

Kronikk

Det viktige første møtet

Møtet med pasienten krever kunnskap, men også evne til innlevelse og intuisjon. Mellom lege og pasient formidles det mye mer enn vi vanligvis er i stand til å innrømme eller forstå. Det som utspiller seg i det første møtet med pasienten kan vise vei når vi skal hjelpe ham eller henne med ord og dialog. Kronikken behandler betydningen av det viktige første møtet mellom lege og pasient, sett fra en psykiaters synsvinkel.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Pål Abrahamsen

paabraha@online.no

Seilduksinstituttet

Markveien 23

0554 Oslo

og

Finnmarksklinikken

og

Samisk nasjonalt kompetansesenter (SANKS)

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Karasjok

Når en pasient henvises til en psykiater, ber henvisende instans som regel om «noe» på vegne av pasienten og opplyser hva som er galt og gjerne hvilken behandling som ønskes. Henvisningen kan også komme fra trygdekontoen som trenger grunnlag for vurdering eller «bestiller» psykiatrisk behandling. Og pasienten samstemmer ofte: «Jeg kommer fordi min lege (eller trygdekontoen) tror at det er bra for meg å komme til psykiater,» men forbausende ofte uten at han eller hun selv skjønner hva som skulle være så bra med det.

Pasientens forståelse

Psykiateren kan velge å fokusere på henviserens problemformulering. Men det er alltid pasientens forståelse av situasjonen

som er det viktige. Spørsmålet fra behandleren i de første sekundene av konsultasjonen bør nesten bestandig være dette: Hva kan jeg stå til tjeneste med? Min erfaring er at det kan være lurt å skrive ned – ordrett – hva pasienten svarer på spørsmålet og bruke dette som utgangspunkt videre. I det aller første møtet ligger det en unik mulighet som ikke kan gjentas ved neste korsvei. Pasientens svar kan variere. Her er noen eksempler:

- «Jeg er blitt sendt hit av fastlegen (eller trygdekontoen)»
- «Nå har jeg bestemt meg for å ta rev i seilene»
- «Jeg orker ikke å ha det så vondt lenger! Jeg trenger hjelp!»

Det kan være lett å glemme den første utvekslingen av ord. Ikke sjelden tenker vi raskt igjennom eget erfaringsgrunnlag for å finne gode råd. Men det skal mye til at våre råd er gode og nye for dem som er i nød. Det er lett å glemme å sikre seg god kunnskap om hva den hjelpetrengende selv tenker om sitt problem, dvs. hvilken tankemodell vedkommende har i hodet. Kierkegaard sa at vi først kan hjelpe etter at vi har satt oss i den annens sted (1). Det er altså helt nødvendig å finne frem til hvilket bilde av situasjonen den hjelpsøkende har: Hvilke løsningsmuligheter har vært forsøkt eller tenkt forsøkt?

Pasientens budskap

Hjelperen vil i mange tilfeller – nesten automatisk – tenke at svaret fra pasienten er et signal om å la hjelperen finne løsninger mens den hjelpsøkende lener seg tilbake og avventer eventuelle gode forslag. Selv om dette kan være hjelperens forestilling, er det stor sannsynlighet for at den ikke er i samsvar med pasientens ønsker. Det kan derfor være nyttig å forsøke å plassere pasientens budskap i én av tre kategorier:

Det er noe galt med meg: «Jeg føler meg syk og elendig, jeg har psykiske problemer (angst, depresjon, psykotiske forestillinger, søvnløshet osv.). Jeg vil gjerne ha hjelp til å bli kvitt symptomene, de plager meg og er uforståelige.» Eller: «Jeg er utbrent, mangler gåpåvilje og livsgnist, jeg har ikke mer å gi, jeg ser ingen vei fremover.»

Andre gjør meg til et offer: «Det er de andre, samfunnet, jobben eller de nærmeste som er mitt problem. Jeg sitter fast i en situasjon som det er umulig for meg å komme ut av så lenge de andre fortsetter

å gjøre som de gjør. Selv er jeg helt hjelpe-løs og kan ikke gjøre noe med situasjonen.»

Jeg har problemer med mine relasjoner:

«Når jeg vil noe og gjør noe, merker jeg at forholdet til andre (arbeidskolleger, ektefelle, familie) nærmest låser seg fast. Det blir til at jeg bare gjør om igjen det jeg har gjort før, uten egentlig å ville det selv. Det er som å være i en tvingstrøye.»

