

# Simulationsscenario

## Udskrivelsessamtale

Forberedelsesmateriale

### Formål

Formålet med dette scenarie er at træne verbal og nonverbal kommunikation ved den svære samtale med henblik på udvikling af personlige og faglige kompetencer.

Formålet er derfor at:

- Få en forståelse af patientens situation og ønsker for behandling
- Identificere patientens behov og mål samt understøtte, at patienten kan få disse opfyldt
- Træne kommunikative redskaber til den svære samtale
- Træne udholdenhed i at være tilstede i samtaler med patienter, hvor der forekommer uenighed om behandlingsforløbet
- Kende og anvende principper og interventioner fra Recovery –orienteret praksis og Safewards interventionerne

Det er et teambaseret og tværfagligt scenarie, der giver Jer mulighed for at lære hinandens styrker bedre at kende. Forud for simulationstræningen i Læringslaboratoriet, bedes du forberede dig i følgende materiale.

Vær opmærksom på, at ikke alle retningslinjerne skal gennemgås - det kommer an på din ansættelse, men det anbefales, at du lader dig inspirere af retningslinjerne fra nogle af de andre afdelinger.

## Forberedelsesmateriale:

Nedenstående forberedelsesmateriale bør gennemgås forud for træningen.

### Lovgivning:

- Psykiatriloven <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/936>

### E-læring:

- Patientinddragelse - Fælles beslutningstagen i Kompetenceportalen

### Teori:

- Recovery: [http://intra.regionsjaelland.dk/Psykiatrien/samarbejde/recovery-strategi-psykiatrien/Documents/100%20ideer%20til%20recovery-orienteret%20arbejde%20\(2\).pdf](http://intra.regionsjaelland.dk/Psykiatrien/samarbejde/recovery-strategi-psykiatrien/Documents/100%20ideer%20til%20recovery-orienteret%20arbejde%20(2).pdf)
- Påskønnende lytning (Psykiatrisk Sygepleje, 2. udg., kap. 14 s. 399) - findes her i materialet
- Den svære samtale med patienten (Kommunikation for sundhedsprofessionelle, 2. udg, kap. 10, s. 214)
- Udskrivelse i psykiatrien: <https://www.psykiatrien.rm.dk/patient/nar-du-er-patient/nar-du-er-voksen-18/udskrivelse/>



## Kapitel 14

# Påskønnende lytning

Af Niels Buus, Rochelle Einboden, Katherine Gill,  
Kristof Mikes-Liu og Ben Ong

### CASE

## Først og fremmest: Gør ingen skade

„I årevis røg jeg ind og ud af terapi. Det meste af tiden havde jeg svært ved at tale. Jeg vidste ikke, hvad jeg skulle sige. Nogle gange sad terapeuten og jeg bare helt tavse, hvilket var fuldkommen nyttesløst, da jeg jo betalte mere end 20 kroner i minuttet for ingenting. Jeg fandt aldrig ud af hvorfor, men jeg kunne åbenbart bare ikke tale, når jeg var i terapi.

Hvis jeg overhovedet sagde noget, dengang jeg var opslugt af anoreksi, var det mest for at skændes med folk om mad og vægt i det CBT-behandlingsforløb, jeg var i. Det var også nyttesløst. Maden og vægten var bare distraktioner, der skulle fjerne opmærksomheden fra det egentlige problem, og jeg fandt aldrig helt ud af, hvad det egentlige problem var.

Jeg havde ingen problemer med at formulere mig, når jeg arbejdede, men jeg blev stum, når jeg var i terapi. Det meste af den tid, jeg var i behandling, blev jeg overhørt og havde ikke noget at skulle have sagt. Jeg blev kastet hovedkulds ind i et ødelæggende og traumatiserende adfærdsregulerende forløb, der skulle kurere min anoreksi, og hvor jeg gentagne gange blev straffet for at veje for lidt og ikke spise nok. Når jeg prøvede at sige noget, blev jeg bragt til tavshed, ignoreret og ydmyget for at have anoreksi. Alt, hvad jeg sagde, var ligegyldigt, for jeg var jo den syge, der bare skulle høre efter, hvad personalet sagde. Alle mine forsøg på at forklare, hvad jeg behøvede for at blive rask, blev overhørt og modsagt, og jeg blev tvunget til at følge behandlingsforløbet.

>>



*- vi er til for dig*

Jeg droppede ud af behandlingen et stykke tid, og da jeg så prøvede at komme i behandling igen nogle år senere, fik jeg at vide, at jeg var 'for syg' og 'for gammel', og at jeg havde 'haft anoreksi i alt for lang tid', og at de 'ikke ville spille en sengeplads på mig. Sengene skulle gå til yngre mennesker med en bedre chance for at komme sig'.

På trods af alle de år og de hundredtusindvis af kroner, jeg havde brugt på behandling, var det, som om jeg ikke kom nogen vegne i forhold til mit psykologiske velvære. Behandlingen lod til at være spild af tid og penge og efterlod mig i en værre tilstand.

Til sidst nåede jeg til et punkt, hvor jeg var ekstremt fysisk syg af anoreksi, alvorligt selvmordstruet og ude af stand til at finde den hjælp, jeg behøvede for at overleve. Mine forældre satte mig på et fly til et udenlandsk behandlingscenter. Det første, behandlingscenterets leder sagde til mig, var: 'Du kan sagtens få det bedre, og det vil jeg hjælpe dig med.' Det gav mig håbet og troen tilbage. Han mente, at der var håb for mig, og at jeg kunne få det bedre, og han var parat til at være hos mig på vejen mod større velvære. Jeg fik det bedre på behandlingscenteret. Lederen var i stand til at komme længere ind og længere tilbage i tiden og hjælpe mig med at finde en stemme for de perioder, hvor jeg ikke havde haft nogen stemme. Han kunne lytte, hvor jeg tidligere bare havde fået besked på, hvad jeg skulle tænke og gøre. Tidligere blev jeg enten påtvunget et behandlingsforløb eller blev afvist. På behandlingscenteret fik jeg mulighed for at udforske forskellige måder at få det bedre på og opbygge min tillid til, at det, jeg gjorde, var rigtigt. Tidligere blev jeg spærret inde og isoleret fra andre i behandlingsforløbene. På behandlingscenteret blev jeg inkluderet og kunne dele mine oplevelser med andre. Jeg kunne lære og udvikle mig sammen med de andre på stedet.

Hvis jeg var blevet behandlet med medfølelse på et tidligere tidspunkt i mit sygdomsforløb, hvis jeg havde fået en omsorgsfuld behandling, der anerkendte mine erfaringer og oplevelser og hjalp mig til at få en stemme og blive hørt, ville jeg sandsynligvis ikke have brugt flere årtier i behandlingssystemet med at få det værre. Lægegerningens vigtigste princip er: 'Først og fremmest: Gør ingen skade', men alligevel har jeg og mange andre oplevet at komme til skade flere gange i behandling og pleje. Klinikere er nødt til at lytte til deres klienter og lære af dem og hjælpe dem med at finde deres egne svar frem mod deres egen recovery."



## Indledning

Folk bliver sygeplejersker af mange forskellige årsager, men for det meste bliver de det, fordi de gerne vil hjælpe andre mennesker. Den ovenstående case illustrerer, hvordan klinikere i psykiatrien nogle gange kan blive så knyttet til deres behandlingsformer og til, hvad de mener, klienten skal gøre, at de mister blikket for det menneske, der sidder foran dem, og de kan utilsigtet komme til at skade vedkommende. Teori og diverse behandlingsmetoder er vigtige og værdifulde, men de må ikke fortrænge eller overtrumfe klienternes egen forståelse.

I dette kapitel introducerer vi begrebet *påskønnende lytning*. Påskønnende lytning er kendetegnet ved, at man følger og støtter klientens udsagn ved at respondere skånsomt og med minimal styring, hvilket kan give plads til yderligere refleksion og meningsfuld respons. Denne fremgangsmåde gør klinikere opmærksomme på den sociale og relationelle kontekst og de dynamikker, der opstår mellem mennesker, der er i dialog. Påskønnende lytning har som praksis til formål at invitere klinikere til at lytte mere, tale mindre og udvikle deres evne til at være reflekterende til stede sammen med klienterne (og folk omkring dem). En orientering mod påskønnende lytning vil støtte klinikere i at udvikle ægte nysgerrighed, hvor det centrale er, at klienterne bliver hørt. Vi vil gerne invitere læserne til at lege med og udforske de idéer og eksempler, som vi præsenterer i denne tekst, i deres egen praksis.

## Principperne i påskønnende lytning

Påskønnende lytning betegner en bestemt form for anerkendelse af den anden som person og vedkommendes viden og ekspertise. Vi forstår enhver anden person som forskellig fra os selv og prøver at respektere forskelle og ligheder i stedet for at ekskludere personen og folk omkring personen ved at „andetgøre“ (othering) dem. Det indebærer, at man lytter og responderer på en måde, der ikke afbryder eller styrer den anden person i vedkommendes forsøg på at få sine oplevelser til at give mening. Det kræver en særlig opmærksomhed på det, der bliver givet udtryk for, og en omhyggelig overvejelse af, hvornår og hvordan man skal respondere som lytter. Påskønnende lytning er ikke ensbetydende med uendelig tavshed, men indebærer en opmærksomhed på, at enhver respons fra den, der lytter, er en potentiel afbrydelse eller sty-



ring af den talendes forsøg på at finde mening. Påskønnende lytning er heller ikke en mekanisk gentagelse af det sagte. Man fortæller ikke klienten, hvad vedkommende føler, men det kan inkludere, at klinikere tentativt forsøger at anerkende det, de erfarer under samtalen.

### Anerkendelse af 'den anden' fra en ikke-vidende position

I påskønnende lytning anerkender man, at man som kliniker aldrig kan vide alt om eller fuldt ud forstå en anden persons indre liv og verden. Klienten opfattes med andre ord som ekspert i sine egne livserfaringer (Olson, Seikkula & Ziedonis, 2014; Rober, 2005). I et terapeutisk møde bringer klinikere deres personlige og faglige viden, deres værdier, overbevisninger, erfaringer og ekspertise ind i dialogen med og i forståelsen af den anden, men klienten er stadig ekspert i sine egne erfaringer og oplevelser (Anderson, 2003; Katz, Shotter & Seikkula, 2004). Selv når klinikere trækker en særlig viden ind i deres syn på klienten (f.eks. viden om diagnoser eller evidensbaseret behandling), er det stadig klienten, der selv skal forstå sine oplevelser og få dem til at give mening. Det er med andre ord kun klienten, der ved, hvordan det er at være netop denne person på dette specifikke tidspunkt med disse specifikke oplevelser, der er en del af denne individuelle, familie-, social- og kulturhistorie. Som klinikere kan vi lytte på en måde, der understøtter klientens ekspertise, eller på en måde, der giver vores egen viden forrang.

Derfor er det klinikerens opgave at engagere sig i klienten og indtage en ikke-vidende position (at man aldrig ved det hele) på en sådan måde, at det fremmer et autentisk engagement i klienten og en mulighed for at lære mere om og erkende klientens oplevelse (Rober, 2005). Gennem denne proces kan klienten forhåbentlig få en anderledes eller dybere forståelse af sig selv og bruge den til at navigere i sin egen recoveryproces. Den måde, hvorpå klinikerer responderer på klienten, kan have stor indflydelse på denne proces. Klienten kommer med en udtalelse eller et bidrag, som klinikerer responderer på på en sådan måde, at klienten inviteres til at tænke og tale mere om det, der tales om, og som klienten derefter giver en ny respons på, og så videre. På nogle tidspunkter kan klinikerer føle sig tilskyndet til at dele en oplevelse, en indsigt eller en personlig reaktion i sin respons, og det kan ske i form af en refleksion. Klinikerer må være tentativ i sine refleksioner, fordi vedkommendes beslutning om at bidrage med noget personligt kan risikere at afbryde det for-



løb, klienten befinder sig i. Der er til gengæld også en mulighed for, at det kan hjælpe klienten videre i vedkommendes arbejde. At respondere og reflektere er de to nøgleteknikker, der kan skabe en fælles forståelse med klienten i det terapeutiske møde (Rober, 2005).

Denne verbale interaktion mellem kliniker og klient er én type samtale. Inden i hver enkelt person foregår der en anden samtale, en indre dialog eller indre samtale. Der er forskellige måder at begrebsliggøre denne indre dialog på. En måde, vi synes, er gavnlig at opfatte det på, er som en dialog mellem klinikerens personlige og professionelle selv (Rober, 2005). Den indre dialog kan omfatte tanker om klinikerens professionelle viden, heriblandt diagnostisering, tolkning, idéer om intervention eller nysgerrighed i forhold til, hvad man skal spørge klienten om som det næste. Det omfatter også klinikerens mere personlige og private responser, som f.eks. kropslige fornemmelser, følelser eller private erindringer, der dukker op i respons til samtalen. Klinikerens kan vurdere, at det er gavnligt at dele den indre dialog, men må samtidig være varsom med, hvad der kommer frem i den ydre dialog, og være opmærksom på, at klinikerens refleksioner skal være nyttige for klienten. Derfor er klinikerens hele tiden tentativ, forsigtigt søgende, respektfuld, oprigtig og fokuseret på at skabe en respons, der kan være gavnlig for klienten. Klinikerens er også bevidst om asymmetrien i magtforholdet i den terapeutiske relation, f.eks. i forhold til teoretisk/faglig viden og autoritet, og har måske brug for at formidle det til klienten på en respektfuld måde. Klinikerens overvejer nøje, hvornår de beslutter at tilbyde en refleksion, fordi de ikke kan være helt sikre på, hvilken effekt en refleksion kan have, før den gives.

## Hvad påskønnende lytning ikke er: konventionelle kliniske responser

Klientens „andethed“ sløres, hvis vi kun trækker på vores egne kliniske (eller diagnostiske) paradigmer, når vi prøver at finde mening i det, vi hører klienter sige. Vi vil nu se nærmere på et eksempel på en klients udsagn og give en række eksempler på konventionel klinisk respons.

Før du læser videre, kan du tænke over, hvordan du selv ville respondere på den følgende udtalelse fra en klient:



*- vi er til for dig*

Klient: „Jeg ser et mørke. Det er rædsomt, og det sortner mit sind.“

Enkle kliniske responser:

1. „Er du ked af det?“
2. „Er du deprimeret?“
3. „Hvor ofte har du sådan nogle tanker? Hvor voldsomme er de?“
4. „Hvordan er dit humør i øjeblikket?“
5. „Tror du, at mørket er virkeligt?“
6. „Er mørket værst om morgenen eller om aftenen?“

Vi opfatter disse responser som konventionelle kliniske responser, der kan være relevante for klinikerens i forhold til at udforske mulig psykopatologi. Disse spørgsmål kan imidlertid også opfattes som en afsporing af det, klienten taler om, ved tilføjelse af nye ord, begreber og emner, f.eks. ved at sætte lighedstegn mellem mørke og humør/stemmingsleje. Vi mener ikke, at disse responser vidner om en særlig interesse for at finde ud af, hvad det „at sortne“ måtte betyde for klienten, men i højere grad vidner om interesse for, hvordan klinikerens kan finde tegn på psykopatologi i klientens udsagn. Klinikerens forsøger med andre ord at forstå klientens oplevelse inden for en ramme af på forhånd fastlagte kliniske termer i stedet for at være nysgerrig efter at forstå det sagte ud fra klientens perspektiv. Selvom vi måske ikke ved, hvad klienten vil svare på de enkelte spørgsmål, er de fyldt med antagelser, der indsnævrer svarenes mulige spændvidde. Spørgsmålene tilskynder f.eks. klienten til at uddybe karakteren, styrken og varigheden af stemningsrelaterede symptomer og mulige vrangforestillinger. Når klinikere stiller spørgsmål af denne type, ved de ikke, om deres spørgsmål har bidraget til en større og dybere forståelse af det, der er blevet sagt, eller om deres fokus på stemningsleje eller vrangforestillinger har fået klienten til at bevæge sig væk fra det, de talte om (f.eks. mørke, rædsel, sortnen), til et helt andet emne.

