måde, – men selvfølgelig er man nødt til at øve sig på det, før man kan det. Vanskeligheden ved at bruge denne rigtige samtaleteknik er, at du vil komme til at føle dig vældig genert de første par gange, fordi du tror, at patienten sidder og synes, at du er blevet mærkelig. Men det synes patienten aldeles ikke, – det er blot noget, du tror.

Denne samtaleteknik er en måde at snakke på, som giver patienten lejlighed til at udfolde mere af sig selv, end både han og du kender til på forhånd. Denne særlige samtaleform er på een gang både undersøgelse og behandling, fordi den viser vej til de egentlige problemer, der ligger bag symptomerne og klagerne, og samtidig kan den blive behandling, fordi patienten kommer til at forstå – såvel med sin forstand som med sine følelser, hvad der er galt, og dermed får han mulighed for at forandre sine reaktioner og måske ligefrem nogle af sine livssituationer. Mennesker vantrives på deres arbejdsplads, i deres bolig og i deres familie. Konflikter mellem ægtefæller og mellem generationer er måske netop det, som praktiserende læger oftest møder som årsag til, at mennesker føler sig ulykkelige. Ulykkesfølelsen kan blive skubbet i baggrunden og blive erstattet af nervøse symptomer.

Teknikken giver altså patienten lejlighed til at udfolde sig, men den giver også dig mulighed for at lære at lytte dig frem til de problemer, der er den virkelige årsag til, at patienten føler sig syg.

ANDEN INDLEDNING

Om bogens opbygning.

Den terapeutiske samtales teknik – kunsten at lytte sig frem – vil blive beskrevet på den måde, at der først gennemgås syv tommelfingerregler, syv regler for, hvordan du skal bære dig ad.

Dernæst følger en omtale af syv slags tanker, som du får svært ved at lade være med at tænke, men som det for alvor gælder om at holde op med at have i sit hoved i de minutter, man skal lytte til patienten. Det drejer sig altså om nogle »fejltanker«, der altid forhindrer læger i at høre ordentlig efter, hvad patienten siger.

Hvis du får trænet dig op i at bruge de syv tommelfingerregler konsekvent, vil det falde dig let at undgå de syv fejltanker.

Selv om du efterhånden (og det sker som regel særdeles hurtigt, d.v.s. i løbet af ganske få samtaler) får god øvelse i at anvende disse principper og derigennem – måske til din store forbløffelse – får oplevelser af, hvor anderledes patient og du selv kommer til at fungere, og får forståelse af, at det er indlysende, at det må være sådan, – altså selv om alt dette sker for dig, så hjælper det hele hverken patienten eller dig selv noget som helst, hvis ikke du samtidig får forståelse af det begreb, som kaldes sekundærgevinst. Du skal opleve under samtalen, at sekundærgevinsten giver sig til kende på mange forskellige måder, og at det er tvingende nødvendigt at opfatte den og at modarbejde den.

Derfor efterfølges afsnittene om tommelfingerregler og om fejltanker af et afsnit om syv slags sekundærgevinst med eksempler på, hvordan den giver sig til kende, og på hvorfor og hvordan man modarbejder den.

Herefter kommer et afsnit om, hvordan du i praksis – i begge betydninger af dette ord – kan komme igang. De væsentligste praktiske anvisninger er indeholdt i syv punkter, som gør det lettere både for dig og din patient.

Og så afsluttes der med et afsnit om samtaler med par, syv regler for terapeutiske par-samtaler. Samt et kapitel om samtaler med sindssyge.

Lidt litteraturhenvisninger er der naturligvis også – for det skal der jo være – for dem, der får lyst til at læse mere. Dels litteratur om hvad dette her overhovedet kan føre til, dels litteratur om neurosers opståen, symptomer og behandling. Men i første omgang skal du ærlig talt ikke

sætte dig til at læse. Så får man for mange forvirrende tanker og kommer ikke igang. Læs hellere dette hæfte en gang til og se at komme igang med at optage nogle samtaler på bånd og lytte til, hvad der kommer ud af det, sammen med et par kolleger, som er lige så skeptiske og generte over for dette her, som du selv.

Bagest i bogen finder du tre eksempler.

Det første eksempel illustrerer, hvorledes du bliver en dygtigere diagnostiker – også somatisk! – ved anvendelse af denne undersøgelsesteknik.

Eksemplet hedder: »Kranførerens hjernetumor, skilsmisse og invaliddension«.

Det andet eksempel viser sekundærgevinstens ødelæggende betydning samt betydningen af at få øje på den og gøre noget ved den: »Lægens automatiske telefonsvarer«.

Og det tredje eksempel illustrerer, hvad alt dette her kan føre til. Det hedder: »Naboens bils bagende«.

Der vil adskillige gange i kapitlerne 1-4 blive henvist til disse tre eksempler.

Der er kun brugt disse tre eksempler. Forfatteren har i massevis af flere eksempler, der udelukkende stammer fra almenpraktiserende lægers terapeutiske samtaler. Men man husker bedst eksempler, hvis der ikke er for mange af dem, – og de så til gengæld er gode. Disse tre er gode. Du må godt allerede nu springe om bag i bogen og læse dem, du skal alligevel læse dem et par gange.

TREDIE INDLEDNING

Om to sætninger, som du har brug for at huske, og om læge-patientforhold.

Gentagelse: Denne bog skal altså tjene som indføring i en måde at snakke på. En samtaleteknik, som kan bruges i næsten enhver form for møde mellem en patient og en læge. Altså slet ikke udelukkende når det drejer sig om neuroser. Alligevel kommer bogen mest til at handle om eksempler på neurose-samtaler. Det skyldes dels, at det er lettest både at beskrive og at forstå metodikken ud fra sådanne eksempler, og dels at den netop ved neuroser virker terapeutisk.

Der er to sætninger, som det kan være særdeles gavnligt at huske. Disse sætninger skal ikke opfattes som teoretiske læresætninger, men som praktiske brugsanvisninger. Altså et par tanker, som er umådelig praktisk anvendelige, selvom deres videnskabelige sandhedsværdi nok kan gøres til genstand for dybsindige diskussioner.

Den første lyder:

Neurose er ikke sygdom.

Og man kan tilføje: Og derfor er neurotikereren ikke »patient«. Og derfor er terapeutens rolle en anden, end han er vant til som læge. Selve de neurotiske symptomer, som fører folk til lægen, ligner desværre ikke sjældent til forveksling »rigtig« sygdom. Den terapeutiske samtaleteknik vil hjælpe dig i at differentialdiagnosticere. Men det, der ligger bag symptomet, det man kalder den neurotiske personlighed eller karakterneurosen har intet med sygdom at gøre. Det handler om menneskers psykiske indretning hvad angår bestemte følelser og disses indflydelse på visse karakteregenskaber og visse måder at opfatte og opleve sig selv og andre på, – intet af alt dette er sygeligt i ordets sædvanlige mening. Men når sætningen

Neurose er ikke sygdom

særligt skal indøves nu, så er det fordi den skal føre til, at du prøver at forstå, at din holdning i samtaler skal til at være helt og aldeles anderledes end den, du ellers er vant til over for patienter. Da patienten ikke fejler nogen sygdom, skal du hverken »helbrede, lindre eller trøste«. Du skal give patienten mulighed for at finde ud af noget eller lære sig

selv bedre at kende eller blive klar over noget, han (og du) ikke tidligere har været klar over. Det kan siges endnu mere paradoksalt og provokerende: Du skal end ikke behandle.

Og herved er vi nået til huskesætning nummer to:

Psykotterapi er ikke behandling.

Det betyder: Du skal ikke opfatte den terapeutiske samtale som en behandlingssituation i ordets almindelige betydning, – altså sådan noget med at lægen er den aktive, behandlende, hjælpende, reddende person, og patienten er den passive, modtagende, hjælpsøgende, hjælpeløse. Dette er det sædvanlige læge-patient-forhold. Men i terapeutiske samtaler er det stik modsat. Psykotterapi skal du først og fremmest opfatte som en undersøgelsesmetode (og ikke en behandling), hvorved ikke blot lægen undersøger patienten, men hvorved navnlig patienten får lært sig at undersøge sig selv, at lære sig selv bedre at kende. Så i denne situation er lægens fornemste opgave at give patienten eller ægteparret eller familien eller hvem det nu er, mulighed for dette. Mulighed for at de kan få øje på, hvordan de selv er indrettede og fungerer. Så der går præse op for dem.

FØRSTE KAPITEL

Syv tommelfingerregler for, hvordan du skal bære dig ad.

FØRSTE REGEL:

Situationer, – ikke symptomer.

Læger elsker symptomer. Du aner næppe selv, hvor symptomfikseret og sygdomscentreret, du er. Du skulle høre dig selv på bånd, hvorledes du bliver ved helt ud i det barokke at gentage dine spørgsmål om patientens symptomer. Og derefter sender du patienten til undersøgelser, hvoraf mange er unødvendige. Dette er ikke en kritik af dig. Men en kritik af at du aldrig har lært andet.

Du må mange gange have oplevet, at dine spørgsmål ikke førte til noget, – i det højeste at de førte til, at du har ment at kunne udelukke somatisk sygdom. Du har endnu ingen anelse om, hvor megen somatisk diagnostisk klarhed det vil give dig, når du får lært dig, at du sideløbende med dine sædvanlige spørgsmål kan føre en ganske anden slags samtale.

Læs nu eksemplerne 1 og 3 bag i bogen. Det, du i denne omgang skal lægge mærke til, er, hvor utrolig lidt de to læger i disse eksempler stiller spørgsmål.

Læg også mærke til, at i begge eksempler kommer patienten meget hurtigt – netop fordi lægen næsten ikke stiller spørgsmål – ind på at tale om situationer. Situationen på kajen ved fyraftenstid om fredagen. Situationen hvor villaejeren drejer om hjørnet og ser naboen's bils bagende.

Neurotiske symptomer kommer altid, når patienten er i ganske bestemte situationer. Det er han ikke selv klar over, og det er du heller ikke klar over, men I kan begge to blive det. Ikke ved at du fortsætter med at spørge ud om symptomerne. Ej heller ved at du fortsætter med at sende ham til undersøgelser for ting, som han slet ikke fejler.

Men ved at spørge ham f.eks.: »Fortæl om sidste gang du havde et svimmelhedsanfald, – hvor var du henne?« Så kommer patienten gerne i gang med at fortælle, og så er det din opgave at sørge for, at han fortsætter beskrivelsen af situationen, indtil den er helt gennemkropet og står krystalklart, sådan som eksemplerne 1 og 3 viser.

Altså: *Prøv blot i 10 minutter at lade være med at bruge spørgeordene »Hvordan?« og »Hvorfor?«, men brug f.eks. ordene »Hvornår?« og »Hvorhenne?«.*

Og når du så har stillet et sådant indledende spørgsmål, fortsætter du ved at anvende regel 2.

Men husk, at det er ikke nok f.eks. at få at vide, at symptomerne kom, mens patienten sad og så fjernsyn. Du er nødt til at få at vide, hvad han så i fjernsynet, og hvad der skete i stuen.

ANDEN REGEL:

Gentag det (de) sidste ord, som patienten lige har sagt (evt. nogle andre ord i hans sidste sætning).

Dette er vanskeligt de første par gange, indtil du har oplevet, hvor udbytterigt det er for jer begge to. De fleste vil mene, at man ikke kan føre en samtale på denne måde (du kan evt. øve dig på din kone eller klinikassistent eller barn, – de vil såmænd slet ikke opdage, at du gør det).

Dette er måden at få patienten til at udfolde sig på. Dette er måden at få gennemmikroskopert de anfaldsfremkaldende situationer på. Dette er måden, hvorpå man får fastholdt patientens og ens egen interesse for de hverdagsituationer, som er patientens egentlige problemer.

Patienten kommer til at opleve, at din interesse for ham er anderledes, end den plejer at være. Hvis du er bange for, at patienten skal »afsløre« dig, f.eks. ved at spørge dig om, hvorfor du sidder og gentager de sidste ord, han siger, så skal du her – som i alle andre situationer – svare ham enten ved at rette spørgsmålet tilbage til ham (se regel 4) eller ved at sige ham sandheden, f.eks. noget i retning af dette: »Det er, fordi jeg synes, vi skal interessere os særligt for det, som du er ved at fortælle mig nu«.

I øvrigt demonstrerer eksemplerne 1 og 3 tydeligt anvendelsen af denne regel.

Måske du allerede nu, uden at have prøvet reglen i praksis, kan forestille dig, hvorledes anvendelsen af denne metode i betydelig grad fritager dig for at sidde og spekulere på, hvad du skal sige i næste sætning, for du skal ikke sidde og udtænke kloge og vigtige spørgsmål, du skal blot lytte intenst efter, hvad patienten siger.

Når patienten og du i løbet af måske 3-4 minutter har fået alle detaljer frem omkring den situation, han var i, da han fik det sidste anfald (også detaljer, som du til at begynde med tror er uvæsentlige), kan du passende gå igang med situationen omkring det næstsidste anfald. Til at begynde med skal du ikke spørge om situationen omkring det første anfald, han har haft for 8 år siden. Det er lettere for jer begge at snakke om det nuværende, – og det er vigtigere.

Altså: *Prøv i 10 minutter blot at gentage noget af det, patienten lige har sagt.*

TREDIE REGEL:

Hvis du ikke ved, hvad du skal sige, så ti da helt stille.

Dette er måske den regel, som falder dig allervanskeligst at forstå og at efterleve. Og du kan synes, at det er fuldstændig unaturligt og krampagtigt at sidde over for en patient og tie stille, navnlig hvis han også tier stille. Så går samtalen jo i stå (tror I begge).

Så spilder I tiden (tror I begge).

Men I spilder ikke tiden, for samtalen går ikke i stå. Der opstår en pause. Og pauserne er noget af det vigtigste i samtalerne (se regel 4). Af den grund, at i pauserne kan patientens tanker få lov til at bevæge sig frit omkring. Men det gør de ikke altid. Fordi patienten forventer, at du skal sige noget til ham. Han spørger dig endog om, hvorfor du ikke spørger ham om noget. Dit svar til ham må da blive noget i retning af, at det er hans tanker, denne her samtale drejer sig om, og ikke dine.

Husk at dette ikke drejer sig om sygdom, det drejer sig om patientens måde at tænke på og at leve livet på. Og dette er ikke behandling i ordets sædvanlige mening. Det gælder om at finde ud af hans tanker. Derfor skal du give ham lejlighed til at tænke.

Man kan sige, at I begge to skal sidde »tilbage i stolen«, uanspændte, afslappede, patienten måske med lukkede øjne, det kan hjælpe ham.

Du kan evt. sige til ham, at han skal sidde på den måde og prøve at lade tankerne flyve frit omkring og prøve på at sige nogle af tankerne til dig, også tanker, som han selv finder er fuldstændig uvæsentlige og usammenhængende og upassende.

Dette var lidt om pausernes betydning. Og dermed har vi allerede været inde på 2 af de 3 hovedingredienser, der indgår i en samtale: Dels den nøje detaljerede udredning af de symptomfremkaldende situationer, dels pauserne, hvori patienten får lejlighed til fri tankevirksomhed.

Altså: *Prøv i 10 minutter at lade være med at være bange for pauserne. Lad dem komme. Forklar evt. patienten, at han skal sætte sig tilbage, slappe af, lukke øjnene og lade tankerne løbe frit.*

Pauserne bliver efterhånden ikke unaturlige for dig – ej heller for patienten – hvis blot du husker at tie helt stille, når du ikke ved, hvad du skal sige.

FJERDE REGEL:

Der er kun een eneste måde at bryde en pause på.

Pausens betydning er allerede omtalt. Man kan for resten udmærket starte en samtale med en pause. Nikke venligt til patienten og forholde sig afventende. Simpelthen ud fra den betragtning, at man jo rent faktisk ikke ved noget som helst om, hvad der er i hans tanker lige nu. Nogle mener endog, at det er den højeste grad af respekt og interesse for et andet menneske at forholde sig afventende over for ham, så hans tanker kan komme til orde.

I begyndelsen vil du føle selv en kort pause ulidelig lang. Du vil tro, at femten sekunders tavshed har varet i tre minutter. Måske kan det være dig en trøst, at du nok efterhånden vænner dig til det. Patienterne plejer i hvert fald at gøre det.

Men på et eller andet tidspunkt kan du føle trang til at afbryde pausen. Dette bør kun gøres på een måde, nemlig ved hjælp af sætningen: »Hvad tænker du på?«

Forklaringen herpå er den simple, at hvis pausen har varet f.eks. i 20-30 sekunder, har patienten måske tænkt på en hel masse ting, som du intet ved om. Hvis du på dette tidspunkt tager den tabte tråd op, får du selvfølgelig ikke noget at vide om, hvad han har tænkt i mellemtiden. Og hvis du stikker ham et andet emne ud, så vil han koncentrere sine tanker om det, som du nu spørger ham om. Og så får du heller ikke noget at vide om, hvad han tænkte på, da han fik lejlighed til at tænke frit.

Så en pause bør altså kun brydes ved det ene spørgsmål: »*Hvad tænker du på?*«

Det kan f.eks. forme sig således (lægens ord i kursiv): *Hvad sidder du og tænker på nu?* Nåhr, ikke noget særligt. *Ikke noget særligt?* Nej, det kan vist ikke være særlig væsentligt. *Du synes ikke, det er væsentligt.* Nåhr, nej, jeg ved ikke hvorfor, jeg kom bare til at tænke på, at vi skal have nogle gæster på lørdag. *I skal have gæster på lørdag.* Nåhr, ja, min kone har inviteret noget familie. *Noget familie.* Nåhr, ja, der kommer blandt andet en fætter til min kone. *En fætter til din kone.* Ja, ham kan jeg ikke udstå – min kone overtalte mig engang til at låne ham 500 kr., det er 2 år siden, og jeg har s'gu ikke fået dem tilbage endnu. *Du har ikke fået dem tilbage endnu.* ... hvorefter patienten er i fuld gang med at fortælle om en hel masse problematik desangående, – det

kan f.eks. være, at han ikke kan få sig selv til at forlange pengene tilbage, skønt konens fætter nu tjener væsentligt mere end patienten selv gør, eller det kan f.eks. være, at patienten forlanger, at det skal være hans kone, der forlanger pengene tilbage af fætteren, »for det er jo hendes familie, og det var hende, der overtalte mig til at låne ham dem«. Eller det kan være noget helt tredje eller fjerde med de penge og den fætter eller måske den fætters kone.

FEMTE REGEL:

Besvar aldrig spørgsmål.

Patientens spørgsmål skal du vende tilbage til ham selv.

Kun det, han selv finder ud af, får nogen betydning for ham. Det, du fortæller ham, bremser hans egne muligheder for at finde ud af det. Du tror, du kan hjælpe ham ved at besvare hans spørgsmål, men når han i sin hjælpeløshed spørger dig, er det, fordi han derved undgår selv at tage stilling. Du kan mindske hans hjælpeløshed ved at lade ham selv forsøge sig med at finde ud af tingene. Og derved styrker du også hans selvfølelse og øger hans chance for, at han kan gribe ind i sin egen tilværelse.

Lægen er så vant til at besvare spørgsmål, at han synes det er naturligt at gøre det, og ofte får man indtryk af, at han nærmest elsker det, vel fordi han tror, at det hjælper patienten, – og det er dejligt at hjælpe de stakkels hjælpeløse. Som modargument bruger han, at han synes, at man ikke kan være bekendt at lade være med at besvare spørgsmål, for patienterne venter det jo af lægen. Men i eksempel 3 illustreres ypperligt, hvordan man skal bære sig ad med at lade være: »Hvad synes du selv . . .«, »du spørger mig igen om . . .« for så til slut, da det gælder den endelige beslutning: »Det må du vist selv afgøre«.

Hvor provokerende det end kan være for dig, må du *prøve i 10 minutter at gå ind for, at den bedste hjælp er at lade være med at hjælpe*.

Selv om du synes, at du sidder med et godt og sandt og rigtigt svar på noget, som patienten har spurgt om eller måske nogle gange oven i købet noget, som han aldeles ikke har spurgt om, så hold svaret for dig selv. Hvis du giver dig til at forklare ham f.eks. hvorfor du tror, han er blevet neurotisk, vil det såmænd oftest være forkert, men skulle det, som du fortæller ham, være rigtigt, ja, så kan han højst opnå en intellektuel forståelse af det, og den forhindrer, at en følelsesmæssig prås går op for ham.

En lille, forbavset, følelsesmæssig prås for patienten selv er bedre end ti overbevisende, intellektuelle forklaringer fra dig.

Hvis han spørger dig om noget, kan du svare ham sådan, som det ovenfor er citeret fra eksempel 3. Eller du kan *prøve at spørge patienten, hvad han egentlig helst vil have, at du skal svare på hans spørgsmål*. – eller du kan *prøve at spørge ham, hvad han vil bruge dit svar til*.

SJETTE REGEL:

Giv aldrig råd.

Denne regel er en fortsættelse af femte regel. Sagen er den – for dig måske noget provokerende – at du ikke er i stand til at give råd om noget som helst. Jo, når det gælder rene somatiske problemer (»apparatfejlsmodellen«), så skal du selvfølgelig helst vide bedre besked end patienten, – hvor længe en gips skal sidde, hvor mange enheder penicillin, der skal gives o.s.v.. Men når det gælder andre problemer i menneskers tilværelse, så er dit lange livs erfaring og din menneskekundskab intet værd. Sætningen »Hvis jeg var dig, ville jeg...« er den mest umulige af alle sætninger, thi det eneste, der er helt sikkert i denne verden, er, at du er ikke ham, og han er ikke dig.

