

Kontakt og forståelse i den lægelige samtale

Cand.psych. Peter Lønberg Madsen

H:S Rigshospitalet, Afsnit 5404, Laboratorium for Kliniske Færdigheder

I Laboratorium for Kliniske Færdigheder ved Rigshospitalet træner medicinstuderende på 7.-9. og 13. semester interview- og samtalemethode. Udgangspunktet for tilrettelæggelsen af træningen har været, at alle kliniske læger skal kunne varetage: 1) det medicinske interview ved anamneseoptagelsen og 2) informationssamtaler, der vedrører såvel information om undersøgelsesresultater og behandlingsplaner som information om alvorlige diagnoser eller prognoser.

Spørgsmålet har været, hvorledes sådanne komplekse kompetencer opnås, og hvorledes træningen bør indledes under hensyntagen til de studerendes begrænsede kliniske erfaring og den korte tid, der er til rådighed for træningen.

Ud fra disse betragtninger har vi valgt at lade træningen på 7. semester tage udgangspunkt i de studerendes opgave med at skrive indlæggelsesjournaler i deres praktik på medicinske og kirurgiske afdelinger. Følgelig træner de studerende interviewmetode på et basalt niveau, hvilket vil sige, at de træner enkle færdigheder i at kunne sætte en ramme for en interviewsamtale og at kunne strukturere og styre samtalen, således at patienten på et biomedicinsk, socialt og psykologisk niveau får mulighed for at beskrive sine forhold og tanker i forbindelse med indlæggelsen.

Fordelen er, at de studerende kan tilegne sig interviewsamtalens færdigheder på et basalt niveau, hvorved de opnår en vis sikkerhed i det professionelle møde med patienterne, og at de opnår basale færdigheder, som siden hen kan videreudvikles.

Imidlertid er vi bevidste om, at en træning i den professionelle samtale, der alene fokuserer på, at den studerende kan strukturere interviewsamtalen og på samtaletekniske delfærdigheder, let kan få et mekanisk og ureflekteret præg.

Ved træning i den lægelige samtale forstår vi, at man ikke kommer uden om indledningsvis at træne basale og formelle færdigheder. Til gengæld forudsætter dette, at der gives muligheder for fortsat træning med henblik på at stimulere lægen til også at fordybe sig i samtalens interpersonelle sider.

Denne artikel drejer sig derfor om kontaktens primære betydning for den lægelige samtale og den psykologiske kompleksitet, der ligger deri.

Baggrund

Læge-patient-relationen har igennem flere år været genstand for både forskning og teoretiske overvejelser ud fra flere forskellige perspektiver. Et gennemgående spørgsmål har været,

hvad der karakteriserer den gode samtale mellem lægen og patienten, og hvordan det kan læres.

På baggrund af forskning og viden om den lægelige samtale er det foreslået, at det medicinske interview principielt kan beskrives at rumme tre funktioner: 1) at etablere, opretholde og afslutte relationen til patienten, 2) at udrede patientens situation på et somatisk, psykologisk og socialt niveau og 3) at informere om og drøfte diagnose og behandling med patienten [1]. Dette er blevet betegnet som *the core clinical skill* [2].

Spørgsmålet om den gode samtale afspejler lægens øgede opmærksomhed på patientens behov, følelser og anskuelser i forbindelse med sygdom og behandling, hvorved samtalens ideal bliver den patientcentrede holdning [1]. Både erfaring og forskning peger på, at man opnår at få flere, mere præcise og mere nuancerede oplysninger fra patienterne, opnår et bedre samarbejde med patienterne og dermed et mere tilfredsstillende behandlingsforløb, og at patienterne får det følelsesmæssigt bedre [2, 3], hvis lægerne gennem træning har opnået disse færdigheder, end hvis de ikke har.