### **Forskelle mellem påskønnende lytning og aktiv lytning**

I 1957 udgav Rogers og Farson (2015) en lille bog om „aktiv lytning“ til supervisorer for medarbejdere i industrien. Vi ved ikke, om Rogers og Farson fandt på betegnelsen „aktiv lytning“ i denne tekst, men fordi der er blevet ud-





viklet så mange forskellige former for aktiv lytning siden da, tager vi nogle af de grundlæggende idéer i denne tidlige tekst op og stiller dem op over for vores eget begreb om påskønnende lytning. Teknikkerne i aktiv lytning er fundamentale for interpersonel praksis inden for sundhedsvæsenet og betegnes ofte som mikro-terapeutiske (micro-counselling) teknikker. Rogers (1961) formulerede en række praktiske verbale og nonverbale teknikker, der kan bruges i udforskningen af klientens oplevelser. Det handler om at kunne indfange både følelserne i og indholdet af klientens historier, at kunne stille nyttige spørgsmål for at udforske klientens oplevelser og til sidst at kunne opsummere, hvad der er delt i samtalen. Selvom man kan hævde, at denne type teknikker hovedsagelig bruges i terapi, kan man også opfatte dem som grundlæggende for relationel sundhedspraksis. Disse mikro-terapeutiske teknikker er beskrevet grundigt i litteraturen og danner grundlag for praksis-orienteret kommunikationsteori for sygeplejersker (Egan & Reese, 2019; Eide & Eide, 2007; Geldard & Geldard, 2019; Hummelvoll, 2013; Stein-Parbury, 2017).

Det var en vigtig pointe for Rogers og Farson (2015), at det at lytte ikke er en passiv aktivitet, men en kompleks og potentielt udfordrende handling. For Rogers og Farson er formålet med aktiv lytning at kommunikere effektivt og hjælpe klienter med at løse deres egne problemer. Aktiv lytning kan skabe en atmosfære, der giver klienter mulighed for forandring ved at indarbejde nye idéer og værdier. Denne tilgang til terapi tilskynder klinikere til at tage del i klientens livsverden og reflektere over deres oplevelser af den. Rogers og Farson (2015) fremhæver, at en aktiv lytter gør sit bedste for at vise ægte interesse for den talende. De beskriver denne måde at forholde sig på meget omhyggeligt:

„By consistently listening to a speaker you are conveying the idea that: 'I'm interested in you as a person, and I think that what you feel is important. I respect your thoughts, and even if I don't agree with them, I know they are valid for you. I feel sure that you have a contribution to make. I'm not trying to change you or evaluate you. I just want to understand you. I think you are worth listening to, and I want you to know that I'm the kind of a person you can talk to'“ (Rogers & Farson, 2015, side 11).



Rogers og Farson (2015) understreger, at aktive lyttere skal lytte opmærksomt til „den totale mening“ (side 9-10) i de talendes verbale og nonverbale beske-der, både hvad angår indhold og følelser. Aktive lyttere skal også være bevidste om sig selv og lytte til sig selv ved at spørge, hvordan de responderer på forsø- get på at forstå den talendes situation.

Endelig er aktiv lytning kendetegnet ved den lyttendes test af sin forståelse af den talendes position. Den lyttende parafraserer og opsummerer talerens udsagn på en måde, der respekterer meningen i det sagte, og på en hjælpsom måde opsummerer og fortolker disse udsagn. Ultimativt skal den talende være tilfreds med reformuleringen, som klinikerens tilbyder (Rogers & Farson, 2015).

Vi er enige med Rogers og Farson (2015), når de fremhæver værdien af ægte interesse hos en opmærksom, ikke-fordømmende og aktiv lytter, men vi er bekymrede for, om aktive lyttere i nogle situationer kan blive for aktive i deres fortolkning og parafrasering. Inden for aktiv lytning er der en potentiel risiko for, at lytterens forståelse kan hæmme, begrænse eller styre den terapeutiske samtale. Overvej de nedenstående fem eksempler på reformuleringer ved aktiv lytning:

Klient: „Jeg ser et mørke. Det er rædsomt, og det sortner mit sind.“

Klinikeres reformuleringer i aktiv lytning:

1. „Så du er ked af det og overvældet i dag.“
2. „Jeg kan høre, at du er meget ked af det.“
3. „Så du har det rædsomt, og det føles, som om du ser et mørke i dit sind.“
4. „Så du har det rædsomt, og du mener, du ser et mørke, der sortner dit sind.“
5. „Har jeg forstået dig rigtigt, at et mørke får dit sind til at sortne?“

Alle disse eksempler falder i tråd med aktiv lytning. De første eksempler er relativt kategoriske og inviterer ikke til yderligere respons, mens de sidste både er tentative og undersøgende. Vores position er kendetegnet ved en markant reduktion af klinikeres søgen efter forståelse. Arbejdet med at finde mening i tanker og ord overdrages nænsomt til den talende, der opfordres til at udforske dem mere og give dem tilbage til lytteren i en påskønnende atmosfære. Med påskønnende lytning gør vi mindre ud af at have forstået meningen i klientens



ord, fordi vi risikerer at overse vigtige elementer. Vi vil gøre nærmere rede for denne position i de følgende afsnit.

Der vil uundgåeligt være store overlap mellem aktiv og påskønnende lytning, og ud fra et generelt ønske om ikke at holde stramt fast på sine idéer og antagelser vil vi advare mod rigide tolkninger af samtaleteknik som noget, der skal overholdes og gøres på bestemte måder.

## Teknikker til påskønnende lytning

Selvom vi i det foregående har fremhævet, at „lytning“ ikke bør begrænse sig til en samling præcise teknikker, vil vi i de følgende afsnit beskrive noget af det, vi har observeret under vores bestræbelser på at lytte og respondere på mere påskønnende måder.

### Nonverbal respons: anerkendelse af den anden

En måde at anerkende en anden persons udsagn på er ved hjælp af enkle nonverbale respons-tegn. Det meste af tiden sker det uundgåeligt, og det kan i høj grad påvirke dialogen. Selvom vi i dette kapitel giver eksempler på en bred vifte af responsformer, ved vi, at nonverbal respons ofte forekommer samtidig med verbal respons i en sekvens af øjeblikke, der nærmest smelter sammen.

Klient: „Jeg ser et mørke. Det er rædsomt, og det sortner mit sind.“

Nonverbal respons:

1. „Mmm“
2. [Nikken]
3. [Bekræftende smil]
4. [Rynker i panden, som om vedkommende føler „mørke“]
5. [Tårer i øjenkrogene]
6. [Pause]
7. [Kortvarig øjenkontakt med rynket pande].

Nonverbal respons spiller en vigtig rolle i påskønnende lytning og i kommunikation i al almindelighed. Nonverbal respons kan have et utal af betydninger,



*- vi er til for dig*

men klinikerer kan bruge dem til at kommunikere noget vigtigt. F.eks. kan klinikerer gøre det klart for klienten, at klinikerer forsøger at lytte til vedkommende eller opmuntrer dem til at tale videre, eller at klinikerer anerkender samtaleemnerne sensitivitet og er usikker på, om klienterne synes, at det er o.k. at tale videre. Det kan også være et signal om, at klinikerer oplever noget følelsesmæssigt eller kropsligt, der resonerer med det, klienterne netop har sagt (se kapitel 13 om resonans i relationer). Nonverbale responser kan påvirke den måde, klienten fortsætter på (f.eks. hvis klinikerer begynder at le eller græde), men generelt er de langt mindre begrænsende end verbale responser, fordi de ikke knytter nogen antagelser til det, der er blevet sagt. Vi mener, at nonverbal respons er af fundamental betydning for en påskønnende tilgang, i og med at klinikerer uden brug af ord forsøger at sige: „Jeg hører dig“, „fortæl mig gerne noget mere om dine overvejelser“, „det er o.k. for mig at lytte til dig tale om vanskelige emner“, „jeg giver dig tid til at tænke over og tale om det her“ osv.

### **Påskønnende undersøgelse: gentagelse og 'my side tellings'**

Som antydnet i det foregående vil den måde, vi spørger til andre menneskers oplevelser på, i en vis udstrækning altid begrænse mængden af mulige svar og gøre bestemte svar og måder at respondere på relevante (Levinson, 2014). Det er måske dilemmaet ved enhver form for respons, at vi former det næste, vi siger, i en anerkendelse af, hvad der er blevet sagt forinden. Ved hjælp af påskønnende lytning forsøger klinikerer imidlertid at minimere sin indflydelse på samtaleens indhold, når vedkommende undersøger det, som klienten har sagt. Undersøgelse tager ikke altid form af grammatisk konstruerede spørgsmål, men kan også antage form af udsagn, der kan have en mere eller mindre hæmmende virkning på mulige svar. Et eksempel på dette er gentagelser af en del af det, som klienten har sagt. Selvom ord gentages, mener vi ikke, at de kan betragtes som præcise gentagelser af det, klienten har sagt, idet de rummer et element af selektion og transformation. Gentagelserne er selektive, fordi de fremhæver et bestemt udsnit af det, samtalepartneren har sagt, det er noget, som klinikerer finder vigtigt, og vedkommende udelader i det øjeblik andre dele af det sagte. Gentagelser transformeres også i kraft af den påskønnende lytters anderledes udtryk af det sagte. Ikke desto mindre bestemmes reper-



toiret af mulige responser af klienten snarere end af den viden, klinikerer har til rådighed. I gentagelser udvælges en bestemt del af klientens udsagn, og det inviterer skånsomt vedkommende til at sige noget mere om det. Ved at benytte klientens ord gør gentagelser det muligt for klinikerer at holde sig tæt på klientens tale og begrænser klinikerens fortolkning. Gentagelser kan derfor bidrage til at inspirere klientens tanker og tale med en minimal indflydelse fra klinikerens side. Som i det ovenstående eksempel siger en klient:

„Jeg ser et mørke. Det er rædsomt, og det sortner mit sind.“

Her har klinikerer flere muligheder for gentagelse, blandt andet:

1. „Mørke“ [med en flad intonation]
2. „Mørke?“ [med en spørgende intonation]
3. „Jeg ser et mørke?“
4. „Du ser et mørke?“
5. „Du brugte ordet 'mørke'?“
6. „Jeg hørte dig bruge ordet 'mørke'.“
7. „Rædsomt.“
8. „Det får dit sind til at sortne.“
9. „Et rædsomt mørke sortner dit sind?“

Hvert eksempel har et lidt andet fokus end de øvrige og kan føre den videre samtale i forskellige retninger. Man kan ikke sige, at én form for gentagelse er den „bedste“. Gentagelsen vælges af klinikerer i øjeblikket baseret på vedkommendes fornemmelse af, hvad der er vigtigt, og hvad der sker under samtalen. Klinikere må derfor være opmærksomme på, hvordan de på subtil vis kan forme eller styre sessionen. Vores pointe er, at gentagelse gør det muligt for klinikere at bevare en kontakt med de overvejelser, klienten selv giver udtryk for, ved at benytte klientens egne ord (Olson et al., 2014). Det bidrager til at reducere klinikerens påvirkning af samtalen mest muligt og er samtidig et udtryk for vedkommendes engagement og påskønnende lytning til det, klienten siger. At vælge mellem en gentagelse af ordene „mørke“, „rædselsfuldt“ og „sortne“ er noget ganske andet end at vælge mellem, om man skal spørge ind til „depression“ eller „humør“. Eksempel 6 er en speciel variation, fordi responsen er lytterens bemærkning om, hvad vedkommende har hørt blive sagt. Det er en 'my



side telling' (Pomerantz, 1980; Schriver, Buus & Rossen, 2019), og den bemærkende kommentar inviterer klienten til at komme med yderligere information.

Gentagelser og 'my side tellings' er gode metoder til på nænsom vis at få klienten til at sige noget mere, fordi deres udformning ikke fremtvinger en bestemt respons (Stivers & Rossano, 2010). Med andre ord står det klienten mere frit for at vælge, om og hvordan vedkommende vil respondere. Selvom det giver klienten flere valgmuligheder, kan samtaler nu og da gå i stå, hvis gentagelser ikke får klienten til at tale videre. I så fald kan en kliniker beslutte sig for at styre sessionen mere. En måde at gøre det på er ved hjælp af spørgsmål.

### At stille spørgsmål: udforskning af, hvad der siges

I dette afsnit vil vi demonstrere, hvordan en kliniker mere aktivt kan udforske, hvad der er blevet sagt, uden at påtvinge klienten eller familien klinikerens forventning til, hvad problemet er eller burde være. Spørgsmål har som regel en bestemt form, f.eks. spørgsmål, der kan besvares med et „ja“ eller et „nej“, eller spørgsmål, der begynder med hvem, hvad, hvor, hvilken, hvordan eller hvorfor. Vi stiller spørgsmål af forskellige grunde, eksempelvis for at samle viden, lære noget, foretage en vurdering eller finde ud af, hvad der foregår. Det kan også være, at vi stiller spørgsmål for at knytte sociale forbindelser, fremhæve forskelle, vise forståelse eller for at lytte.

Spørgsmål er et samtaleredskab, der kan bruges til et væld af formål. Hvad man spørger om, hvordan man gør det og hvornår, kan føre en samtale i forskellige retninger med forskellige mulige endestationer. Derfor finder vi det vigtigt, at klinikere er bevidste om, hvordan de taler med klienter i særdeleshed og med andre mennesker i al almindelighed. I psykiatrien er der en voksende erkendelse af, at klienter, deres familier og støttenetværk i højere grad bør inddrages i psykiatriens arbejde og deltage aktivt i beslutningstagning omkring de ydelser, de modtager (Council of Australian Governments, 2017; Regeringen, 2018). Klinikeres rolle er under forandring i psykiatrien, og en del af denne forandring er forbundet med, hvordan de interagerer med klienter. Et centralt element i dette er de spørgsmål, vi stiller, og hvordan vi stiller dem.

Som nævnt i det foregående kan spørgsmål bruges til at opfylde mange forskellige formål. I psykiatriske sammenhænge er det standardpraksis at benytte spørgsmål i forbindelse med psykologiske assessments. Disse situationer er ofte kendetegnet ved et gentagende [spørgsmål > svar] mønster, hvor kli-



nikeren stiller en række spørgsmål for at dække forskellige assessment-områder, og klienten giver svar. Selvom disse interaktioner kan være nyttige med henblik på at skaffe information hurtigt, skaber og opretholder de en bestemt form for relation, hvor klinikerens positioneres som eksperten og den, der styrer interaktionen, mens klienten bliver en passiv deltager, der retter sig efter klinikerens. Desuden har en stor del „kliniske“ spørgsmål en tendens til at være af en reduktionistisk karakter, som omfatter en lineær årsag-virkningspræget forståelse af problemerne. De indhentede svar bidrager dels til en diagnostisk fortolkning, der muliggør en forståelse af de symptomer, som spørgsmålene har afdækket, og dels til en behandlingsplan baseret på forståelsen af, hvorfor klienten frembyder disse problemer på lige netop dette tidspunkt. Til trods for at der inden for psykiatrien helt sikkert er bestræbelser på at modvirke stigmatisering, kan sådanne lineære forståelsesrammer medføre, at problemer placeres i enkeltindivider, hvilket i værste fald kan fremkalde selvbeprejdelse, skam og skyld hos klienter og deres familier og hæmme nysgerrigheden og fleksibiliteten i forhold til et givet problem (Cecchin, 1987; Tomm, 1988). En udfordring består derfor i at stille spørgsmål, der gør det muligt for alle parter at tale om de emner, der dukker op, uden nødvendigvis at definere et bestemt emne som et problem, eller som *problemet*, og uden straks at gribe til årsag-virkning-tænkning.