Det kan godt være, at jeres lunger og jeres lever og jeres tyktarme ligner hinandens ret meget. Men jeres sind og jeres sociale forhold og jeres kone og børn og svigerforældre og hele tilværelser gør det i hvert fald ikke.

Du kan sagtens få en patient til at følge dit råd. Men så gør han altså det, som du har sagt. Han gør ikke noget, som han selv kom til at finde ud af, – sammenlign igen eksempel 3. Formålet med den terapeutiske samtale er jo netop, at patienten skal lære sig selv og sine egne muligheder bedre at kende. Det får han chance for, hvis du giver ham lejlighed til selv at løse sine problemer. Ikke hvis du løser dem for ham med gode råd.

Hvis han beder dig om et råd, må din holdning være noget i retning af, at du ikke ved, hvad der er det rigtige for ham at gøre i den givne situation, men at I kan drøfte det.

Man kan høre legioner af godhjertede læger landet over rask væk overrisle patienter med råd angående skilsmisse og graviditeter og arbejdsproblemer og familiekonflikter og børneopdragelse og alt i denne verden, – uden at kende noget til, hvordan denne patient og denne familie egentlig er skruet sammen, for selv om du tror, at du har kendt denne familie i mange år, og kendt den godt, er det ikke nok at vide med sig selv, at konen er hysterisk og manden er tavs, men flink. Du er nødt til at tale med dem på denne måde og opdage, at du måske får et helt andet billede af dem, – og de af sig selv og hinanden. Så får du oplevet og lært, at *den bedste rådgivning er at lade være med at give råd*.

Hvis mennesker ønsker en forandring i deres tilværelse, må du vise

dem det minimum af respekt og agtelse, der ligger i at betragte dem som nogle, der selv har ressourcer til at tænke og handle på en anden måde, end den de er vant til. Din opgave er at assistere og katalysere, ikke at dominere. Også selv om du finder patienten hjælpeløs og fortvivlet.

Ja, du kan end ikke rådgive patienter eller ægtepar eller familier til at komme til samtaler hos dig. Du kan kun fremsætte det som et tilbud, f.eks. som en anden udvej end nervepiller. Men hvis de spørger dig, om du tror, at det kan hjælpe noget, kan du kun svare, at det kan du ikke vide, men at det da er et forsøg værd at prøve.

Altså: Prøv i 10 minutter at springe ud af din gamle, vante, elskede rolle som livsklog rådgiver.

SYVENDE REGEL:

I skal gentage og resumere.

Det er tidligere nævnt, at i en terapeutisk samtale indgår 3 hovedingredienser. De 2 første af disse er indeholdt i de 6 første tommelfingerregler, som jo netop indebærer dels den detaljerede beskrivelse af de symptomfremkaldende situationer, dels patientens frie tankevirksomhed i pauser og over for problemer og beslutninger.

Samtalens tredje ingrediens er gentagelser og resumeer. Gentagelser og korte gennemgange af, hvad I har snakket om i dag, giver både dig selv og patienten bedre mulighed for at lægge mærke til, hvad det har handlet om, – og for at huske det.

Der er et fast tilbagevendende spørgsmål fra læger, der hører om denne »behandlingsform«, nemlig: »Hvad i alverden skal jeg egentlig stille op med alt det, patienten fortæller mig, – på et eller andet tidspunkt skal det vel bruges til noget?« Svaret er: Ja, det skal bruges til noget. Men: Nej, det er ikke dig, der skal bruge det, du skal ikke stille noget op med det, du skal ikke give nogen løsning eller noget godt råd. Du skal blot hjælpe patienten til at få øje på et mønster, men han skal altså selv få øje på det. Og det har han en chance for, hvis du af og til opfordrer ham til at gentage det, han lige har sagt (»Prøv at sige det der igen!«), eller hvis du opfordrer ham til at komme med et resume af »hvad vi har snakket om i dag«.

Så får han måske øjnene op for noget i sig selv, som han ikke tidligere har været klar over (– nogle gør det ikke, af den forbavsende grund at mennesker er forskellige). Et mønster, som præger hans tanker og følelser og hverdagstilværelse. Nu har han mulighed for at ændre på mønsteret.

Det kan bedst beskrives på denne måde:

Hvis naboen i eksempel 3 havde vist sig at være en arrogant og kværlantisk person, der havde slået døren i for næsen af patienten med en bemærkning om, at han parkerede sin bil, som det passede ham (sådanne naboer findes), havde det alligevel været en revolutionerende oplevelse for patienten, nemlig at opleve at han selv var i stand til at foretage sig en handling (at gå ind til naboen og gøre vrøvl), en handling som han indtil denne dag af sit otteogtyve-årige liv havde troet var umulig for ham at foretage sig. Og hans følelse af at være en kujoneret tøsedreng ville derfor alligevel have været ændret (trods naboens afvis-

ning), hvorved hans angst alligevel ville være mindsket, og hans mulighed for fremover atter at forsøge at gå imod det gamle mønster ville være forøget.

Hvis du har fået øvelse i at sidde tilbage i stolen og høre nøje efter alt, hvad patienten får sagt blot i 10 minutter, kan du meget bedre få ham til at gentage og resumere, så han får øjnene op for sine mønstre, bliver klar over dem, »bevidstgjort« (d.v.s. at det ubevidste bliver bevidst for ham), – og så er det op til ham selv at ændre det. Svarende til sætningen i eksempel 3: »Det må du selv afgøre«.

Lægers – og andre professionelle hjælperes – omnipotensfølelse, trangen til at spille Vor Herre, er altid malplaceret. Og denne samtale-teknik er den bedste metode til at bekæmpe »Vor Herre-trangen«. Det er indbygget i metoden, at hvis du følger reglerne, kommer du ikke til at fungere som Vor Herre eller en anden sagkyndig figur, selv om du selv eller patienten måtte ønske, at du var det.

Altså: *Prøv at lade patienten gentage og prøv at lade ham resumere.*

Prøv at lægge mærke til, hvad han snakker om.

Læg også af og til mærke til, hvad han ikke snakker om.

Prøv også af og til at provokere dig selv ved at tænke: Alt hvad patienten siger er sandt, selv om det også kan betyde det modsatte. F.eks.: »Jeg hader at være midtpunkt blandt andre mennesker, – det giver mig altid angstanfald og rysten på hænderne«. Det er den rene sandhed. Alligevel kan det også et sted inde i patientens sind, et sted som ikke er ham bevidst, betyde det modsatte, nemlig: »Jeg længes voldsomt efter andre menneskers opmærksomhed, men den længsel må jeg ikke kende til, derfor bliver jeg angst i situationer, hvor der er særlig risiko for andres opmærksomhed«.

Dette sidste var et decideret sidespring, det hører ikke til her i bogen. Det kan du læse om i andre bøger (se litteraturhenvisningerne), når du først får øvet dig i samtaleteknikken ved hjælp af denne bog.

ANDET KAPITEL

Syv »fejltanker«, som forhindrer dig i at bære dig rigtigt ad.

De syv tommelfingerregler handlede om, hvad du kan gøre for at give patienten bedre mulighed for at udfolde sig og for at lære sig selv bedre at kende. Men de medfører naturligvis samtidig, at du selv får bedre mulighed for at lytte til ham. Hvis du får indøvet de syv regler, så det falder dig naturligt at bruge dem, så behøver dine tanker udelukkende at beskæftige sig med at lægge mærke til, hvad patienten egentlig siger. Men sidder du samtidig og tænker på andre ting, er det vist indlysende, at i hvert fald de tanker, som du bruger til andre ting, ikke også kan bruges til at høre på patienten.

En del af din tankevirksomhed bliver beslaglagt til andet formål. Altså: Hvis du tænker meget på din selvangivelse eller på et skænderi med din kone, eller hvis du tænker på andre patienter, så bliver det svært at være afslappet-koncentreret om det, patienten siger.

Men der er også en række tanker, der handler om selve den aktuelle patient, tanker, som kan ødelægge den terapeutiske samtale, fordi de beslaglægger din tankevirksomhed, tanker om patienten og dig selv, som vil forstyrre dig, – man kunne kalde dem »fejltanker« eller afsporingstanke, altså tanker, som forhindrer dig i at høre ordentlig efter.

Her skal nævnes nogle af de hyppigste i håb om, at du hurtigt vil genkende dem hos dig selv, for har man først genfundet dem hos sig selv, er de ikke så forfærdelig svære at gøre sig fri af.

FØRSTE FEJLTANKE:

Hvad fejler patienten?

Selvfølgerlig kan du ikke lade være med at tænke på, hvad patienten fejler. Hvad er diagnosen? Eller (hvis du er yngre læge på et hospital): Hvad skal der stå i journalen? Eller (hvis du er særlig socialt interesseret eller måske socialrådgiver): Hvad er hans sociale problemer?

Du behøver ikke at være bange for, at du skal gå hen og glemme at stille diagnose. Men *prøv i 10 minutter at lade være med at bruge tanker*

på diagnosen. Du kan jo gøre dig dine diagnosetanker bagefter. Og aftale, at patienten skal komme igen om en uge.

I hvert fald er det ikke til at høre efter, hvad patienten fortæller om sin kones fætter eller sin nabos bil eller sine arbejdskammerater, hvis man selv sidder og tænker på kilebensmeningeom eller fæokromocytom eller hypoparathyreoidisme.

ANDEN FEJLTANKE:

Hvad skal jeg sige næste gang, patienten trækker vejret indad?

Når man – som forfatteren – har hørt et meget stort antal læger (både almenpraktiserende og psykiatere) tale med deres patienter, kan man ikke frigøre sig for det indtryk, at det tilsyneladende gælder om – for de fleste – lynhurtigt at stange et spørgsmål eller et svar ud til patienten, nærmest som om det var et bevis på lægens dygtighed, at han mestrer denne noget stakåndede konversationsform – ofte med den forklaring, at læger har jo så travlt.

Men husk, at i denne form for samtale drejer det sig ikke i første omgang om at finde ud af patientens »sygdom«, det drejer sig om, at I begge to skal finde ud af hans måde at leve sin tilværelse på. Hvis du har fået fat i de syv tommelfingerregler, så behøver du ikke at sidde og forberede dig på at sige et eller andet klogt i den næste sætning. Du behøver ikke at lade dine tanker være optaget af, hvad du skal sige.

TREDIE FEJLTANKE:

Har jeg god nok kontakt med patienten?

Dette er virkelig en tanke, som kan virke overordentlig distraherende, og som man møder såvel hos almenpraktiserende læger som hos psykiatere og psykologer og socialrådgivere. Er mit læge-patientforhold godt nok? Er mit klient-terapeutforhold godt nok?

Eller: Virker jeg tilstrækkelig engageret og interesseret, og gør jeg et tillidsfuldt indtryk?

Man kan læse i mange bøger, at det gælder om at have den rette holdning til patienten. Dette plejer at forlede til, at man tænker over,

hvordan man virker. Det er ikke til at holde ud. Man skal sidde og tænke på, om man nu er forstående over for patienten, om man nu lever sig nok ind i hans problemer, om han føler, at I er på bølgelængde med hinanden. Man skal endelig også sørge for at vise tolerance samt respekt, men også myndighed og professionel dygtighed, og man skal også meget diskret tilkendegive medlidenhed og barmhjertighed. Og varme. Og man skal også tænke over, at det er forkert med en holdning, der får patienten til at tro, at man mener, at der er tale om simuleringen og ikke faktisk lidelse. Og at det er lige så forkert med en holdning, der viser patienten, at man mener, at han er syg på en måde, så han bør fratages pligter og ansvar.

Een ting er i hvert fald sikkert: Hvis dine tanker er beslægtet af at skulle foretage en gevaldig masse åndelige, fritstående øvelser for at opfylde alle disse ideelle krav, så kommer du under ingen omstændigheder til at finde ud af, hvad der foregår i patienten.

Hvis du bare har et minimum af almindelig pæn opførsel og så i øvrigt går frem efter reglerne i første kapitel, så kan du trygt stole på, at du ikke blot kommer til at virke interesseret og engageret, men at du faktisk også bliver det på en måde, så både du selv og patienten oplever, at det er ægte.

Den virkelig gode måde at vise sit engagement på er at komme med citater af, hvad patienten sagde for 10 minutter siden eller for en uge siden eller for en måned siden. Derved viser du ham, at du har hørt godt efter, sandsynligvis endda bedre end han selv har hørt. Og dette er ikke vanskeligt for dig at gøre, thi hvis dine tanker kun minimalt beslægtes til andet formål, vil du komme til at opleve, at din opmærksomhed er enormt skærpet, og at din hukommelse – også uden brug af notater – bliver væsentlig bedre, når du anvender den her beskrevne form for samtaleteknik.

I selve teknikken er altså indbygget en holdning, som er rigtig. Og som fritager dig for yderligere spekulationer. Din respekt for patientens menneskelige værdighed øges, og du opdager, at denne respekt udmærket kan gå hånd i hånd med den terapeutiske nysgerrighed.

Altså: *Prøv i 10 minutter at lade være med at tænke på, om du selv virker forstående og engageret og alt det der.*

FJERDE FEJLTANKE:

Er jeg dygtig nok til detteher?

Storm P. blev engang spurgt, om han kunne spille violin, – hans svar var: »Det ved jeg ikke – jeg har aldrig prøvet«.

Selvfølger er du ikke dygtig nok til dette her. Navnlig hvis du ikke har prøvet. Men hvis dit forhåndsindtryk er, at sådan noget med psykoterapi betyder, at du skal kunne bore dig en slags tunnel ned til patientens ødipuskompleks og kastrationsangst, som han havde for syvogtve år siden, ja, så er dit forhåndsindtryk forkert. Dette skal forstås således: Der kan meget ofte ydes patienten en betydelig hjælp gennem en forholdsvis kortvarig række terapeutiske samtaler.

(Det skal ikke forstås således, at de gennem snart hundrede år indhøstede psykoanalytiske erfaringer i, hvad der sker i den ubevidste del af vor psyke, ikke længere ser ud til at passe. For de ser nemlig stadig ud til at passe, – der er i hvert fald endnu ikke fremkommet mere overbevisende forklaringer på, hvorledes det går til, at neuroser opstår. Og det er meningsløst at hævde, at disse erfaringer står i modsætning til moderne »social-politisk« synsmåde).

Prøv i de 10 minutter, hvor du taler med patienten, at lade være med at spekulere på, om dether er svært, og om du er dygtig nok.

Du kan trygt regne med, at i din geografiske nærhed er der såmænd ikke andre, der er dygtigere. Hvis vi endelig skal ind på sandheden, så ligger det desværre sådan, at der kun ganske få steder i Danmark sidder et overordentligt beskedent antal mennesker (psykiatere, psykologer, socialrådgivere), der er virkelig professionelt skolet i denne den mest basale af alle verdens behandlingsformer: Samtalen. Af forskellige, ejendommelige årsager hører det end ikke med til specialistkravene i psykiatri, at den vordende psykiater skal have forsøgt sig med terapeutisk samtale under sagkyndig vejledning. Psykiatere er uddannede i psykosebehandling, de er ikke uddannede i detteher, – kun ganske få. Hvis der overhovedet skal gøres noget andet for patienter med nervøse symptomer end at give dem tabletter, så bliver det i en lang årrække fremover de fleste steder i landet den almenpraktiserende læge, der skal gøre det.

Der skal ikke lægges skjul på, at den egentlige, dybtgående, analytisk orienterede psykoterapi (såvel individualterapi som familierapi) kan være vanskelig og krævende for såvel patient som terapeut. Men, som omtalt i indledningen, har forfatteren fjorten års erfaring gennem et nært

samarbejde med praktiserende læger, for at der kan ydes megen nyttig samtaleterapi i konsultationen.

Eller sagt med andre ord: Den terapeutiske samtale er langtfra altid vanskelig, når man følger disse basale regler og undgår de forstyrrende tanker.

FEMTE FEJLTANKE:

Kan det ikke være farligt for patienten?

Nej. Hvis man med »farligt« mener, om patienten kan blive psykotisk, eller om patienten kan suicidere, må man svare, at naturligvis kan patienter blive psykotiske, og naturligvis kan de suicidere, – men hvis de gør det, bliver det ikke på grund af de terapeutiske samtaler.

Hvis du gennemtænker første kapitels syv regler endnu en gang, kan du let indse, at med denne teknik bliver det patienten, der bestemmer tempoet, sådan at forstå, at han ikke kommer til at gå hurtigere frem, end han selv kan følge med til. Man behøver ikke at sidde og frygte en eller anden slags sammenbrud af et eller andet psykisk »forsvar«, så der pludselig – på grund af behandlingen – skulle komme psykotiske reaktioner.

Og præcis det samme kan siges om suicidalrisikoen. Den her beskrevne samtaletekniske fremgangsmåde er så tilpas forsigtig, at den i sig selv ikke øger menneskers trang til at dø. Men den vil ofte kunne mindske denne trang.

SJETTE FEJLTANKE:

Kan det være farligt for lægen?

Nej. Der er hverken risiko for lægens soma eller psyke.

Det ville gå mærkeligt til, om du ikke gennem det terapeutiske samvær med patienterne kommer til at lære noget om dig selv og din lægevirksomhed, som du ikke var klar over i forvejen. Noget af det kan godt komme til at gøre ondt, fordi metoden medfører en større ydmyghed over for andre mennesker, end man måske er vant til. Og af og til kan man føle sig knust over at tro, at man nu skal til at bære endnu flere af patienternes problemer og lidelser. Indtil man opdager, at det ser ud til, at man bærer sig rigtigt ad.

Ikke sjældent giver læger udtryk for en vis ængstelse for, om patienten kan finde på at forlade een, altså skifte læge, – med deraf følgende beskadiget renommé for lægen i hans distrikt.

Dette sker. For ca. 1.500 patienters vedkommende i de forløbne 14 år har vi set lægeskift i 15 tilfælde. Patienter som var utilfredse med, at de ikke kunne få de nervepiller, som de krævede. Patienter som var utilfredse med at blive bragt i den samtalsituation, hvor de kom til at tale om deres tilværelse, som de åbenbart ikke ønskede, at lægen skulle få kendskab til (– se i øvrigt litteraturhvisning: 2 artikler i Ugeskrift for læger af Andreas Nielsen). Hvor meget et sådant tab af patienter og tab af renommé kan betyde i den enkeltes praksis, er naturligvis ikke til at sige noget generelt om, bortset fra at det må skønnes overvejende sandsynligt, at en sådan læge meget vel kan få en tilsvarende patienttilgang, fordi det er et faktum, at et stigende (omend måske stadig dog ikke stort) antal patienter i befolkningen ikke længere ønsker at blive spist af med nervepiller.

SYVENDE FEJLTANKE:

At sidde og tænke på, at du skal vogte dig for de første seks fejltanker!

TREDIE KAPITEL

Syv eksempler på sekundærgevinst, som kan ødelægge det hele.

Sekundærgevinstbegrebet handler om, at neurotiske patienter uden at vide af det gennem deres neurotiske væremåde og deres neurotiske symptomer opnår en slags følelsesmæssig erstatningstilfredsstillelse, som er så umådelig vanskelig for dem at give afkald på.

Man kan ofte opleve sekundærgevinsten nærmest som et krav fra patientens side rettet mod pårørende eller den undersøgende og behandelende læge. Patienten opnår sympati og medlidenhed, men får ofte også en betydelig magt over sine nærmeste herunder lægen.

Når det er så vigtigt at få øje på denne sekundærgevinst og modarbejde den, er det af den grund, at hvis patienten opnår en eller flere af de forskellige former for sekundærgevinst forhindrer det ham i, at der kommer noget godt og rigtigt ud af de terapeutiske samtaler, ja det forværrer endog patientens symptomer, – læs nu eksempel 2 bag i bogen, som netop illustrerer dette.

Årsagen til denne forværring er ikke så mærkelig endda. Ved som læge at give efter for denne »stræben« efter sekundærgevinst fra patientens side kommer du – uden at vide det – til at bekræfte og fastlåse patienten i den opfattelse, at han er syg. Derved svækkes hans i forvejen meget lave selvfølelse yderligere, og hans angst øges, han må ligesom klare sig ved at forstærke symptomerne.

Lægen kan gennemføre nok så mange udmærkede terapeutiske samtaler med patienten, det hele hjælper intet, såfremt lægen samtidig ikke kan lade være med at yde patienten sekundærgevinst.

(Mange tror, at sekundærgevinsten foregår bevidst hos patienten. Det gør den ikke. Patienten er ikke selv klar over den, før han bliver gjort opmærksom på den. Den er en del af neurosens væsen, den er nødvendig for oprettelse og bevarelse af det der hedder primærgevinsten. Primærgevinsten er det fænomen, at bevidstheden holdes fri for nogle følelser og fantasier og ønsker og impulser og drifter, som man i barndommen troede var forbudte og som derfor medfører skyldfølelse og fremkalder angst, – men det er en anden historie, som ikke hører hjemme i denne tekst).

Det øger patientens angst og skyldfølelse, at han ved sekundærge-

vinststræben udøver magt over andre, f.eks. lægen. Derfor må symptomerne forstærkes, hvis lægen bøjer sig.

Og lægen bøjer sig.

Navnlig i begyndelsen kommer man til at gøre det. Fordi man som læge kommer til at føle sig ond, hvis man ikke gør det. Og vi er jo da ikke blevet læger for at udøve ondskab. Her kommer altså atter et af paradokserne:

Man er mere ond mod patienten, hvis man er »god«.

