

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. Kun een måde at bryde pause på
5. Besvar aldrig spørgsmål
6. Giv aldrig råd
7. I skal gentage og resumere

Syv »fejl tanker«

1. Hvad fejler patienten?
2. Hvad skal jeg sige...?
3. Har jeg god nok kontakt?
4. Er jeg dygtig nok?
5. Farligt for patienten?
6. Farligt for lægen?
7. At tænke på at vogte sig for de seks første...

Syv eks. på sekundærgevinst

1. Beroligelsen
2. Nervepillerne
3. Somatisk overundersøgelse
4. Patienten eskorteres
5. Patientens tavshedspligt
6. Tiden
7. Han manipulerer dig

Syv praktiske råd

1. Tidspunkt og varighed
2. Vælg rigtig patient
3. Lad ham skrive brev
4. Start og slut anderledes
5. »Ritualer«
6. Tal ej med pårørende
7. Brug båndoptager

TORBEN BENDIX

DIN NERVØSE PATIENT

Den terapeutiske samtale

Indføring i en undersøgelsesteknik,
som du aldrig fik undervisning i

LÆGEFORENINGENS FORLAG

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. Kun een måde at bryde pause på
5. Besvar aldrig spørgsmål
6. Giv aldrig råd
7. I skal gentage og resumere

Syv »fejltanker«

1. Hvad fejler patienten?
2. Hvad skal jeg sige...?
3. Har jeg god nok kontakt?
4. Er jeg dygtig nok?
5. Farligt for patienten?
6. Farligt for lægen?
7. At tænke på at vogte sig for de seks første...

Syv eks. på sekundærgevinst

1. Beroligelsen
2. Nervepillerne
3. Somatisk overundersøgelse
4. Patienten eskorteres
5. Patientens tavshedspligt
6. Tiden
7. Han manipulerer dig

Syv praktiske råd

1. Tidspunkt og varighed
2. Vælg rigtig patient
3. Lad ham skrive brev
4. Start og slut anderledes
5. »Ritualer«
6. Tal ej med pårørende
7. Brug båndoptager

DE FIRE KAPITLERS INDHOLD

FØRSTE KAPITEL

De syv tommelfingerregler

1. Situationer, – ikke symptomer 16
2. Gentag de sidste ord 18
3. Hvis du ikke ved, hvad du skal sige, så ti da helt stille 19
4. Der er kun een eneste måde at bryde en pause på 20
5. Besvar aldrig spørgsmål ... 22
6. Giv aldrig råd 23
7. I skal gentage og resumere 25

TREDIE KAPITEL

De syv eksempler på sekundærgevinst

1. Beroligelsen 34
2. Nervepillerne 36
3. Somatisk overundersøgelse 37
4. Patienten lader sig eskortere 38
5. Patienten har også tavshedspligt 39
6. Tiden 40
7. Han manipulerer dig 40

ANDET KAPITEL

De syv »fejltanker«

1. Hvad fejler patienten? 27
2. Hvad skal jeg sige næste gang, patienten trækker vejret indad? 28
3. Har jeg god nok kontakt med patienten? 28
4. Er jeg dygtig nok til detteher? 30
5. Kan det ikke være farligt for patienten? 31
6. Kan det være farligt for lægen? 31
7. At tænke på at du skal vogte dig for de første seks fejltanker 32

FJERDE KAPITEL

De syv praktiske anvisninger

1. Tidspunkt og varighed 42
2. Vælg dig den rigtige patient 42
3. Lad patienten skrive brev til dig først 43
4. Start og slut samtalen anderledes end du plejer .. 43
5. Det er godt med »ritualer« 44
6. Tal ej med pårørende 45
7. Brug båndoptager 47

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 naboens 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 gennemmikroskopet 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 gennemmikroskopet de anfaldsfremkaldende situationer på. Dette er måden, hvorpå man får fastholdt patientens og ens egen interesse for de hverdagssituationer, 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.

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 tredie 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 levere 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 tankevirk-somhed 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?

Selvfølgelig 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 beslaglagt 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 beslaglægges 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.*

Er jeg dygtig nok til dette her?

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

Selvfølgelig 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 syvogtyve 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 dette her, – 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 fire 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.

Kan det ikke være farligt for patienten?

Nej. Hvis man med »farligt« mener, om patienten kan blive psykotisk, eller om patienten kan suidere, må man svare, at naturligvis kan patienter blive psykotiske, og naturligvis kan de suidere, – 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.

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 den 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 små 100 patienters vedkommende i de forløbne 4 år har vi set lægeskift i 6-8 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 litteraturhenvisning: 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 behandlende 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 primærgevinst. 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 (højst 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 forstøet 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 hjerteformælinger 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 undervisningserfaring, 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 appendicitsmerterne. 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 forgående er blevet nogenlunde udstandset 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 skråsikkert fast på, hvis nogen går mig hårdt på klingen, – 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.

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.

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.

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 samtalsens 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, – ejheller 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 fire 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 modelt 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 rådet 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 ufrit 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: »-- vær's god...«

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 afslutningssætning 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 bestyrtelse 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 trekantsamtale.

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 44 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. 550 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.

Men indikationsstilling og samtaleteknik for ægtepar-samtaler falder uden for nærværende grundbogs rammer, dog vil jeg tilføje, 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, 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 28 punkter i kapitel 1-4 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 Århus og i 1976 også i Viborg og sporadisk i Ålborg kører vi nu en sådan supervisionsvirksomhed på fjerde år – vejlederen er dog her en fuldt uddannet psykoterapeut – og ingen af de i alt 44 deltagere har været med i mindre end et år, adskillige i meget længere tid. Det foregår en gang om ugen kl. 20-24. Forud for deltagelse på et sådant hold skal man have deltaget på et introduktionskursus på 6 aftener. Man kan sige, at denne bog erstatter noget af dette introduktionskursus).

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 s'gu 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 karussellsvimmelhed.

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

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 nærret 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 problematiken 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): Nåh 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 problematiken 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 sjælden 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 ved 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 naboens 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 naboens 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«.

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. Kun een måde at bryde pause på
5. Besvar aldrig spørgsmål
6. Giv aldrig råd
7. I skal gentage og resumere

Syv »fejltanker«

1. Hvad fejler patienten?
2. Hvad skal jeg sige...?
3. Har jeg god nok kontakt?
4. Er jeg dygtig nok?
5. Farligt for patienten?
6. Farligt for lægen?
7. At tænke på at vogte sig for de seks første...

Syv eks. på sekundærgevinst

1. Beroligelsen
2. Nervepillerne
3. Somatisk overundersøgelse
4. Patienten eskorteres
5. Patientens tavshedspligt
6. Tiden
7. Han manipulerer dig

Syv praktiske råd

1. Tidspunkt og varighed
2. Vælg rigtig patient
3. Lad ham skrive brev
4. Start og slut anderledes
5. »Ritualer«
6. Tal ej med pårørende
7. Brug båndoptager