

Betydningen af den depressive patients fortælling af sin livshistorie I

Jens Gerhard Jensen

To depressionsfortællinger fra almen praksis

»Havde jeg haft mod og empati til at søge ind til hans angst og stille mig ved hans side i stedet for at blive stående i min medicinske verden, havde jeg muligheden for at få ham i gang med at fortælle om sig selv«. Jens Gerhard Jensen mener, at lægens viden om depressions sygdom er sekundær i fortælleprocessen og kan lede samtalen på afveje. Jens Gerhard Jensens refleksioner har været inspiration for en kvalitetsundersøgelse i almen praksis, hvis resultater bringes i næste nummer af Månedsskriftet.

BIOGRAFI:

Forfatter er pensioneret efter 40 år som praktiserende læge, men bliver ved at tænke og skrive. Det er ikke blevet mindre rigtigt. Han er medlem af Selskab for samtale og supervision i almen praksis, Kollegialt Netværk for Læger og Læger uden Sponsor.

FORFATTERS ADRESSE:

Tueholmen 13, 2630 Taastrup.
E-mail: jgjensen@dadlnet.dk

Forekomsten af depressive lidelser er et stigende problem for samfundet såvel som almen praksis. Der er stor usikkerhed om, hvor mange depressive patienter, der findes i Danmark. Tal som 200.000 er nævnt (1), men der er ca. 350 000 forbrugere af antidepressiva i Danmark (2), svarende til, at hver læge til enhver tid har 40–90 patienter med depressionslignende tilstande, der skal passes. Der er derfor et stort behov for aflastning af den praktiserende læge for denne byrde, da mange er tunge, tidskrævende patienter med mere end én depressiv episode. Risikoen for at dø af en depression på grund af selvmord er 10–15% (1). Denne og den følgende artikel om depression og livshistorie vil ved at belyse en ulykkelig selvmordshistorie give baggrunden for valget af invitation til fortælling af livshistorie som indledning til undersøgelse og evt. behandling af den depressive patient.

Rationalet for livshistoriemetoden: den narrative behandling

Narrativ behandling er en behandlingsform, som ikke har haft megen udbredelse i almen praksis (3). Den narrative metode er ikke identisk med en psykoterapi, men som en ligeværdig samtale, der sætter ord på en lidelse, er den et ideelt redskab til at hjælpe en depressiv patient. Ved metoden er den depressive »eksper-

ten, der ved bedst«. Lægens viden om depressionssygdom er sekundær i fortælleprocessen og kan lede samtalen på afveje, hvis den resulterer i afbrydelser i utide og utidigt gode råd, der udspringer af lægens følelser og behov for at lede patienten på lægens »rette« vej. Den sansning og det nærvær, som udgør en del af den narrative proces, er for lægen et komplementært bidrag til en hverdag, der er fyldt op af rationalitet og beslutninger og for patienten et signal om et meningsfuldt samvær.

Betingelsen for, at denne strategi kan lykkes, er, at samtalen er alvorlig (alvor kommer af det oldgermanske *ala-wary*, som betyder hel sandhed) (4). Lægelige udsagn om, at depression er en alvorlig sygdom, og at det ikke er den depressive skyld, samt om, at vi i dag har så mange midler, der kan helbrede depression, kan være berettigede i nogle tilfælde, men jeg mener, at disse udsagn ikke gælder for alle og derfor ikke er nogen hel sandhed. De kan derfor komme til at svække den indbyrdes tillid, som er altafgørende for forholdet mellem læge og patient, og for det videre forløb af fortællingsprocessen.

Lægens kunst er at sikre sig den tillid, der kan få den depressive til frit at fortælle om faldgruber og holdepunkter, der ikke var stærke nok, og til at sætte ord på svigtende mod til at holde fast og ikke mindst give slip og holde af. Udfoldelsen af den kunst kræver mod. Hvorfor og hvordan kan jeg bedst belyse med en sygehistorie fra min egen praksis.