Og man er mere god mod patienten, hvis man er »ond«.

Altså »god« i den forstand, at man bøjer sig for sekundærgevinsten. De nedenstående eksempler vil vise det. Der kunne nævnes flere end disse, men disse er nok de hyppigste i en almen praksis.

Eksemplerne handler alle, som det vil ses, om at »jeg må da gøre noget for patienten, jeg kan da ikke bare lade ham gå igen, så skidt som han har det«.

Du skal ikke »bare lade ham gå igen«. Du har noget andet at sætte i stedet. Hvis du ikke havde noget andet at sætte i stedet, ville det være nærliggende at gøre det forkerte, – kunstfejlene. For kunstfejl er det. Der sker bare ikke noget særlig dramatisk ved disse kunstfejl. Ingen dør. Der sker kun det, at nogle, der kunne have fået en anderledes tilværelse, ikke får det.

FØRSTE EKSEMPEL PÅ SEKUNDÆRGEVINST:

Beroligelsen.

Trøsten, opmuntringen, skulderklappet, forsikringen om at »det hele ikke er noget særligt«, »jeg indestår for at du bliver rask«, »ring bare efter mig, hvis det bliver for slemt«, »kig bare op til mig, når du trænger til det«, alt i alt: Den sande lægelige spejderånd, som kun giver patienten (og dig selv) en stakket beroligelse i få minutter eller timer (højest dage), indtil symptomerne, som før omtalt, må forværres, – altså en spejderånd, som i virkeligheden tjener mere til beroligelse for lægen end for patienten, og som i sig rummer de kunstfejl, som fastholder og forstærker patienten i hans neurose.

Prøv altså i 10 minutter at lade være med at tænke på hvordan du skal hjælpe og berolige patienten.

Der er kun to måder, hvorpå du bør give dig selv lov til at berolige patienten, – og ingen af dem hjælper (dig)!

Alligevel er de det vigtigste af alt, selv om du tilsyneladende i første omgang kun opnår, at patienten ikke føler sig forstået og beroliget. Du opnår tydeligvis kun det, som åbenbart er det værste af alt for lægen at bære: Patienten giver udtryk for og indtryk af, at han er mere ulykkelig, når han går ud af konsultationsstuen, end da han kom ind i den. Dette er forfærdelig frustrerende for lægen, – og for patienten. Nogle gange har jeg haft svært ved at bedømme, hvem det har været værst for.

De to ting, du har lov til at foretage dig, hvis du altså ikke vil begå neurotiske kunstfejl, er:

- 1) Med al din autoritet at fastslå for patienten, at du er sikker på, at han ikke dør af sine hjertefornemmelser eller sin svimmelhed eller hvad det nu er, og at han ikke bliver sindssyg af sin angst.
- 2) At aftale at han og du skal snakke mere sammen om det i næste uge på et fastsat tidspunkt og i et fastlagt tidsrum (se kapitel 3 og kapitel 4).

Til dette er der to klassiske indvendinger.

En fra patienten (til lægen): »Jamen, hvordan skal jeg klare mig så længe, jeg må i hvert fald have nogle piller«.

Og en fra lægen (til forfatteren): »Jamen jeg husker en neurotiker, som døde af en coronarocclusion«.

Hvad angår patientens indvending: Se det følgende eksempel på sekundærgevinst.

Hvad angår lægens indvending, kan jeg kun sige, at det kan ikke være rigtigt, at neurotikere fortsat skal behandles forkert og derved bære skylden for, at der rigtignok findes fatale sygdomme, der kan sætte så uforudset og pludseligt ind, at man ikke har nogen mulighed for at forhindre det.

Jeg ved med usvigelig sikkerhed fra overordentlig mange timers undervisnings erfaring, at mange vil fejllæse denne bog og beskyldte mig for somatisk sløsethed. Men jeg har aldrig sagt eller skrevet, at du ikke skal tage et EKG. Du skal bare ikke blive ved (– se det tredje eksempel på sekundærgevinst: Somatisk overundersøgelse). Jeg er ikke bange for, at I glemmer jeres somatiske lærdom. Men jeg er bange for, at I ikke har nogen neuroselærdom.

Husk: Du kan ikke indestå for at patienten bliver »rask«, bliver fri for sine neurotiske symptomer ved at komme og snakke med dig. Derfor: Sig sandheden til ham, nemlig at det kan du ikke vide, – du ved kun, at han ikke dør eller bliver sindssyg af detteher, og at tabletter og flere

undersøgelser gør det sværere eller umuligt for ham at få det anderledes.

ANDET EKSEMPEL PÅ SEKUNDÆRGEVINST:

Nervepillerne.

Det er i det forudgående allerede adskillige gange berørt, hvilken enorm betydning det har for behandlingen af den nervøse patient, at både du og patienten får et andet forhold til nervepillerne.

De dulmer. Og det gør de godt. Ligesom pethidinet dulmer appendicitismerterne. Men situationen bliver umuliggjort. Bevares, patienten får selvfølgelig ikke nogen peritonit. Der sker tilsyneladende ikke de store ulykker, – og »vi har da tabletterne for, at de skal bruges«.

Jeg håber, at det i det foregående er blevet nogenlunde udstanset i lidt hårdere materiale end pap, at denne påstand er forkert, – vi har ikke tabletterne for at de skal misbruges. Vi har ikke alkohol for at lave alkoholikervrag. Vi har ikke biler for at lave færdselstragedier. Vi har ikke atomkraft for at lave verdenskrig. Og vi har ikke fået nervepillerne for at fastholde neurotikerne i deres neurose. (Hvis du vil se illustrationer af dette her, henvises til Andreas Nielsen's arbejde i Ugeskriftet, – se litteraturhenvisningen).

Hvis du øver dig efter anvisningerne i denne bog, skulle du kunne bringe dig selv i stand til at indse, at der virkelig er noget at sætte i stedet for nervepillerne, nemlig den terapeutiske samtale.

Men husk: I det store og hele gælder den stik modsatte regel af, hvad du læser i reklamerne. I dem står der nemlig ofte, at de »fremmer mulighederne for psykoterapi«. Dette kan ikke være mere forkert. Tabletterne forhindrer samtalerne, og de fastholder såvel læge som patient i en »sygdomsopfattelse« og et symptomfjernelsesønske, som gør det umuligt at trænge ind i den egentlige bagvedliggende problematik. Hvorfor skulle man snakke om sin følelsesmæssig vanskelige tilværelse, når angstfølelserne og angstsymptomerne ikke længere plager en. Og det gør de i hvert fald ikke i de to-fire uger, hvori tabletterne hjælper, før man må øge dosis eller »prøve nogle andre tabletter, som nok skal hjælpe dig«.

Det er endnu ikke lykkedes at fremstille nogle tabletter, som »helbreder« neuroser på trods af mange påstande om, at nu er man (= forskerne) på sporet af »følelsernes biokemi«. Disse påstande gælder nem-

lig først og fremmest manio-depressivitet. Neurotiske følelser har imidlertid deres oprindelse og rod i uneurotiske følelser, man kunne måske tillade sig den højst diskutabile flothed at sige, at neurotiske følelser (og deraf udsprungne symptomer) i virkeligheden er »normale« følelser, der »bare« er placeret forkert. Denne påstand vil jeg ikke stå skrækkert fast på, hvis nogen går mig hårdt på klingens, – det er blot for at illustrere og sandsynliggøre for læseren, at det er højst usandsynligt, at neurotiske og/eller sociale og/eller eksistentielle og/eller almenmenneskelige problemer og konflikter nogen sinde vil kunne løses anstændigt ad kemisk vej. Nu er det sagt, – og det lettede.

TREDIE EKSEMPEL PÅ SEKUNDÆRGEVINST:

Somatisk overundersøgelse.

På baggrunden af det hidtil beskrevne skulle gerne fremtøne en klarhed, der dels belyser, at man ved anvendelse af denne samtaleteknik får brug for færre somatiske specialundersøgelser, dels beviser at for mange undersøgelser er af det onde.

Hvad det sidstnævnte angår, vil somatisk overundersøgelse meget ofte komme til at fungere netop som neurotisk sekundærgevinst. De fleste læger har den opfattelse, at det er en lettelse for deres patienter at få at vide, at de ikke fejler noget alvorligt somatisk, og det er det da også tit og ofte. Alligevel vil lægerne nok forbløffes, når de under gennemførelsen af den beskrevne fremgangsmåde oplever, at mange neurotiske patienter nærmest med næb og klør kæmper for at få lov til at fejle noget somatisk. Og der kan udspille sig noget af en slags kampsituation, hvor lægen fanges ind i fortsatte overbevisningsforsøg for at få patienten til at indse, at det ikke er noget somatisk men psykisk, der er i vejen. Patienten får så at sige lægen til at blive ved med specialhenvisninger af den ene eller den anden art. Nogle gange går lægen med til dette uden at vide, hvad der egentlig foregår, fordi han får dækket sin egen somatiske usikkerhed eller professionelle samvittighed ind, – han gør det altså under devisen »for en sikkerheds skyld«.

Prøv at beslutte dig til ikke at tænke på at foretage eller ordinere flere somatiske undersøgelser hos denne patient.

FJERDE EKSEMPEL PÅ SEKUNDÆRGEVINST:

Patienten lader sig eskortere.

Dette og de to næste eksempler vil mange nok finde mindre væsentlige end de tre førstnævnte, og det er de måske også, der er bare det ved dem, at de er meget hyppige, og der gælder stadig det samme, at hvis man ikke er opmærksom på dem, får patienten ikke mulighed for at få udbytte af samtalerne.

Som for eksempel dette, at patienten på grund af sine angstsymptomer ikke kan eller tør tage til lægens konsultation alene, men er nødt til for eksempel at ringe efter sin mand, så han må tage fri et par timer fra sit arbejde for at køre hjem og hente hustruen og køre til lægen med hende og vente på hende der og køre hende hjem igen.

Når læger i en undervisningssituation bliver gjort opmærksomme på dette – det vil sige når I får lært at spørge patienterne ud om, hvordan de er kommet hen til konsultationen – sker der gerne det, at lægen prøver af al sin magt at overtale patienten til at komme alene. Men det lykkes ikke. Lægen opgiver så dette, og patientens symptomer fortsætter.

Dette fordi kun meget få læger kan få sig selv til at sige noget i retning af følgende til patienten: »Vi kan ikke fortsætte at snakke sammen på denne her måde, hvis du ikke kommer alene. Vi ved begge to med vores fornuft, at du ikke dør i bussen på vej herhen, og vi kan ikke blive ved med at ødelægge det hele ved at ligge under for din angst. Hvis du går imod angsten bliver den mindre. Og for hver gang du bøjer dig for angsten, bliver den større. Sådan er den slags angst indrettet. Og hvis du ikke vil bøje dig for mig i dette spørgsmål, kan jeg ikke være dig til nogen hjælp, men kun til skade. Og du får ikke piller til den bustur. Det er ikke fordi, jeg ikke forstår rædslen i din angst, men jeg ved noget om den slags angst, som du ikke ved eller forstår. Og hvis din mand eller mor eller nabo eller dit barn følger dig herhen på torsdag, så hverken kan eller vil jeg snakke med dig«.

Sådan noget i den stil er du nødt til at sige forholdsvis snart, hvis du ikke vil gøre kunstfejl.

Husk det der med, at hvis man – og det gælder sandelig også lægen, dig – bøjer sig for patientens angst, bliver den større.

Og hvis du bøjer dig for din egen usikkerhed bliver den også større.

Hvis patienten ikke kommer næste gang, eller du selv sender hende væk igen, sker der et af to: Enten kommer hun alene en anden gang, og

så er det godt. Eller også går hun til en anden læge og får nervepiller og trøst, og så er det skidt både for patienten og for den anden læge. Men ikke for dig, – fordi du gjorde det rigtige og gav patienten hendes eneste, måske første (og desværre måske også sidste) chance for at overvinde den neurotiske angst.

FEMTE EKSEMPEL PÅ SEKUNDÆRGEVINST:

Patienten har også tavshedspligt.

Dette betyder, at det gælder om tidligt at få sagt til patienten, at »hvad vi to snakker om her, må ikke refereres til nogen«.

Patienten: »Men min kone og jeg har altid været meget åbne for hinanden, der er ikke den ting vi ikke kan sige til hinanden, og det første hun vil spørge om, når jeg kommer hjem, er netop, hvad De og jeg har snakket om her i dag, og hun vil synes at det er meget mærkeligt, hvis jeg ikke fortæller hende noget om det«.

Lægen: »Så vil det være overordentlig hensigtsmæssigt, at De med det samme fortæller hende, at det hører med til reglerne for denne her slags samtaler, at De ikke må referere indholdet til andre, – end ikke til Deres kone«.

Ofte vil patienten ikke kunne forstå dette. Mange læger ej heller.

Der er ganske mange grunde til sådan en regel. Her er et par stykker:

Det kan hæmme patienten gevaldigt i at snakke frit fra leveren, hvis han først er kommet ind i den vane nærmest at skulle stå til regnskab for det, som han siger til dig, når han kommer hjem til konen.

Hvis han føler anspændelse, skuffelse, ubehag, magtesløshed over for nogle ting, som I har sagt til hinanden i en samtale, så er det umådelig vigtigt for ham, at han ikke opnår en misforstået og ødelæggende trøst og beroligelse og opmuntring derhjemme eller andetsteds inden næste samtale med dig. For så mister han naturnødvendigt incitamentet til at snakke videre om det næste gang. Og så bliver hverken han eller du klar over, hvad der egentlig skete, hvad det egentlig var, som han reagerede så stærkt på.

Han kan komme til at skabe »partidannelse« ved sin (oftest fuldstændig ubevidste) fordrejning af noget, han selv har sagt dig, så det i hans referat derhjemme eventuelt bliver til noget, du har sagt, og som hans kone så argumenterer imod, – og så kan det hele blive umådelig indviklet for jer alle tre.

Man er nødt til at fratage ham den sekundærgevinst, der kan ligge i at fortælle til andre, hvad I to har snakket om. (Dette er naturligvis anderledes for par-samtaler, – se senere).

SJETTE EKSEMPEL PÅ SEKUNDÆRGEVINST:

Tiden.

Læs lige igen eksempel 2 bagest i bogen.

Det illustrerer tydeligere end alle forklaringer, hvor »rask« en patient kan blive, når sekundærgevinsten tages fra ham.

Og det viser, hvad der ligger af vigtighed i at holde fast på de aftaler, der er indgået. Dette gælder såvel aftaler om, hvilken dag og hvilket tidspunkt på dagen I skal mødes, som det gælder aftaler om tidsrum, altså om samtaleens varighed.

Man beslutter sig på forhånd til hvor længe samtalen skal vare. For eksempel tyve minutter eller femogtyve eller tredive. Og man har sagt det på forhånd til patienten: »Vi snakker sammen i tyve minutter, fra klokken dit til klokken dat, og hvad vi ikke når i den samtale, når vi i næste«. Og man slutter under alle omstændigheder samtalen klokken dat.

NB: Også selv om patienten kom ti minutter for sent. Eller – hvad der i øvrigt er vanskeligere for de fleste læger – hvis han er midt i at fortælle noget meget »spændende«. (Lægens undskyldning: »Jamen der gik pludselig hul på bylden, og så måtte jeg da benytte mig af den gode kontakt«. Underviserens kommentar: »Nu hænger du på den, nu skal du bare se, hvad der sker næste gang«.)

SYVENDE EKSEMPEL PÅ SEKUNDÆRGEVINST:

Han manipulerer dig, – den satans patient.

Det ser skrap ud på tryk: For det første at han manipulerer, for det andet, at du (forfatteren) kalder ham »satans«. Og ingen af de to ting passer heldigvis. Husk nemlig på, at det aldrig er bevidst fra patientens side, at han manipulerer. Du behøver næppe at huske på, at det kun er ubevidst, at du kalder ham »satans«.

Men for at tage lidt mere alvorligt på det, så handler dette om, at hans sekundærgevinstmæssige magtudfoldelse over dig er ubevidst, han ved ikke af, at han ikke kan lade være med at manipulere. Og du ved ikke

af, at du bliver vred på ham, når han gør det. For man bliver da ikke vred på sine patienter.

Det kan være vanskeligt at forstå – og jeg kan ikke give mig til at gå i dybden med det her – at neurotikere ikke vil eller kan eller tør give slip på eller blive af med deres neurose. Det må man læse om andre steder. Det handler om, at han ubevidst skal beskytte sin bevidsthed mod at vide besked med bestemte ting i den ubevidste del af psyken. Men noget i neurotikeren vil altså beholde neurosen, også selv om han gerne vil af med dens symptomer. Man kan sige, at han gør modstand mod behandlingen. Og derfor kan han ikke lade være med ubevidst at prøve at »lokke« dig til at bære dig forkert ad.

Dette vil igen sige, at hvis du optager samtalen på bånd og hører den igennem senere helst med en eller flere interesserede kolleger, som også har læst denne bog, så vil du selv eller måske snarere kollegaen kunne gøre dig opmærksom på alle de gange, hvor patienten får »lokke« dig fra at følge de tyve punkter som står at læse i kapitlerne 1-3.

Du kan måske på båndet høre dig selv sidde og snakke alt for længe med patienten om, hvordan hans symptomer viste sig i stedet for hvornår og hvorhenne.

Eller du stiller eller besvarer spørgsmål og du sidder og diskuterer med patienten i stedet for blot at gentage.

Eller du bryder pauser, førend de overhovedet er opstået.

Eller du lader dig lokke til at give råd eller give patienten ret i hans meninger om hans umulige ægtefælle eller om hans håbløse forældre.

Eller du er så overdreven venlig og forstående, at patienten aldrig kommer til orde.

Eller du har travlt med at overbevise patienten om, at du enten er dygtig eller udygtig.

Du beroliger, trøster, bagateliserer, dramatiserer, forsikrer eller stikker ham til sidst alligevel en lille bitte recept, – eller en henvisning til en lille bitte »for-en-sikkerheds-skyld-undersøgelse«, eller du glemmer forbudet mod eskorte eller hans tavshedspligt, eller du giver ham ti minutter ekstra og så videre og så videre.

Dette med båndoptagelse og gensidig supervision vender vi tilbage til i kapitel 4.

Men altså: Han lokker dig til fejl, så hans magt over dig bliver større end denne bogs magt over dig. Og det er til skade for behandlingen. Han får sin sekundærgevinst og hans modstand mod behandlingen forankres.

FJERDE KAPITEL

Syv praktiske anvisninger, så du overhovedet kan komme igang.

Bogen får ingen betydning, hvis du ikke benytter den i praksis i din praksis.

Man skal ikke give råd om andet end tekniske ting her i livet. Nu kommer syv råd.

FØRSTE RÅD:

Tidspunkt og varighed.

I begyndelsen kan du ikke have terapeutiske samtaler i din almindelige konsultationstid, – ej heller hvis din konsultation fungerer med forudbestilte aftaler. Du må vælge dig en sen eftermiddagstid, hvor du og patienten kan tale sammen uforstyrret af telefonopringninger og andre henvendelser. Det har hidtil vist sig altid at kunne lade sig gøre. Vi har i de forløbne fjorten år, hvor dette undervisningssamarbejde har været forsøgt, kun oplevet een eneste situation, hvor det var nødvendigt for en læge at afbryde en samtale.

Lad patienten komme en gang om ugen.

I sjette eksempel i kapitel 3 blev det understreget, hvor vigtigt det er med helt klare aftaler om varigheden af samtalerne. Når du begynder at øve dig på det her, så gå ikke igang med mere end 1 eller 2 patienter. Hvis du giver dem for eksempel femogtyve minutter hver med ti minutters pause imellem, så har du brugt en time og kan godt være træt, fordi det er nyt. Siden skal du så bruge en time eller halvanden sammen med en interesseret kollega på at høre de to samtaler. Og hans to. Der går let en hel aften. Så i starten, det vil sige nogle måneder, altså ikke flere end 2 patienter.

ANDET RÅD:

Vælg dig den rigtige patient.

Dette er vigtigt. Du skal træne dig i dette her, og derfor betyder det meget, at dine første patienter er nogle, som du kan lære noget af. Hvis

du starter med alt for vanskeligt tilgængelige patienter, mister du modet og kommer ikke til at opleve, hvad metoden giver jer.

Altså: Vælg dig en af dine yngre, normalt til velbegavede patienter, som fungerer nogenlunde godt i sin hverdag, og som har et nogenlunde velafgrænset neurotisk angstsyndrom, og som ikke er begyndt på pilleforbrug, og husk at bestemme dig til ikke at lave nogen form for somatisk undersøgelse på ham i dag.

Du skal ikke tænke, at der er noget forkert i, at patienten er en slags prøveklud eller forsøgskanin. Chancen for, at også han får noget ud af det, er nemlig fuld så stor som ved meget andet, du foretager dig som læge.

TREDJE RÅD:

Lad patienten skrive brev til dig først.

Du møder patienten i din almindelige konsultation, du synes, at han sandsynligvis opfylder kravene i råd to, du giver ham tilbudet om samtaler som anvist i råd et og i kapitel 3's sjette eksempel.

Og så beder du ham om at skrive et udførligt og detaljeret brev til dig, som ikke så meget behøver at handle om hans symptomer (for dem har han jo fortalt dig om), men hvori han fortæller om sine hverdagsproblemer og hele tilværelse og livssituation.

Der er adskillige fordele ved sådan et brev forud for den første samtale. Du får et indtryk af, hvordan han selv oplever sit eget liv og sine omgivelser, og du får indtryk af hans tænkemåde og evne til at udtrykke sig.