Vi foreslår derfor, at klinikere gør brug af en bred vifte af spørgsmål og former for respons, der fremmer udforskningen af interpersonelle relationer og forbindelser mellem mennesker, eller at de overvejer nye måder at håndtere et problem eller en situation på. Meget enkelt sagt vil vi foreslå, at klinikere eksperimenterer med spørgsmål, der rummer færre antagelser og er mindre begrænsende for klientens mulige respons. Spørgsmål af denne type kan bane vej for alternative måder at anskue et fastlåst problem på. Lad os endnu en gang kigge nærmere på klientudsagnet: „Jeg ser et mørke. Det er rædsomt, og det sortner mit sind.“

Her følger en serie mulige spørgsmål fra en kliniker, der søger efter alternative muligheder for at forstå:

1. „Hvad tror du skabte mørket?“
2. „Hvornår begyndte det?“
3. „Har du overvejet at tænke positive tanker, når du ser mørket?“
4. „Hvem lægger mest mærke til det, når du oplever mørket?“



5. „Hvordan reagerer dine familiemedlemmer hver især på mørket?“
6. „Hvordan er tingene anderledes, når mørket er knap så tæt?“
7. „Hvis mørket kunne tale, hvad ville det så sige?“

De forskellige spørgsmål som respons på det samme udsagn fra klienten kan have en række mulige virkninger. De to første spørgsmål fokuserer på detaljer eller kendsgerninger om mørket, mens det tredje forsøger at korrigere klienten ved at konfrontere ham eller hende med et tvunget valg (mellem „ja“ eller „nej“). Disse spørgsmål kan være med til at øge fokus på selve problemet og skubbe klienten i retning af forandring, selvom de ikke ligefrem udfordrer vedkommendes brug af ordet „mørke“. Med sit fokus på en klinikerstyret forandring og korrektion af klienten kan det tredje spørgsmål dog skabe en vis spænding i samtalen og skade det terapeutiske engagement. De sidste fire spørgsmål udforsker, hvordan det omtalte mørke forbinder sig med andre, og forsøger nænsomt at spørge til alternative handlemuligheder. Disse sidste fire spørgsmål tager sigte på at fremme en anderledes måde at betragte problemet på, som forhåbentlig kan føre til nye handlemuligheder. Samlet set søger de syv spørgsmål at skabe forskelle eller forbindelser (Brown, 1997). Forskelle kan handle om at indføre anderledes perspektiver på tværs af tid, mennesker og situationer og øge mulighederne for at se en fastlåst problemstilling på en ny måde. Spørgsmål om sociale forbindelser kan handle om at finde frem til ens oplevelser, følelser eller forestillinger mellem og i mennesker, og de kan tjene til at fremhæve bredere sociale forbindelser og sammenhænge frem for at forstærke et problem ved at fremstille det som noget, der kun er forankret i én person eller ét problemfelt.

De spørgsmål, man stiller som kliniker, bestemmer fokus og begrænser, hvad der bliver talt om. Stiller man spørgsmål om symptomer med henblik på at stille en diagnose, vil det signalere til klienten, at vedkommendes sociale problemer indtil videre er irrelevante. Det gælder især for klienter, der føler sig umyndiggjort i samtalen og i deres hverdagskontekst. En måde at udvide spørgsmålenes rækkevidde på er at være opmærksom på den vifte af områder eller felter, der kan stilles spørgsmål om. Derfor er det vigtigt, at klinikerne spørger til andet end blot symptomer og udvider afsøgningsfeltet til et større antal områder, uden at klientens forståelser skubbes i baggrunden af klinikerens antagelser. Disse felter omfatter adfærd, relationer, følelser, overbevisninger og mening (se Brown (1997) for en grundigere beskrivelse af disse typer af





spørgsmål). Vi har tilladt os at lægge et spørgsmål om „kropslig betydning“ til Browns liste. Lad os igen vender tilbage til eksemplet med klienten, der siger: „Jeg ser et mørke. Det er rædsomt, og det sortner mit sind.“

Eksempler på spørgsmål rettet mod bestemte områder:

1. „Hvad gør du, når mørket er der“ (adfærd)
2. „Hvordan påvirker mørket dine relationer til andre?“ (relationer)
3. „Hvilke følelser er forbundet med mørket?“ (følelser)
4. „Tænker du, at det er i orden, at mennesker oplever sådan et mørke?“ (overbevisninger)
5. „Hvad tror du, mørket fortæller dig?“ (mening)
6. „Hvis du var i stand til at føle mørket i din krop, hvor ville det så være?“ (kropslig betydning)

I hvert af de ovenstående eksempler accepterer klinikerens ordet „mørke“ uden at udfordre eller sætte spørgsmålstejn ved det og forsøger at få en dybere forståelse af klientens oplevelse af dette mørke. Klinikere kan også udvide mulighederne for at skabe tilknytning eller forskelle ved at udspørge forskellige personer om det emne, der fokuseres på. Denne udspørgen kan antage mange forskellige former. En af dem består i at stille hvert enkelt familiemedlem det samme spørgsmål, f.eks. „hvad er du mest bekymret for i øjeblikket?“ eller „hvad tænker du om problemerne?“ En anden form består i at stille en person spørgsmål om en anden person. Tager vi endnu en gang afsæt i det indledende eksempel, kan et spørgsmål til en forælder eller et andet familiemedlem f.eks. lyde:

1. „Hvad ser du, når X oplever mørket?“
2. „Hvad tror du, der sker i X's sind?“
3. „Har du også oplevet mørket?“

En anden måde at udvide spørgsmålet på er at spørge til relationen mellem to andre personer:

1. „Når X føler mørket, hvordan reagerer hans søster så?“
2. „Hvem i familien forstår bedst, hvad X føler? Hvad sker der efter din opfattelse mellem dem?“



De sidste to *cirkulære* spørgsmål har til formål at indhente mere information fra flere personer og kan øge antallet af nye perspektiver på et problem og de mulige måder at respondere på. I den Gregory Bateson-inspirerede Milanoskole inden for systemisk familierapi henviser cirkularitet til de feedback-loops af information, der forekommer i familiesystemer, og cirkulære spørgsmål er spørgsmål, der skaber den slags feedback-loops (Bateson, 1979; Selvini et al., 1980; Rossen et al. 2020). Cirkulære spørgsmål fremhæver generelt kompleksiteten i menneskelige handlinger og søger at afdække tilbagevendende mønstre i klienters adfærd frem for lineære årsag-virknings-forbindelser. Det kan skabe nye perspektiver og mere fleksible måder at respondere på.

Når samtaler med klienter og deres familier ikke kun handler om at indhente information om symptomer, kan de blive mindre assessment-agtige og i højere grad blive til en slags fælles undersøgelser eller diskussioner. Selv når det forventes, at der vil blive foretaget en formel assessment, kan der optræde muligheder for at forholde sig nysgerrigt til, hvad der er blevet sagt, og hvordan andre måske responderer på det. Disse undersøgelser kan være baseret på påskønnende lytning og fælles opdagelser, frem for at klinikere søger efter den objektive mening i det, klienter siger, eller at de sidder inde med alle svar, alle indsigter og al ekspertise. I de ovennævnte eksempler bestræber klinikere sig ikke på at opnå en fuld forståelse af det „mørke“, klienten taler om, men snarere at invitere vedkommendes familiemedlemmer til at tale om mørket på en måde, der kan udvide hver enkelt persons forståelse af, hvad det betyder.

### At udforske betydningen af klienters udsagn: klinikerens retoriske positionering

En undersøgelse af betydningen af en klients udsagn kan antage mange former afhængigt af, hvad der kan være gavnligt i den konkrete samtalekontekst. Eftersom gentagelser og 'my side tellings' ikke rummer formelle spørgsmål, begrænser de relativt lidt, hvordan klienten kunne respondere, eller hvad der forventes af denne respons. Ønsker klinikere at styre deres undersøgelser endnu mere uden at afspore klienterne, kan de vælge at stille spørgsmål, der opfordrer klienterne til at sige noget mere om betydningen af deres udsagn. Udfordringen for klinikerens er i denne forbindelse at undgå at lægge nye ord og betydninger i munden på klienterne. Det gør klinikerens ved at bruge de ord og emner, der optræder i klientens udsagn, i stedet for sine egne ord og



emner. Antag f.eks., at klinikeren bider særligt mærke i klientens brug af ordet „mørke“. Klinikeren kan spørge direkte ind til et ords betydning ved at bruge et åbent spørgsmål som i eksempel 1 nedenfor.

Klient: „Jeg ser et mørke. Det er rædsomt, og det sortner mit sind.“

Eksempler på mulige responser fra klinikerens:

1. „Hvad betyder 'mørke' for dig?“
2. „Jeg spekulerer på, hvad 'mørke' mon betyder for dig.“
3. „Jeg spekulerede på, hvad 'mørke' mon betyder for dig.“
4. „Jeg hørte dig bruge ordet 'mørke', hvilket fik mig til at spekulere på, hvad det mon betyder for dig.“
5. „Mens jeg sad her og hørte dig tale, begyndte mine tanker at kredse om ordet 'mørke', og det fik mig til at spekulere på, hvad 'mørke' mon betyder for dig.“
6. „Mens jeg sad her og hørte dig tale, begyndte mine tanker at kredse om ordet 'mørke', og det mindede mig om forskellige situationer, hvor jeg selv har oplevet et mørke i mit liv.“

Bemærk, at kun det første eksempel formelt set er et spørgsmål. De øvrige eksempler har en undersøgende karakter, men er reelt udsagn om klinikerens oplevelse af (tanker om) noget og inviterer klienten til at respondere. Det er måske den åbne brug af ordet „spekulerer“ eller som i eksempel 6 klinikerens beskrivelse af en personlig resonans med klientens udsagn, der muliggør sådan en invitation. Endvidere kan klinikerer vælge at involvere sig selv som en del af deres respons ved at tale om sig selv i første person. I eksemplerne 2-6 kommer klinikerens gradvist længere og længere væk fra at stille et direkte spørgsmål. Faktisk beskriver eller reflekterer klinikerens over sig selv, mens vedkommende responderer, og det skaber et indtryk af en refleksiv, selvobserverende position, der måske giver klienten en fornemmelse af, hvad der foregår inde i klinikerens i det øjeblik.

I nogle situationer kan mere ordrige spørgsmål være nyttige, fordi de giver klienten tid til at tænke sig om, men de kan også være komplekse at forstå. I det sidste eksempel (6) opbygger klinikerens en 'my side telling', der giver klienten mulighed for at overveje „mørket“ i andre menneskers (klinikerens) liv, hvilket kan have en normaliserende effekt. Vi mener dog også, at eksempel 6 kan være lettere risikabelt, i og med at svaret kan flytte samtalefokus



fra klienten til klinikerens og dermed tilsidesætte det tema, klienten har bragt på bane. På den anden side indebærer denne risiko også muligheden for, at klinikerens respons kan berøre klienten på en måde, der rækker ud over deres respektive samtaleroller. I sidste ende er alle mennesker forskellige, og der er ingen optimale spørgsmål, som kan stilles i enhver tænkelig situation. Derfor må vi opfordre klinikere til at være meget opmærksomme på klienten, når de vælger at respondere.

### Refleksion: at være tentativ

En af de mest veletablerede måder, klinikere kan udtrykke deres „indre“ tanker på, er brugen af reflekterende team, hvor to eller flere klinikere taler om klienten, mens denne er til stede (Andersen, 1987). En almindelig tilgang inden for den systemiske familierterapi i 1980'erne var at lade terapeuten arbejde med en familie, mens et team af superviserende medterapeuter enten observerede sessionen gennem et envejsspejl eller bistod terapeuten i konsultationslokalet. Andersen (1987) beskrev en situation, hvor han var med i et team, der observerede en session gennem et envejsspejl. Familiemedlemmerne var tilsyneladende kørt fast i et fokus på deres lidelser, og observationsteamet havde flere gange kaldt familierapeuten ud af konsultationslokalet og opfordret ham til at stille spørgsmål af mere optimistisk karakter. Anbefalingerne fik desværre ikke familierapeuten til at lave om på sine spørgsmål, og til sidst blev medlemmerne af det observerende team enige om at tilbyde familien, at den kunne overvære teammedlemmernes refleksioner over sessionen.

Normalt var det kun familierapeuten, der ville have haft mulighed for at overvære disse refleksioner, men det viste sig, at familien havde stor nytte af at lytte til teamets samtale. Tiltaget forskubbede positionerne i sessionen fuldstændig, fordi det reflekterende team nu ikke længere befandt sig i en distanceret observatørposition, men også blev observeret af familiemedlemmerne. De fik adgang til nogle af klinikernes refleksioner, oplevede en højere grad af transparens og fik indblik i nogle af klinikernes indre ræsonnementer. På en meget eksplicit måde blev klinikernes „indre“ tanker udtrykt i den „ydre“ verden, som de delte med familien. Teammedlemmernes refleksions-intervention vakte interesse internationalt og bidrog til udviklingen af reflekterende teampraksisser i mange kliniske og ikke-kliniske sammenhænge (White, 2000).



Refleksionerne adskiller sig, ikke kun på grund af den måde, de deles på, fundamentalt fra andre former for fortolkning, som klinikere udvikler og bruger som redskaber i deres terapier, eksempelvis hypoteser eller tolkning. Refleksioner har ofte et personligt islæt, i og med at klinikeren – hvis det menes at være til gavn for klienten – kan fortælle, hvad der resonerer i vedkommende på et personligt plan, mens sessionen finder sted. Spørgsmålet om, hvordan man reflekterer på konstruktive og psykoterapeutiske måder, og hvordan de psykoterapeutiske mekanismer og psykosociale effekter af reflektive praksisser skal håndteres, kræver dog yderligere teoretiske overvejelser og forskning.

Vi opfatter refleksioner som samtalerum, hvor klinikere kan bygge videre på det, de har hørt klienterne sige. Det foregår ikke kun i formelle, reflektive situationer, men kan også være en del af klinikerens generelle påskønnende attitude og sprogbrug. Vi mener, at der er to centrale og generelle kendetegn ved refleksioner, der kan få dem til at fremstå som mindre absolutte og dermed som mindre truende (Schriver et al., 2019). Målet er at sikre, at en refleksion ikke har karakter af en ultimativ sandhed, men altid blot repræsenterer én måde at se tingene på, hvorved den kan danne afsæt for en ny forståelse frem for at være en lukket container af fikseret betydning.

