

Att svara på emotionella signaler kräver träning

Behovet av lämpliga emotionella gensvar gäller inte bara exklusiva samtalssituationer utan även vanligare möten inom såväl somatiken som psykiatri. »Enkla och naturliga repliker« kommer sällan av sig själva utan kräver träning i förmågan att lyssna till, att fånga emotionella signaler och att ge lämpliga svar. Mycket talar för att det emotionella gensvaret bör få samma status som andra biologiska medicinska åtgärder, hävdar Giacomo d'Elia.

GIACOMO d'ELIA
professor i psykiatri, leg psykoterapeut (kognitiv), Center för Kognitiv Psykoterapi i Linköping
gidelia@telia.com

■ I en mycket välformulerad och tankeväckande artikel i Läkartidningen 13/2002 »Du kan väl ta och informera henne ... Att informera om cancer kräver både genomtänkt struktur och empati« [1] vill Gunnar Birkegård påminna oss om den grundläggande betydelsen av känslomässigt bemötande.

Artikeln handlar om en extremt känsloladdad situation för patienten, och om en svår uppgift för den professionella vårdaren: att få och att ge information om cancersjukdom. För den professionella vårdaren gäller att på bästa möjliga sätt klara av både den medicinska uppgiften (att ge information) och omsorgen om patientens känslomässiga reaktion (att ge emotionella gensvar).

Emotionella gensvar i olika sammanhang

Utifrån min erfarenhet som terapiledare för olika personalkategorier, mitt arbete med patienter med långvariga psykiska sjukdomar och deras anhöriga, vill jag påstå att behovet av lämpliga emotionella gensvar inte bara gäller exklusiva samtalssituationer, som den som behandlas i artikeln, utan även andra, vanligare möten inom både somatiken och psykiatri. Jag är helt överens om att det inte behövs speciellt avancerade psykologiska kunskaper, men efter tusentals timmars videobaserad handledning är min erfarenhet att »enkla och naturliga repliker« inte alltid är enkla. Och att de sällan kommer naturligt av sig själva. Förmågan att lyssna till, att fånga emotionella signaler och att ge lämpliga svar, växer med träning.

Att förstå sjukdomen, att förstå patienten

Våra »medicinska« samtal växlar mellan att vara uppgiftsorienterade och rela-

tionsorienterade, eller pendlar längs ett kontinuum som går från en vanlig anamnesupptagning, där behandlaren behöver få sin hypotes bekräftad, »att förstå sjukdomen«, eller en medicinsk uppgift avslutad, till ett »lyssnande« samtal, där patienten får sina upplevelser bekräftade.

Kontakten med patienten omfattar själva bemötandet, relationen, och den medicinska uppgiften, dvs strävan att lösa patientens medicinska problem. Omsorgen om relationen, »att förstå patienten«, kan bli den primära uppgiften, när starka känslor hindrar ett effektivt samarbete med behandlaren. Eller när behandlaren inte har någon egentlig lösning att erbjuda, som kan vara fallet i ett terminalt stadium av en cancersjukdom.

Enbart empatisk inlevelse räcker inte

Omsorgen om relationen förutsätter förmågan att vara empatisk. Det i sin tur omfattar en intrapsykisk process, dvs inlevelsen i patientens känslor, tankar/mentala bilder, och en interpersonell färdighet, de sinnliga uttrycken för inlevelsen. Det senare kallas även för empatiskt beteende, eller aktivt lyssnande.

Enbart empatisk inlevelse har i sig liten verkan. För att göra nytta måste inlevelsen vara sinnlig, kunna avläsas i terapeutens ord, beteende och handling [3]. I ett lyssnande skede av samtalet är behandlaren primärt inställd på att lyssna, dvs inte i första hand lösa problem och ge information, utan att avläsa och svara på emotionella signaler.

Att kommunicera empati

Det handlar egentligen om två skilda samtalsformer, den ena fokuserad på uppgiften, baserad på fakta, utgående från sjukvårdens kunskap och terapeutens agenda, där terapeuten ligger ett steg före patienten (»... jag skall berätta för dig ...«; »... det vi funnit innebär för dig att ...« [4]). I den andra formen står patientens tankar, föreställningar och



Foto: IBL

Den icke-verbala kommunikationen är viktigast i början av vår levnad, men anses även i vuxen ålder vara den viktigaste bäraren av den känslomässiga kvaliteten i relationen mellan två människor.

känslor i centrum, utgår från patientens agenda, och terapeuten ligger ett steg efter patienten (»... berätta för mig ...«; »... jag undrar om du har funderat på vad det kan innebära för dig att ...« [4]).