Og I sparer ganske megen tid i de første par samtaler, fordi han gennem brevet har fortalt dig mange væsentlige ting.

FJERDE RÅD:

Start og slut samtalen anderledes end du plejer.

I kapitel 1's fjerde regel blev det omtalt, hvor vigtigt det er, at man forholder sig afventende, og hvor få ord man har brug for. Dette gælder også starten af en samtale.

Det er de ejendommeligste indledningsbemærkninger, man kan høre læger starte med:

»Nå, hvordan går det så i dag?«

(Tåbelig måde at starte på, fordi den medfører, at patienten tror, at lægen interesserer sig for symptomerne, samt fordi man risikerer, at patienten tror, at hver samtale skal starte med en rapport om, hvorvidt han har fået det værre eller bedre, og dette er en bagdel, fordi der er langt vigtigere ting at snakke om).

»Nå, har du tænkt over det, vi snakkede om sidst?«

(Tåbelig start, fordi den medfører, at patienten føler, at han skal forberede sig til samtalerne, »læse på sine lektier«, og så bliver det hele meget ufrigt og aspontan. For slet ikke at tale om at spørgsmålet kan forhindre patienten i at fortælle noget måske meget vigtigere, der er sket i den forløbne uge).

Med et nik: »-- ja...«

eller: »-- værsgod...«

eller: »--hm . . .« (udtales: um).

(Gode måder at starte på, fordi patienten får fornemmelsen af, at dette ikke er en almindelig lægesamtale med spørgsmål og svar, – og at initiativet er hans, hans tanker det altafgørende).

Det var starten. Samtalens afslutning volder ofte kvaler. Man skal i hvert fald have arrangeret sig sådan, at man kan få øje på et ur, ellers bliver det ikke muligt at overholde tidsreglen så strikte som ovenfor beskrevet.

»Ja, vi skal slutte for i dag«. Eller »Ja, tiden er gået for denne gang«.

(Patienten: »Jamen, hvad så med...«)

»Det kan vi eventuelt tale videre om næste gang...«

Det er tidligere nævnt, at det tydeligvis er en vanskelig affære for mange – såvel patienter som læger – at få afsluttet samtalerne. Men både af hensyn til sekundærgælden og af hensyn til dårlige vaner og af hensyn til din velfortjente pause, før den næste patient kommer, er du nødt til at have sådan en afslutningsætning parat.

FEMTE RÅD:

Det er godt med »ritualer«.

Du vil opdage, at det er vældig hensigtsmæssigt at markere for dig selv og for patienten, at det der foregår her og nu er væsensforskelligt fra jeres tidligere måde at være sammen på.

For eksempel: Hvis du er vant til at have kittel på, så tag den af, inden patienten kommer ind.

Prøv at sætte jer i nogle andre stole eller ved et andet bord eller i et andet lokale, end I plejer at sidde.

(Ikke kaffedrikning under samtalen, sådan som en læge engang foreslog, – det distraherer og rasler og giver pletter på gulvtæppet, når patienten til din bestyrelse fortæller, at han har været sin kone utro i de sidste tredive år).

Lad være med at sidde og skrive notater. Du behøver ikke at være bange for at glemme noget. Du vil huske i flere år, hvad patienten har fortalt dig i dag, fordi metoden i den grad skærper opmærksomheden. Og desuden har du båndoptageren.

Lad i øvrigt patienten vide – i en bisætning – at du ikke skriver journal om samtalerne.

Og husk: Intet somatisk i dag, – han må komme en anden dag i din sædvanlige konsultationstid, såfremt I har et somatisk mellemværende. Kun i ekstremt vanskelige geografiske tilfælde, kan man komme ud for at måtte dispensere fra dette råd, i så fald vent med det somatiske, til samtalen er forbi.

SJETTE RÅD:

Tal ej med pårørende.

Trekantforholdet patient – pårørende – læge fortjener et helt kapitel for sig, fordi det er så kompliceret og så vigtigt, og vel nok endnu mere kompliceret for en familielæge end for en psykiater (som jo i en ganske anden grad arbejder i et beskyttet miljø).

I mange psykiatriske tilfælde, nemlig hvor der er tale om psykose af den ene eller den anden art, er det uomgængelig nødvendigt, at lægen har kontakt med patientens pårørende.

Men når det drejer sig om den terapeutiske samtale gør det stik modsatte sig gældende. Ja, endog hvis patienten selv beder lægen om at han skal tale med for eksempel patientens ægtefælle, skal lægen sige nej dertil.

Dette kan måske i første omgang synes mærkeligt, at det ikke for lægen går ud på at samle sig et så alsidigt og nuanceret og »objektivt« billede af patienten og hans omgivelser som muligt. Men sagen er jo den, at det hele først og sidst drejer sig om at finde ud af patientens egne tanker om tingene. Og det virker særdeles forstyrrende på ens evner til at høre, hvad patienten siger, hvis man som læge sidder inde med nogle

oplysninger, som man ikke kan føre ind i samtalen, fordi man ikke har fået disse oplysninger fra patientens egen mund.

Det er den visse undergang for samtalerne, hvis patienten får en fornemmelse af, at du har talt med for eksempel hans kone bag hans ryg. Du skal hurtigt meddele patienten, at du ikke vil tale med hans pårørende.

Sker det, at du alligevel får en opringning fra en pårørende, skal du i begyndelsen af næste samtale referere denne henvendelse for patienten.

Og du skal lade være med at lade dig forføre af patienten selv eller hans ægtefælle til at tale med ægtefællen (eller forældre eller andre pårørende), for det vil som oftest rent ud være at give efter for sekundærgevinstmanipuleringen (– og derfor kunne dette på en måde lige så godt have stået i kapitel 3 som et eksempel på sekundærgevinst).

Og hvis patientens ægtefælle ringer til dig, må du omgående i telefonen sige til hende – altså førend hun kommer igang med at fortælle dig noget – at hvad hun fortsætter med at sige i telefonen vil blive refereret til hendes mand.

Hvis pårørende vil spørge dig om noget, må de enten gøre det gennem patienten eller måske i en trekantssamtale.

Forstå at det således kan være vældig svært at være pårørende.

Hvis du kender patientens pårørende, så indlad dig ikke i diskussion med ham såsom: »Jamen Petersen, jeg kender jo da din kone udmærket, og hun er da så sød og fornuftig og slet ikke sådan en led heks, som du får gjort hende til, og hun er da også en god mor for børnene«.

Den slags argumenter duer simpelt hen ikke blandt andet af to meget indlysende grunde:

Du aner ret beset intet om, hvordan fru Petersen er over for hr. Petersen, når de er alene.

Og fordi du synes godt om lille, tapre fru Petersen, så lader det altså til, at det gør hr. Petersen ikke, og det er nu engang hr. Petersens oplevelse af fru Petersen det hele drejer sig om, – og ikke om din oplevelse af hende.

Disse synspunkter vedrørende lægens forhold til pårørende i forbindelse med terapeutiske samtaler har altid i starten været lidt for firkantede at sluge for familielægen, – indtil han selv sidder i saksen og er kommet til at overtræde et eller flere af disse råd og således har fået gjort situationen kompliceret for sig selv og sin patient og dennes pårørende.

Noget helt andet er, hvis man vil snakke med dem begge, altså for

eksempel både mand og kone og eventuelt børn på een og samme gang. Så kaldes det ægtepar-samtale eller familie-samtale.

De grupper af almenpraktiserende læger på efterhånden over 150 deltagere, som jeg har arbejdet meget nært sammen med gennem de senere år (og de deltagere har naturligvis lært mig betydeligt mere end de ca. 2.000 almenpraktiserende læger, som jeg kun har haft et løsere undervisningsforhold til) – de grupper anvender nu i stigende grad parsamtaler som noget tydeligvis helt rigtigt at gribe til i adskillige situationer.

Principper for sådanne par-samtaler vil blive gennemgået i kapitel 5. Men jeg vil gerne tilføje her, at det i hvert fald er min egen opfattelse, at før man går igang med par- og familiesamtaler, gør man klogt i at øve sig på de basale principper for samtaler med en enkelt patient, så man får lært at lytte sig ind til, hvad der foregår i et enkelt menneske, førend man forsøger at finde ud af, hvad der sker i og imellem to eller flere personer.

SYVENDE RÅD:

Brug båndoptager.

Brug for alt i verden båndoptager.

I bogens første indledning stod at læse, at den, bogen, bør opfattes som grundbog eller læsehefte til en slags sprogkursus med nogle tilhørende instruktionsbåndoptagelser, som dog ikke følger med af den grund, at du selv skal fremstille disse båndoptagelser.

Ingen kan selvsagt hverken lokke dig til eller presse dig til at gå ind for den terapeutiske samtale, som det fremragende middel denne samtaleform er i såvel diagnostisk som behandlingsmæssig henseende. Og hvis du synes, at det hele bare er skørt, og at du har din egen metode, som er bedre for dig og dine patienter, er der ikke noget at gøre ved det, selvom du muligvis tager fejl.

Men du skal vide, at hvis du går ind for denne metodik, får du intet som helst ud af det ved blot at læse bogen. Hvis du vil lære at spille klaver, er det ikke nok blot at sidde og læse noder. Du er nødt til også at prøve at slå tangenterne an med dine fingre og prøve at høre efter, hvordan det lyder. Hvis du vil indøve det, som denne bog handler om, må du optage samtalerne på bånd, – dette er der ingen vej udenom.

Først vil du tænke: Hvad mon patienten siger til, at der står en mikrofon og en båndoptager, og hvad skal du så svare ham? Du skal selvfølgelig svare ham, at du gerne bagefter vil kunne høre, hvad I har

sagt til hinanden, thi det er jo sandheden. Og hvis han spørger, om der er andre, der får båndet at høre, kan du da fortælle ham, at det gør dr. X og dr. Y også, fordi I alle tre er interesserede i at lære, hvad man kan få ud af den slags samtaler. Bogstavelig talt alle patienter vil så tænke, at så megen tid bruger du da ikke i almindelighed på dine patienter, og at der åbenbart bliver gjort noget særligt ud af ham, og det er han både imponeret over og taknemlig for.

Hvis han spørger dig, om båndene bliver slettede igen, skal du sige ja. For det er ikke rart at ligge inde med den slags samtaler, – derfor skal du slette dem, når behandlingen er slut.

At du selv føler dig benøvet over at snakke med en patient, medens der står sådan et maskineri på bordet, behøver du vel ikke at fortælle patienten, – eller gør du?

Meningen med båndoptagelserne har jeg tidligere berørt et par gange. Fordi man har svært ved at høre sine egne fejl, er det bedst, at du slår dig sammen med en enkelt eller to kolleger, som også har interesse for dette her, og som også har læst bogen, og som også vil forsøge sig med den terapeutiske samtale. Så aftaler I en bestemt aften om ugen (i værste fald hver 14. dag), hvor I lytter til hinandens bånd.

Meningen med bogen – som I altså har læst først (helst et par gange) – er den, at I slår op i indholdsfortegnelsen forrest i bogen, så I ikke behøver huske alle 35 punkter i kapitel 1-5 udenad. I er nu i stand til at kunne korrigere hinanden, samtidig med at I kan diskutere, hvordan hver enkelt patient er skruet psykisk sammen. Man kalder dette »gensidig supervision«.

Jeg har allerede i kapitel 2's fjerde fejltanke været inde på det ganske skandaløse forhold, at der de fleste steder i landet ikke sidder psykiatere eller psykologer eller socialrådgivere, der er i stand til med blot nogen anstændig ekspertise at supervisere jer. Det hører som sagt ikke med til Sundhedsstyrelsens krav til psykiatere, at disse skulle være i stand til at yde andre læger assistance på dette område, endskønt man nok tør sige, at denne del af psykiatrien i forrygende grad overgår psykosepsykiatrien, hvad angår hyppighed og tidskrav i den almenpraktiserende læges klientel. Ja, end ikke psykiaterne selv er tvungne til træning i den terapeutiske samtale.

Det er forfatterens håb – måske naivt – at denne bog vil være medvirkende til at sætte jer igang med at opnå øvelse i denne færdighed gennem gensidig supervision af båndoptagne samtaler.

Og regn med, at dette skal du gøre i mange måneder, førend du har opnået nogenlunde færdighed i metoden.

Men regn også med, at du og din kollega (måske flere) vil finde, at dette er en spændende og inciterende udvidelse af din lægevirksomhed. Kommer du først godt igang med et par enkelte patienter, opdager du, at du får lyst til flere. Og du får lyst til at læse noget af den anbefalede litteratur (se litteraturhenvisningerne).

(Det kan måske interessere at vide, at i Aarhus – og flere andre steder i Jylland – kører vi nu en sådan supervisionsvirksomhed på fjortende år. Oprindeligt var jeg eneste supervisor, men efterhånden blev det nødvendigt at optræne andre til at kunne lede supervisionsgrupperne. 5 yngre psykiatere i psykoterapeutisk uddannelse, 1 klinisk psykolog samt ikke mindre end 21 almenpraktiserende læger har i de seneste ni år været supervisorer).

Syv »par-regler« for terapeutiske par-samtaler

Som nævnt bruger vi i stigende grad parsamtaler. Siden 1975 har deltagerne i Aarhus-supervisionsgrupperne anvendt dem så meget, at vi efterhånden synes, at parterapi er almenlægens psykoterapi-værktøj par excellence.

De tommelfingerregler for par-terapi, der følger nu, er igen først og fremmest retningslinier for den uøvede. Du har selysagt ikke lært alt om par-terapi, når du har læst de følgende sider. Men hvis du i parsamtaler arbejder efter disse regler, kommer du ikke til at gøre skade, du kommer ofte til at gøre gavn. Du kan trygt tænke, at skulle et ægteskab opløses i tilslutning til samtalerne, er det ikke samtalerne skyld, de kan tværtimod medføre, at parterne går fra hinanden med mindre had, – til gavn for børnene.

Reglerne er ikke blot for den uøvede. Den mere rutinerede har ofte nytte af at genanvende dem, når der opstår vanskeligheder i en terapi.

I øvrigt er en af grundene til, at der kan opstå vanskeligheder, ofte netop den, at man har kastet vrage på grundprincipperne eller glemt dem.

Jeg har kun kunnet finde overordentlig få problemer eller situationer i en almenpraksis, hvor der var egentlig kontraindikation for parsamtaler.

Du vil hurtigt få en fornemmelse af forskellen mellem enesamtaler og par-samtaler.

Formålet med dem begge er naturligvis, at patienten eller parret skal blive i stand til at forandre noget i sig selv og i samspillet med hinanden.

I enesamtalen (f.eks. »Naboens bils bagende«) sker forandringen ved, at patienten bliver mere eller mindre klar over, at han er styret af uhensigtsmæssige kræfter. Han opnår en indsigt i noget, der før var ubevidst for ham. Ved hjælp af denne indsigt kan han ændre mønster og gå ind til naboen.

I par-samtalen springer man denne indsigt over. Man arbejder mere direkte med forandringerne, sådan som det vil fremgå af regel 7. Parterne opnår sjældent indsigt i ubevidste mekanismer hos sig selv eller

den anden. Men de opnår meget ofte at få noget at vide om den anden, som de ikke anede. Det kan være næsten gribende at opleve, hvor meget de har gået og skjult for hinanden i mange år, og hvor forkert de derfor har troet om hinanden. Sætninger som »– det har du aldrig før sagt til mig« eller »– er du virkelig også så bange for, at vores ægteskab går i stykker« kan være åbning til forandring. Du kan opdage, at det nogle gange er en forbavsende beskeden samtaleteknisk indsats, der skal til fra din side.

I ethvert ægteskab, neurotisk som uneurotisk, opstår bestemte mønstre i de to's væremåde og samspil. Hvis den ene eller de begge er meget præget af neurotiske karaktertræk, kan det hele være en meget skrøbelig og hårfin balanceakt, hvori begges behov for sekundærgevinsttilfredsstillelse bestandig skal tilgodeses i deres indbyrdes måde at være på. Dette foregår jo ubevidst. Kommer den ene af parterne til at ændre adfærd, så ligevægten forrykkes, kan det udløse neurotiske symptomer hos den anden. Andre familiemedlemmer kan blive inddraget (f.eks. børnene, som rent ud kan blive symptombærere). Og lægen kan blive inddraget.

Symptombæreren kommer til læge. Lad os som eksempel vælge den patient, som vi så ofte er stødt på: Kvinden med et eller flere angstsymptomer på baggrund af såkaldt hysterisk karakterneurose. Du taler måske med hende 4-5-6 gange. Du hører på accellererende udgydelser om, hvilken uforstående og følelseskold stud hendes mand er. Du gør dig tanker om, hvordan i alverden, der nogensinde skulle kunne opstå bare skyggen af lidt forandringer i disse menneskers tilværelse. Du tænker måske, at hendes hysteriske karakterneurose er så massiv, at hun vist aldrig vil kunne tage sin egen væremåde op til revision (– i modsætning til f.eks. patienten i »Naboens bil«), og heri kan du have ret. Ikke alle neurotikere har evnen til at opnå indsigt og til at gennemføre forandringer ved hjælp af enesamtaler, fordi et ikke ringe antal neurotikeres ubevidste modstand mod dette kan være så stærk, at I ikke kommer nogen vegne med terapeutiske enesamtaler.

Chancen er par-samtaler. Chancen er, at balancen mellem hende og hendes ægtefælle ændres, – at begge er med til at forandre mere eller mindre af deres hverdagsliv. Men husk: på deres egne betingelser, ikke på dine. Du skal give dem mulighed for at komme med ønsker om, hvad den ene gerne vil, at den anden skal forandre, – samtidig med at den ene kommer med tilbud om, hvad han eller hun selv tror at kunne forandre i sin egen væremåde. Det samme gælder naturligvis

for den andens vedkommende. Og disse ændringer skal de have prøvet at gennemføre, til næste gang I ses. Nogle gange kan eller vil den ene eller den anden eller begge ikke. Og så er der ikke noget at gøre ved det, hvor smertefuldt det end kan føles. Du er stadig ikke Vorherre.

Men tilbage til patienten, du ønsker altså, at hun skal tage manden med næste gang. Du kan på dette tidspunkt møde adskillige, typiske modreaktioner fra hendes side: »Det går han aldrig med til, for han siger, at det jo ikke er ham, der er syg.«

»Så skal han tage fri fra arbejde i flere timer, det har vi ikke råd til« eller »...det kan han slet ikke være bekendt overfor firmaet, de har så travlt for øjeblikket«.

»Jeg kan da sagtens få ham med herhen, men det nytter ikke noget, for han lukker sig fuldstændigt i, og du kan ikke få et ord ud af ham.«

»Det tør jeg slet ikke spørge ham om, sådan som vi har det sammen for tiden, nej, vil du ikke være så sød og ringe til ham og sige det, men du må for alt i verden ikke ringe ham op på hans arbejde, du skal ringe om aftenen, men ikke i TV-avis-tiden, så bliver han sur, nej, det bedste ville være, hvis du kom forbi ved halvtitiden en torsdag aften, da er jeg selv på engelskkursus...«

»Jamen jeg taler meget bedre med dig alene, jeg tør ikke sige noget som helst til dig, hvis han også skal være her, så bliver han rasende på mig bagefter, og i hvert fald skal du love mig, at du ikke fortæller ham det dér med, at hans sekretær fortalte min veninde, at han havde været i seng med den forrige sekretær, – og det dér med ham, jeg kendte for to somre siden ved Vesterhavet, skal der i hvert fald ikke tales om, for det skal han i hvert fald ikke vide noget om.«

Dine svar skal uden usikkerhed i din stemme være, at hun ikke skal komme her mere, hvis manden ikke kommer med, for I kommer ikke længere med enesamtaler. At du intet vil foretage dig for at få ham herhen, for hvis ikke hun vil have ham med, eller han ikke vil med, eller de end ikke i fællesskab kan finde ud af at komme herhen, ja, så kan du blot fastslå, at du i hvert fald ikke har nogen mulighed for at medvirke til forandring i deres ægteskab. Og hvad angår tabuemnerne, kan du sige, at hvis det er hendes oprigtige mening, at hun ønsker sit ægteskab taget op til revision og forandring ved hjælp af par-samtaler, kan vi ikke på forhånd sidde og bestemme, at der er vigtige områder, der ikke må snakkes om eller skal lyves om.

Bemærk: Det er altså dig, der bestemmer, om ægtefællen skal med, – ikke patienten.

Langt det hyppigste er, at ægtefællen kommer med næste gang. Og så sidder du med dem begge to.

Hvad angår selve placeringen, skal udgangspunktet for den uøvede være, at I skal sidde i en »ligesidet trekant«. Når du har fået mere rutine, kan I have gavn af andre placeringer.

FØRSTE REGEL:

Den sidste skal være den første

Det betyder: Du skal først og fremmest tænke på den sidst ankomne. Hvis vi fortsætter med vort eksempel fra før, så vil de fleste læger og ægtepar finde det naturligt at tænke, at det jo er hende, som er patienten. Men dette er ikke naturligt for en par-terapi (se regel to).

Du skal åbne samtalen direkte henvendt til ham, – f.eks.: »Ja, det må vist være en mærkelig fornemmelse pludselig at være med her«.