Problemstilling

Det medicinske interview udgør en kompleks psykologisk struktur. Gennemførelsen af det medicinske interview forudsætter, at lægen ud over sin lægefaglige viden og diagnostiske kunnen både besidder formelle færdigheder i interview- og samtalemethode og kan indgå i en meningsfuld relation til patienten. Det er vigtigt at understrege, at kontakten mellem lægen og patienten er hele forudsætningen for, at hensigten med samtalen kan lykkes. Man må derfor overveje, hvilke forhold i det medicinske interview der kan virke befordrende eller modsat hæmmende for muligheden for at etablere og opretholde en kontakt til patienten på en måde, der er tilfredsstillende for begge parter.

I det følgende peges der på tre forhold, der har indflydelse på kontakten i den lægelige samtale: 1) relationens formelle karakter, 2) problemer i formidlingen af egne og forståelsen af andres oplevelser og anskuelser og 3) følelsesmæssige oplevelser og reaktioner.

På baggrund af de omtalte forudsætninger for kontakten mellem læge og patient kommenteres afslutningsvis perspektiverne for lægers træning i en patientcentreret interview- og samtalemethode.

Kontakt i en asymmetrisk relation

Kontakt mellem mennesker forudsætter en oplevet ligeværdighed. Imidlertid er det medicinske interview på det faglige niveau ikke en ligeværdig relation, idet lægen besidder den faglige kunnen og autoritet, mens patienten er den hjælp-

søgende. Denne ulighed er ikke i sig selv problematisk, men snarere forventelig. Det er til syvende og sidst derfor, patienten opsøger lægen. Men hvis lægen styrer samtalen ud fra en ensidig rationel lægefaglig interesse, vil uligheden i relationen på det mellem menneskelige plan forblive fremherskende og dermed virke begrænsende for etablering og opretholdelse af kontakten.

Som den hjælpsøgende må patienten som følge af den asymmetriske situation afgive noget af sin personlige suverænitæt og give sig hen til lægens faglige autoritet. Dette forudsætter, at patienten føler det, som *Fog* betegner som »en begrundet tillid« til lægen [4]. Dette kan ske, når lægens holdning til patienten er præget af respekt og ligeværdighed på det mellem menneskelige plan, og når lægen i samtalen interesserer sig for patientens forhold, interesser og anskuelser. Herved kan relationens asymmetriske karakter på det faglige niveau afbalanceres med relationens symmetriske muligheder på det mellem menneskelige niveau. Etablering og opretholdelse af kontakten forudsætter således både patientens tillid til lægens faglige dygtighed og tilliden til at blive hørt og forstået. I modsat fald vil kontakten være truet.

Udredning af og forståelse for patientens situation

Interviewsamtalen foregår teknisk set inden for rammerne af et semistruktureret interview, hvor patientens historie og anskuelser belyses og præciseres ud fra de brede temaer, som angives af journalens punkter. Lægen må derfor kunne sætte en ramme for samtalen, styre og strukturere og afslutte den på en sådan måde, at patienten mest muligt fordomsfrit kan fremkomme med sine oplevelser og anskuelser. I patientens bestræbelser på at gøre sig forståelig og lægens bestræbelser på at forstå patienten, er der mindst tre formelle forhold, der kan gøre dette vanskeligt:

For det første foreligger patientens sygehistorie på forhånd kun delvis færdig og ordnet i personens bevidsthed og tager først endelig form og giver mening i løbet af samtalen, og kun såfremt lægen giver patienten mulighed for det.

For det andet er der det forhold, der i psykologien betegnes som subjektivitetens problem [5]. Det omhandler spørgsmålet om, hvorvidt vi kan formidle vores oplevelser, tanker og følelser, således at den anden forstår det på samme måde, som det er oplevet, tænkt og følt.

For det tredje kan lægens forudfattede antagelser medføre, at denne for tidligt lukker af for en uddybning af patientens anskuelser og i stedet udelukkende styrer samtalen efter sin egen opfattelse.

Kontaktens muligheder og begrænsninger

Kontaktens væsen ligger altså i, at den ene bestræber sig på at formidle sine oplevelser og tanker, og den anden bestræber sig på at forstå ved at være åben og modtagelig.