Det første af disse kendetegn er *at tage ejerskab til perspektivet*. Klinikere kan fremhæve deres ejerskab til refleksionerne ved eksplicit at tale fra deres egne positioner, f.eks. ved at sige:

- „Jeg hørte, at ...“ (snarere end „det lyder, som om ...“)
- „Jeg synes, det er interessant, at ...“
- „Jeg ville gerne høre noget mere om ...“ (snarere end „det er interessant, at ...“ eller „vi må finde ud af noget mere om ...“)
- „Jeg føler, at ...“ (snarere end „det føles, som om ...“).

Eksemplerne i parenteserne fremstår i højere grad som kendsgerninger udtalt af klinikeren og lægger større pres på klienten for at få vedkommende til at godtage, hvad der bliver sagt. Når klinikere markerer ejerskabet til deres egne synspunkter, har klienterne mulighed for at mene noget andet, være uenige og at tænke på deres egen position *i relation til det, klinikeren har sagt*.

Det andet kendetegn er *at være tentativ*. Her vil klinikere ikke formulere deres refleksioner som uomgængelige sandheder, men som tentative og ufærdige idéer, der kan diskuteres, og som der kan være andre perspektiver på. Det



kan gøres ved hjælp af ord som „måske“, „kunne“, „nogle gange“ osv., men også ved at tilføje eksplicitte forbehold såsom „jeg tager muligvis fejl nu...“ eller svække påstande ved at sige „jeg spekulerer på, om ...“ (i stedet for „jeg tænker, at ...“ eller „tydeligvis ...“). Man skal dog være opmærksom på, at en tentativ tilgang kan overdrives, hvis der tages så mange forbehold, at det bliver svært for andre at fange de centrale budskaber. Endelig bør en tentativ tilgang have en åben og ikke-kategorisk karakter, der indbyder til yderligere refleksion og diskussion, i stedet for at være en serie dirigerende budskaber pakket ind i retorisk åbenhed.

Ifølge Andersen (1987) bør refleksioner være prøvende eller tentative, ikke-dømmende og forbundet med de tidligere dele af en samtale, og de bør indeholde idéer, der er anderledes – men ikke *for* anderledes – end familiernes egne idéer eller forestillinger. Ved at kombinere Andersens (1987) idéer med inspiration fra White (2000) har vi udviklet nogle retningslinjer for formulering af sikre og personlige refleksioner med følgende tre elementer:

1. Sig, hvad du hørte tidligere i samtalen
2. Sig, hvordan det, du hørte, resonerede i eller berørte dig
3. Formuler din interesse sådan, at det fører til en respektfuld undren eller spekulation.

Det første element sikrer, at refleksionen er forankret i den forudgående samtale og tjener til at retfærdiggøre, at klinikerens fremhæver den. Vi vil foreslå, at man så vidt muligt citerer klienten ordret. Kan man ikke lige huske, hvordan ordene faldt i løbet af samtalen, skal man til gengæld sige det og derefter henvise mere generelt til de emner, man har hørt klienten tale om, med et minimum af fortolkning. Det andet element kontekstualiserer refleksionen yderligere, samtidig med at det gør refleksionen mere personlig og forståelig. Vi finder det vigtigt ikke at normalisere de tanker, der udveksles, så meget, at det minimerer klientens bekymringer over situationen. Denne komponent åbner også mulighed for at tilføre samtalen noget, det kan være svært at sætte ord på. Det tredje element går ud på at etablere en inviterende undren, som klienten kan vælge at respondere på eller ej. Her følger yderligere en række eksempler på mulige refleksionsformer:

Klient: „Jeg ser et mørke. Det er rædsomt, og det sortner mit sind.“



1. „Jeg hørte dig tale om 'et mørke'. Ordet 'mørke' føltes tungt i brystet på mig, og det fik mig til at spekulere på, om 'mørke' måske er et udtryk for en eksistentiel bekymring hos dig.“
2. „Jeg er muligvis galt afmarcheret, men jeg fik en fornemmelse af, at du måske er overvældet af det 'mørke', du talte om.“
3. „Da jeg hørte dig tale om 'et mørke', fik det mig til at tænke på, hvordan det mon påvirker dit hverdagsliv. Jeg spekulerer på, om det er noget, du har tænkt over.“
4. „Jeg er rørt over og en lille smule overvældet af dine ord, og jeg ved ikke helt, hvad jeg skal sige nu. Det må du undskylde, og jeg håber, at det er o.k. med dig for nu.“

Bemærk, at refleksioner også kan deles i et team af reflekterende klinikere, der taler sammen, mens klienten lytter. Her vil ordvalget dog ændre sig en anelse, f.eks.: „Jeg hørte *Benjamin [klienten]* tale om 'et mørke'. Ordet 'mørke' føltes tungt i brystet på mig, og fik mig til at spekulere på, om 'mørke' måske er et udtryk for en eksistentiel bekymring hos *ham*.“

Som nævnt mener vi, at det er af central betydning for denne proces, at man tager udgangspunkt i en forpligtelse til at holde sig så tæt som muligt på klientens ord. I eksempel 2 introducerer klinikerens forestillingen om at blive „overvældet“, men tager dog forbehold („jeg er muligvis galt afmarcheret“) og fremhæver klientens ord „mørke“. I eksempel 3 nævner klinikerens „mørket“ til at begynde med og tager ejerskab til sine bekymringer for klientens hverdagsliv, og i eksempel 4 omtaler vedkommende ligeledes klientens ord indledningsvis, men afslører derefter sin egen sårbarhed og usikkerhed. I det sidste eksempel undskylder klinikerens sin respons. Det kan betragtes som et forsøg på at stoppe klienten i at tage det for givet, at klinikerens respons er relateret til klienten. I både eksempel 2 og 4 knytter klinikerens et forbehold til sin respons.

Man skal også bemærke, at de ovennævnte tre elementer kan udtrykkes i en hvilken som helst rækkefølge, ja tilmed samtidig, som f.eks. i 'my side tellingen': „Jeg hørte ordet 'mørke'?“ (udtalt med nonverbal „tyngde“).

Klinikerens refleksioner artikulerer ufærdige og tentative påstande om klienten, med støttende begrundelser. Disse refleksioner kan ofte rumme elementer af klinikerens indre dialog. Rober (1999) har opstillet en tretrinmodel for en refleksionsproces, der kendetegner klinikerens brug af sine indre stemmer. Første trin, *inspiration*, betegner klinikerens åbenhed over for sin



- vi er til for dig

personlige følelsesmæssige respons. „He [sic.] then searches for a constructive way to use them in the conversation so that a space is created for the not-yet-said“ (Rober, 1999, side 8). Andet trin, *mod*, er det stadie, hvor klinikerens omsætter inspirationen til handling. Det kræver mod på grund af uvisheden om den andens respons på refleksionen. Tredje trin, *observation*, består i klinikerens forsøg på at afgøre, om refleksionen har været meningsfuld for samtalepartnerne og måske har åbnet et rum for det-endnu-usagte. Vi finder Robers beskrivelse nyttig, især hvad angår klinikerens søgen efter konstruktive måder af bruge indre stemmer på (hvilket vi nogle gange har oplevet som hektisk, når vi har følt os fortabte og uden gode idéer til at komme videre) og det mod, der skal til for at artikulere dem, også når de ikke fik os til at føle os kompetente eller sikre. Samtidig spørger vi os selv, om Robers model ikke overser noget vigtigt om den modige brug af de indre stemmer, når klinikere *artikulerer* dem. Måske kan artikulation være et mellemlid mellem „mod“ og „observation“?

## 'Respektløshed': om ikke at tage sine egne idéer for alvorligt

Den sociale og kulturelle kontekst, som kliniker og klient mødes i, har betydning for den terapeutiske relation. Sundhedsvæsenets institutionelle strukturer har en magt, som påvirker relationerne mellem dem, der praktiserer omsorg, og dem, der modtager den. Udfordringerne ved kommunikationen er forbundet med klinikerens og klientens respektive sociale positioner i forhold til hinanden, både i sundhedssystemet og i det omgivende samfund (se kapitel 4 om patientens møde med de psykiatriske institutioner).

Når vi ser på karakteren af relationen mellem kliniker og klient/klienter, er det også væsentligt at overveje de strukturer, der former og giver vores kliniske interaktioner mening, nemlig de kontekster, der ligger uden for samtalen. Mange af os udfylder vores kliniske roller gennem tildelingen af forskellige arbejds-skift og inden for disse skift at blive tildelt forskellige klienter, terapeutiske opgaver, ansvar og krav om dokumentation. For nogle klinikere er opgaverne, der skal udføres inden for en given tidsramme, meget omfattende. En sådan måde at planlægge og strukturere arbejdet på er en vigtig del af komplekse sundhedsorganisationers løbende drift, og det kliniske arbejde er organiseret omkring en styringsdiskurs, der er effektivitetsfokuseret, samtidig





med at den lægger bånd på personalets handlefrihed og kreativitet (Dawson et al., 2019, 2020; Varcoe & Rodney, 2001). En arbejdsplan eller en opgave-delegering er kun i ringe grad – om overhovedet – opmærksom på kvaliteten af de øjeblikke, der tilsammen udgør den tid, der tilbringes på en vagt, og muligheden for interpersonel respons og refleksioner kan tilsyneladende være sat i parentes.

I sundhedsfaglige og offentlige diskurser betragtes sygeplejersker som personer, der i kraft af deres position har særligt gode muligheder for at praktisere patient-centreret pleje og omsorg. I modsætning til læger, der først og fremmest værdsættes for deres viden og tekniske færdigheder, bliver sygeplejersker primært værdsat for deres evne til at udvise medfølelse, empati og omsorg (Lupton, 1995). I forhold til deres kolleger bliver sygeplejersker generelt betragtet som mere åbne og tilgængelige, hvilket til dels skyldes deres konstante tilstedeværelse, lavere sociale status i sundhedsvæsenets hierarki, og fordi de i arbejdet er tæt på patienternes kroppe (Lawler, 1993). De relationer, sygeplejersker udvikler og opretholder i forhold til patienter, er blevet fremhævet som centrale for sygeplejen, fordi sygeplejersker i kraft af deres position har bedre muligheder for at kende og varetage enkelte patients særlige behov (Liaschenko, 1997) og påvirke deres sundhedsadfærd (Lupton, 1995). Selvom sygeplejersker generelt kan siges at befinde sig „tættere“ på klienter end andre klinikere, er der andre magtrelationer, der krydser hinanden og former hver enkelt plejesituation. Sygeplejersker er positioneret i andre hierarkiske sociale relationer, f.eks. hvad angår køn, klasse og etnicitet. Disse forskellige sociale positioneringsakser fletter sig ind i hinanden og danner unikke sociale positioner, der påvirker evnen til at lytte og tale (Spivak, 1988). Så selvom de teknikker, der benyttes inden for påskønnende lytning, muligvis kan modvirke en del af den paternalisme, der kendetegner pleje-klient-relationer, så erkender vi, at det vil være naivt at tro, at disse teknikker i sig selv kan skabe grobund for ligeværdige partnerskaber. Opmærksomhed på dominerende sociale relationer er et vigtigt redskab, når sygeplejersker engagerer sig i respektfulde terapeutiske møder.

Vi er meget inspireret af Cecchin, Lane og Rays (1992) begreb om „respektløshed“ (irreverence), der opfordrer til, at man ikke tager sine egne idéer for alvorligt, men at man holder dem ’let’. Ud fra et „respektløst“ perspektiv kan vi få øje på nogle af de strukturer og praksisformer, vi er nødt til at efterleve, men kan også se, at der er mulighed for at gøre noget andet. Denne



kvalitet kan være nyttig i studiet af påskønnende lytning. Vi hører sommetider klinikere sige, at deres opgaver ikke omfatter terapeutiske interventioner, eller at de har for lidt tid til at lave terapi. Begrebet „respektløshed“ sætter spørgsmålstegn ved formodningen om, at påskønnende lytning og terapeutisk respons udelukker hinanden, og betragter nuet – hvor langt det så end måtte være – som en terapeutisk mulighed. Ud fra denne forståelse kan det være svært *ikke* at forholde sig aktivt til „den andens“ menneskelige kvaliteter, når man giver medicin, tager en blodprøve eller spørger en person, hvordan vedkommende oplever sin sygdom. På samme måde kan vi ikke vide, hvordan vores verbale eller kropslige respons opleves af vores klienter, eller hvilke samtaler der kan være mulige i en bestemt kontekst. Ud fra en „respektløs“ position vil man søge efter lejligheder til at respondere terapeutisk i erkendelsen af, at meningen med nuet ikke kun defineres af de officielle og eksplicitte krav til sygeplejersken.

Mens læserne fordyber sig i vores idéer om påskønnende lytning, vil vi opfordre dem til også at være opmærksomme på alle de retninger, en bestemt teknik kan bevæge sig i, og derfor ikke opfatte vores tekst som en udtømmende beskrivelse af, hvad der kan ske. Vi bringer hver især en del af os selv med ind i en terapeutisk relation i et bestemt tidsrum på en specifik lokalitet, hvilket er med til at forme de interaktioner, vi indgår i. Vi vil opfordre læserne til at være lidt ’respektløse’, mens de hver især opdager, hvordan de – som klinikere og mennesker – både indfrier de faglige forventninger og forsøger at forstå denne måde at lytte og respondere på.

## Afslutning

Hverdagens plejesituationer rummer utallige muligheder for terapeutisk kommunikation med klienter i kliniske interpersonelle relationer. Den interpersonelle relation mellem sygeplejerske og patient er for længst blevet udpeget som fundamentet for god sygepleje og har siden Peplau (1988) indtaget en fremtrædende rolle i såvel teori som praksis. Betydningen af denne relation blev dog allerede nævnt i *Notes on Nursing* (2004) af Florence Nightingale, der argumenterede for, at det var nødvendigt at forstå individuelle patienters idiosynkrasier for at kunne yde den rette omsorg (Stein-Parbury, 2017). Peplaus teori leverede grundlaget for en relationel sygeplejepsis, hvor der



blev lagt særlig vægt på selvbevidsthed og selvrefleksion. Travelbees (2002) udbygning af Peplaus arbejde lægger særlig vægt på, at personlig identitet og individualitet også er relevant for det terapeutiske møde. Hendes begreb „den terapeutiske brug af selvet“ har i høj grad bidraget til formuleringen af, hvordan autenticitet er nødvendig for virkningsfulde relationer, der værdsætter sygeplejerskens interpersonelle styrke og stil. Flere teoretiske arbejder om sygeplejerskers forhold til omsorgsrollen har været af central betydning for terapeutiske relationer inden for sygepleje (se f.eks. Gadow, 1980; Newman, 2002; Watson, 1999), og dette har igen dannet grobund for teoretiseringen af kompleksitet og magtrelationer i relationelt plejearbejde (Doane & Varcoe, 2007; May, 1993).

Vi håber, at vores tilgang til påskønnende lytning kan ses som en videreførelse af denne tradition. Vi håber også, at en „respektløs“ position og en minimal betoning af den „korrekte“ forståelse og adfærdsmæssige forandring repræsenterer et signifikant brud med paternalistiske praksisformer. Endelig håber vi, at dette kapitel kan gøre det muligt for sygeplejersker og sygeplejestuderende at lytte til andre mennesker og hjælpe dem med at finde deres egne stemmer som et middel til at finde vej til et personligt meningsfuldt og givende liv.