Disse tre kategoriene av budskap kaller på ulike reaksjoner fra hjelperen. I alle tilfeller føler pasienten situasjonen fastlåst, men i stedet for å «gjøre» kan vi kanskje heller «høre»? Intens avventing fra vår side kan ikke sjelden føre til overraskende nye situasjoner! Her er to illustrerende eksempler:

Ung jente med sterk ansvarsfølelse

En jente i tjuårene ble henvist uten spesi-fikk årsak («ønsker selv å komme i kontakt med psykiater»). Som svar på mitt spørsmål – om hva jeg kan stå til tjeneste med – sier hun: «Jeg vil gjerne snakke om problemene med søsteren min – de er nå faktisk også blitt mine problemer.» Hun forteller så: «Søster har en angstforstyrrelse, men det er som om jeg har ansvaret. Mamma blir sint fordi hun bare snakker med meg. Jeg har dårlig samvittighet, men får oversikt over hvordan alle har det. Hva skal jeg si til henne når hun snakker stygt om seg selv? Bør jeg oppmuntre, hjelpe henne til lege og psykolog – alle mener at hun er psykisk syk. Jeg føler meg som en spretball, alt går gjennom meg.»

Hun forteller videre: «Jeg har gjort alt jeg har kunnet, også hjulpet henne med ny fastlege. Han ba henne ta kontakt med psykiatrien. Nå nekter hun å søke hjelp, hun er «frisk». Jeg tenker konstant på henne og sover lite, er irritabel, klarer ikke konsentrere meg om skolen. En dag tenkte jeg: «Søster gjør ofte det samme som meg, hva om jeg går til psykiater?» Jeg fikk henvisning til deg, men det er vanskelig fordi jeg i bunn og grunn ikke tror det er jeg som skal være her.»

Hva var det egentlig hun sa? Jo, hun kom på vegne av familien. Men de andre ville kanskje ha fremstilt situasjonen annerledes? Burde jeg ta kontakt med dem? Det ville hun nok sett på som lite ønskelig. Skulle jeg gi velmente råd? Det hadde ingen hensikt, hun hadde jo tenkt mye selv. Det slo meg at jeg kunne skrive en «attest». Jeg skrev: «Til familiemedlemmene i ...s familie: Ovennevnte har vært til samtale hos meg



Illustrasjon Kari Stai, Patron

i dag. Hun har fortalt meg om sin familie-situasjon som jeg forstår fører til at hun føler seg ansvarlig og hjelpeløs i forholdet mellom familiemedlemmene. Denne situasjonen kan etter min erfaring lett føre til helseskader fordi lojalitetskonfliktene kan bli store og hun føler at hun må tilfredsstille mange samtidig. Jeg har anbefalt henne i fortsettelsen å unngå overlevering av beskjeder mellom familiemedlemmene, men be dem ta kontakt seg imellom uten å involvere henne.»

Hun kom tilbake to måneder senere og sa: «Etter hvert som jeg snakket med deg sist gikk det opp for meg at jeg hadde vært der for egen del. Jeg følte en frihet da jeg gikk ut fra kontoret ditt.» Hun fortalte at far syntes det var liten grunn til å gå til psykiater, han synes det er svakhet å snakke om problemer. Søster var først blitt stille, deretter forbannet, men de ble venner igjen dagen etter. Mor sa dette bare var vrangforestillinger, forholdet dem imellom var blitt fjernere. Selv hadde hun det mye bedre, tenkte mindre på søster, sov bedre,

hadde mindre hjertebank og var i mer stabil humør. Hun hadde «mistet oversikten» over familien, hun hadde startet med aktiviteter som ikke hadde noe med familien å gjøre.

Hva var denne «attesten»? Kanskje en spontan reaksjon fra min side på hennes ønske om å få «noe» som viste at jeg hørte hva hun sa. Hvordan tanken om den oppsto, vet jeg ikke. Men jeg tror jeg forsto hva hun spurte om («jeg sitter fast i familiens spill») og prøvde å forholde meg til det.

Eldre mann med alkoholproblemer

En 52 år gammel mann var innlagt for rusproblemer, og jeg hadde min første samtale med ham. Han forteller at han vokste opp hos mor som drakk og flyttet mye rundt med sin samboer og sine tre barn på slep. Hun døde nylig. Hans egen samboer ber ham stadig om tjenester og han vil gjerne stille opp for henne og barna, men det er aldri bra nok. Han betrakter seg som en «dumsnill» periodedranker. Det er vanskelig å si nei, det er lettere å stikke av enn

å stå imot. Han presenterer sin situasjon med et bilde: Han klatrer oppover unnarrennet på en skibakke hvor det er umulig å lykkes, og jo høyere han kommer, jo verre blir det når han faller ned igjen. Det dukker opp en tanke om å bytte ut hoppbakken med et hus hvor han kan holde seg i etasjen så lenge det er naturlig uten å måtte klore seg fast. Da kan han gå videre til neste etasje (opp eller ned) etter rolig avveining.