Du skal vide, at der er 3-4 forudfattede tanker, som den sidst ankomne ægtefælle plejer at have. Det er ikke altid, at han/hun siger dem, men én eller flere af tankerne er der næsten altid:

»Det er s'gu på tide, jeg endelig kommer med her, så min mening også kan blive hørt, sådan at ham, lægen, kan høre sagen fra den anden side.«

»Selvfølgelig vil jeg da gerne komme her, hvis du, læge, mener at jeg – som jo er rask – på nogen måde kan hjælpe min syge kone, selv om jeg ikke selv kan se, hvordan jeg skal bære mig ad.«

»Jeg er ikke dummere, end at jeg godt er klar over, at I selvfølgelig har siddet og snakket om mig, og I har såmænd også nok sammen fundet ud af, at det er min skyld, at hun har dårlige nerver, – ham, lægen, er på hendes parti, og nu skal jeg have skældud.«

»Han (lægen) tror selvfølgelig kun, at det er hende, der har det ad helvede til, han skulle bare vide, hvor skidt jeg går rundt og har det, men det kan man vel ikke få lov at snakke om her.«

Også selv om du på forhånd føler dig klippefast overbevist om, at manden er en følelseskold, mandschauvinistisk stud, skal du vise ham, at han også kan komme til orde, og du skal lytte intenst efter den usikkerhed og angst, der ligger bag hans utiltalende facade.

Hvis han beskedent tilkendegiver, at han selv har det udmærket, hvis blot hans kone ikke var syg, skal du både tænke og sige, at du er fuldstændig klar over, at hendes symptomer ikke bare rammer hende selv, men også i højeste grad må have indflydelse på deres fællestilværelse og samliv, og at det netop er derfor, at du fandt ud af, at I (du og konen) ikke kunne komme videre, hvis ikke han kom med.

Du skal tænke ved dig selv, at du ikke har forlangt hans tilstedeværelse for at du blot fortsat skal sidde og høre på, hvad hun allerede i enesamtalerne har sagt til dig adskillige gange, og dermed kommer vi til næste grundprincip for par-samtaler.

ANDEN REGEL:

Ingen har patent på at være patient

Du husker, at »neurose er ikke sygdom« og »neurotikerer er ikke patient«. Hun var altså ikke »patient«, da du og hun talte alene sammen. Nu er hun det om muligt endnu mindre. Dette kan også siges på en anden måde: Et par har ingen patient. Det, du bestandig skal have i tankerne, er, at de sidder her begge to for at forandre deres indbyrdes forhold. Hvis du absolut kræver af mig at få lov at bruge ordet »patient«, så skal ordet bruges sådan: »Deres ægteskab er patienten«, dvs. at patienten er den måde, de taler og ikke-taler til hinanden på, den måde de opfatter og overser hinanden på, den måde de hjælper og modarbejder hinanden på, glæder og skuffer hinanden, støtter og svigter hinanden. Det er alt dette, din opmærksomhed skal være rettet mod nu, og det kan være vældig svært for dig, fordi de to, du sidder over for, ofte vil være enige om, at de sidder her på grund af den enes »sygdom« (»...hvis bare jeg (min kone) ikke var så syg, så sad vi jo sandelig ikke her...«). Du bliver let fanget ind i dette spil, det svarer til, at en patient i enesamtale ikke vil snakke om situationer, men kun vil vælte sig i symptombeskrivelser. Nogle læger synes, at det er vanskeligere at frigøre sig fra »spillet«, når man sidder over for et par, end når man sidder alene med patienten, »de er to mod een«. Den rette måde at klare dette på er at benytte næste regel.

TREDIE REGEL:

»Sig det til din mand (kone)!«

De må ikke snakke til dig. Det kan naturligvis ikke helt undgås, at de snakker til dig, men du skal hele tiden tænke på, at de ikke sidder her for at snakke med dig, de er kommet for at lære at tale til hinanden og lære at lytte til hinanden på en anden måde, end de er vant til. Dette kan de ikke lære, hvis de bare sidder og snakker til dig. Og du kan ikke komme til at kende deres indbyrdes måder og mønstre, hvis de bare sidder og snakker til dig.

Mange læger føler sig generte ved at opfordre manden eller konen til at sige det samme en gang til blot rettet til ægtefællen i stedet for til ham. Og så bliver han helt hylet ud af det, når manden eller konen svarer: »Jamen, det har jeg da virkelig sagt til hende/ham mindst hundrede gange før«.

Dit svar skal være noget i retning af: »Jamen, så gør det den hundrede-første gang også, I har i hvert fald aldrig gjort det, mens jeg har lyttet til det, – vend dig mod din mand (kone) og sig det igen«.

Patienten siger måske: »Nej, det er altså for skørt dette her.«

Du svarer: »Ja, hvis I synes, at det er for skørt, at jeg skal høre, hvordan I er overfor hinanden, er der jo ikke nogen grund til, at I kommer her, men så skal I heller ikke regne med, at I får det anderledes med hinanden«.

Altså det, du skal forstå og huske, er, at det er dig, der har ansvaret for, at det, som er teknisk nødvendigt for behandlingen, at det også bliver gennemført. Parret kan jo ikke vide, hvad der er teknisk nødvendigt. Derfor er det dig, der skal sige, at han eller hun skal prøve at sige den sidste sætning til sin kone eller mand i stedet for at sige den til dig.

Hvis du til at begynde med er for genert til at sige sådan, kan det siges på en lidt anden måde: »Din mand (kone) siger sådan og sådan, hvad siger du til det?« Dette fører ofte til at de begynder at tale sammen, dog ikke altid.

FJERDE REGEL:

TV og køkken, – ikke sex

Selvfølger vil jeg da gerne give dig lov til at snakke sex med dem, hvis du brænder så voldsomt efter det, – jeg er jo ikke rigoristisk (vidste du det?). Og selvfølgelig findes der tilfælde af ægtepar, hvor de rent seksuelle problemer synes uløselige for dem, og hvor egentlig sexualterapi kan være til endog meget stor hjælp.

Men jeg har hørt så vældig mange begyndere begå den kæmpefejl at undlade at hæfte sig ved, hvad parret fortæller om TV-situationen og køkken-situationen og den slags. Lægen hæfter sig ikke ved det ud fra en overfladisk betragtning om, at den slags jo ikke er væsentligt, når parret hader hinanden så voldsomt og ikke har været i seng med hinanden i snart to år, så kan det da ikke have nogen mening at sidde og snakke om TV eller opvask, eller hvem der tømmer tørretumbleren, eller hvem der slår græsplænen, eller hvem der står op om natten og tager den lille, når den skriger.

Jo, du kan tro, det har betydning. Hvis der var plads her, kunne jeg aftrykke mængder af ordrette gengivelser af samtaler, som belyste netop dette. Jeg kan aldrig blive træt af at gentage, at når patienterne først ligesom har ført dig helt hjem til det allerhelligste, til TV-apparatet, så er det om at blive dér og spidse øren. For det er der, de virkelig stærke følelsesmæssige dramaer udspiller sig, ja, altså ikke på TV-skærmen, men i stuen. Det er her følelsen af den andens ligegyldighed er stærkest, »jeg betyder ikke noget for ham (hende) mere, og sådan har det været i mange år«. Det er her du hører om bitterheden, der bliver til had og frigiditet og impotens, om kærligheden der bliver forvandlet til vane og mangel på interesse og omtanke og hensyn, ja, den bliver måske til trangten til utroskab og nye forelskelser. Alt dette begynder i hverdagssituationerne og afspejler sig i hverdagssituationerne og skal forandres gennem hverdagssituationerne (sammenlign med regel syv).

Noget tilsvarende gælder i øvrigt også, når de begynder at snakke om hinandens forhold til hinandens familier. Her gemmer sig ofte enorme masser af jalousi og følelse af forbigåethed. »Vi skal altid besøge dine forældre«.

»Du bruger mindst 1½ time hver aften på at tale i telefon med din mor og din søster, vil du have, at jeg skal sidde og glo ud i luften imens, for så vil jeg altså hellere sidde og glo på det forbandede TV,

kan jeg godt fortælle dig« (som en mand engang svarede sin kone, efter at vi alle i vore tanker havde siddet og bebrejdet ham, at han viste sit TV væsentlig større interesse end sin kone).

Gang på gang vil du opleve, at parret klager over, at de ikke snakker sammen, »– men vi har snart heller ikke andet tilfælles derhjemme end børnene«. Grunden hertil er de vaner, som de, ofte uden at ville det og uden at vide det, har ladet tyrannisere deres hverdag. Derfor skal du ofre tid og opmærksomhed herpå, for det er her nøglen til forandringer ligger.

FEMTE REGEL:

»I havde det godt!?!«

Dette er en sætning, som jeg alt for sjældent hører begynderen sige. Du vil i begyndelsen opleve, at du alt for tit og alt for let bliver fanget ind i deres konflikter og problemer, sådan at du slet ikke får hørt, når de af og til tager et lille forsigtigt tilløb til at fortælle et eller andet, der var godt for dem. Det er synd og skam, fordi dette netop kunne være et ypperligt udgangspunkt for forandringer.

Af og til har dog nogle ægtepar øjeblikke, hvor de begge har det godt samtidig. Når man arbejder med par-terapi, kan man godt få den opfattelse, at de fleste mennesker vedbliver at være gift med hinanden, fordi det giver dem begge en så udmærket mulighed for, det man kalder, aggressivt driftsfløb og/eller giver dem beskyttelse mod angsten for en endnu større ensomhed end den, de føler i forvejen. Men hvis det par, du har siddende over for dig, virkelig ønsker at forandre deres ægteskab, er det altså af største vigtighed, at du har øje og øre for de positive glimt i deres samliv.

Jeg skrev »øje«, fordi det positive – såvel som det negative – meget vel kan udspille sig udelukkende på det såkaldte non-verbale plan f.eks. gennem øjenkast, smil, kropsholdning, håndbevægelser osv.

Du skal aldrig være bange for at benytte dig af dine observationer af netop det non-verbale, – f.eks.: »Jeg kan ikke lade være med at lægge mærke til, at du sidder og smiler, mens du siger til din kone, at du godt ved, at du er en elendig ægtemand, fordi du ikke hjælper nok til derhjemme.«

Her bryder hun måske ind og bekræfter dig og siger: »Ja, sådan er det altid, han tager aldrig noget af det, jeg siger, alvorligt, og han tror, at han kan slippe for alting bare ved at smile til mig og indrømme sine fejl, for sådan kunne han nemlig klare det hjemme hos sin mor, men han var jo også enebarn, og faderen var aldrig hjemme, jeg har for resten altid syntes, at min svigerfar trampede på min svigermor.«

Men tilbage til anvendelsen af det positive: Øv dig i at trække det positive frem i samtalerne. Du kan også godt tillade dig – hvis du ikke har hørt andet end gensidige beskyldninger og bebrejdelser i de første tre samtaler – at opfordre dem begge til at fortælle dig om, hvornår og hvordan de i sin tid traf hinanden, og hvad de særlig godt kunne lide ved hinanden – i håb om at der dog engang har været noget positivt. Det er sommetider meget vigtigt, at få dem til at tale sammen og holde fast ved deres oprindelige forventninger til hinanden og til samlivet.

SJETTE REGEL:

Spil ikke med, – for du er amatør

Hvis du skal være til nogen nytte for dem, skal du selvfølgelig finde ud af deres indbyrdes mønster, og det får du, som sagt, gjort ved at få dem til at tale til hinanden om deres hverdag. Herunder skal du opleve, hvordan de bruger og måske misbruger hinanden ubevidst i deres sekundærgevinstspil. Men du skal samtidig vide, at du har ingen chance for at afstedkomme forandringer, hvis du uforvarende kommer til at spille med i deres spil. Og det gør du. Du kan slet ikke lade være. Tænk på, at de er professionelle virtuoser i netop deres spil, – de har trænet daglig sammen i timevis i flere år. Hvad er du? Du er amatør, – i hvert fald i deres spil. Du kan under ingen omstændigheder kende de mange hemmelige spilleregler, som netop disse to har i deres private spil, mange af dem kender de naturligvis heller ikke selv, fordi de er ubevidste. Der findes så utroligt mange forskellige »ægteskabsspil«, og de skal ikke gennemgås her, jeg har blot overfladisk berørt nogle få af dem ovenfor, f.eks.: »jeg er syg – du er rask« eller et, der ligner dette lidt: »hvis bare jeg (du) ikke var frigid (impotent) ville alt være godt« eller det gensidige beskyldningsspil: »– selvfølgelig har jeg da mine fejl, men hvis ikke du altid...«. Der findes også skilsmissspillet (og i en lidt anden variation: utroskabsspillet), i hvilket den ene eller begge bestandig antyder – ofte uden anvendelse af selve ordet – at der da heldigvis findes en anden udvej. Her er det vigtigt, at du bryder spillet f.eks. ved anvendelse af det »forbudte« ord skilsmisse. Det skal du ikke være bange for, du er simpelthen nødt til det for at vise dem (og dig selv), at du ikke er viklet ind i deres spil eller deres private sprog, du skal gøre det f.eks. ved at sige noget i retning af: »Jeg kan ikke lade være med hele tiden at høre nogle undertoner af skilsmissetrusler, jeg er nødt til at vide, hvor jeg – og I – står, kommer I her for at true hinanden med skilsmisse, så må vi snakke om det«. Så kan det være, at en af dem eller de begge i kor svarer, at de jo kommer her for at få det bedre med hinanden, og hvis ikke du kan hjælpe dem med det, så kan det godt være, at det bliver til skilsmisse. Hvorpå du må slå fast med rene ord for dig selv og for dem, at de har et tilbud om at komme her for at prøve at få det anderledes sammen, men at det kommer an på deres dygtighed og ikke på din, om de får noget ud af det, og at du i hvert fald under ingen omstændigheder har ansvaret for, om de bliver skilt.

Noget af det vanskeligste for terapeuten er, at han hele tiden, samtidig med at han nøje lytter til dem og ser på dem begge, skal distancere sig fra »spillet«. Han skal så at sige med en del af sig selv flyve op under loftet og kigge ned på »trekanten« og spørge sig selv om, hvad det egentlig er, der foregår.

Selv om du ikke altid er klar over, hvad der foregår, hvad de egentlig gør ved hinanden og ved dig, kan du trygt prøve at afbryde det.

Du kan næppe sige »break« som kamplæderen i en boksekamp (som en sådan kan man ofte føle sig), men du kan f.eks. sige: »Prøv at stoppe nu, – det, du lige sagde til din kone, kan du prøve at sige det på en anden måde til hende«.

Du skal altid have i tankerne, at den vigtigste opgave du har – førend du kan gå til regel syv – er overhovedet at få dem til at høre, hvad den anden siger.

Hvis du nogen sinde selv har prøvet at skændes med din ægtefælle (hvilket du næppe har, da almenlæger jo har så travlt, at de end ikke har tid til at skændes med deres ægtefæller), så vil du også vide, at hun/han ikke hører ordentligt efter, hvad du siger. Jo, for hvis hun/han virkelig hørte, hvad du sagde, så ville hun/han naturligvis give dig ret i dine påstande.

Du skal altså lære dem at høre efter, hvad den anden siger, og du skal lære dem at sige tingene anderledes, end de er vant til, og derfor er du nødt til på een og samme gang både at engagere dig og distancere dig, så du kan undgå at komme til at spille med.

I dette ligger også, at du skal være strengt upartisk. Det lyder måske let, men det kan være uhyre svært, fordi man så nemt kommer til at identificere sig med den ene af parterne. Det er nogle gange svært at undgå at tænke, at ham/hende forstår jeg godt, for hvis det var mig selv, der var gift med sådan en hystade/mandschauvinist... osv. Men det går ikke. Du skal tænke, at der er en grund til, at hun er hystade resp. han chauvinist. Naturligvis vil denne grund oftest ligge helt tilbage i deres barndom. Men det, der er vigtigt for dig at få fat på, er, at det lader til, at de forstærker hinanden i deres roller. Du skal hele tiden tænke, at der er noget i hans væremåde, som forstærker hendes hystadeattitude. Eller der er noget i hendes væremåde, der fastholder ham i mandschauvinismen. Altså: I et ægteskab er man medårsag til og medansvarlig for hinandens måde at være på.

Før vi slipper »spillene«, må jeg nævne, at der er et særligt slemt spil at overvære. Det er det ægteskabsspil, som er resulteret i et barn med adfærdsvanskeligheder, hvor forældrene under ingen omstændig-

heder vil arbejde med deres eget ægteskab og derfor udelukkende stiller det krav, at du skal helbrede barnet, uden at de selv bliver inddraget. Det gør virkelig ondt, fordi man tvinges til at give op som terapeut, samtidig med at man ved, at det går ud over et barns fremtid.

Apropos børn: Vi har flere gange oplevet, at det i par-terapi har været en vældig god idé at forlange, at parret til en eller flere samtaler medbragte deres børn. Dette navnlig når det har drejet sig om det massivt idylliserende ægtepar, hvor den ene eller begge parter har svære nervøse symptomer, men hvor det samtidig er deres indbyrdes grundlov, at »vi har det i hvert fald godt sammen, – har vi ikke også? – ingen kan vist have det bedre sammen end vi to, vel...«.

SYVENDE REGEL:

»Hvad vil I ændre?«

Dette spørgsmål er det vigtigste af det hele, fordi det jo er selve formålet med par-terapien. Derfor skal det bestandigt være med i dine tanker, selv om det naturligvis ikke i hver eneste samtale bliver aktuelt at stille det til parret. Overfor nogle par kan du komme meget hurtigt frem til det. Jo mere øvet du bliver, des hurtigere når I frem til det. Overfor andre opdager du, at trods det at de snakker vældig godt sammen hos dig og virkelig lader til at ville blive sammen og ville ændre deres hverdag, ja, så sker der ikke noget hjemme hos dem. Dette fænomen kalder man en fælles modstand mod behandlingen eller en »fælles front« mod terapeuten.

Du bør ikke stille spørgsmålet »Hvad vil I ændre?«, førend du har hørt om deres hverdag, fordi det jo netop er i den, at ændringerne skal foregå, – altså TV og køkken og alt det dér. Hvis du stiller spørgsmålet for tidligt, bliver der ikke mulighed for konkrete forandringer, og du får bare nogle abstrakte svar frem, som I ikke kan arbejde med f.eks.: »ja, hvis bare min mand kunne vise mig lidt mere interesse og ikke bare betragte mig som en husholderske...« eller »ja, hvis bare min kone af og til ville være en lille smule glad i stedet for altid at være utilfreds med alting...«.

Husk at det er ikke dig, der skal fremkomme med ændringsforslag. Det foregår på den måde, at du beder dem sige noget, som de gerne vil have ændret hos den anden, og noget som de mener, at de selv kan tilbyde at ændre hos sig selv, indtil de kommer til dig næste gang om en uge. Og du skal selvfølgelig spørge den anden bagefter om præcis det samme. Det må ikke tillades, at det kun bliver den ene, der skal lave noget om.

Og du skal for alt i verden sikre dig, at de opgaver, som parret stiller sig selv, ikke er for svære for dem, sådan at forstå, at de virkelig begge to tror på, at de selv og den anden kan gøre det i en uge. Hvis vi tager eksemplet fra før med ham, der så for meget TV efter hans kones smag, og hende, der talte for meget i telefon efter mandens smag: »Det med TV og telefon, er det noget I kunne tænke jer at lave om på, for jeg forstod på jer før, at det var noget I hver for sig var gensidigt utilfredse med?«

Hvis de nu begge svarer bekræftende herpå, skal der bruges adskillige minutter på at snakke om, hvordan disse konkrete forandringer

skal føres ud i livet derhjemme i de kommende dage, sådan at de måske sammen og med din assistance kommer frem til, at når de kommer hjem, krydser manden af i TV-ugeprogrammet hvilke udsendelser, han vil se i de næste syv dage, samtidig med at konen siger til sin mor og sin søster i telefonen, at hun i den næste uge kun kommer til at ringe hveranden aften.

Det kan være de ejendommeligste små opgaver eller kontrakter, der aftales. Forleden var en læge og et par, som i nogle måneder ikke havde gjort fremskridt, nået dertil, at da parret ikke selv havde kunnet gennemføre nogen som helst forandring, brød lægen i sin fortvivlelse alle regler og sagde: »Nå, men da vi jo nu så mange gange har set, at I ikke kan bestemme noget eller i hvert fald ikke gennemføre det, I bestemmer, så vil jeg altså bestemme noget denne gang, og jeg bestemmer, at du (henvendt til manden) i hele næste uge ikke må sige noget til din kone om, at du har ondt i maven, og du må ikke på anden måde vise hende det, og du må intet sige om, at du stadig er overbevist om, at du har kræft i maven, – og samtidig skal du (henvendt til konen) smile til din mand hver dag, når han kommer hjem fra arbejde og give ham et knus, – og hvis I ikke gennemfører dette her, skal I ikke komme på næste onsdag, for så skal vi ikke snakke mere sammen, for nu har vi snakket sammen fjorten gange, og der er ikke kommet noget ud af det.«

De gennemførte det, og det rev en hel masse andet godt med sig for dem begge. Det, der var sket, var, at lægen havde sat deres gensidige sekundærgevinstspil (han: kræft – hun: ingen smil eller ømhed) ud af funktion, og samtidig havde han sat deres fælles sekundærgevinstmetode overfor lægen ud af funktion, nemlig manglende enighed og beslutsomhed.

Men husk, at du skal ikke begynde at bryde regler, før du har fået betydelig rutine.