Killingmo peger på, at den lægelige samtale således kan være »psykologisk åbnende«, hvorved patienten føler tillid til

at kunne fremkomme med sine tanker og følelser. Modsat kan samtalen forme sig »psykologisk lukkende«, dvs. afspejle, frygt, usikkerhed, kontrol og distance. I det psykodynamiske felt, der etableres i enhver relation, vil der hele tiden være en »spænding mellem kræfter, som virker åbnende, og kræfter, som virker lukkende« [6].

Det er i bestræbelserne på at forstå den andens oplevelser og følelser, at kontakten etableres, og patienten bliver en person for lægen. Men det er også her, at mødet og samtalen med patienten bliver en følelsesmæssig udfordring, hvor spændingen mellem samtalsens åbnende og lukkende kræfter manifesterer sig.

Følelsesmæssige oplevelser og reaktioner i kontakten med patienten

Den måde, vi forholder os på i mellem menneskelige relationer, vil være bestemt af de positive eller negative følelser, som afspejler vores: 1) holdning til situationen, 2) holdning til den anden og 3) selvopfattelse.

Læge-patient-relationen vil principielt være bestemt af en forventning om, at lægen kan finde årsagen til patientens klager og sygdom og iværksætte en vellykket behandling. Denne forventning kan lægen møde med fortrøstning og tillid eller tvivl og selvsikkerhed, begrundet eller ubegrundet.

Patientens væremåde kan vække bevidste eller ubevidste følelser hos lægen, såsom f.eks. anerkendelse og sympati eller det modsatte: modvilje, vrede eller frygt.

Den lægelige samtale vil tillige rumme følelser af håb og frygt, fordi der er tale om sygdom, lidelse eller død, og vil derfor dreje sig om trusler mod den personlige integritet. Dette gælder for såvel patienten som for lægen. Hvis lægen er fortroelig med egne følelser og reaktioner, vil denne bedre være i stand til at møde patienten på et emotionelt plan.

I det omfang lægen ikke er opmærksom på sådanne følelser, vil holdningen være styret af mere irrationelle indslag og rigide forsvarsstrategier i form af afvisning og distancering [7]. Da kontakten mellem mennesker foregår på et intuitivt og emotionelt plan, vil lægens forsvar medføre, at kontakten psykologisk set får et lukkende præg, hvorved patienten sandsynligvis vil føle sig afvist og ikke forstået. Dette vil tillige medføre, at formålet med interviewet svækkes i forhold til at få belyst patientens situation og anskuelser. Formelt vil interviewet blive fattigt, hvilket kan få følger såvel diagnostisk, behandlingsmæssigt som samarbejds mæssigt [8].

Skønt lægens øgede opmærksomhed på egne følelser og reaktioner kan befordre snarere end begrænse kontakten med patienten, er der hidtil kun udført få undersøgelser, hvor man belyser lægens emotionelle reaktioner i mødet med patienten [3, 8, 9].

Perspektiver på træningen i der medicinske interview

Hensigten har her været at pege på, at det medicinske inter-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | EVIDENSBASERET MEDICIN

view, og i øvrigt andre lægelige samtaleformer, rummer både formelle og relationelle aspekter.

Dette lægger op til nogle afslutningsvise overvejelser over, hvilke konsekvenser dette har for tilrettelæggelsen af træning i den lægelige samtale.

Det skal understreges, at mens de formelle interviewmæssige færdigheder et stykke ad vejen kan trænes som isolerede og enkle færdigheder, lader det samme sig ikke gøre i træningen af relationelle færdigheder, fordi der her er tale om at sætte sig selv på spil i den professionelle samtale. At forholde sig empatisk lyttende til patienten læres ikke ved anvisning eller påpegning, men kræver vejledning, hvor der er mulighed for selviagttagelse og refleksion, således at lægen i højere grad, om end aldrig fuldt ud, ser hvorledes egne oplevelser og følelser kan befordre eller hæmme kontakten til patienten.