Icke-verbal kommunikation

Det är ett genomgående fynd inom psykoterapiforskning att vissa egenskaper hos terapeuten predicerar gott behandlingsresultat: förmågan att uttrycka intresse, inlevelse, respekt och äkthet/värme [2]. Dessa egenskaper kommer till uttryck genom såväl icke-verbala som verbala färdigheter.

Den viktigaste kommunikationen i mötet mellan två människor är den som uttrycker känslor och önsknings. Under livets första år utgör icke-verbala känslouttryck den enda kommunikationen mellan människor emellan. I vuxen ålder minskar deras betydelse, men icke-verbala signaler anses fortfarande bära den allra största delen av relationens känslomässiga kvalitet.

Det är välkänt att patienter värdesätter terapeuter som intar en patientorienterad kroppshållning, ger god ögonkontakt, använder ett röstläge som matchar patientens, signalerar intresse med instämmande rörelser eller enkla gutturala ljud, följer patientens berättelse med

rörlig ansiktsmimik, tillfälliga leenden, animerade kroppsrörelser [5].

Reflektering/spegling

Att upprepa, med terapeutens egna ord, den andres känslor och tankar, är det bästa sättet att visa att man har förstått [6]. En mekanisk upprepning av patientens ord förmedlar ingen djupare förståelse. Genom att reflektera, eller spegla tillbaka, uttrycker behandlaren en icke dömande, respektfull inställning. En reflektering kan omfatta ett steg (»det här verkar oroa dig ...«) eller två steg (»när vi nu pratar om din framtid (händelse)... så väcker det många tankar och oro (känsla)«) [5, 7, 8].

Summeringar

Medan reflektering gäller att ge svar på en känslomässig signal, bekräftar terapeuten med summering att hon/han har lyssnat noggrant och registrerat i minnet informationen från patienten. Korta, återkommande summeringar ger samtalet en aktivt bekräftande prägel och visar att terapeuten lyssnat och försöker förstå. Genom att terapeuten återger patientens information i organiserad form skapas struktur som kan motverka upplevelsen av kaos. Omfattande forskning talar för att reflektering och summering är effektiva för att öka patientens upplevelse av att känna sig hörd och förstådd [8].

Ett biologiskt behov känna sig bekräftad

De flesta läkare måste hantera uppgiften att möta rädda, ledsna, skrämde, arga, motsträviga patienter. Ibland måste de ge patienter svåra besked om obotliga sjukdomar. Människor med starka känslor har ett starkt behov av att känna sig hörda/sedda, bekräftade.

Man har länge saknat en bra teori och empirisk forskning som ger status, allmän acceptans och legitimitet åt behovet av att känna sig bekräftad. Kan denna brist förklara varför utbildning i empatiskt bemötande inte har samma status som övriga medicinska ämnen i våra grundutbildningar? Prototypen för alla relationer är den första trygga relationen till föräldrarna eller till den vuxne/de vuxna som tar hand om oss. Anknäringsteorin [4, 9-11] hävdar att »sökande efter närhet till en eller flera individer som uppfattas som starkare eller bättre i stånd att klara världen ...« [4] är ett grundläggande behov, helt jämförbart med biologiska behov som t ex föda, sexualitet, värme.

Teorin försöker förklara varför vi upplever så mycket besvikelse och ilska när den person som förväntas vara en hjälp i nöden inte tycks lyssna på oss, och varför sorg och bitterhet blandas vid svårare förluster. Under evolutionen

levde människorna liksom andra primater i flockar på ständigt jakt efter föda. Som skydd mot attacker från rovdjur och andra hotande faror behövde barnen ett medfött beteendesystem som ökade chansen att överleva.

Anknäringsbeteendet består av signaler som framkallar föräldrarnas uppmärksamhet och omsorg: leenden, gråt, sökande efter ögonkontakt, att hålla sig i fysisk närhet, att återkomma snabbt till »den trygga basen« [4] när okända faror hotar, vid trötthet, hunger, smärta etc. Uppmärksamma och förutsägbara vårdare/föräldrar skapar en upplevelse av tillit. Utifrån tusentals interaktioner med den vuxna vårdaren bildar barnet först en preverbal och senare en verbaliserad föreställning om vårdaren som pålitlig, förutsägbar och hjälpsam. Denna upplevelse utgör kärnan av en sund psykologisk utveckling [9-11].