Den fælles front, jeg nævnede før, kan som sagt være så massiv, at de og du ikke kan stille noget op. F.eks. kan den vise sig ved, at de overhovedet ikke snakker sammen derhjemme om, hvad I tre har snakket om her, nærmest som om de slet ikke gik i terapi sammen hos dig. Den kan også vise sig ved, at de godt nok udfører de forandringer, som de har aftalt hos dig, men at de samtidig hermed gennemfører helt at undlade at røre ved hinanden eller på anden non-verbal måde at vise, at de er glade for forandringerne, – tværtom kan de uden overhovedet at behøve at aftale det med hinanden, altså som i en usynlig og udtalt enighed arrangere sig med hinanden, så der opstår andre

problemer. Når den slags bliver klart for dig, må du vise dem det i rene ord: »Det ser efterhånden ud til, at I gerne vil have det sådan, som I faktisk har det, eller i hvert fald at der er noget i Jer begge, der vil have det sådan, – og jeg ved ikke, hvad I vil gøre ved det, jeg kan kun sige, at jeg i hvert fald ikke kan være Jer til nogen gavn«.

Jo flere par-terapier jeg har haft at gøre med, des tydeligere står det for mig, hvordan mange ægteskaber først og fremmest må være præget af begge parter stærke ubevidste angst for varme følelser. Som om noget i dem foretrækker det ødelæggende kolde samvær fremfor det varme. Som om begge med stor virtuositet har udviklet alle mulige manøvrer for at skjule varme følelser for sig selv og den anden. Man skulle derfor tro, at de varme følelser opleves som langt farligere end de kolde. Det er åbenbart ikke så slemt at fryse ihjel som at brænde op.

Din sindssyge patient

TORBEN BENDIX og ERIK PEDERSEN

Dette er nogle spredte strøttanker om, hvorvidt almenlægen kan kommunikere med sin sindssyge patient. Vi håber at medvirke til at gøre vejen lettere for den almenlæge, der vil interessere sig for at tale med sine psykotiske patienter. Deri ligger naturligvis også en stillingtagen til, om sindssyge mennesker udelukkende skal være henvist til at tale med psykiatere.

Kapitlet består af tre små afsnit. Det første af disse viser en begyndende paranoid psykose, der standser (helbredes?) sandsynligvis på grund af nogle få parsamtaler. De to næste små afsnit forsøger at beskrive nogle reaktionsmåder i skizofreni og i pseudoneurotisk skizofreniform grænsetilstand, som er væsentlige for at forstå, hvordan patienter med disse lidelser oplever sig selv, lægen og omverdenen. Kommunikation mellem sådanne patienter og deres læge kan være til enorm gavn, og den fremmes naturligvis, hvis lægen forstår, hvad der foregår.

Psykogen (eller reaktiv) paranoid psykose

Sygehistorien viser, hvorledes en almenlæge *måske* (læg mærke til fremhævelsen af ordet »måske«) har haft held til at standse en paranoid psykose in statu nascendi ved hjælp af parsamtaler. Det er ikke sikkert, at det er lægens og parsamtalernes skyld. Der findes utvivlsomt mange kortvarige, reaktive psykotiske episoder, som går over af sig selv. Men der kunne også være sket det stik modsatte, nemlig at lægen kunne være kommet til at sætte skred i et helt andet forløb. For han kunne i forskrækkelse over og i respekt for psykotiske symptomer have skyndt sig at fastslå, at han ikke selv havde forstand på paranoia, og at det eneste forsvarlige ville være at indlægge hende. Og så er det ikke godt at vide, hvordan det ville være gået hende og manden og deres ægteskab, for slet ikke at tale om hendes paranoia. Nogle gange bliver sindssyge menneskers sygdomssituation mærkværdigvis fastlåst og dermed forværret ved, at de bliver indlagt.

Lægen (L) blev opsøgt i konsultationen af en særdeles fortvivlet 50-årig mand (M).

M: Min kone har fundet en anden. Vi havde sølvbryllup for 10 dage siden. Og på lørdag skal vi holde vor datters bryllup. Men nu har min kone altså fundet en anden. Det drejer sig om vores nærmeste nabo. Og hun siger, at de skal flytte sammen. Og hun vil under ingen omstændigheder leve sammen med mig mere.

Samtalen varede ca. ½ time. M fortalte blandt andet, at han for 12 år siden havde haft en affære med en kvindelig kollega på hans arbejdsplads, og at hans kone dengang i flere måneder havde haft svære symptomer, som medførte indlæggelse på gynækologisk afd. og talrige lægekontakter. Hun havde også været hos hypnotisør. Men siden dengang synes M ikke, at der har været de store problemer i ægteskabet.

L kan i øvrigt fortælle, at M er ivrig jæger, og at familien for to år siden købte et lille landbrug, som de driver ved siden af M's egentlige arbejde, – til landbruget hører en del gamle bygninger, som har krævet megen istandsættelse.

M fortalte, at hele hans verden nu var sunket i grus, – han ville blive nødt til at flytte fra alt det, de havde bygget op sammen. Han var knust og lammet og sagde, at han ikke kunne se nogen udvej i alt dette.

L: Jeg kan jo ikke løse dine problemer, men du er velkommen til at komme og snakke igen om dem, og det er bedst, hvis din kone kommer med, I kan ringe og få en tid.

M: Men du bliver nødt til at give mig lidt at sove på, ellers kan jeg ikke klare det.

Lægen giver han 10 sovetabletter.

1. PARSAMTALE

Næste dag sad M med sin kone (K) uanmeldt i venteværelset. De kom lige før lukketid, og var de sidste. K blev pludselig dårlig med spænden i baghovedet og følelsen af at skulle besvime. Konsultationssygeplejersken sørgede for, at K kom til at ligge ned og gav hende en fugtig klud på panden. Selv var L optaget på dette tidspunkt, og han gav sig god tid.

Herefter gik L ind til dem.

M kiggede meget sigende på L og sagde, at han siden i går havde fundet ud af, at hans kone måtte være meget syg, fordi hele historien med naboen var noget, hun selv havde fundet på, men som hun troede fuldt og fast på. M og K havde i går sammen snakket med naboen, og denne havde virket overbevisende forbavset på M og sagt, at der sandelig ikke fra hans side var tale om nogen kontakt eller kærlighed til eller planer om at flytte sammen med K.

K lå som sagt ned og fortalte, hvor skidt hun havde det, alt imens M snakkede og prøvede at få hendes akutte dårlighed og hendes »utroskab« til at hænge sammen.

L: Skal vi gå ind og sætte os og tale om tingene.

Det gjorde de.

L: Hvem af jer vil begynde?

K begyndte. Hun fortalte om sølvbryllupsfesten, hvor M holdt en tale, hvori han priste alle hendes gode egenskaber som husmoder, og som den,

der kunne få tingene til at fungere. Men han havde i talen forbigået alt det med følelserne for »det er ikke ham«.

M: Jamen, det var ikke sådan ment. Jeg mente da, at det med følelserne var noget, vi to måtte have for os selv og ikke behøvede at udstille for andre.

K fortalte om en sølvbryllupsrejse til Østrig, hvor det at se Hitlers Ørneborg for M gik forud for alt. En rejse, som hun havde troet skulle bringe dem nærmere sammen, men som i stedet medførte, at de gled bort fra hinanden.

K fortalte endvidere om et seksualliv, der ikke var, som hun gerne ville have det.

M: Herregud, er det det, der er galt. Det kunne du dog bare have sagt.

Og M fortalte så, at de måtte hjælpe hinanden med at give K orgasme.

L: Kan du fortælle din mand, hvordan du gerne ville, at jeres seksualliv skulle være?

K: Ja, det skulle da ikke været noget, man bare kommer sent ind om aftenen og bare skal have overstået. Jeg ville også gerne, at vi kunne tage ud sammen en gang imellem og hygge os, så der ligesom blev lagt op til at vi skulle være sammen.

M: Ja, der har du vist ret, K. Jeg har haft alt for travlt med alle mine gøremål. Men det er i hvert fald noget, jeg kan lave om på. Det har også flere gange givet mig dårlig samvittighed.

K: Jeg vil ikke have, at du skal have dårlig samvittighed over noget. Heller ikke over det, der skete for mange år siden, da du var mig utro.

L: Ja, det har din mand fortalt mig lidt om i går.

K: Nej, det der var så hårdt ved mig, var at du var uærlig overfor mig. De tre måneder jeg var sygemeldt, var den tid, du holdt det skjult for mig. Da du sagde sandheden, blev jeg rask.

K fortalte så om sine konsultationer hos hypnotisøren, hvor hun blandt andet følte, at den angst, hun led af, var blevet kapslet inde hos hende, så hun bedre kunne klare de situationer, der var vanskelige for hende. Hun havde sidst konsulteret hypnotisøren så sent som for ca. 4 år siden.

K gav sig derefter til at snakke om »forholdet« til naboen, Hans. Hun berettede om mystiske oplevelser ved en selskabelig lejlighed. Naboen havde kigget på hende på en bestemt måde, alting var sket så mærkeligt, alting havde en særlig betydning. F.eks. var bordplanen således arrangeret, at hun blev adskilt fra sin mand og kom til at sidde lige overfor naboen. Hun mente, at det var tydeligt, at en af gæsterne havde »lyst for hende og Hans«, fordi samme gæst, som er ungarl, havde siddet under en lysekroner, og Hans havde sagt til ham, at nu blev der lyst for ham, hvorefter denne gæst havde svaret Hans: »Der bliver lyst for dig først«.

K havde iagttaget andre sikre beviser på, at hun skulle skilles fra sin mand og flytte sammen med Hans. Som eksempel herpå fortalte hun om sin og naboen hund, der havde vist sig meget interesserede i hinanden under et

tilfældigt møde på en travetur, et møde hvor naboen, Hans, da også havde set på hende med et meget talende og underfuldt blik.

K var sikker på sine oplevelsers virkelighedspræg, ligesom hun ej heller var i tvivl om oplevelsernes mening og betydning – hun skulle skilles fra M og flytte ind hos Hans.

Det var dette, der var kommet til udtryk i går, og som havde ført M til L. Ja, K og M havde endog aftalt, at de i dag skulle til sagfører for at ordne de praktiske ting vedrørende skilsmissen, fordi K under ingen omstændigheder ville eller kunne leve sammen med M mere. M havde dog ytret, at han gerne lige ville tale med Hans først, og det var helt i orden fra K's side. Denne samtale med Hans havde som nævnt fundet sted senere i går, hvorved M var blevet klar over, at hans kone var syg. Og derefter havde K og M bestemt sig til at kontakte L, inden de nu skulle til sagfører.

K: Men efter det der nu er sket, synes jeg da ikke, at der er nogen grund til at tage til sagfører. Nu kan vi da prøve at se, hvordan det kan gå.

M (på grådens rand): Mener du det?

K: ja, det gør jeg da.

L: Kunne I tænke jer at få en tid her igen om 3 dage?

K og M: Det vil vi meget gerne.

2. PARSAMTALE

3 dage senere.

To smilende mennesker kommer L i møde efter en kort tid i venteværelset, hvor L har hørt dem tale en del sammen.

L: Hvad siger I i dag?

De kigger på hinanden og smiler.

K: Ja, jeg vil da gerne begynde, og allerførst vil jeg da sige, at vi har haft det vældig rart sammen siden sidst. Vi er godt i gang med at lave om på de ting, som vi snakkede om sidst. Vi har snakket noget om, at vi nok ikke kan blive boende efter alle de ting, der er sket. Jeg kan ikke være alene, for sæt nu naboen, den onde og simple mand, kommer over til mig. Det er også et problem, at han meget nemt kan sidde i skjul i sin stue og følge med i, hvad vi foretager os.

K nævnte herefter flere situationer og eksempler på et spil, som hun følte, at der var foregået. Hun så dog fremtiden i øjnene med forventning, og hun glædede sig da blandt andet til datterens bryllup, som de om to dage skulle arrangere.

M lyttede under hustruens lange forklaring alt imens han skiftevis kiggede på L og på K.

L (fordi tiden snart er gået): Vil I prøve at resumere indholdet både fra den første samtale og fra samtalen i dag.

Det gjorde de.

L: Kunne I tænke jer at komme igen om 1 uge?

K og M: Det vil vi meget gerne, for vi har fået vældig tillid til dig og er meget trykke ved den måde, det her foregår på.

3. PARSAMTALE

K og M fortalte samstemmende, at de aldrig havde haft det så godt med hinanden i de 25 år, de havde været gift, som her i den sidste uge. Der var flere ting, som de nu havde fundet ud af hos hinanden, ting, som de allerede havde fået lavet om.

K: Der bliver ikke tale om at flytte. Jeg er stadig sikker på, at der er foregået noget bag min ryg, – der er jo nogle mennesker, der er synske, og uanset hvad I må mene om det, så har jeg nu min egen mening om tingene.

L: Jeg vil gerne høre, hvad I egentlig mener, at det hele drejer sig om.

K: Ja, enten må det have været hjernesvind, eller også er der mere mellem himmel og jord, end vi mennesker kan forstå.

L: Det er din og din mands mening, der betyder noget. Det er ikke et spørgsmål om at have ret eller om, hvad jeg mener, for jeg skal ikke være dommer for jer. Hvad tror du, M, hvad har det været?

M: Det er jeg meget ked af at svare på.

L: Det er du ked af?

M: Ja, jeg er bange for, at det hele kan blive ødelagt, hvis jeg siger det.

K: Nej, sig du det nu bare.

M: Ja, men hvis det går galt, må du, L, træde til og hjælpe. Jeg mener altså, at jeg har en meget følsom kone, der hele tiden har brug for at få at vide, at jeg elsker hende, og har brug for, at jeg er opmærksom over for hende. Det har jeg forsømt. Jeg tror, at hun så er blevet forelsket i Hans, og forelskelse kan man jo ikke gøre for, og så har hun på en eller anden måde slået en psykisk kolbøtte. Men alt dette ligger bag os nu, og vi er godt på vej til at få lavet tingene om, og det er det, der betyder noget.

L: Hvad nu med Hans?

K: Ham kan vi ikke komme sammen med mere, i hvert fald ikke foreløbig.

M: Nu vil vi lade tiden gå lige så stille, og så må vi jo se.

4. PARSAMTALE

I uge senere.

K: Så er det blevet hverdag hos os igen.

L: Det er blevet hverdag, siger du.

K: Ja, nu har vi lagt det hele bag os, hvad det så end har været, og det kan også være ligegyldigt. Men en anden ting, jeg gerne vil fortælle dig er, at den angst jeg følte, som ligesom har været kapslet inde i mig, nu faktisk er forsvundet. Jeg er ikke mere bange for at være alene, og jeg kan gøre en masse ting, jeg tidligere ikke kunne gøre.

L: Det lyder da godt.

M: Ja, det er godt.

L: Det vil måske sige, at I ikke synes, at I behøver at komme her mere?

M: Ja, vi har været glade for at komme her, men nu synes vi, at vi er rustet til at klare en hel del.

L: Ja, jeg føler også, at I har en hel del ressourcer at tære på, og jeg kunne da godt tænke mig at gøre jer opmærksomme på, at det er jer selv, der har talt jer igennem problemerne her, og at jeg næsten ingenting har sagt, – hvis I da ikke allerede har bemærket det.

Jo, det havde de godt nok tænkt på.

EPIKRISE

L opfordrede efter nogen tid K og M til et tilbageblik på samtalerne. K skrev da følgende »epikrise«:

»Da jeg konsulterede lægen for 3 måneder siden, trængte jeg til at tale om nogle ting, som virkede knugende. Det var en stor lettelse ikke at blive kaldt syg, og det var ligeledes en lettelse ikke at få udleveret medicin.

Jeg fik ved disse samtaler, hvor min mand også var til stede, lejlighed til at give udtryk for ting, jeg ellers ikke havde fået sagt til min mand.

Det virkede passende at komme der med en uges mellemrum. Jeg følte, at jeg selv ubevidst arbejdede mig igennem problemerne, afleverede til lægen og fandt løsninger, der kunne bruges for mig.

Jeg bekæmpede i den tid min egen angst, og blev den fuldstændig kvit.

Min mand og jeg har på en måde afsluttet første del af vores ægteskab og begyndt på anden del.

Vi opdagede, at vore følelser for hinanden var langt stærkere, end vi troede, og at den andens velbefindende er af stor betydning.

Min mand kan nu tale om og vise sine følelser for mig, og vi føler begge taknemmelighed og glæde over den tid, vi oplever nu.

Venlig hilsen

K«.

Her slutter historien.

Vi ved ikke, om de lever lykkeligt til deres dages ende. Der er ikke lavet nogen 5- eller 10-års efterundersøgelse. Ej heller kontrolleret dobbelt blindundersøgelse. Sådan er det med en meget væsentlig del af psykiatrien, hvad enten den finder sted på hospital eller i praksis: Der sker så meget, og man ved så lidt om hvorfor. Alligevel kan man føle, at man af og til gør nytte. Navnlig når man opdager, at ens indsats bestod i, at man kom til at medvirke til, at patienten (parret) kom til at bruge sine egne sunde ressourcer i stedet for de psykotiske.

Der skal næppe ret megen psykiatrisk fantasi til at forestille sig, at K hurtigt eller langsomt godt kunne være blevet meget mere »syg«. Hun kunne muligvis være blevet sikker på, at hun blev hypnotiseret f.eks.

gennem radio eller fjernsyn. Eller at der blev sendt elektricitet gennem hendes underliv om natten. Og i så fald ville andre ikke kunne forstå hende mere. Man ville blive forskrækket, og hun ville blive indlagt og få tabletter.

Dette sidste må absolut ikke opfattes som, at vi har modvilje mod antipsykotisk medicin, – den er ofte aldeles uundværlig, den må blot ikke stå alene, den skal gå hånd i hånd med samtaler.

Men det er vanskeligt at sidde og tale med en psykotisk patient, – et menneske der tilsyneladende tænker og føler og oplever så meget anderledes, end du selv gør.

Tænk lidt på, at det også er svært at være hende, for hun ved godt, at du ikke tror på hendes oplevelsers virkelighed.

Vi har efterhånden hørt mange almenlæger sige, at den psykiatri, de lærte i studietiden og som læge på psykiatrisk hospital eller afdeling, ikke kan bruges til ret meget, når man først sidder ude i almenpraksis.

Hvad stiller man f.eks. op med de mange patienter, der klager over depressionsfølelse, gråd, håbløshedsfølelse, fornemmelse af nedsat koncentrationsevne, fornemmelse af at være gået i stå, af ikke at kunne tage sig sammen? Er det neurose? Eller er det den for tiden i Danmark meget omtalte atypiske endogene depression? Eller er det måske pseudoneurotisk skizofreniform grænsetilstand?

Mange er efterhånden vidende om, at det differentialdiagnostisk afgørende ofte slet ikke er de symptomer, som patienten klager over, men derimod: 1) Måden han klager på. 2) I hvilken situation symptomet kommer. 3) Hvordan hans personlighedstræk i øvrigt er. Og netop disse 3 områder aftegner sig tydeligst ved hjælp af en samtaleteknik, som ikke former sig som inkvisitorisk udspørgen, men som en lytten, en holden samtalen i gang, sådan som ovenstående sygehistorie er et eksempel på.

Vi ved godt, at mange læger føler, at de må gøre vold på sig selv, når de ikke må stille de spørgsmål, som de selv mener giver relevante anamnesticke oplysninger, dvs. spørgsmål, som de ønsker besvaret med et ja eller et nej.

Vi synes, at det er vigtigere at undgå at gøre vold på patienten end på lægen.

Men tænk på, hvordan du stetoskoperer lunger og hjerter. Du snakker ikke med patienten imens, for så kan du ikke høre. Du giver ham blot en elskværdig opfordring, og gå lytter du.

Skizofreni

En sådan opfordring kan du også give en patient, der lider af skizofreni. Måske har du engang lært på et gammelt, stort, underbemandet sindssygehospital, at man ikke skal tale med skizofrene, for så får de det dårligere. Det gør de nu som regel ikke. Men det kan være, at du får det dårligere, indtil du oplever, at du kan være til meget stor støtte for en sådan patient. Det, der sker, er naturligvis, at patienten fortæller, hvad der rører

sig i hans indre. Og hvis man ikke snakker med ham, slipper man jo for at få kendskab til det. Og så kan man bedre bilde sig ind, at han ikke har det særlig slemt.

Flere gange har vi i supervisionsgrupperne oplevet skizofrene bede om at få lov til at snakke med deres almenpraktiserende læge, fordi de ikke kunne komme i ordentlig snak med de psykiatere, som de havde truffet på institutionerne. Det kan komme til at betyde enormt for et skizofrent menneske, hvis du giver ham lov til at komme fast 1 eller 2 gange om ugen i 10 eller 15 minutter.

Selv om du ikke skal bruge rigoristiske tommelfingerregler, skal du alligevel ofte forholde dig afventende og af og til gentagende og opfordrende.

Hvis han hører stemmer, skal du bede ham fortælle, hvad de siger. For stemmerne siger nemlig altid noget meget væsentligt om de ting, som han ikke selv kan holde ud at tænke på og derfor må lade stemmerne sige.

Du skal tænke på, at her sidder et menneske, som – tværtimod hvad der står i gamle lærebøger – slet ikke har et affladet følelsesliv, men derimod et indre liv, som er uhyggeligt voldsomt, meget værre end dit eget, fordi han ikke ejer evnen til at fortrænge. Forestil dig, at hans tanker og fantasier ofte foregår på samme måde, som når du om natten drømmer de værste mareridt eller uforståelige hændelser – men han »drømmer« i dagklar bevidsthedstilstand, han kan ikke vågne og føle lettelse, som du kan.

Du skal aldrig prøve at spille komedie for ham, for det gennemskuer han omgående og bliver dybt skuffet over dig.