## Invitation til refleksion

- Overvej, hvordan klienter ville respondere på den klinikerrespons, der er oplistet i kapitlets eksempler. Tænk over ligheder og forskelle og udpeg de responsformer, du betragter som mest/mindst nyttige for en klient i en given situation.
- Overvej påstanden om, at klienter er eksperter i deres egne erfaringer. Er du enig i denne påstand, eller udfordrer den dig? Hvordan kunne fortællerens oplevelse i den indledende case („Først og fremmest: Gør ingen skade“) være anderledes, hvis idéen om, at klienter er eksperter i deres egne liv, lå til grund for behandlingsfilosofien psykiatrisk sygepleje og praksis? Hvis du skulle lytte til denne person og respondere på en påskønnende måde, hvad ville du så sige?



- Tænk over din tilgang til at lytte. Vil du beskrive den som passiv, aktiv eller påskønnende? Hvilke teknikker til påskønnende lytning føler du dig så meget på bølgelængde med, at du måske selv vil bruge dem i en udvidelse af din relationelle praksis? Og frem for alt: Hvilke elementer af den påskønnende lytning ser du dig selv eksperimentere med, mens du løser alle de opgaver, du er blevet tildelt på din arbejdsplads?
- Når du hører noget, der resonerer i eller berører dig, hvad er det så, du lægger mærke til? Nogle mennesker lægger mærke til ord, der optræder i en respons, andre lægger måske mærke til følelser, atter andre erindrer oplevelser fra deres fortid, og nogle lægger måske mærke til fysiske eller kropslige fornemmelser.
- Tænk over nogle samtaler, du har haft for nylig, det kan være i din kliniske praksis eller i dit privatliv. Hvad lagde du mærke til ved andres måde at lytte til dig på? Var der tidspunkter, hvor du følte dig hørt og forstået, og andre tidspunkter, hvor det ikke var tilfældet? Hvordan mener du, at den *måde*, du blev lyttet til, påvirkede din oplevelse af at blive lyttet til?

## LITTERATUR

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Fam Process*, 26, 415-428. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x/abstract>
- Anderson, H. (2003). *Samtale, sprog og terapi. Et postmoderne perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature*. London: Wildwood House.
- Brown, J.E. (1997). The question cube: a model for developing question repertoire in training couple and family therapists. *J Marital Fam Ther*, 23(1), 27-40. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9058551>
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Fam Process*, 26(4), 405-413. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3319683>



- Cecchin, G., Lane, G. & Ray, W.A. (1992). *Irreverence*. Abingdon: Routledge.
- Council of Australian Governments (2017). *The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan*. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Dawson, L., River, J., McCloughen, A. & Buus, N. (2019). 'Should it fit? Yes. Does it fit? No': Exploring the organisational processes of introducing a recovery-oriented approach to mental health in Australian private health care. *Health (London)*. doi:10.1177/1363459319889107
- Dawson, L., River, J., McCloughen, A. & Buus, N. (2020). 'Every single minute and hour is scrutinised': neoliberalism and Australian private mental health care. *Sociology of Health and Illness*, 42(2), 277-292. doi:10.1111/1467-9566.13009
- Doane, G.H. & Varcoe, C. (2007). Relational practice and nursing obligations. *ANS Adv Nurs Sci*, 30(3), 192-205. doi:10.1097/01.ANS.0000286619.31398.fc
- Egan, G. & Reese, R.J. (2019). *The skilled helper: A problem-management and opportunity-development approach to helping* (11. udg.). Boston: Cengage.
- Eide, T. & Eide, H. (2007). *Kommunikation i praksis*. Aarhus: Klim.
- Gadow, S. (1980). Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing. I S.F. Spicker & S. Gadow (red.), *Nursing, images and ideals: Opening dialogue with the humanities* (s. 79-101). New York: Springer.
- Geldard, K. & Geldard, D. (2019). *Practical counselling skills – an integrative approach*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hummelvoll, J.K. (2013). *Helt – ikke stykkevis og delt* (4. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Katz, A.M., Shotter, J. & Seikkula, J. (2004). Acknowledging the otherness of the other: Poetic knowing in practice and the fallacy of misplaced systematicity. I J. Strong & D. Paré (red.), *Furthering talk: Advances in the discursive therapies*. Boston: Springer.
- Lawler, J. (1993). *Behind the screens. Nursing, somology, and the problem of the body*. Redwood City: The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc.
- Levinson, S.C. (2014). Action formation and ascription. I J. Sidnell & T. Stivers (red.), *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester: Wiley.
- Liaschenko, J. (1997). Knowing the patient. I S.E. Thorne & V.E. Hayes (red.), *Nursing praxis: Knowledge and action* (s. 23-38). Thousand Oaks: Sage.
- Lupton, D. (1995). Perspectives on power, communication and the medical encounter: implications for nursing theory and practice. *Nurs Inq*, 2(3), 157-163. doi:10.1111/j.1440-1800.1995.tb00166.x



Den svære samtale med patienten (Kommunikation for sundhedsprofessionelle, 2. udg, kap. 10, s. 214)



## Kapitel 10

# Den svære samtale med patienten

AF BENT FALK

### Indledning

En samtale kan være »svær« på to måder. Svær kan betyde *tung*, dvs. følelsesmæssigt belastende, og det tunge kan man ikke gøre noget ved. Man kan ikke vælge at blive mere ligegyldig over for andres smerte, end man er, og ligegyldighed i en hjælpende sammenhæng ville heller ikke være noget at stræbe efter. Svær kan imidlertid også betyde *indviklet*, og det *kan* man gøre noget ved, for det indviklede kommer af, at man ikke vil lade det tunge være så tungt, som det er.

Det er ikke let, men tungt, at skulle meddele en patient, at han ikke kan blive rask. Samtidig er det *enkelt*. Tungt og *indviklet* bliver det først i det øjeblik, hvor man vil forsøge at give ham denne sørgelige meddelelse, uden at han bliver ked af det. Det, der gør en samtale »svær« i betydningen »indviklet«, er m.a.o., at hjælperen vil forbedre virkeligheden ved at benægte den: *Så slemt er det vel ikke!*, aflede opmærksomheden fra den: *Nu bliver det snart forår!*, forsøge at lave den om gennem en form for ordmagi: *Det går nok!*, eller bestemme, hvordan den hjælptrængende skal reagere på sin virkelighed: *Op med humøret!*

En samtale kan ofte blive mindre svær, end hjælperen i udgangspunktet har været ved at gøre den til, og det er hensigten med dette kapitel at pege på, hvordan det kan ske. Nøglen er at gå *ind* i den *hjælptrængendes* virkelighed og lade være med at forsøge at få en magt over det, der sker i livet og i kontakten med den anden, en magt, som man alligevel ikke kan få.

Kapitlet vil introducere en *fænomenologisk* (sansende) og *eksistentialistisk* tilgang til den hjælpende kontakt, til supplement og korrektion af den udbredte psykoanalytisk prægede (spekulative) tilgang. Med fænomenologisk menes, at kontakten baserer sig på den umiddelbare *sansning* og beskrivelse af, hvad der sker i relationen (i kontaktfladen). Med eksistentialistisk menes, at den hjælpende samtale søger at klargøre, hvilke *valg* den hjælpssøgende må foretage for at hjælpe sig selv.

Fordelen ved at kunne arbejde fænomenologisk som supplement til andre



metoder (psykoanalytisk, adfærdsterapeutisk, systemisk, følelsesforløsende som fx primalskrigsterapi, hypnotisk som fx NLP, kognitivt) ligger i høj grad i kontakten. Den analytiske og diagnosticerende holdning søger en såkaldt objektiv (person-uafhængig) sandhed bag ved tingenes umiddelbare udseende. Dette kan bringe klarhed over mange ting på et naturvidenskabeligt plan, men det kan virke abstrakt og distancerende i menneskelige anliggender. Det er sjældent, at der er et person-uafhængigt svar på, hvad jeg som person skal vælge at gøre med mit liv; det afhænger af mine værdier, smag, erfaring og temperament. Og i mange daglige relationer virker det forstyrrende, hvis den anden ikke kan nøjes med at lytte til dét, man har at berette om sit livs vanskeligheder, men straks skal til at reparere på det med forklaringer og gode råd.

I forhold hertil er den fænomenologisk-eksistentiale undersøgelse i samarbejde med den hjælpsøgende af hans/hendes oplevelse af sin situation både mere kontaktfuld, mindre anstrengende for begge parter og mere jævnbyrdig. I praksis betyder det, at man skal undersøge

- hvordan den hjælpsøgende synes, hans/hendes livssituation er
- hvordan han/hun ønsker, at den skal blive
- hvad han/hun selv kan gøre for at bidrage til, at dette sker
- hvad han/hun selv vil gøre for at bidrage til, at det sker.

Det kan også siges endnu enklere: Alle hjælpende samtaler handler om ønske (motivation) og frygt (modstand) i forbindelse med det, man ønsker. Den fænomenologisk-eksistentielle arbejdsmåde interesserer sig for, at den hjælpsøgende erkender sit ønske og sin frygt, sådan som disse modsatrettede kræfter foreligger her og nu, for derefter at afveje dem mod hinanden. Her spiller spørgsmålet om, hvordan ønsket og frygten evt. har rødder tilbage i den pågældendes fortid, en tilbagetrædende rolle. Det skal forstås således: Et menneskes livshistorie kan være meget vigtig som hjælp til at kaste lys over dets identitet og de integrerede værdier (ønsker), der som livstemaer har givet retning til dets valg. Men dilemmaer løses ikke i fortiden; de løses her og nu. Og smerte ved det nærværende liv skal ikke bæres i fortiden; det er her og nu, jeg skal finde en lyst (et ønske), der er stor nok til, at jeg trods smerten (frygten) vælger livet frem for døden.





## Den fænomenologisk-eksistentielle samtale

### 1. At se, hvad der er

At samtale fænomenologisk vil sige at bestræbe sig på at se, hvad der er, uden at lade sig forstyrre af, hvad der burde eller plejer at være, hvad man ville ønske, der havde været eller skal komme, eller hvad man frygter, der har været eller vil komme. Det indebærer, at man som hjælper så vidt muligt sætter parentes om sine fordomme og erfaringer, eller i det mindste holder sine fortolkninger af den andens ord og adfærd i et løst greb, så man kan lade sig korrigere af, hvordan den hjælptrængende tolker sig selv. *Jeg kan se, du er ked af det*, kan være en helt naturlig vending i mødet med den anden. Men strengt taget er det en overdrivelse af ens egne evner, så det er en god ting en gang imellem at nøjes med at sige: *Jeg synes, du ser ked ud af det*.

Vi ved ikke for alvor, og slet ikke på forhånd, hvordan det er at være den anden, og det bliver anstrengende for begge parter og usikkert, hvis vi forsøger at gætte det; især hvis vi insisterer på at have gættet rigtigt. Det er enklere og mere præcist, hvis hjælperen nøjes med at tale om det, som han godt ved. Han ved noget om sin egen oplevelse i situationen, altså hvad han *sanser*, og hvordan han *foreløbigt tolker* det sansede.

Det gælder med andre ord for hjælperen om at være *konstruktivt uvidende* i mødet med den anden. Jeg taler ikke om at spille dum. Det ville være en manipulation. Jeg taler derimod om at huske på, at man ved ethvert møde er »dum« i den forstand, at ethvert menneske er unikt, og at jeg derfor ikke kan vide andet om den anden end det, som han vælger at fortælle mig. Det er i orden som hjælper at tro, at man ved, så længe man ved, at det bare er noget, man tror.

I den forbindelse er det vigtigt at holde sig for øje, at den anden ud fra en fænomenologisk betragtning altid taler sandt. Det er ikke nødvendigvis sandt, hvad han fremlægger af konkrete data, og hvis det er sandt, er det ikke nødvendigvis hele sandheden. Disse konkrete fakta er samtalens *indhold* til forskel fra dens *proces*. Det kan godt være, den hjælptrængende er bange eller ked af det, men alligevel siger, at han har det fint. Det er i så fald ikke sandt i indholdsmæssig forstand, eller det er kun en del af, hvad der er sandt. Men den hjælptrængende siger altid noget sandt om samtalens proces. Han siger på et metaplan (dvs. som kommunikation om kommunikationen) noget om, hvilken grad af åbenhed og nærhed han har lyst til at have i forhold til hjælperen i dette øjeblik *nu*. Det er efter denne forfatters opfattelse uetisk i en hjælpende samtale (til forskel fra fx et interview eller et krydsforhør) at gå bag om en sådan grænse, og det ville næppe heller give nogen god (tryk og værdig) kontakt, hvis man forsøger på det. Hjælperen har lov til at være skeptisk med hensyn til den faktuelle sandhed af, hvad den anden siger. Og



selv om hjælperen ikke havde lov til at være det, ville han være det alligevel, hvis det var det, han var. Så han må tage sin evt. skepsis med hensyn til samtalens indhold til efterretning. Han kan vælge at fortælle den anden om sin tvivl eller forvirring, eller han kan vælge at holde dette for sig selv – se nedenfor. Hvis han vælger at sige noget om det, fungerer det bedst (i forhold til kontakten) som et *jeg-udsagn* i stedet for et *du-udsagn*. Det er altså bedre at sige: *Jeg må indrømme, at jeg har svært ved at tro det ud fra, hvad du ellers har sagt om ham/hende/dem/det*, end at sige: *Du lyver/holder noget tilbage/modsiger dig selv*.

Den anden plejer at bære over med – eller være ligeglad med – hjælperens begrænsninger, fx hans manglende evne til at tro eller forstå, hvorimod den hjælptrængende plejer at have svært ved at udholde, at der bliver sat spørgsmålstegn ved *hans* evner eller moral, fx hans sandfærdighed.

Hjælperen kan som nævnt også vælge at beholde sin skepsis for sig selv, enten for øjeblikket eller under hele mødet. Hvis den ikke lægger beslag på meget af hans opmærksomhed, kan det være en god idé og god etik at vente til det øjeblik, hvor den hjælptrængende er klar til at fortælle noget mere om det, der *også* er sandt, i tillæg til, at det er sandt, at han gerne vil beskytte sig selv mod overgreb.

I forhold til den hjælptrængendes »modstand«, dvs. den *frygt*, der får ham til at skjule noget, der kunne være nyttigt for ham at få sagt i sammenhængen, gælder loven om forandringens paradoks (Beisser 1970).

Loven om forandringens paradoks siger, at man ikke ændrer sig (kun ændrer sig overfladisk), så længe man forsøger at blive, hvad man ikke er, men først når man helt og fuldt identificerer sig med, hvad man er.

Det betyder her bl.a., at når den hjælptrængende godt må være bange, så bliver han mindre bange, hvorimod han, hvis han skal »tage sig sammen« og være tapper, bliver mere bange og sandsynligvis vil passe endnu mere på sig selv, også der, hvor det kunne være i hans egen bedste interesse at være mere åben.

I denne forbindelse vil jeg advare mod, at hjælperen forsøger at »afkode« den hjælptrængendes kropssprog for dermed at trænge bag om hans forsvar. Kropssprog er lige så tvetydigt som alt andet sprog, så også her vil det være relevant, at hjælperen holder sin tolkning i et løst greb. Vælger han at sige noget om, hvad han lægger mærke til hos den anden, vil det ofte være den enkleste, mest virkningsfulde og samtidig mindst invaderende (krænkende) måde at introducere sin tolkning på. Dvs. at han lægger sin iagttagelse (sansning)



frem, overlader det til den anden, om han selv vil tolke det iagttagne, og i givet fald tager hans tolkning til efterretning som dét, han, den hjælptrængende, i øjeblikket er villig til at sige om den ting. Altså i princippet hellere: *Nu bliver du vældig urolig, end: Nu kan jeg se, at du bliver bange.*

Selve frygten kan man nemlig ikke se. Den hjælptrængendes uro kan betyde mange ting, fx utålmodighed, vrede, smerte, eller at han har brug for et bækket, og man kan ikke uden videre »se«, hvilken betydning der er den rigtige. Hjælperens forestilling om, at uroen skyldes frygt, kan være hans projektion (dvs. at hjælperen selv ville være bange i den hjælptrængendes situation og så lægger (projicerer) sin egen frygt over i ham).