Case-eksempel: »Jeg er bange«

Historien handler om en ulykkelig hændelse med en af mine patienter, der begik selvmord samme dag, han havde opsøgt

mig. Han havde fortalt mig om sin depressive tilstand, om mangel på mening, om sin mors selvmord og om den belastning, han var for sine omgivelser. Min konklusion af undersøgelsen udtrykte jeg med ordene: »Jeg er bange for at jeg ikke kan hjælpe dig. Du har en svær depression. Jeg bliver nok nødt til at indlægge dig på psykiatrisk afdeling.« Han svarede, at det ville han tænke over til næste dag. Samme aften druknede han sig i havnen. Senere fortalte hans ægtefælle, at han ikke havde følt sig tryk med det psykiatriske system, men havde håbet, at jeg kunne hjælpe ham.

Det var åbenbart, at jeg havde været en dårlig læge for ham. Jeg burde ikke have sovet roligt den nat. Alligevel gik jeg hjem i den tro, at jeg havde gjort det rigtige i overensstemmelse med depressionsvejledningen (5), men i virkeligheden havde min angst for det, der i værste fald kunne ske, stresset mig til at gøre noget her og nu; en hurtig løsning, der overførte min angst til ham og forhindrede mig i at give mig tid til at forstå ham og trænge ind til den tillid og det håb, der trods alt havde været til stede.

Fig. 1. er en skitse over mit førstemøde med denne patient, som jeg opfatter det. Synet af det skræmmende sorte hul, han havde givet mig indblik i, fik mig til at kaste en redningsline ned til ham for at trække ham op til min medicinske verden, hvor jeg følte mig fast forankret i frihed, som for ham ikke var friheden, men en lukket medicinsk verden. Pilen ned viser, at han valgte døden med det resultat, at min »faste« evidensbaserede grund, som på tegningen bærer min objektive/abstrakte verden, kom til at vakle under mig. Fig. 1. viser, at jeg havde så

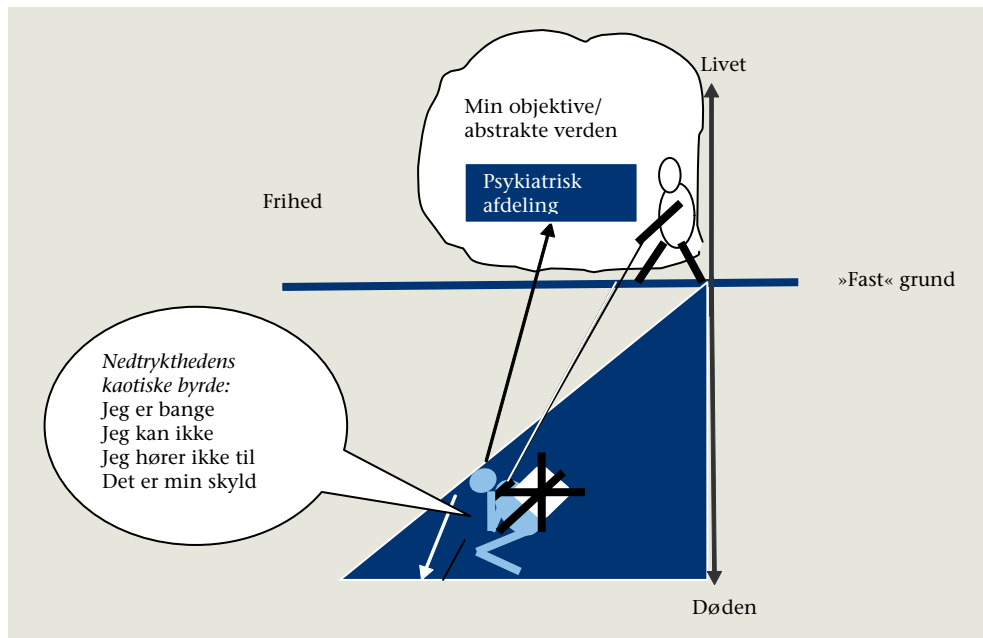


Fig. 1. Førstemødet med patienten.

travlt med at få ham trukket op på fast grund, at han ikke ville få tid og mulighed for at slippe af med den byrde, han hverken kunne eller ville leve med.