Du skal indrømme for dig selv og for ham, at der er ting af det, han siger, som du ikke forstår.

Du skal vide – uden altid at kunne forstå det – at det, han ofte taler om, drejer sig i bund og grund om ondskab og godhed. Han kan ikke finde ud af, om han er ond eller god. Han fyldes af rædsel over sine egne varme kærlighedsfølelser, fordi de samtidig giver ham »onde« impulser.

Han kan ikke i sine tanker skelne mellem fantasi og virkelig handling; – »onde« fantasier får ham til at føle sig som et ondt menneske.

Nogle gange er han sikker på, at andre tænker fuldstændig som han selv, og at andre kan læse hans tanker.

Andre gange ved han, at han er anderledes skruet sammen end andre, og at ingen forstår ham.

For det meste er hans indre splittelse så stærk, at selv de mindste beslutninger bliver umulige for ham at tage. Du må tage dem for ham (– og det betyder, at du altså slet ikke kan bære dig ad som beskrevet over for neurotikerne).

Til andre tider skal du lade være med at trænge dig på, for han er bange for at føle sig opslugt af dig.

Han kan have de allervanskeligste hadefulde og kærlighedsfulde

følelser, ambivalens, over for sine forældre. Og dette er en af de vigtigste grunde til, at du endelig ikke skal lade dig afskrække af, at det kan være fantastisk svært at tale med en skizofren, – tal med ham alligevel. Fordi du ved at sidde og lytte til ham kan komme til at glide ind som en central og neutral person, som han ikke behøver at elske eller hade, – og han vil kunne opleve det som en sjælens oase at få lov at sidde hos dig i 10 minutter og have kontakt med dig.

Pseudoneurotisk skizofreniform grænsetilstand

Nogle kalder denne tilstand: borderline skizofreni. Det er svært for en uøvet at stille denne diagnose. Det er fordi – som navnet angiver – at det drejer sig om noget, der ligner neurose uden at være ægte neurose, og samtidig ligner skizofreni uden at være ægte, klassisk, typisk psykotisk skizofreni.

Det er som om disse mennesker er blevet nægtet evnen til at klare visse impulser og følelser ved hjælp af fortrængning, – man kan sige, at de på en måde gør nogle forgæves forsøg på at blive neurotiske, medens de til andre tider kommer meget tæt på det skizofrene. En sådan patients tilstand kan derfor ofte skifte meget, og han går i risiko for at blive bedømt som angstneurotiker eller tvangsneurotiker eller hysteriker eller endogen deprimeret eller holdningsløs psykopat. Fordi han ligesom »må prøve« sig frem gennem flere forskellige måder at være på.

Da han har stærkt nedsat evne til at fortrænge, kan han ligesom den rigtige skizofrene ikke opnå primærgevinsten (nemlig at slippe for bevidstheden om nogle tilsyneladende uudholdelige sjælelige områder) og ej heller opnå sekundærgevinsten (nemlig at få nogle emotionelle erstatningstilfredsstillelser uden selv at vide af det). Det vil ofte være på dette sidstnævnte, altså den manglende sekundærgevinst, at man stiller diagnosen.

Han føler ligesom den skizofrene, at hans kontaktevne til andre mennesker enten er alt for voldsom eller det modsatte, altså stærkt nedsat. På samme måde kan han opleve sig selv og omverdenen enten alt for intens eller stærkt nedsat, – sidstnævnte i form af det man kalder depersonalisation og derealisation (uvirkelighedsopfattelse af sig selv og af omverdenen).

Han kan som den skizofrene føle enten fuldstændig indre tomhed eller – modsat – voldsomt indre kaos.

Over for omverdenen kan han ofte føle en mangel på lystfølelse og på nuancer. Man kalder dette anhedoni.

Han kan være så stærkt opfyldt af seksuelle fantasier, at han tror sig pervers.

Han kan i perioder have spiritus- eller stofmisbrug.

Han kan (vist nok hyppigt) være velbegavet, men ikke klare sin

uddannelse på grund af koncentrationssvækkelse forårsaget af den påtrængende fantasiverden ofte med meget stærke omnipotensfantasier.

Han kan have en stærk trang til total sammensmelten og opslugen (symbiose) med andre mennesker, – og samtidig en tilsvarende nærmest panisk angst for dette.

Og modsat kan han have en stærk trang til frigørelse og selvstændiggørelse (separation) fra andre mennesker, – og samtidig også en tilsvarende panisk angst for det samme.

Det lyder indviklet, og det er det også. Det er en diagnose, som selv øvede psykiatere kan have svært ved at stille. Men det er altså først og fremmest på den manglende sekundærgevinst, at du skal få mistanke om, at det ikke er ægte neurose, – sådan at forstå at patienten altså selv er klar over det, når han prøver at manipulere dig. Han gør altså dette bevidst, ikke ubevidst, – og den neurotiske sekundærgevinst er jo netop defineret som en ubevidst reaktionsmåde.

Når vi finder, at denne tilstand også burde nævnes her i kapitlet, er det fordi vi i vore supervisionsgrupper ikke sjældent er stødt på den. Og fordi den for os at se overhovedet er et af de vigtigste indikationsområdet for psykoterapi hos almenpractici. Mange af disse patienter får nemlig enormt udbytte heraf.

I modsætning til enkelte andre mener vi, at man med stor fordel ofte bør give patienterne sideløbende medikamentalt antipsykotisk behandling i små doser, og af og til endda kombineret med antidepressiv medicin.

Om selve psykoterapien er at sige, at den på mange måder er meget anderledes end over for neuroser, den svarer snarere til psykoterapien af skizofreni. Man skal medvirke til at bringe orden i et indre kaos, og man skal hjælpe med at skelne mellem fantasi og virkelige handlinger.

Man kommer ofte til at skifte mellem at stille krav og at aflaste, medens man samtidig både skal tænke på patientens symbioseangst og separationsangst.

Patienten skal nogle gange nærmest optrænes til helt konventionel, neutral, hverdagsagtig tankegang og optræden.

Det lyder vanskeligt, og det er det også. Det er ikke lykkedes os (eller andre) at opstille nogle papudskårne tommelfingerregler for dette. Men vi har oplevet ca. 25 almenlæger, som har gjort det ypperligt, ganske vist under meget tæt supervision over lang tid. Vi har oplevet, at almenlæger hurtigt har fået utrolig fin kontakt med skizofrene og med pseudoneurotikere, – bedre end mange psykiatere. Grunden hertil har været den, at disse almenlæger simpelthen ikke var bange for at være ærlige og sige det til patienten, når de ikke forstod, hvad han sagde, samt bede ham prøve at forklare dem det igen med nogle andre ord. Dette fremmer kontakten vældigt, og det er der vist intet mystisk i. Men det er åbenbart noget, som endnu føles for utrygt eller for flovt for en del psykiatere at gøre.

Vi ved slet ikke, om disse meget sporadiske bemærkninger om samtalebehandling af skizofreni og pseudoneurotisk skizofreniform grænsetilstand kan være dig til nogen nytte, men vi synes, at det er vigtigt – hvis du vil snakke med dem – at du forstår noget af, hvordan disse mennesker har det indvendigt.

Vi kan ikke lade være med at tilføje, at den mest betagende og uforglemmelige beskrivelse af, hvordan terapeuten skal opføre sig under psykoterapi af skizofrene og pseudoneurotikere, finder man ikke i nogen lærebog. Derimod i skønlitteraturen. Den står at læse i den franske digter og pilot *Antoine de Saint-Exupéry's* lille vidunderlige bog »Den lille prins«, nemlig i kapitel XXI, hvori ræven beder den lille prins om, at han skal gøre den tam. Læs det lille kapitel, lær, hvad det betyder med faste tidspunkter og distance og nænsomhed. Og forstå, hvad ræv og prins og rose (læs: patient og læge) kommer til at betyde for hinanden.

EFTERSKRIFT.

Jo mere jeg i den seneste årrække har samarbejdet med almenpraktiserende læger – og med psykiatere, psykologer og socialrådgivere, sygeplejersker og medicinske studenter – des mere uforståeligt er det blevet for mig, hvorledes man kan interessere sig for og arbejde med levende mennesker, hvadenten det nu er i en somatisk problemstilling eller en social krisesituation eller i et familie- og/eller gruppedynamisk samvær uden at kende til den enkelte personligheds måde at reagere på.

Ligeegyldigt hvilket aspekt man end anlægger, somatisk, traditionelt psykiatrisk, socialmedicinsk, familiedynamisk, medmenneskeligt eller samfundsmæssigt, så vil de personer, der er ramt af en eller anden »ydreindre« problematik dog være »hele« mennesker. Det kan aldrig være nok at opleve disse mennesker alene i en somatisk eller psykotisk eller social eller familiedynamisk sammenhæng, – det må altid blive for ensopret og amputeret. Man er *nødt til* at anskue hele den personlighed, der er ramt. Og ikke blot som læge opleve tingene fra et enkelt synspunkt under en enkelt synsvinkel.

Denne »grundbog« var et forsøg på et begynderkursus i en elementær metodik, en basal samtaleteknik, som kan give dig mulighed herfor. Om du vil gå igang med at øve dig, kan jeg ikke vide.

Jeg skylder dig og psykoterapien at fastslå, at du ikke er blevet psykoterapeut, blot fordi du får lært dig dette. For bogen var ikke en lærebog i psykoterapi. Men en lærebog i den grundlæggende fremgangsmåde forud for psykoterapien. Og dog gør den dig i stand til terapeutiske samtaler, som er noget ganske andet og mere end det, du er vant til. Bare at snakke med patienterne er ikke i sig selv psykoterapi. Der skal metode til. Hvis du kan en metode, er der mulighed for at opleve, at det du efter et par års forløb på denneher måde sidder og laver, måske alligevel bliver en slags »psykoterapi i almen praksis«, som kan blive til betydelig gavn for mange patienter med somatisk, psykisk, social eller eksistentiel problematik.

Jeg skylder mig selv at fastslå, at denne metode på ingen måde er opfundet af mig, – den bruges af psykoterapeuter over det meste af verden.

I bogen brugtes mange gange udtrykkene »Du skal« og »Du må ikke« ganske som i Det Gamle Testaments ti Bud. Det får mig til at slutte med et lille hjertesuk, – nemlig: Det er ikke religion, dette her, lige så

lidt som det er naturvidenskab. Forfatteren står hverken for religiøs vidtskuen eller for naturvidenskabeligt kikkertsyn.

Bogen handlede bare om, hvordan man finder ud af patienters måde at reagere på over for deres egne og samfundets og livets tilskikkelser, det vil sige om patientmenneskers hverdag.

Jeg håber, at de retningslinier, jeg har forsøgt at skitsere for terapeutiske enesamtaler og par-samtaler, kan give dig to ting:

- 1) give dig mulighed for at give slip på en del af det enorme ansvar, som du føler for al din patients gøren og laden her i livet. Så kommer du til at opleve, at patienten har flere muligheder i sig, end han og du anede. Og du kommer til at opleve, at det er vidunderligt at slippe for at skulle være formynder eller Vorherre, – dette er nemlig så anstrengende, og vi er jo så få, der behersker det,
- 2) give dig mulighed for at opøve en følsom undersøgelsesmetode, så du bliver lige så rutineret i at stetoskopere og perkutere og palpere menneskers psyke som deres lunger og lever.

Hvis det, jeg har skrevet, har givet dig lidt af dette, så har det måske også medført, at det er blevet en lille smule anderledes at være dig, og så bliver det måske også anderledes at være din patient.

På egne vegne: Tak fordi du læste den.

På dine patienters vegne: Tak, – hvis du vil bruge den.

LITTERATURHENVISNINGER

Hvis du vil læse mere om, hvad denne samtaleteknik kan føre til, henvises til:

Andreas Nielsen: Psykoterapi i almen praksis, Ugeskr. f. Læger 1975: 137, nr. 45. 2653-56.

Andreas Nielsen: Restriktiv ordination af psykosedativa og hypnotika i almen praksis, samme nr. 2656-58.

Halvor Heuch: 3 sygehistorier – og et forsøg på at opstille en brugbar almenmedicinsk sygdomsmodel. Mds. skrift f. prakt. lægegerning 1975: 53: 559-578.

Halvor Heuch: Hvorledes ser Dansk selskab for almen medicin på de fremtidige lægelige opgaver i den primære sundhedstjeneste? Ugeskr. f. Læger 1975: 137 nr. 44. 2619-22.

Hvis du vil læse mere om neurosers opståen, symptomer og behandling henvises til:

Erling Jacobsen: Menneskets psykiske sygdomme. Berlingske forlag 1972.

Erling Jacobsen: Neuroserne og Samfundet. Hans Reitzels forlag 1973.

Thorvil Vanggaard: Neurosebehandlingens retningslinier og resultater. Medicinsk årbog VII. 1963, 141-154.

Joseph Welner: Psykoterapi. Hans Reitzel 1966.

Vagn Zahle: Neuroser og neurosebehandling. F.A.D.L.s forlag 1972.

Joseph Welner: Psykologisk Medicin. F.A.D.L.'s forlag 1984.

Erno Metze og Jørgen Nystrup: Samtaletræning. Socialpædagogisk Bibliotek 1984.

Læge-patientforholdet. Arkiv for Praktisk Lægegerning 1984.

De 3 eksempler, som teksten adskillige gange henviser til.

FØRSTE EKSEMPEL:

»Kranførerens hjernetumor, skilsmisse og invalidepension«

Eksemplet illustrerer, hvorledes man bliver dygtigere til at diagnosticere såvel somatisk som psykisk, socialt, familiemæssigt o.s.v. ved anvendelse af denne undersøgelsesteknik.

Patienten (Pt), der for nylig har skiftet læge, kommer her til sin nye praktiserende læge (L) for første gang på grund af smerter i skulder-nakke.

Lægen har forinden modtaget en stor stabel papirer, hvoraf fremgår, at pt. er en 35-årig gift kranfører med tre børn, han har i de sidste halvandet år ikke kunnet arbejde på grund af svimmelhed, han har haft to indlæggelser på neurologisk og en på neurokirurgisk afdeling, hvor han har gennemgået alle de former for undersøgelser, der overhovedet kunne foretages, nogle af dem endda flere gange (øjenundersøgelser, øreundersøgelser, elektroencephalografier, arteriografier, pneumoencephalografier (herunder ventriculografi), scanning, ja endog psykiatrisk speciallægeundersøgelse) uden at nogen har fundet ud af noget. Endvidere fremgår af papirerne, at sagen desuden har udviklet sig i social-medicinsk retning, idet der nu er tale om revalideringsforsøg eventuelt invalidepension. Endelig fremgår det, at patientens familie er ved at gå i opløsning, hustruen har talt om skilsmisse, man har sat familierådgiver igang, det viser sig, at et af børnene er ved at udvikle skoleproblemer, og patienten selv er ved at udvikle et stigende alkoholforbrug.

Lægen selv har så sent som aftenen forinden været på kursus, hvor han har hørt mig fortælle, at et af de hyppigste angstneurosesymptomer netop er svimmelhed, og han har hørt om de første par tommelfingerregler, og han har tænkt sig – som så mange andre læger, der har fået undervisning i det – at forsøge sig med det ved først givne lejlighed.

Der udspiller sig herefter følgende samtale (som kunne og burde have udspillet sig halvandet år tidligere, hvis den daværende læge eller blot een af alle speciallægerne eller blot een af dem, som patienten havde mødt inden for socialvæsenet, havde været i stand til at føre den):

L: Fortæl lidt om Deres svimmelhed.

Pt: Jo, men det er ikke den, jeg er kommet her for, den er jeg blevet undersøgt for en hel masse gange. Jeg kommer fordi jeg har fået ondt i nakken og ryggen og skuldrene.

L: Det skal vi selvfølgelig se på bagefter, men jeg vil godt først høre om svimmelheden.

Pt: Ja, jeg kan altså ikke gå op i de kraner mere.

L (som har hørt om, at der er noget, der hedder højdeangst): Er De bange for at komme op i højden?

Pt: Nej da, det er sør'me ikke sådan noget, det har aldrig rørt mig en pind.

L: Prøv at fortælle noget mere om det.

Pt (– neurologisk rutineret som han er): Det er hverken skibsdæks- eller karusselsvimmelhed.

L (som nu blot sætter sig til at gentage, sådan som han har lært aftenen forinden): Ja, hverken skibsdæks- eller karusselsvimmelhed.

Pt (– fortsætter i neurologisk terminologi): Nej, det er nemlig ukarakteristisk svimmelhed.

L: Det er ukarakteristisk.

– 10 sekunders pause –

Pt: Det er s'gu ikke så let at forklare.

L: Jo, men De kan da forsøge, om De kan.

Pt: Ja, det er s'gu svært. Der er for resten ingen af alle de andre læger, der har spurgt sådan.

– 20 sekunders pause –

Pt: Jeg tror nærmest det er sådan en slags usikkerhed ud i hele kroppen.

L: Ud i hele kroppen?

Pt: Ja, det er nærmest sådan, – nej, det er måske mest ude i armene. Ja, og hænderne.

L: Usikkerhed i armene og hænderne?

Pt: Ja, så kan De vel nok regne ud, hvad der vil ske.

L: Jeg kan regne ud, hvad der vil ske, mener De?

Pt: Ja, hvis jeg sidder deroppe i styrehuset og mine arme bliver mærkelige, og jeg ikke kan få dem til at lystre. De forstår jo nok... (hvorefter pt. giver sig til i et halvt minuts tid at fortælle om, hvordan styrehuset på en kran er indrettet med pinde og instrumenter o.s.v.).

L (– som har siddet og lyttet som om han hele livet har næret det ønske at få at vide, hvordan styrehuset på en kran er indrettet): Hm (– et interesseret »hm« med stigende tonehøjde).

Pt: Nu kan De vel nok regne ud, hvad der sker, hvis jeg kommer til at gøre noget forkert.

L: *Jeg vil hellere høre Dem selv fortælle det.*

Pt: Jo, altså, jeg kan jo risikere at tabe de her mange tons, der hænger i kranen.

L: *De kan tabe de mange tons.*

Pt: Ja, og tænk så på, hvad der kan ske.

L: *Hm.*

Pt: Ja, for søren, det hele kan jo falde ned.

L: *Det hele kan falde ned.*

Pt: Ja, det kan s'gu falde ned på kajen.

L: *På kajen.*

– 10 sekunders pause –

Pt (med tydelig presset og sagte stemme): Ja, og måske slå en af mine arbejdskammerater ihjel.

L (– som når at tænke, at det ser ud som om vi har flyttet problematikken fra »obs. for intracranial lidelse« ned til havnekajen og arbejdskammeraterne, som patienten er bange for at komme til at slå ihjel): *De er bange for at komme til at slå en af Deres kolleger ihjel.*

Pt: Ja, det ville være frygteligt – det tør man s'gu nok sige.

L: *Prøv at fortælle lidt om Deres arbejdskammerater.*

Pt: Jamen, der er ikke noget særligt at fortælle, udover at vi har (– læg mærke til, at patienten bruger nutid, skønt han ikke har været på arbejde i halvandet år) et mægtig godt kammeratskab dernede, jeg har jo arbejdet der de sidste tolv år, og der er mange af gutterne, som også var der, dengang jeg begyndte, og vi har altid haft det mægtig godt sammen, der har faktisk aldrig været nogen, der har været bange for at give hinanden et lille nap med, hvis der var noget, der brændte på, – nej, jeg kan s'gu ikke ønske mig bedre arbejdskammerater.

L: *De kan ikke ønske Dem bedre arbejdskammerater?*

Pt: Nej, det er det mærkelige ved det, jeg har altid været glad for både mine arbejdskammerater og selve arbejdet.

L (– som har lært, at man skal »blive i situationen«, men som endnu ikke har lært noget om den psykologiske grundlov, der siger, at hvor der er en neurotisk angst, er der skjult »underjordisk« eller »under vandoverfladen« en trang, – og som ikke rigtig ved, hvordan man skal komme videre med arbejdsforholdene nede på havnekajen): *Der er aldrig noget, der har ærgret Dem?*

Pt: Nej, det er der s'gu i hvert fald ikke...

– 10-15 sekunders pause –

L (– som allerede har lært, at når han ikke ved, hvad han skal sige, skal han holde sin mund):...

Pt (fortsætter selv): Når jo, det er der måske i og for sig nok, --- det skulle lige være det der med weekend-vagtordningen.

L (– som tænker, at nu gælder det om at holde patienten fast, fordi patienten jo nok selv vil synes, at det er noget pjat at sidde og snakke med sin nye læge om en weekend-vagtordning, når man er kommet for at snakke om nogle smerter i skulder-nakke, og når det med svimmelheden jo er så grundigt undersøgt af en hel masse specialister) *Nikker, – og gentager ordet weekend-vagtordningen?*

Pt (som nu nærmest er tvunget til at fortsætte med dette emne): Jo, forstår De, man har sådan en ordning nede på havnen... – og herefter hører man ham på båndoptagelsen fortælle indgående om weekend-vagtordningen nede på havnen, – den består i, at det altid skal være muligt pr. telefon at få fat i en af de mange kranførere lørdag-søndag for det tilfælde, at der kommer et skib ind, der hurtigt skal losses eller lastes. Og han fortæller videre om, hvordan det foregår hver fredag ved fyraftenstid. Alle kranførerne stikker hovedet ind i et lille skur, før de går hjem, og siger »god weekend« til en mand, der hedder Petersen, der sidder og fører nogle bøger, og så tilføjer de alle, at han Petersen desværre ikke må regne med dem i weekenden, fordi de skal til konfirmation eller sølvbryllup eller til Tyskland eller København. Og patienten fortæller videre, at det i mange år har været sådan, at Petersen har sagt til patienten, at »vi kan vel regne med dig her i weekenden«. Og det viser sig, at patienten åbenbart ikke er i stand til at sige nej. Han svarer ja hver gang. Altså det gode forhold til arbejdskammeraterne, som han lige har fortalt om, er behæftet med en betydelig neurotisk vanskelighed for patienten selv, nemlig at han igennem mange år har været nødt til hver eneste weekend at være på telefon. Det er ikke vanskeligt at forestille sig, hvad patienten i øvrigt herefter af sig selv går igang med at fortælle om, at dette har medført nogle enorme vanskeligheder, når han kom hjem til konen. Hun har med tiltagende styrke bebrejdet ham, at alle mandens kolleger har kunnet gå på lørdagsindkøb med deres koner og køre på søndagstur og tage i sommerhus o.s.v.