## 2. At vælge ud fra, hvad der er

Fænomenologi kan ifølge ovenstående kort beskrives som bestræbelsen på at se, hvad der er, uden at lade sig forstyrre af, hvad der burde være. Eksistentialisme hænger nøje sammen med fænomenologi. Den er en livsholdning, der lægger vægt på at træffe væsentlige og ansvarlige valg ud fra, hvad man – fænomenologisk – har set (erfaret), at der er, igen uden at man lader sig forstyrre af, hvad der burde være.

For at undgå misforståelser: Eksistentialismen beskæftiger sig også meget med værdier, altså med, hvad »man« eller en given enkeltperson bør gøre. Den slår imidlertid fast, at man ikke kan komme fra, hvor man er, hen til hvor man gerne vil være, eller ifølge sine værdier synes, man burde være, uden først at tage alvorligt, at man i øjeblikket er, hvor man er (Hostrup 2009, s. 36-56; 93-96; 105).

Fx er der næppe nogen alkoholiker, der begynder at gøre noget alvorligt for at blive afholdende, før han tager alvorligt, at hans måde at drikke på skaber problemer i hans liv, og at han ikke (længere) har samme grad af frihed i forhold til selv at regulere alkoholindtagelsen, som han ville ønske, han havde, eller synes, han burde have.

Man kan også sige det sådan, at eksistentialisme er at træde ind i den virkelighed, der virker, og det er altid den oplevede virkelighed. Det eksistentielle er dét, der gør en væsentlig forskel i praksis, til forskel fra en virkelighed, man alene spekulerer eller drømmer sig til og aldrig har erfaret på sin egen krop.

Hvis ens væsentlige erfaring med hunde er, at man engang er blevet bidt af en, vil denne erfaring gøre én bange for hunde, selv om man med hovedet »ved«, at netop denne hund ifølge sin herre »ikke er spor farlig«. Kun ny erfaring kan ændre gammel tro. I adfærdsterapi kaldes dette for *afbetingning* eller *udslukning* af en betinget refleks. En betinget refleks er en automatisk (og dermed unuanceret) reaktion på et bestemt sanseindtryk, der engang



har været ledsaget af en særlig stærk lyst (positiv forstærkning) eller frygt (negativ forstærkning). Problemet med den negative forstærkning er, at den får den pågældende person til at undgå enhver kontakt med det skræmmende, hvorved han afskærer sig selv fra ny indlæring, der kunne gøre hans reaktion mindre panisk og mere relevant i den givne situation. Hans reaktion er med andre ord blevet *fobisk*.

### 3. Fobiske reaktioner og forandringens paradoks

Målet med den hjælpende samtale er efter denne forfatters opfattelse at bidrage til, at den hjælptrængende bliver den, han hele tiden har været, men ikke har turdet se i øjnene, at han (også) var. Fx gammel, syg, bange, vred, jaloux eller glad over at være i live, selv om han er ked af, at en anden er ved at dø. Det handler for hjælperen om med et opmærksomt og ærligt nærvær og en ikke-moraliserende (konstaterende) holdning at støtte den anden i at turde være den, han er, dér hvor han er det. Det drejer sig altså om at støtte ham i at være *hel, nærværende og ansvarlig* i sit eget liv (Falk 2009, s. 212-219).

Det er samtalsens *proces*, som er det primære i kontakten. Først når kontakten er god, har den hjælptrængende overskud til at se på samtalsens konkrete indhold (Hostrup 2009, s. 97).

Samtalsens *indhold* drejer sig om ting, den hjælptrængende skal tage stilling til, og om den form for pædagogik (adfærdsmodifikation), der peger på en mere nyttig måde for ham at bruge sine ressourcer på.

Som mål for den hjælpende samtale kan man sætte: at den hjælptrængende indfinder sig dér, hvor han er, for med virkeligheden som udgangspunkt at kunne vælge, hvor han gerne vil hen, og hvilken vej han vil gå for at komme der. Opfyldelsen af denne målsætning indebærer ofte, eller måske altid, et element af afbetingning af fobiske reaktioner over for virkeligheden, såvel den indre, psykiske, som den ydre, praktiske.

Afbetingningen, dvs. de nye erfaringer, der kan skabe en ny tro, kræver uomgængeligt, at den hjælptrængende bliver udsat (eksponeret) for noget af det, han hidtil har troet, at han ikke kunne tåle. En samtalehjælper, der ikke hos sig selv kan finde den tilstrækkelige fasthed (»hårdhed«) til at konfrontere den hjælptrængende med virkeligheden og hans eget medansvar for den, vil ikke for alvor kunne hjælpe ham, men bør søge supervision til opgaven eller vælge en anden opgave i livet. Det samme gælder den hjælper, der i en bevidstløs »rigtigheds« navn går hen og bliver »hård« uden indføling, dvs. uden sans for, hvor den anden er henne i sin egen *proces* lige nu. Vi bør efter nærværende forfatters mening bestræbe os på, at det, vi siger, er sandt. Det



- vi er til for dig

er imidlertid ikke det samme som, at vi skal sige alt, hvad der er sandt, hele tiden. Det sande skal være relevant i forhold til at hjælpe den anden til at hjælpe sig selv, og det skal være understøttet af en god kontakt mellem de talende. Ellers er det »sande« kun sandt i en overfladisk og måske destruktiv forstand. Og dét, at vi skal tale sandt (autentisk) om de ydre omstændigheder og livets indlysende vilkår, giver os ikke ret til at sige alt, hvad der efter vores opfattelse er sandt om den anden, dvs. at karakterisere og kritisere ham.

#### 4. Skyld, skam og forandringens paradoks

Det, folk viser sig at være fobiske over for i en hjælpende samtale med et eksistentielt indhold (dvs. at den handler om valg med væsentlig betydning for den pågældendes liv og livskvalitet), er typisk noget, der vedrører deres selvbillede, dvs. handler om skyld og skam.

Skam er forestillingen om, at jeg ikke må være den, jeg er, for så bliver jeg udstødt af fællesskabet.

Skyld er forestillingen om, at jeg ikke må gøre det, jeg gør, for så bliver jeg straffet.

Et kernepunkt i den hjælpende samtale er at kunne arbejde med skyld og skam uden at komme til at forstærke den. Et almindeligt forsøg på at løse den opgave går ud på at undgå emnet (undgå enhver konfrontation med noget ubehageligt, jf. ovenfor) eller at undskylde skylden og benægte skammen hos den hjælptrængende. Fx således: *Det kunne du da ikke gøre for!* Eller: *Det er da ikke noget at skamme sig over!* Det er en velment form for trøst, som desværre sjældent eller aldrig virker efter hensigten – den hensigt at skaffe lindring hos den anden. Virkeligheden kan ikke trøstes bort.

Det, der trøster, er at gå ind i virkeligheden, evt. sammen med en hjælper, for på det svære sted (det fobiske punkt) at erfare, at man selv har ressourcer til at overleve det svære og forblive i live (forblive i en vigtig relation) trods det svære.

Den falske trøst (den, der med ordmagi forsøger at lave virkeligheden om) forøger skylden over den skade, en hjælptrængende mener at have forvoldt, med skylden over at »føle forkert«; og den forøger hans skam over at være anderledes, end han/de ville ønske, han var, med skammen over at være »sart« eller »skør« (har forkerte værdier). I heldigste fald bevirker hjælperens



benægtelse af den andens skyld og skam måske en forbigående lindring, indtil den hjælptrængende igen ligger alene i natten og vender sig på lejet uden at kunne finde fred. Og: Ofte kommer der end ikke en forbigående lindring ud af denne form for symptombehandling, der går efter at ændre følelser/oplevelser uden at ville tage deres årsag alvorligt. Den hjælptrængende får i så fald bare en oplevelse af ikke at blive »forstået«, dvs. hørt, hvilket medfører en skjult eller åbenlys irritation hos ham – og/eller en opgivelse af forsøget på at få kontakt med den pågældende hjælper.

Paradokset (den tilsyneladende selvmodsigelse) (Beisser 1970) er, at den hjælpssøgende, også hvad de plagsomme fænomener: skyld, skam, mindreværd osv. angår, må hjælpes til at *identificere sig med sin oplevelse*, hvis han skal hjælpes i det hele taget. Dette er enklere, end mange hjælpere tror, så længe de er mere eller mindre fobiske over for deres egne og livets *skyggesider*. I så fald kunne et stykke selverkendelsesarbejde i en ikke-moraliserende, konstaterende atmosfære være et arbejds punkt for et supervisorsforløb med vedkommende. I *virkeligheden* – det vil helt bogstaveligt sige: Hvis hjælperen vover at gå ind i den oplevelse, der påvirker den hjælptrængende lige nu – er det enkelt at bekræfte hans oplevelse af, hvordan det er et være ham i den givne situation.

Helt inde ved kernen handler det om anvendelsen af de tre ord: Ja, Og, Nej – alt afhængigt af sammenhængen (Falk 1996, s. 51-54).

#### Eksempel med Og

Pointen med ordet Og er først og fremmest, at det lader livets *ambivalenser* stå med fuld vægt, i modsætning til *Men*, der spiller den ene del af ambivalensen ud mod den anden og dermed svækker ét af elementerne i den – eller dem begge. Ambivalens betyder, at flere værdier er aktive (virker) *på samme tid* for en given person i en given situation (se s. 225).

Det kan handle om ambivalensen mellem dét, man kan lide ved et bestemt menneske, og dét, man ikke kan lide. Det er udtryk for en voksen modenhed at kunne *rumme* en sådan modsætning inden for en helhedsopfattelse af den pågældende person, i stedet for at skulle have modsætningen til at forsvinde gennem en *polarisering* (opsplitning) i sort og hvidt, hvor man spiller det positive ud mod det negative eller omvendt og enten forkaster eller idylliserer den pågældende. Kommunikationsmæssigt fremhjelper ordet Og rummeligheden, og ordet *Men* opsplitningen.

Det kan også handle om ambivalensen mellem *ønske* og *frygt* i en bestemt situation, mellem lyster, der ikke lader sig forene, eller ting, man frygter, og hvor undgåelse af en eller flere af dem vil medføre, at man bliver udsat for nogle af de andre. Hvis S fx siger: *Det er alvorligt, men du har en chance,*



bliver både alvoren og håbet svækket i patientens (P) oplevelse af det sagte. *Men* kommer i praksis til at virke som en benægtelse. Prøv selv at indsætte ordet *Og*, evt. med et lille eftertryk, i nogle af de sætninger, hvor du plejer at sige *Men*, og mærk forskellen.

I de følgende eksempler – og i denne tekst i det hele taget – er ordet *Og* kursiveret på steder, hvor det ville være almindeligt at sige *Men*, og hvor denne forfatter foreslår, at man overvejer at sige *Og* i stedet for (Falk 1996, s. 51-54).

#### Eksempel med Ja

Patienten (P): Jeg synes, det er min skyld.

Sygeplejersken (S): Ja. (Evt.: Ja, det kan jeg høre).

I en undervisnings- eller supervisionssammenhæng viser det sig, at mange hjælpere af alle kategorier tøver med at sige dette Ja. Deres frygt er, at de derved kommer til at udtale en objektiv dom om den andens skyld, eller ligefrem en fordømmelse af ham. I praksis fungerer det imidlertid ikke sådan. Selv uden tilføjelsen »det kan jeg høre« opfatter P i *denne sammenhæng* ordet Ja som, at S tager til efterretning, at P synes, hvad han synes, og at hun (S) tager hans synspunkt alvorligt. Dette virker ifølge nærværende forfatters erfaring *altid* som en lettelse og opleves som respekt fra hjælperens side.

Skulle det alligevel ske – alt kan jo tænkes – at den hjælpstrængende reagerer med noget i retning af:

P: Der kan du selv se! Du synes også, at jeg er (...), vil det være enkelt for hjælperen at svare fx:

S: Foreløbig synes jeg ikke noget som helst; jeg ved jo ikke ret meget om sagen endnu. Og jeg tager alvorligt, hvad du synes.

*Bemærk*, at det er den anførte sætning eller noget tilsvarende, der er tale om her, altså et udsagn om den hjælpstrængendes *oplevelse* af sin situation (hvad han synes). Hvis P derimod udtrykker en *konklusion* eller *dom*, fx: *Det er alt sammen min skyld*, skal hjælperen formentlig ikke nøjes med at sige Ja uden først at gøre det helt klart, hvad det er, hun siger Ja til. Det kunne fx hedde:



S: Ja. Sådan ser du altså på det. Det må være forfødeligt. Jeg er ikke sikker på, at jeg er helt enig. Det er sjældent, at en enkelt person har al skylden.

Derefter vil det være konstruktivt at undersøge, hvad det helt konkret er, P har gjort, tror, han kunne have gjort anderledes, og i tilbageblikket vurderer, at han *skulle* have gjort anderledes, jf. nedenfor. Eller, hvis P's udsagn allerede er tilstrækkelig konkret, fx:

P: Jeg skulle ikke have kørt så hurtigt. Det er (alt sammen) min skyld!, kunne svaret være:

S: Ja. Hvad netop den ting angår (fx at du kørte for hurtigt/var beruset/har kæderøget i 30 år), så er der desværre ingen, der kan tage fra dig, at du har været medvirkende til, at det skete.

S har hermed bekræftet det, der klart og uomgængeligt er virkelighed for den hjælptrængende. Hun har hjulpet ham til at vide dét, han allerede ved. Derefter vil hun temmelig sikkert se tegn på lettelse hos ham. Det kan fx være, at hun ser tårer i hans øjne, og så er det vigtigt at huske, at tårer ikke entydigt er tegn på sorg. Der kan være tale om lettelsens tårer, og de skal endnu mindre end andre tårer »trøstes« bort. Disse tegn kan S vælge at kommentere ved at konstatere:

S: Du virker lettet! – Så vil P sandsynligvis svare:

P: Ja! – Eller S kan vælge at spørge:

S: Hvad sker der? – Så vil P sandsynligvis svare noget i retning af:

P: Det lettede! – Hvis S derefter husker at være konstruktivt uvidende, vil det være nærliggende for hende at spørge:

S: Hvad var det, der blev lettere? – Dertil kan P tænkes at svare fx:

P1: Det er en lettelse at blive hørt. – Eller:

P2: Det er underligt, men det er som om skylden bliver lidt lettere.

Dette sidste ville være en illustration af *forandringens paradoks* (se s. 221), nemlig at den del af virkeligheden, der godt må være der, er lettere at udholde end den, der ikke må være der, og som er der alligevel. Selv om skylden ikke, eller endnu ikke, er forandret, så er der noget, der *er* forandret, nemlig den hjælptrængendes *kontakt* med den anden og dermed med sig selv. Det medfører igen en forandring i den hjælptrængendes *selvstøtte*. Han er nu i højere grad end før sin skæbne voksen.