En systematisk og klinikrettet træning i interview- og samtalemethode bør bevæge sig fra det enkle til det mere komplekse. Træningen, der indledes på medicinstudiet og ideelt forløber til afslutningen af speciallægeuddannelsen, bør tage sin begyndelse i træning af formelle og enkelte færdigheder, der drejer sig om at kunne sætte en ramme for samtalen og at kunne strukturere og styre samtalen i overensstemmelse med hensigten med den og patientens interesser. Efterhånden som der opstår en fortrolighed med enkle og basale færdigheder, kan de interpersonelle forhold i samtalen træde mere i forgrunden i lægens overvejelser.

I træningen i at kunne varetage den lægelige samtale må tekniske færdigheder og viden ikke blive målet i sig selv, men et middel til at kunne forholde sig mere bevidst i forhold til patienten. De tekniske færdigheder kan med erfaring og øget fortrolighed blive integreret i lægens bevidsthed og derved efterhånden træde i baggrunden, mens lægens intuition og mellemmenneskelige nærvær i forhold til patienten kan træde mere i forgrunden i kontakten med patienten.

Korrespondance: *Peter Lønberg Madsen*, Laboratorium for Kliniske Færdigheder, Afsnit 5404, H:S Rigshospitalet.

Antaget: 6. januar 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Lipkin M, Putnma MS, Lazare A, eds. The medical interview. New York: Springer, 1995.
2. Duffy FD. Dialogue: the core clinical skill. *Ann Intern Med* 1998;128:138-9.
3. Ottosson JO, ed. Patient-läkarrelationen. Stockholm: Natur och Kultur, 1999.
4. Fog J. Den valgte a-symmetri. I: Elsass P, Olesen F, Henriksen S, eds. Kommunikation og forståelse. Århus: Philosophia, 1997.
5. Knudsen F. Samtalen og dens forståelsesproblemer. København: Pædagogisk-psykologisk Publikationsserie nr. 29. København: Danmarks Lærerhøjskole, Institut for Pædagogik og Psykologi, 1985.
6. Killingmo B. Den åpnende samtale. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999;119:56-9.
7. Holm U. Det räcker inte att vara snäll. Stockholm: Natur och Kultur, 1995.
8. Marshall A, Smith RC. Physicians' emotional reactions to patients: recognizing and managing countertransference. *Am J Gastroenterol* 1995;90:4-8.
9. Graugaard PK, Finset A. Lægens følelser. *Ugeskr Læger* 1998;160:1927-31.

Er placebo virkelig powerless?

Præsentation af en Cochrane-bedømmelse

Læge Mogens H. Claésson

Københavns Universitet, Panum Institutet,
Medicinsk-anatomisk Institut

Placebo er latin og betyder »jeg vil behage«. Placebo benyttes i den medicinske terminologi som betegnelse for en farmakologisk neutral behandling f.eks. tabletter, der indeholder sukker, laktose eller kalk og injektioner med fysiologisk saltvand. Den almindelig opfattelse og det almindelige udtryk i medierne for placebo er »snydemedicin«. Den ene af nærværende Cochrane-bedømmelses forfattere har andetsteds gjort udførligt rede for og diskuteret anvendelsen af placebo og placeboeffekten [1, 2], og placebobegrebet er tidligere sat ind i en historisk, biologisk og klinisk sammenhæng [3]. Ifølge en ny

dansk undersøgelse har omkring halvdelen af de praktiserende læger i Danmark anvendt placebobehandling inden for det seneste år [4]. Herudover indgår placebo som behandlingsarm i randomiserede, blindede undersøgelser ved afprøvelse af virkningen af nye lægemidler.

Placeboeffekten er i almindelighed blevet opfattet som de subjektive og/eller objektive positive ændringer, der finder sted efter udsættelse for en placebointervention. Denne effekt har gennem tiden været tilskrevet en række forskellige psykologiske og biologiske forhold, såsom læge-patient-forholdets suggestibilitet, graden af patientens håb, motivation og tidligere positive erfaringer, udvikling af en positiv forventningsadfærd hos patienten og af konditionerede reflektoriske reaktioner samt sekretion af endogene opioider (endorfiner).

Med udvikling af de randomiserede kliniske undersøgelser fulgte parallelt undersøgelser af selve placeboeffekten. Fra