Behovet av »närhet till en eller flera individer som uppfattas som starkare eller bättre i stånd att klara världen ...« [4] aktualiseras hos vuxna vid kriser, förlust och svår sjukdom. Men anknäringsbeteendet har då en mindre specifik och påtaglig karaktär. Att uppmärksamma och ge svar på emotionella signaler, speciellt när de är starka, motsvarar inte »bara« ett renodlat psykologiskt behov. Det borde få samma dignitet som omsorgen om patientens övriga biologiska behov.

Relation och resultat

Sambandet mellan kvaliteten i patient-terapeutrelationen och behandlingsresultat vid psykoterapi och vid en rad somatiska tillstånd kan exemplifiera relationens betydelse. Effektforskning inom psykoterapi har genomgående visat att relationens kvalitet är den faktor som är starkast relaterad till behandlingseffekt [12-19]. Det har också visats att relationens kvalitet uppfattas olika av behandlaren, patienten och oberoende bedömare [12-19].

Även om det är mindre utforskat tycks relationens kvalitet även påverka behandlingsresultat för diabetes, mag-sår, irritabel kolon (s k somatiseringsstillstånd) [2].

Sammanfattning

Sammanfattningsvis finns det mycket som talar för att »emotionella gensvar« från den professionella vårdarens sida borde få samma status som övriga biologiska medicinska åtgärder, att de ökar patientens tillfredsställelse med vården, och att de skulle vara en bra, kanske billig, investering i att effektivisera somatiska behandlingsmetoder.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Birgegård G. Du kan väl ta och informera henne ... Att informera om cancer kräver både genomtänkt struktur och empati. *Läkartidningen* 2002;99:1468-71.
2. Ottosson JO, red. Patient-läkarrelationen. Läkekunst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur i samarbete med SBU; 1999:217.
3. Holm U. Empati. Att förstå andra människors känslor. Stockholm: Natur och Kultur; 1987.
4. Bowlby J. En trygg bas. Kliniska tillämpningar av bindningsteori. Stockholm: Natur och Kultur; 1994.
5. d'Elia G. Nr 1 på patientens önskelista: Att känna att doktorn verkligen lyssnar. *Läkartidningen* 1999;96:203-6.
6. Nichols PN. The lost art of listening. New York: Guilford Press; 1995.
7. d'Elia G. Kognitiv psykoterapi. Ett arbetsprojekt med patienten. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa; 2001.
8. Hargie O, Saunders C, Dickson D. Social skills in interpersonal communication. London: Routledge; 1994.
9. d'Elia G. Bindningsteori: en biologisk bas för patient-läkarrelationen? *Läkartidningen* 2000;97:1956-9.
10. d'Elia G. Attachment: A biological basis for the therapeutic relationship? *Nord J Psychiatry* 2001;55:329-36.
11. Cassidy J, Shaver PR, editors. Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications. New York, London: Guilford Press; 1999.
12. Safran JD, Segal ZV. Interpersonal process in cognitive therapy. New York: Basic Books Publisher; 1990.
13. Horvath AO, Greenberg LS. The working alliance. Theory, research, and practice. New York: J Wiley & Sons; 1994.
14. d'Elia G. Terapeutisk allians. Vad är det? *Sokraten* 1996;3:12-7.
15. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York, London: Guilford Press; 1996.
16. Bohart AC, Greenberg LS. Empathy and psychotherapy: an introductory overview. In: Bohart AC, Greenberg LS, editors. Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy. Washington DC: American Psychological Association; 1997. p. 3-31.
17. Burns DA, Auerbach A. Therapeutic empathy in cognitive therapy: does it really make a difference? In: Salkovskis PM, editor. Frontiers of cognitive therapy. New York, London: Guilford Press; 1996. p. 135-64.
18. Asay TP, Lambert MJ. The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, editors. The heart and soul of change. What works in therapy. Washington DC: American Psychological Association; 1999. p. 23-55.
19. Maione VM, Chenail RJ. Qualitative inquiry in psychotherapy: research on the common factors. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, editors. The heart and soul of change. What works in therapy. Washington DC: American Psychological Association 1999. p. 57-88.