- vi er til for dig

Det kan også siges sådan, at *skammen* (eller noget af den) i forbindelse med skylden er lettet. Når vi, uden at forsøge at benægte skammen hos den anden (eller os selv), rækker hånden til den anden (eller os selv), annullerer vi skammens *magt* til at true hans/vores eget liv og kærlighed (kontakt). Det, der hjælper i forhold til skam, er at identificere sig med – »je« – det skammelige.

#### Eksempel med Nej

P: Jeg synes altså ikke, det er min skyld.

S: Nej. (Evt.: Nej, det kan jeg høre). – Derefter kommer hendes (S) iagttagelse, som kunne være:

S: Det ser ikke umiddelbart ud, som om det hjælper dig at sige det.

Eller spørgsmålet:

S: Hvordan er det at få dét slået fast?

P vil så enten synes, hans påstand om at være uskyldig hjælp, eller at den ikke hjælp, afhængigt af, om han selv virkelig tror på sin uskyld. Det kan også være, han svarer »Både og«. Hvis der er nogle andre, som synes noget andet end ham selv, altså at den pågældende skade er hans skyld, er der tale om en konflikt, der ikke forsvinder, selv om P virkelig tror på sin påstand og dermed får fred med sig selv. Så foreligger der en *både-og* type situation (*ambivalens*, dvs. at mere end en følelse eller motivation er aktiv på samme tid, se s. 222). Efter P's svar, hvad det end måtte være, kan undersøgelsen gå videre, svarende til det ovenstående:

S: Hvad præcis (eller fx) er det, du/de synes, du skulle have gjort anderledes? – Eller:

S: Er der noget af det, de siger, der får dig til at overveje, om der alligevel var noget, du skulle have gjort anderledes? – I den forbindelse kan det være, P siger noget i retning af:

P: Ja, med det jeg ved i dag, så ville jeg bestemt/måske have gjort noget andet. Men det vidste jeg jo ikke. – Dertil ville S formentlig kun behøve at svare:

S: Nej.

Det er indlysende, at man ikke kan vide det, man ikke ved, før man får det at vide, og i al sin banalitet kan det være en stor lettelse at se på, at det er sådan, det er og nødvendigvis må være. Det kan hjælpe til, at man ikke stiller urealistisk høje krav til sig selv og dermed påtager sig en urealistisk stor skyld.

Man kan undre sig over, at det ofte er så svært for os at *få og bevare*



opmærksomheden på det indlysende. Det hænger formentlig sammen med, at vi ikke vil slippe kampen mod virkeligheden for at gøre den mindre lidelsefuld. Det skal vi heller ikke – dét, hvor det er udsigt til, at kampen kan lykkes. Men det er vigtigt at kunne give op, når al videre kamp er forgæves; og det er måske endnu mere vigtigt slet ikke at gå ind i nogen kamp, dér hvor det drejer sig om ting, som vi af principielle grunde ikke kan få magt over. Andre menneskers kærlighed (eller bare sympati) fx; den kan vi bare få som gave, og hvis vi forsøger at

- købe den,
  - true os til den (tage den med magt),
  - eller appellere os til den,
- er det ikke kærlighed eller sympati, vi får ud af det, men kun den andens
- egoisme (det kan betale sig for ham at være »kærlig«),
  - frygt
  - eller medlidenhed (skyldfølelse).

Så længe vi forsøger at få mere magt over begivenhederne, end vi af principielle eller praktiske grunde kan få, får vi mere oplevelse af skyld, end vi behøvede at have, for magt og skyld følges ad (Falk 1996, s. 43-44). Se s. 232.

Hvis hjælperen holder sig til sin konstruktive uvidenhed om, hvad den anden vil, kan og oplever, vil han ikke genere sig for at påpege det banale, dvs. det indlysende, i situationen, og det er nyttigt. Det banale er også det basale, og dermed dét, der virkelig gør en forskel i en hjælpende samtale. Det indlysende kan den hjælptrængende nemlig genkende, når bare der bliver peget på det (fænomenologi), og dét, han kan genkende, hjælper ham bedst.

Formidlet af den accepterende kontakt har P nu indfundet sig på sit sted i livet, og han er blevet hel i stedet for at dele sig mellem en del, der oplever skyld, og en anden del, der prøver at benægte skylden – en del i kraft af hvilken han muligvis appellerer til S om at støtte ham i benægtelsen. P har nu tilstrækkelig selvstøtte og tillid til S til, at hun kan foreslå en nærmere undersøgelse af den omtalte skyld (jf. s. 221):

S: Hvad er det præcis (eller: for eksempel) du har gjort, som du ville ønske, du havde gjort anderledes?

Kernen i denne undersøgelse er, at skyld og magt som nævnt følges ad. At være skyldig i noget betyder at have været årsag til det, og man kan kun være årsag (medårsag) til noget, man har eller har haft indflydelse (medindflydelse)



- vi er til for dig

på. Denne undersøgelse kan hjælpe P til at undgå eller til at overvinde en polarisering (opsplitning) mellem »al skyld« på den ene side og »ingen skyld« på den anden. Omfanget af hans medskyld svarer til omfanget af hans medindflydelse, hverken mere eller mindre, og medskyld plejer folk at kunne leve med. Det er det samme som medansvar, og der er ikke mange, der, når det kommer til stykket, ønsker at være helt uden ansvar ret længe ad gangen.

Hvordan hjælper man så en hjælptrængende, når man har hjulpet ham til at se den realistiske del af sin skyld i øjnene? Det er enkelt, hvis man som hjælper gør sig sit ønske i forhold til den anden klart. I sidste ende ønsker hjælperen formodentlig at hjælpe den anden til at overleve trods skyld, skam, frygt, smerter osv. Dette ønske leder S til følgende enkle spørgsmål til den ramte:

S: Hvad kunne hjælpe dig til at overleve (vælge at leve/kæmpe for dit parforhold med den skyld osv.?)

P vil temmelig sikkert svare med et udtryk for lyst, dvs. en glæde eller et ønske om en glæde (= en længsel). Det er, som ordsproget siger, *lysten, der driver værket*, og jo større værket er, jo større lyst (jo kraftigere motivation) kræves der for at tage fat på og evt. gennemføre det. Den østrigske læge, psykiater og psykoterapeut Victor Frankl overlevede sit ophold i koncentrationslejren Auschwitz, dels pga. den ydre omstændighed, at han var heldig ved nogle lejligheder, dels – og efter sin egen mening mindst lige så meget – pga. den indre omstændighed, at han ønskede at få genskabt den bog, hvis manuskript han havde mistet i forbindelse med sin tilfangetagelse (Frankl 1979).

I forhold til at bære skyld og skam er den kraftigste motivation og støtte dét at mærke, at der er nogen, der holder af én, og/eller at der er nogen eller noget, man selv holder af. Kærlighed giver mod til at bære skyld og skam, når den kærlige siger: »Jeg vil have dig alligevel«, eller når den skyldige og skammelige siger: »Jeg vil have livet alligevel, for jeg holder af (noget i) det.«

De mest konstruktive spørgsmål af alle til den hjælptrængende er derfor gang på gang disse: *Hvem/hvad elsker du?* – (Hvad kan du godt lide? Hvad ville du ønske, du havde? Hvad længes du efter? Hvad savner du? Hvad ville du gerne have haft?). Og: *Hvem elsker dig?* – (Hvem kan godt lide dig? Hvem ville savne dig?).



## 5. Meningen

Heri ligger også svaret på spørgsmålet om *meningen* med dét, der sker lige nu, og om *livets mening* i det hele taget. Den, der oplever *lyst* (glæde, kærlighed), spørger ikke efter livets mening så længe. Glæden, kærligheden må altså være livets mening, dvs. det, der gør livet *meningsfuldt*.

Det *meningsfulde* er det *værdifulde*. De andre betydninger af »mening«, såsom »plan«, »formål«, »straf«, »lærestreg« opererer med skemaet *årsag og virkning*, formentlig fordi den ramte forestiller sig, at hvis han kendte årsagen, kunne han lave virkningen om. (Hvis det gør ondt, fordi han har været ond, skulle det i princippet være muligt at få det godt igen ved at være god. Bortset fra, at det er svært at være god med tilbagevirkende kraft, og bortset fra, at naturen er ligeglad med, om vi er gode, så længe vi bare overholder fysikkens love) (Falk 1996, s. 70-72).

Forholdet mellem årsag og virkning er selvsagt et afgørende vigtigt skema inden for naturvidenskab og jura, hvor man spørger: »Hvordan virker det?« Og: »Hvem gjorde hvad?« Det er m.a.o. vigtigt i forbindelse med skyldens objektive dimension (hvem der var årsag til hvad, jf. ovenfor). Men det er ikke et vigtigt skema, når det gælder *motivationen til at leve trods smerter*, derunder smerten ved skyld og skam. At »det var min egen skyld« eller »lægens skyld« giver ikke »mod til at leve og kraft til at dø«, med et udtryk fra en af vore fædrelandssange (Rørdam 1932). Det giver bare dårlig samvittighed oven i al den anden lidelse. Springet fra konstatering af lidelse (fænomenologi) til dét at vælge livet (eksistentialisme) alligevel, sker ikke i kraft af årsag og virkning, men i kraft af et *begær* (ønske) efter livet (noget i livet), som er stærkere end det, den ramte *frygter* i forbindelse med at forblive i live.

Det er ikke lidelsen, der skal have mening; det har den forhåbentlig ikke. Det er livet, der skal have mening, dvs. være meningsfuldt. Meningsfuldt er livet, når noget i det er værdifuldt nok til, at vi synes, at livet som helhed er alle omkostningerne værd. (Falk 2009, s. 100-101).

### Prioritering af valgmuligheder

For at undgå misforståelser af ovenstående: Den lyst, der driver det *store* værk i et menneskes liv og livskriser, er ifølge sagens natur den *store* lyst, ikke enhver umiddelbar behovstilfredsstillelse uden hensyn til konsekvenserne for en selv og andre på længere sigt.

Hvis man forsømmer sine studier med den konsekvens, at man ikke består sin eksamen, kommer man til at ofre en stor, varig, men desværre fjern glæde



## 5. Meningen

Heri ligger også svaret på spørgsmålet om *meningen* med dét, der sker lige nu, og om *livets mening* i det hele taget. Den, der oplever *lyst* (glæde, kærlighed), spørger ikke efter livets mening så længe. Glæden, kærligheden må altså være livets mening, dvs. det, der gør livet *meningsfuldt*.

Det *meningsfulde* er det *værdifulde*. De andre betydninger af »mening«, såsom »plan«, »formål«, »straf«, »lærestreg« opererer med skemaet *årsag og virkning*, formentlig fordi den ramte forestiller sig, at hvis han kendte årsagen, kunne han lave virkningen om. (Hvis det gør ondt, fordi han har været ond, skulle det i princippet være muligt at få det godt igen ved at være god. Bortset fra, at det er svært at være god med tilbagevirkende kraft, og bortset fra, at naturen er ligeglad med, om vi er gode, så længe vi bare overholder fysikkens love) (Falk 1996, s. 70-72).

Forholdet mellem årsag og virkning er selvsagt et afgørende vigtigt skema inden for naturvidenskab og jura, hvor man spørger: »Hvordan virker det?« Og: »Hvem gjorde hvad?« Det er m.a.o. vigtigt i forbindelse med skyldens objektive dimension (hvem der var årsag til hvad, jf. ovenfor). Men det er ikke et vigtigt skema, når det gælder *motivationen til at leve trods smerter*, derunder smerten ved skyld og skam. At »det var min egen skyld« eller »lægens skyld« giver ikke »mod til at leve og kraft til at dø«, med et udtryk fra en af vore fædrelandssange (Rørdam 1932). Det giver bare dårlig samvittighed oven i al den anden lidelse. Springet fra konstatering af lidelse (fænomenologi) til dét at vælge livet (eksistentialisme) alligevel, sker ikke i kraft af årsag og virkning, men i kraft af et *begær* (ønske) efter livet (noget i livet), som er stærkere end det, den ramte *frygter* i forbindelse med at forblive i live.

Det er ikke lidelsen, der skal have mening; det har den forhåbentlig ikke. Det er livet, der skal have mening, dvs. være meningsfuldt. Meningsfuldt er livet, når noget i det er værdifuldt nok til, at vi synes, at livet som helhed er alle omkostningerne værd. (Falk 2009, s. 100-101).

### Prioritering af valgmuligheder

For at undgå misforståelser af ovenstående: Den lyst, der driver det store værk i et menneskes liv og livskriser, er ifølge sagens natur den store lyst, ikke enhver umiddelbar behovstilfredsstillelse uden hensyn til konsekvenserne for en selv og andre på længere sigt.

Hvis man forsømmer sine studier med den konsekvens, at man ikke består sin eksamen, kommer man til at ofre en stor, varig, men desværre fjern glæde



medmennesker. Hvis den anden holder af én og i øvrigt har mulighed for at opfylde bønnen, kan det være, han vælger at gøre det. I så fald ser han næppe på, hvad den bedende fortjener, men alene på, hvad han trænger til.

En »ren« bøn (dvs. uden manipulation) lader for øvrigt til altid at have en erfarbar (fænomenologisk) psykologisk virkning, hvad enten bønnen retter sig til mennesker eller en højere magt. Dét helt og fuldt at identificere sig med sit ønske virker livsbekræftende og giver paradoksalt nok styrke til at udholde, at ønsket ikke bliver opfyldt. Hvis jeg beder den anden om noget, som kun han kan give mig, har jeg gjort, hvad jeg kan for mig – også i en situation, hvor jeg sådan set »ikke kan gøre noget«. Hvis den anden så siger *Nej*, så ved jeg dét og kan gå ind i den virkelighed, der nu har vist sig at være virksom, i stedet for at blive hængende i et håb, der ikke kan opfyldes. I netop dén forstand kan det siges, at bønnen altid »virker«. Den hjælper altid den bedende til at gå ind i, at *det er, som det er*, hvilket, når det kommer til stykket, både er den sidste og den største trøst (Falk 2009, s. 198-199).

#### Eksempel 2: At sige »sandheden«

P: Skal jeg dø af det her?

S: Det ved jeg ikke. Det er alvorligt med dig, og vi gør alt, hvad vi kan. Er der noget, du vil tale om i forbindelse med, hvis det værste sker?

S har indset, at det ikke er muligt at fortælle P »sandheden« og samtidig sørge for, at han hverken bliver vred, ked af det eller bange. Og fordi hun har opgivet at gøre det umulige (vedstår sin afmagt), bliver hun ikke lammet af den og dermed spørgsmålet. Nu kan hun i stedet gå *ind* i spørgsmålet for at gøre det, der *er* muligt, nemlig at møde P *dér*, hvor han er, dvs. *i tvivl*. Det er nyttigt, for hvis tvivlen ikke må være der, går den under jorden og bider sig fast. Hvis den derimod godt må være der, opdager P, at den hverken udelukker kontakt eller livskvalitet (*livslyst*). Formentlig mærker han også, at han tvivler mindre/håber mere (den paradoksale forandring).

S *ønsker* at sige sandheden og *frygter* at være grusom. »Hele sandheden« for hende er muligvis, at hun ikke tror, P har nogen chance for at overleve sygdommen, og hvis hun fortæller det hele, kan der let ske det, at han forveksler hendes tro med en viden og mistænker hende for at være ligeglad, og så er det »sande« pludselig ikke sandt længere. Den samme *objektive* sandhed bliver ikke nødvendigvis den samme *oplevede* sandhed for de to samtalende, og det mener jeg, man som den stærke i samtalen skylder den svage at have blik for. Det har S i dette tilfælde. Derfor siger hun noget, der er sandt,



hinanden. Ellers er der fare for, at han ikke når frem til en beslutning, der kan holde til *hans* livs storme og holde sig selv i gang, også når hjælperen ikke længere hverken støtter, skubber eller kontrollerer.