Han reiser så på permisjon og foreslår selv antabus for å kunne stå imot «suget». Han melder seg på arbeidstreningskurs. Han virker lettere til sinns. Noen uker senere sier han: «Jeg brukte ikke antabus – jeg ville klare meg uten – og det gjorde jeg. Jeg besøkte kjentfolk, også drikkebrødre. «Dere får surre videre,» sa jeg – jeg kjøpte øl til dem og ikke til meg. Jeg må venne meg til å tåle at folk drikker uten at jeg deltar. Jeg er jo ikke helt trygg. Men det går jo ikke an at alle i vår familie skal bli alkoholikere. Kanskje skulle jeg slutte å røyke også? Modellen med hus i stedet for hoppbakke hjelper – jeg merker at det blir viktig

å klare å holde ut, og klatringen er ikke så tung lenger. Kanskje er det faktisk ikke noen toppetasje i «huset» en gang – kanskje vokser det helt inn i himmelen».

Men kan vi tro på en alkoholiker som lover? Går det ikke bra i begynnelsen, og så...? Men han har åpenbart fått et mer funksjonelt bilde – «huset» – for livet sitt. Og han tenker tydeligvis: Jeg tar tilbake kontrollen.

Diskusjon

Dialog mellom pasient og lege har med rette vært gjenstand for stor oppmerksomhet, også i Tidsskriftet (2–4), kanskje spesielt i allmennpraksis (5–6) hvor også de såkalte «Balint-gruppene» en tid var svært populære (7). Viktigheten av å forstå og akseptere er ikke nye tanker. Kloge mennesker har påpekt hvor viktig samtalen er for det meste i god medisinsk behandling, spesielt innen det psykiatriske fagområdet.

Kasuistikkene viser at tydeliggjøring av bildene pasienten bruker for å forstå sin situasjon, kan gi store konsekvenser. Disse to pasientene hadde innsikter i sine liv – og når disse kom ut i lyset, sprakk trollet. I stedet for legens råd («hvis jeg var deg») kom pasientens eget bilde frem, og konse-

kvensene av dette ble frigjørende. Bevisstgjøringen ga pasienten muligheter til ny forståelse og ny samhandling med andre (8).

Det første møtet med disse to pasientene ga rom for aksept av en fastlåst situasjon som likevel viste seg å kunne endres. Begge så sine plager i relasjon til andre. Verre er det når forestillingen er at en «sitter helt fast» på grunn av egne uforståelige symptomer, eller enda verre, pga. verdens urettferdighet. Hvis det siste er tilfellet, kreves ekstra mye tålmodighet og nysgjerrighet. Man kan ikke forvente av lidende mennesker at de ser særlig langt ut over seg selv når de føler at lidelsen og det indre presset tar overhånd. Men det er noe merkelig her – dersom hjelperen konsentrerer seg fullstendig om lidelsen, blir det mulig for pasienten å få avstand, perspektiv og å se situasjonen klarere – og vi kan sammen oppdage uprøvde alternativer.

Pasienten behøver derfor ikke «bli sin diagnose» og leve opp til denne, han/hun kan spores inn på ny forståelse av seg selv ut fra egne premisser, egne bilder. Ingen av de to pasientene i denne artikkelen fikk beskjed om hva de burde gjøre. De trengte minimalt med utenpåklisset støtte og oppmuntring. Vi gikk inn i en søken etter

pasientens egne ubenyttede muligheter. Deres behov for endring var genuint. Legen ble fødselshjelper og ikke krykke.

Etter kort tid har ofte hjelperen gjort sitt. Vår oppgave er som regel utført uten lang terapi. Pasienten har brukt oss til sitt formål og forhåpentligvis fått hjelp til selvhjelp. Ofte er det vel dette som skal være vår fremste profesjonelle oppgave.

Litteratur

1. Kierkegaard S. Synspunktet for min forfatter-virksomhet: En ligefrem meddelelse: rapport til historien. København: Reitzel, 1859.
2. Killingmo B. Den åpne samtalen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 56–9.
3. Lid TG. Legerollen – mellom legeskunst og pasientflyt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1762–3.
4. Frich JC. Medisin som litterær virksomhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2474–6.
5. Vaglum P. Irrasjonelle faktorer i lege-pasientforholdet. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1906–9.
6. Stensland P. Tro på dialog og styrk pasienten! Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1952–3.
7. Balint M. The doctor, his patient and the illness. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
8. Abrahamsen, P Alltid nye muligheter. Om kommunikasjon og mellommenneskelig forståelse. Oslo: NKS-forlaget, 2001.

Manuskriptet ble mottatt 3.8. 2006 og godkjent 12.9. 2006. Medisinsk redaktør Jan C. Frich.