Jeg burde have haft mod til at tage konsekvensen af min objektivt/abstrakt baserede undersøgelse og have insisteret på akut indlæggelse, evt. tvangsindlæggelse. Alligevel kunne jeg ikke slippe tanken om de muligheder, der kunne have åbnet sig, hvis jeg havde levet op til de ord om tillid og forventning, hans efterladte hustru havde fortalt om. Det gik op for mig, at de tre ord: »Jeg er bange« var nøglen til forståelsen af, hvad der var sket, og hvad der skulle til, for at jeg kunne have handlet anderledes. Min angst havde skræmt mig væk fra det sorte hul, hvor han var.

Havde jeg haft mod og empati til at søge ind til hans angst og stille mig ved

hans side i stedet for at blive stående i min medicinske verden, havde jeg muligheden for at få ham i gang med at fortælle om sig selv. Han havde jo ikke mistet håbet, men havde opsøgt mig og havde formentlig som de fleste depressive patienter stærkt brug for, at der var nogen, der forstod ham. Den bedste måde at komme til at forstå ham ville måske have været at bede om den konkrete fortælling om ham selv, som livshistorien er.

Samtidig ville det for ham måske have været et tillidvækkende signal om, at der var tid nok, og at det nu handlede om liv, ikke om den død og sygdom, som fyldte så meget.

Af Fig. 1 fremgår det også, at jeg havde så travlt med at få ham trukket op på fast grund, at han ikke havde fået tid og mulighed for at slippe af med den byrde, han hverken kunne eller ville leve med.

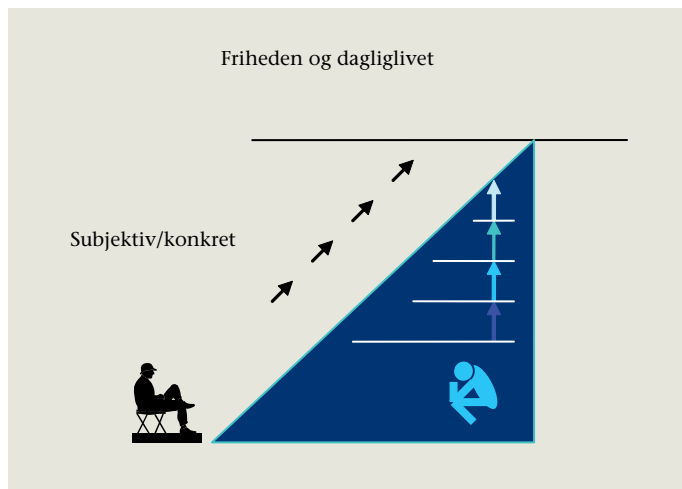


Fig. 2. Patienten er inviteret til fortælling af sin livshistorie.

I Fig. 2, hvor vi ser patienten inviteret til fortælling af sin livshistorie, har jeg sat mig ned dér, hvor han er, og subjektiv/konkret, som vi kender det bl.a. fra *Torben Bendix* (6) og *Michael Balint* (7), bedt ham fortælle om sig selv helt fra bunden, hvor livshistorien begynder. Invitationen er et indirekte signal om, at jeg ikke ser på den depressive som en sygdom, men som et menneske, hvis lidelse er forståelig og forbundet med livsomstændighederne. Chansen for, at patienten ikke tager imod tilbuddet, er derfor meget lille, når hun eller han trods alt møder op med et ønske om at få hjælp.

Pilene i Fig. 2 symboliserer hver enkelt livshistoriesamtale og antyder, at både patienten og jeg, mens sindet lettedes, kom tættere på hinanden og fulgtes ligeværdigt opad fra det sorte hul mod frihed og dagligliv.

Overvejelser om mulighederne ved fortælling af livshistorie

Mens patienten letter sindet og fortæller, bliver jeg bekendt med patienten samti-

dig med, at patienten bliver bedre bekendt med sig selv og dermed også skaber muligheden for at hente mod til at være sig selv bekendt. Sker det, vil hun eller han i alvorens stund få lettere ved at fortælle en helt sand historie og med *Kierkegaards* ord (8) kunne samle mod til at vælge sig skyldig og dermed dels selv tage ansvar for de handlinger, som har opløst helhed og sammenhæng i livet, dels stille krav til de pårørende.