Det er herefter let for lægen at holde samtalen kørende et stykke tid på problematikken omkring ægteskabet, – det viser sig, at ægteskabet i adskillige år er blevet tiltagende dårligt, så dårligt, at hustruen nu vil skilles, atmosfæren derhjemme er blevet tiltagende isnende, et af børnene er ved at gå psykisk i stykker, patienten selv er som nævnt igang med at udvikle spiritusmisbrug.

Dette korte uddrag illustrerer, hvor langt man i løbet af ganske få minutter kan komme ind i en problematik, som ingen af de mange

professionelle hjælpere, denne patient havde mødt, havde formået at afdække i de sidste halvandet år. Hvis man skal anvende neuroseterminologi, drejer det sig altså om en aggressionshæmmet person, – netop en personlighedstype, som kan få umådelig gavn af nogle terapeutiske samtaler, således som det illustreres i eksempel 3 (med en anden patient og en anden læge).

ANDET EKSEMPEL:

»Den automatiske telefonsvarer«.

Dette eksempel viser med al ønskelig tydelighed, hvorledes en patient får det dårligere og dårligere, jo mere lægen opfylder sekundærgevinstkravet, og hvorledes patientens angstsymptomer kan svinde totalt i samme øjeblik denne situation ændres.

I eksemplet optræder lægen (L) og supervisoren (Sup) (= forfatteren), desuden er syv andre praktiserende læger til stede, uden at læseren får noget at vide om disse.

Sup har flere gange tidligere i denne gruppe prædikeret, at lægerne må prøve at lade være med at give efter for de neurotiske patienters magt over dem, deres ønske om at få nervetabletter, deres ønske om at få flere og flere fine specialundersøgelser og deres ønske om at blive betragtet som syge mennesker. For denne læge har det over for en enkelt patient været vældig vanskeligt at klare netop dette. Patienten var en mandlig studerende i begyndelsen af tyverne. Kvindelig praktiserende læge over midten af halvtredserne. Patienten stærkt plaget af stærk angstfølelse med tiltagende depression og håbløshedsfølelse. Lægen siden sin ungdom brændende interesseret i psykiatri, dertil et i sjældnen grad åbent og varmhjertet menneske.

Vi havde i nogle uger hørt båndoptagelser af nogle på mange måder fortræffelige samtaler mellem denne patient og denne læge. Der var almindelig enighed om, at hans depressionsfølelse ikke kunne have noget med endogen depression at gøre. På trods af at samtalerne forløb som de skulle – og patienten var da også angstfri og uforpint under samtalerne – blev han i intervallerne mellem samtalerne dårligere og dårligere.

Allerede ved supervisionen af anden samtale kunne lægen meddele os andre, at patienten havde ringet til hende dagen forud for samtaledagen, og han havde i telefonen virket så forpint og desperat og panisk og

nedtrykt og angst, at lægen var gået med på at opfylde hans ønske om at få lov at komme til hende allerede samme dag. Han fik således rykket dagen for samtalen frem.

Da vi hørte båndoptagelsen sagde Sup, at patienten da ikke lød påfaldende dårlig, hvortil L svarede, at hun egentlig også var blevet forbavset, da hun oplevede forskellen mellem patientens telefonsamtale og samtalen i konsultationsstuen senere samme dag.

De to følgende mandagsaftener gentog historien sig.

Sup: Hvis du bliver ved med det her, kommer du bare til at opleve, at du får gjort ham sygere og sygere.

L: *Jamen du må ikke tro, at jeg ikke forstår det, – men jeg bliver alligevel så bange, når han ringer, han siger, at han lige så godt kan hoppe i havnen, og det må jo da også være min pligt at berolige ham.*

Sup: Nej, – det er en kunstfejl, du laver. Du kan alligevel ikke forhindre ham i at begå selvmord, så skulle han da i hvert fald tvangsindlægges, og det kan han ikke, for han er ikke sindssyg. Du opnår kun, at hans angst øges.

L: *Ja, ja, jeg skal nok prøve at gøre mig hård næste gang, han ringer.*

Sup (bøs og venlig på samme gang, – hvilket er en vanskelig kunst): Du skal ikke tænke på at gøre dig hård, for det ligger ikke til dig at være hård, – men du skal tænke på at give patienten den rigtige behandling.

L (– antydningvis irriteret, – enten på sig selv eller på Sup): *Skal vi ikke til at høre en af de andres bånd...?*

Sup (sagligt smilende): Jo, – klokken er da vist ved at blive mange, og hvis vi skal nå at . . .

Samme sted en uge senere.

L kommer ind og sætter påfaldende hårdt sin medbragte kasettebåndoptager på bordet.

– 8 sekunders forbavset tavshed omkring bordet –

L (– *idet hun ser sig halvvredt om på os andre*): *Ja, det er altså for galt dette her.*

Sup (ekstra venligt nikkende): Det er for galt dette her?

L: *Åhr, – hold op.*

Sup (uforstyrret venlig, – men nysgerrig som bare det): Hm.

L: *Ja, – altså at min automatiske telefonsvarer viser sig at være en bedre psykoterapeut end jeg selv.*

Og så fik vi historien:

Dagen for lægens femte samtale med denne patient var efterhånden

rykket baglæns frem til at blive en mandag (altså samme dag som supervisionsmødet fandt sted om aftenen).

Dette betød, at såfremt patienten måtte tvinge aftalen yderligere frem, var det nødvendigt for ham at få det dårligere allerede lørdag morgen (NB: Husk, at dette er ikke simuleringen fra patientens side, det foregår ubevidst, og han kan ikke gøre for det).

Vi hører herefter alle starten på den samtale, som havde fundet sted samme mandag.

Pt. åbner samtalen ved at sige: »Ja, der er altså sket noget meget mærkeligt, jeg tror at jeg er blevet fuldstændig rask, jeg har i hvert fald overhovedet ikke været angst siden i forgårs morgen, altså lørdag. Jeg ringede til Dem ret tidligt lørdag formiddag, fordi jeg havde haft et frygteligt angstanfald, der varede to timer, og jeg var fuldstændig desperat, så jeg syntes, at jeg måtte have lov at ringe til Dem, selv om det var lørdag. Men så skete der altså det, at De jo ikke selv tog telefonen, – jeg hørte bare Deres stemme på den automatiske telefonsvarer sige, at De først kunne træffes mandag morgen. Og tænk, så meget betød det for mig bare det at høre Deres stemme, at i samme øjeblik, jeg hørte den, så forsvandt al min angst, og jeg har haft det fuldstændig godt siden«.

L (– idet hun afbryder båndoptageren): *Kan I nu se, hvor drønirriterende det var?*

Sup (bedrevidende, – uden på nogen måde at vise det): Hos en automatisk telefonsvarer kan en neurotiker ikke opnå nogen sekundærgevinst, – men hos en levende læge, der ikke overholder de psykoterapeutiske regler, kan han det. Din stemme har han hørt mange gange tidligere, – men han har aldrig før hørt den sige det i denne situation eneste terapeutisk rigtige, nemlig at du ikke træffes før om to dage. Måtte dog denne historie gå land og rige rundt til alle Danmarks praktiserende læger (– thi andre slags læger er nok ikke så åbne, at de vil kunne lære af den) til gavn for alle deres neurotiske patienter.

TREDIE EKSEMPEL:

»Naboens bils bagende«.

Dette eksempel fortæller om en verdensrevolution, det vil sige en forandring af det enkelte menneskes mulighed for at forandre den omver-

den, som han altid har følt, at han måtte bøje sig for. Eksemplet illustrerer, hvad terapeutiske samtaler ofte fører til.

I eksempel 3 genfinder man teknikken fra eksempel 1, og man genfinder fra eksempel 2 betydningen af at gå imod sekundærgevinsten (her i form af patientens appel om at lægen skal give patienten et råd eller måske snarere træffe en afgørelse for ham).

En tredje læge kommer med båndoptagelse af den syvende samtale med en 28-årig gift mand med to børn. Patienten henvendte sig til lægen med ønske om at få foretaget elektrokardiografi, desuden ville han gerne prøve nogle nye nervepiller. Lægen rekvirerede oplysninger fra den tidligere læge, og det fremgik, at patienten på grund af sine angstanfald havde fået foretaget ikke mindre end otte EKG-undersøgelser i løbet af ganske få måneder samt havde prøvet tre forskellige slags nervetabletter. Patientens nuværende læge havde allerede ved første henvendelse sagt til patienten, at han hverken ville foretage EKG-undersøgelse eller give nervetabletter, men at patienten var velkommen til at komme og snakke. Patienten kom en gang om ugen i en halv time. I løbet af de første fire samtaler indtrådte en bedring i form af færre og ikke så opskræmmende hjerteanfald hos denne patient, som i øvrigt dyrkede forskellige former for belastende kondiudøvelse uden antydning af hjertesymptomer. Femte og sjette samtale gav ikke nogen yderligere forandring i tilstanden. Da lægen kom til supervisionsgruppen med den syvende samtale, sagde han, at patienten havde pludselig fået det væsentlig dårligere, men at selve samtalen desværre ikke havde været god, »vi fik vist ikke fat på noget væsentligt, jeg håber den næste samtale bliver bedre, vi sad faktisk kun i en hel halv time og snakkede om noget pjat med naboens bil, – jeg synes faktisk ikke, vi skal spille tid på at høre denne samtale, jeg har en anden samtale med en anden patient, som jeg hellere vil have vi hører«. Denne læge havde ikke været så længe i gruppen, at han vidste, at netop en sådan udtalelse fra en deltagers side medfører, at jeg begejstret fastslår, at lige præcis den samtale skal vi rigtignok høre. Hvilket vi derfor gjorde. Efter afspilningen kunne jeg kun konstatere, at lægen havde ret i, at de intet andet havde talt om end naboens bil og naboen selv. Men jeg var helt uenig med lægen om, at der ikke var sket noget i samtalen. Tværtom påstod jeg, at det var den bedste samtale, der havde været, og at jeg ville blive højst forbavset, hvis vi ikke ville få bekræftelse herpå i den næstfølgende. Hvilket vi til al held fik.

Pt: Jeg har fået det så møgelendigt nu igen. Jeg troede ellers, det var ved at være overstået. Hvad skal vi dog gøre ved det?

– næsten 30 sekunders pause (denne læge var mægtig god til at holde pauser) –

Pt: Det kom s'gu ellers meget pludseligt.

L: *Meget pludseligt?*

Pt: Ja, allerede i torsdags, dagen efter at jeg havde været her hos dig, så jeg har haft det ad helvede til i seks dage nu.

L: *I torsdags?*

Pt: Ja, det var i torsdags, – det var på vej hjem fra arbejde.

L: *På vej hjem fra arbejde?*

Pt: Ja, for det kom i bilen.

L: *I bilen?*

Pt: Ja, det kan jeg tydelig huske.

L: *Det kan du tydelig huske?*

Pt: Nåh, ja, nu, du siger det, kan jeg godt huske, at det var lige, da jeg drejede om hjørnet, til vores egen vej.

L: *Det var lige da du drejede om hjørnet?*

Pt: Nåh, ja, nu du siger det, kan jeg godt huske, at det var lige, da jeg fik øje på min nabos bil.

L: *Da du fik øje på naboens bil?*

Pt: Ja, – har jeg ikke fortalt dig om det før?

L (*– som kunne vælge at tage dette op, om patienten virkelig ikke kan huske, hvad han har fortalt og hvad han ikke har fortalt, vælger imidlertid – for at blive i situationen – blot at svare*): *Nej.*

Pt: Jo, forstår du, i de fire år den nabo har boet der, har han altid haft den forbandede uvane at parkere sin bil sådan, at den bageste halvdel af hans bil rager ind foran indkørslen til min carport, sådan at jeg altid er nødt til at køre med mit venstre forhjul og baghjul ind over min egen græsplæne og ind over et blomsterbed i min have for at få vognen ind i carporten.

– 15 sekunders pause –

Pt: Kan du ikke se, at det er fantastisk irriterende?

L: *Du spørger mig, om jeg synes, at det er irriterende...*

Pt: Nåh, ja, det er da meget rart at vide, om det er mig, der er galt afmarcheret, om det er mig, der er for skør oveni.

L: *Du er skør oveni?*

Pt: Ja, men, hør nu her, det er da rart for mig at vide, om du forstår mig, om du også synes, at det er irriterende.

L: *Jeg skal også synes, at det er irriterende. Men det er jo ikke min nabo og min græsplæne og mit blomsterbed.*

Pt: Nej, men hvis det nu var.

L: *Ja, hvis det nu var?*

Pt: Ja, hvis det nu var, så regner jeg da med, at du ville blive irriteret, og du ville såmænd også nok kunne få gjort noget ved det.

L: *Få gjort noget ved det?*

Pt: Ja, du ville ikke finde dig i sådan noget.

– pause (*lægen ved ikke, hvad han skal sige, derfor siger han ikke noget*)

–

Pt: Ja, jeg ved jo, hvad der sker, hvis jeg går ind til naboen og siger til ham, at nu vil jeg fanden mig ikke have, han parkerer sin vogn på den måde længere. Jeg ved jo, hvordan folk er. Det vil ende med, at vi ryger i totterne på hinanden. Sådan er de fleste mennesker. De er ikke til at komme i nærheden af.

L (*– som nu tillader sig at bryde en tommelfingerregel, idet han blot kunne have gentaget et eller andet af alt det, som patienten sagde i den sidste sætning, men han går altså sine egne veje et øjeblik, idet han ret genialt siger*): *Jeg forstår, at du kender din nabo godt.*

Pt: Det har jeg da ikke sagt noget om, for vi nikker faktisk kun til hinanden over hækken, ellers har vi såmænd ikke haft så meget med hinanden at gøre. Der var engang, da vi skulle have kørt noget affald væk, da var vi fælles om at få fat i en affaldsmand og sådan noget. Men ellers kender jeg såmænd ikke noget til ham.

L: *Du kender ikke noget til ham?*

Pt: Nej, det kan også være lige meget.

L: *Det kan være lige meget.*

Pt: Hvad mener du egentlig med dette her?

L: *Hvad jeg mener med dette her?*

Pt: Ja, du siger, at jeg kender min nabo godt?

L (*– idet han atter føler lyst til at bryde regler, siger venligt*): *Det var nu altså dig, der sagde det.*

Pt: Nej, jeg sagde netop, at jeg ikke kender naboen.

L: *Ja, det er rigtigt, det sagde du, men lige forinden havde du sagt det modsatte, nemlig, at du vidste, hvordan han er.*

Pt (lidt vredladet): Det vil altså sige, at du synes, at jeg skal gå ind til naboen og skælde ham ud?

L: *Har jeg virkelig sagt det?*

Pt: Nåh, nej, – men synes du det?

L: *Hvad synes du selv?*

Pt: Jamen, jeg vil s'gu ikke i slagsmål med ham.

– ca. 20 sekunders pause –

Pt: Jeg kan godt se, at jeg jo ikke med sikkerhed kan sige noget om,

hvordan ham, naboen, vil reagere. Og jeg kan også godt se, at andre mennesker sagtens ville kunne gå ind til deres nabo og sige til ham, om han ikke nok vil være så venlig at tænke på at parkere sin bil tre meter længere fremme.

L: *(– og nu bryder han fremragende alle regler): Men andre mennesker har jo ikke din nabo, – og jeg kan forstå på dig, at dette her med bilen gør din nabo for at genere dig...*

Pt: Det ved jeg såmænd ikke, nej, ærlig talt, det tror jeg såmænd slet ikke han gør på den måde, jeg tror såmænd nok bare at det sådan er en uvane, han har.

– Meget lang pause, ca. to minutter –

Pt: Ja, andre mennesker de kan vel bare gå ind til naboen og ringe på og sige, at der er noget, de gerne vil snakke med ham om, og at de synes, at det altså er mægtig irriterende, at han er så tankeløs, at han parkerer sin bil på den måde, om ikke nok han vil gøre den tjeneste at lade være med det for fremtiden. Sådan vil andre mennesker nok sige.

L: *Sådan vil andre mennesker nok sige.*

Pt: Ja, er det det, du vil have mig til at gøre? Gå ind til naboen og sige ligesådan.

L: *Nu spørger du mig igen om, hvad jeg vil have, at du skal gøre.*

Pt: Ja, men det er jeg jo nødt til, det lader jo ikke til, at jeg selv kan finde ud af det.

L: *Det lader ikke til, at du selv kan finde ud af det.*

Pt: Ja, men hvis han nu er et dumt svin.

L: *Jeg kender ikke din nabo. (Smilende, lidt drillende). Vil du gerne have, jeg skal komme hjem og gå ind til din nabo og sige det?*

Pt (ler): Åh, hold nu op.

– pause i et halvt minut –

Pt: Ja, mæn, jeg tør jo ikke, når det kommer til stykket.

L: *Du tør ikke, når det kommer til stykket?*

Pt: Jeg er jo så rasende på ham.

L: *Rasende? Jeg troede ikke, du kunne blive rasende.*

Pt: Det kan jeg heller ikke. Og jeg kan i hvert fald ikke have, at vi skal til at være i krig, naboen og så jeg.

– atter to minutters pause –

L: *Hvad sidder du og tænker på?*

Pt: Ahr, det er vist noget pjat, jeg sad og tænkte på, jeg kunne jo også grave om på min plæne og det blomsterbed, og på den måde lave en skrå indkørsel til carporten. Men det er vist en dum idé, – synes du ikke?

L: *Hvad synes du selv?*

Pt: Jeg synes, at det ville være for åndssvagt.

Patienten snakker videre om det samme emne i nogen tid endnu. Han kommer med eksempler på nabofighter, og på andre mennesker, som har det godt med deres naboer. Hvorpå han gentager sin lille tale om, hvad andre mennesker ville sige, hvis de gik ind og ringede på nabovens dør. Han gør et lille sidespring på seks-otte minutter, hvori han fortæller om en konflikt inde på arbejdspladsen (en konflikt han ikke selv var indblandet i), som har en del paralleller til problemet omkring nabovens bils bagende, så vender han af sig selv tilbage til naboen.

Pt (lige idet samtalen er ved at være forbi): Men altså jeg kan forstå på dig, at du synes, at jeg skal gå ind og prøve at snakke med ham om det?

L: *Nej, – ærlig talt, om du vil gå ind til naboen eller ej, det må da vist være en sag, som du selv må afgøre. Men vi skal til at slutte for i dag.*

Samme sted en uge senere.

Otte mennesker (inclusive undertegnede) forholder sig afventende, lægen sidder og leger lidt med sit kasettebånd, idet han mumler noget om, at vi andre måske er spændte på at høre, hvordan det er gået. Dirrende af spænding lader vi som ingenting: »Gået med hvad?«. Båndet sættes i maskinen og vi hører følgende start på ottende samtale:

Pt: Du er måske spændt på at høre, hvordan det er gået?

L: *Gået?*

Pt: Ja, det der med naboen, – kan du ikke huske, hvad vi snakkede om sidst? Du kan s'gu godt huske det. Men jeg har altså haft det fantastisk godt lige siden, jeg har slet ikke haft noget med hjertet. Nå, men allerede den samme aften gik jeg ind til ham og ringede på og sagde til ham, at der var noget, som jeg længe har villet snakke med ham om, jeg havde drukket en bajer først, det sagde jeg selvfølgelig ikke til ham, men ellers havde jeg ikke turdet gå derind. Nå, men jeg havde nu ikke behovet at drikke den bajer, for jeg fik tre inde hos ham, og vi sad og snakkede mægtig hyggeligt i over to timer, og han undskyldte meget sin tankeløshed med den bil, og hvorfor jeg dog ikke havde sagt noget om det tidligere, og jeg skulle endelig ringe ind og gøre vrøvl, hvis han i sin tankeløshed glemte at parkere længere fremme. Han kommer for resten ind til os på søndag eftermiddag, og ser landskamp mod Sverige, for han har ikke farvefjernsyn.

– 10 sekunders pause –

Pt (ventende på at få ros): Synes du ærlig talt ikke, at det var ret godt gjort af mig?

L: *Synes du selv?*

(Men lægen tænker for sig selv, at denne patient havde oplevet en revolution både hvad angik hans egne muligheder for at få indflydelse på omverdenen og hvad angik omverdenens hidtil så tyranniske undertrykkelse af ham selv.)

De næste fire-fem samtaler viste, at patienten var i stand til at anvende det lærte i mange andre situationer, – også over for sin kone.

Først tre år senere traf lægen patienten igen og modtog den tak, der ligger i at høre patienten sige, at han stadig lever højt på de samtaler, selv om han ikke behøver at tænke så meget på dem mere, for nu går det hele af sig selv, – »og min kone er også glad for det«.