Bekendtskabet kunne sikre, at patienten ikke mere er helt alene i sin indesluttethed. Hertil kommer, at gode bekendte bedre kan være ærlige og tage hinanden helt alvorligt. Når lægen giver sig tid (til noget meningsfyldt), og patienten får tid, vil patienten måske føle sig forbundet og være mere opmærksom på ikke at tage unødigt tid fra lægen, som til gengæld får en god historie.

Hvis fortællingsprocessen bliver sand, vil behovet for trøst og beroligelse aftage.

Angst og negative forventninger gælder for læger, der ligesom jeg har oplevet patienter, der har begået selvmord. Den

angst vil aftage under den nære kontakt, der opstår under fortællingsprocessen, ligesom muligheden for at hjælpe stiger. Hvis den depressive sender afbud til livshistoriesamtaler, kan det være et signal om, at den depressive ikke ser nogen mening i dem, enten fordi det nu går meget godt eller meget dårligt. I så tilfælde har lægen en mulighed for at forholde sig til det, ligesom et nej til første-mødets tilbud om fortælling må give anledning til de samme overvejelser.

Når, som Fig. 2 viser, patienten og jeg kommer tættere på hinanden fra samtale til samtale, vil meningsfuldt samvær kunne medvirke til at skabe eller genskabe glæde og positive forventninger.

Hvis fortællingen letter sindet, som de opadgående pile antyder, opstår muligheden for, at den depressive kommer i tættere kontakt med dagliglivet og de mennesker, der betyder noget. Nær-lighed åbner for kær-lighed. At elske og være elsket er vel nok det mest sikre skridt ud af en depression.

Fig. 2 kunne være en illustration af en depressionshistorie, hvor en af mine svært depressive patienter, der adskillige gange var kørt ud til en sø for at drukne sig, men som takket være sin hustru indgriben opsøgte mig og fortalte om sit liv. Jeg bad ham medbringe sin hustru og sine børn næste gang og fortælle dem det, han havde sagt til mig. Da hans datter havde hørt den og derefter spontant udbrød: »Ja, men far vi elsker dig jo!«, blev der ikke mere brug for depressionsbehandling. Samtalens alvor og autencitet sikrede, at han ikke var i tvivl om, at han var elsket. Samtalerne havde fået en helbredende effekt (helbred er et gammelt oldnordisk ord: *Heil-bragd* (4), som

betyder hel-gerning) dvs. at den depressive får evne til at forstå og via sammenhold få hold på sit eget kaotiske indhold og de handlinger, der har medvirket til at opløse helheden.

En invitation til at fortælle får patienten til at føle sig budt velkommen. En patient, der bliver budt velkommen af sin læge til at fortælle, vil umiddelbart være tillidsfuld og motiveret til at åbne sig, gøre arbejdet og levere den ægte vare. Lægens empati kan sikre, at den depressive får mod til at gå i gang med at fortælle. Det står lidt i modsætning til mange depressive patienters forventning om, at det er dem, der skal bede lægen om at levere varen og om nødvendigt returnere den og bede om en ny og bedre, hvis depressionen ikke bedres, eller hvis den kommer igen.

Interessekonflikter: ingen angivet.

LITTERATUR

1. Videbech P. Depression, stress og hjernefunktion: moderne depressionsopfattelse. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2005; 83: 1321–31.
2. TÆNK Maj 2006.
3. Rosenbaum B, Elsass P. Samtaletterapi hos praktiserende læger. *Månedsskr Prakt Lægegern* 1985; 63: 1365–75.
4. Etymologisk ordbog. København: Gyldendal, 1983.
5. Klinisk vejledning – diagnostik og behandling af depression i almen praksis. København: DSAM, 2001.
6. Bendix T. Din nervøse patient. København: Lægeforeningens forlag, 1991.
7. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Tavistoc, 1967.
8. Kierkegaard S. Enten – Eller. I: Kierkegaard S. Samlede værker. København: Gyldendal, 1982.