Vil hjælperen ikke beskedent nøjes med at være *formidler* af den andens *opmærksomhed* på, hvad den hjælptrængende *selv* udtrykker (i begyndelsen måske uklart) om sine ønsker og sin frygt, kommer hjælperen i sin iver efter at gøre en forskel til at belægge den andens vanskeligheder med skam. Det blokerer for den ramtes vækst i stedet for at nærme den.

## 6. Dialog

Den form for samtale, der kræves i denne forbindelse, er således en ægte *dialog* til forskel fra andre måder at bruge sproget på (som fx agitation, belæring, moralisering, forførelse, bebrejdelse, krydsforhør, sladder, smalltalk, jeg-hører-lidt-på-dig-for-så-hurtigt-som-muligt-at-komme-til-at-fortælle-om-mig-selv).

En dialog er kendetegnet ved, at man udløser en reaktion hos den anden uden at forsøge at bestemme, hvad det skal være for en reaktion (jf. Hostrup 2009, s. 97; 104).

Det er en meget enkel måde at bruge sproget på, selv om den til at begynde med kan være svær at lære sig, hvis man har været mest vant til at bruge sine ord på jagten efter en såkaldt *objektiv sandhed*, hvad der i virkeligheden er det samme som en form for magtmiddel. Dialogen lever af umiddelbare *reaktioner* på, hvad den anden siger, i stedet for *spekulationer* om, hvad han »i virkeligheden« mener. Bliver man i tvivl om meningen med, hvad den anden siger, stiller man i dialogen et ukompliceret spørgsmål om den rette forståelse i stedet for at forsøge at gætte sig til svaret eller stille et *ledende spørgsmål* (maskeret udsagn), der skal udvirke et ganske bestemt svar, som fx:

- S: Tror du ikke, det ville være godt for dig at komme lidt op af sengen i dag?  
(Underforstået udsagn: Jeg vil gerne have, at du står op i dag). – Eller:  
S: Mener du virkelig det? (Underforstået udsagn: Jeg vil gerne have dig til at mene noget andet).

I stedet for at stille sådanne ledende spørgsmål er det enklere og mere kontaktfuld, hvis S, indtil noget andet har vist sig, tror på, at P lige har talt



- vi er til for dig

sandt om, hvad han mener (eller ønsker, at hun skal tro, at han mener), og så reagerer på den mening med tilslutning, forbavselse, chok, glæde osv.

En naturlig opfølgning efter denne reaktion vil ofte være en oplysning om, hvad hjælperen selv mener. Opmærksomheden skal dog henledes på, at dette er et *emneskift*, som det kan være en god idé at introducere med den høflige forespørgsel: »Vil du høre, hvad jeg mener?«

Dialogen søger at få klarhed, ikke at få ret. Eventuelle uenigheder mellem de samtalende *konstateres*, uden at man forsøger at fjerne dem ved at lave den anden eller sig selv om.

Og først og sidst er dialogen kendetegnet ved, at man »fægter med åben pande«, dvs. at man hele tiden vedstår sit ærinde (ønske) i forhold til den anden i stedet for at arbejde med en skjult *strategi* (manipulation).

Mange uddannede hjælpere har lært, at man »ikke må have en dagsorden«, når man deltager som hjælper i en samtale. Dette skal imidlertid ikke forstås så firkantet, at man slet ikke må ønske noget bestemt udkomme af samtalen. Både hjælper og hjælptrængende er *motiverede* for samtalen, ellers kommer den slet ikke i stand. Begge *ønsker*, at noget skal blive *anderledes* i lindrende retning som resultat af samtalen, ellers ville det ikke være nogen *hjælpende* samtale. At hjælperen har en slags *kompasretning* for sin indsats, er m.a.o. ikke bare uundgåeligt, det er også nødvendigt. Problemet opstår først, når hjælperen bliver *forblindet* af sit mål (sin ambition), så hun kommer til at forveksle kompasset med søkortet. Dette problem forværres, hvis hun tilmed forsøger at *skjule*, hvad hun er ude på. Løsningen på problemet er at sige det, som det er.

S: Jeg kan lige så godt sige det, som det er, Hansen, jeg er i gang med at se, om jeg kan lokke dig til at stå lidt op i dag.  
P: (med et skævt smil) Det har jeg da lugtet for længe siden. Hvorfor sagde du det ikke bare ligeud?

Dialogen skaber et magt-frit og skam-frit rum.





## 7. Yderligere eksempler

### Eksempel 1: Skyld og skæbne

P: Hvorfor skal dette ramme mig?

S: (Som »ikke ved, hvad hun skal svare« og lader dét være svaret) Det ved jeg ikke.

Når vi ikke ved, hvad vi skal sige eller gøre, er det dét, vi skal sige noget om (Falk 1996, s. 23-24). Det, vi »ikke ved, er hvad vi skal sige eller gøre«, betyder det, at vi ikke ved, hvad vi skal sige eller gøre for at opnå en bestemt virkning, og dét er det enkelt nok at sige noget om. Det viser endnu en gang betydningen af at gøre sig sit ønske i sammenhængen og evt. frygt i forbindelse med ønsket bevidst. Ønsket og frygten i det viste eksempel kunne være:

S: Jeg vil så gerne sige noget, der kan hjælpe dig, og desværre må jeg skuffe dig (det svarer til: Jeg er bange for at skuffe dig). Jeg har faktisk ikke noget svar på det spørgsmål.

S kan også medvirke til, at P bliver sig sit ønske og evt. frygt bevidst:

S: Hvis jeg nu kunne give dig en grund til, at dette skulle ramme dig, hvilken forskel ville det så gøre for dig?

P: Nåh nej, det kan jo sådan set være lige meget. Det er jo, som det er!

P's ønske er formodentlig at finde en nøgle, der kan lave den nuværende situation om, jf. ovenfor. Hvis man kender årsagen, kan man sommetider ændre den og dermed ændre virkningen. Det kan i forbindelse med sygdom gælde mht. sammenhængen mellem kost og diabetes eller rygning og dårlig lungefunktion. Men det ved patienterne godt i forvejen. Hvis de spørger: »Hvorfor netop mig?« søger de et svar på et andet niveau. Det plejer at dreje sig om sammenhængen mellem skyld og skæbne (se s. 232). Hvad den sammenhæng angår, er der en tendens til, at selv den til daglig mest konsekvente rationalist og materialist begynder at tænke magisk, når livet bliver meget svært. I kriser er vi tilbøjelige til at *regrediere*, dvs. at bevæge os baglæns til tidligere, ellers opgivne, modeller for støtte i livet.



medmennesker. Hvis den anden holder af én og i øvrigt har mulighed for at opfylde bønnen, kan det være, han vælger at gøre det. I så fald ser han næppe på, hvad den bedende fortjener, men alene på, hvad han trænger til.

En »ren« bøn (dvs. uden manipulation) lader for øvrigt til altid at have en erfarbar (fænomenologisk) psykologisk virkning, hvad enten bønnen retter sig til mennesker eller en højere magt. Dét helt og fuldt at identificere sig med sit ønske virker livsbekræftende og giver paradoksalt nok styrke til at udholde, at ønsket ikke bliver opfyldt. Hvis jeg beder den anden om noget, som kun han kan give mig, har jeg gjort, hvad jeg kan for mig – også i en situation, hvor jeg sådan set »ikke kan gøre noget«. Hvis den anden så siger *Nej*, så ved jeg dét og kan gå ind i den virkelighed, der nu har vist sig at være virksom, i stedet for at blive hængende i et håb, der ikke kan opfyldes. I netop dén forstand kan det siges, at bønnen altid »virker«. Den hjælper altid den bedende til at gå ind i, at *det er, som det er*, hvilket, når det kommer til stykket, både er den sidste og den største trøst (Falk 2009, s. 198-199).

#### Eksempel 2: At sige »sandheden«

P: Skal jeg dø af det her?

S: Det ved jeg ikke. Det er alvorligt med dig, og vi gør alt, hvad vi kan. Er der noget, du vil tale om i forbindelse med, hvis det værste sker?

S har indset, at det ikke er muligt at fortælle P »sandheden« og samtidig sørge for, at han hverken bliver vred, ked af det eller bange. Og fordi hun har opgivet at gøre det umulige (vedstår sin afmagt), bliver hun ikke lammet af den og dermed spørgsmålet. Nu kan hun i stedet gå *ind* i spørgsmålet for at gøre det, der *er* muligt, nemlig at møde P *dér*, hvor han er, dvs. *i tvivl*. Det er nyttigt, for hvis tvivlen ikke må være der, går den under jorden og bider sig fast. Hvis den derimod godt må være der, opdager P, at den hverken udelukker kontakt eller livskvalitet (*livslyst*). Formentlig mærker han også, at han tvivler mindre/håber mere (den paradoksale forandring).

S *ønsker* at sige sandheden og *frygter* at være grusom. »Hele sandheden« for hende er muligvis, at hun ikke tror, P har nogen chance for at overleve sygdommen, og hvis hun fortæller det hele, kan der let ske det, at han forveksler hendes tro med en viden og mistænker hende for at være ligeglad, og så er det »sande« pludselig ikke sandt længere. Den samme *objektive* sandhed bliver ikke nødvendigvis den samme *oplevede* sandhed for de to samtalende, og det mener jeg, man som den stærke i samtalen skylder den svage at have blik for. Det har S i dette tilfælde. Derfor siger hun noget, der er sandt,



Børn vokser op i en sammenhæng, hvor en vis adfærd belønnes, og en vis anden sanktioneres (straffes). Det er formentlig med til at grundlægge forestillingen om, at »hvis det gør ondt, er det fordi jeg har været ond«. Dertil kommer, at det stærke ønske om at undgå de store ulykker som fx forældres skilsmisse eller død giver næring til drømmen om at kunne skaffe sig magt over skæbnen ved overdrevne forestillinger om egen skyld i det skete, evt. forbundet med magiske, rituelle handlinger, der skal annullere skylden.

Når noget meget voldsomt sker for den voksne, viser han sig ofte at være tilbøjelig til at regrediere til denne form for *infantil* (barnlig) *magisk tænkning*, hvilket kan give sig udtryk i spørgsmål som det nævnte eksempel. Nogle mennesker knytter denne tænkning sammen med deres religiøse tro. Det gælder også kristne, selv om Jesus Kristus klart afviser, at det går os efter fortjeneste her i livet. I den såkaldte »Bjergprædiken« i Matthæusevangeliet (kap. 5, v. 45) siger han, at »(Gud) lader sin sol stå op over onde og gode og lader det regne over retfærdige og uretfærdige.« Det er m.a.o. ikke i sig selv »ukristeligt« eller »respektløst«, hvis S undlader at støtte en forestilling hos P om, at sygdom er løn som forskyldt. Det kommer an på, om hun fremsætter sit synspunkt *konstaterende* (Jeg mener noget andet) eller *moraliserende* (kritiserende, dvs.: *Din mening er forkert*).

I den forbindelse skal det understreges, at målet for, om det er meningsfuldt, at en hjælptrængende beder til en højere magt om hjælp, er, at det giver mening for den *hjælptrængende* at gøre det, og i den forbindelse er det underordnet, hvad hjælperen synes. Og måske kan følgende betragtninger hjælpe den religionsfremmede hjælper til at møde fænomenet bøn med en konstruktiv åbenhed: Den, der lukker øjnene op, kan *se* (fænomenologi), at det ikke går os efter fortjeneste i livet og i kærligheden. Derfor kan det for ikke-troende *såvel som for visse troende* være meningsløst (overtro), at man gør sine fortjenester gældende som et *magtmiddel* over for en højere magt. Gud kan godt være en virkelighed, uden at det indebærer, at han/hun er en automat, som leverer enhver ønsket vare, bare man putter den rigtige valuta ind i den. Bøn er nemlig *aldrig en automat*, hverken når det gælder bøn til en gud eller bøn til mennesker. Bøn er at gøre sit *ønske* tydeligt og dermed give sig selv den chance, at det bliver imødekommet, og samtidig udsætte sig for den risiko, at det bliver afvist. Mange mennesker mener at have *erfare*t, at det *some tider* har hjulpet *dem* at bede til en gud, og det er i så fald den *virkelighed*, der er *virksom* for *dem* i den givne situation. Det bør den fordomsfrie hjælper efter denne forfatters mening kunne tage til efterretning med samme selvfølgelighed, som når det gælder P's alder, navn, køn, nationalitet osv.

Der er ikke noget mærkeligt ved, at bønner til en højere magt ikke virker hver gang, for det gælder som sagt *alle* bønner, også dem, vi retter til vores



- vi er til for dig

samtidig med at hun ikke siger alt, hvad der er sandt. Det er sandt, at hun tror, hvad hun tror. Det er også sandt, at det kun er noget, hun tror. Hun ved ikke, at P er ved at dø, før han går ind i selve dødsprocessen. Hvis han til den tid kommer i tvivl om, hvad der er ved at ske, og spørger, om han er ved at dø, kan det være, det er tid for S at svare: *Ja*.

På det tidspunkt vil »sandheden« næppe komme som nogen overraskelse for P, og så vil det temmelig sikkert være en lettelse for ham, at de nu er to mennesker, der sammen ser på og ved, at det er sådan. Ordet *Ja* virker meget ofte som et favntag og skal i denne tekst varmt anbefales som alternativ til det forslidte og i virkeligheden urealistiske: »Jeg forstår dig« som udtryk for empati. Yderligere eksempler: Se Falk (1996, s. 73-79; Falk 2009, s. 298-302).

### Afsluttende bemærkninger

Det er enklere at håndtere virkeligheden og begå sig i den, når man ikke lukker øjnene for den. I denne teksts sammenhæng er det ikke »røntgenøjnene«, der skal åbnes. Dem har hjælperen alligevel ikke, selv om mange hjælptrængende som udgangspunkt projicerer over på ham, at han har det, og selv om mange hjælpere af den grund tror, at de skal have dem. Der menes de ganske almindelige øjne og andre sanser, som vi har tilfælles med den lille dreng i »Kejserens nye klæder«, og som er lige så nyttige, når vi skal navigere i kontakten med mennesker, som når vi skal navigere i trafikken eller på oceanerne.

Kontakt sker i kontaktfladen, dvs. på overfladen, som når vi elsker hud mod hud. Øvelsen for den hjælper, der gerne vil supplere sine analytiske redskaber med de fænomenologisk-eksistentielle, går m.a.o. ud på at blive overfladisk i en vis betydning af ordet. Det betyder i denne sammenhæng ikke sjusket, men tværtimod yderst præcis i sin iagttagelse af dét, der uden overgreb mod den anden umiddelbart frembyder sig for iagttagelsen. Det er dét, der er indlysende for ethvert barn, og som det alligevel kræver så megen aflæring for de fleste af os at genvinde opmærksomheden på. Overfladisk betyder her heller ikke ligeglad, men tværtimod så levende interesseret – nysgerrig i positiv forstand – som man får råd til at være, dér hvor det overordnede mål er nærvær, ikke forandring. Forandringen i opmærksomhed, ansvarlighed, livsmod og evt. adfærd kommer af sig selv som resultat af nærværet, hvis den kommer, og selv hvis intet andet forandres end graden af nærvær, er det også vigtigt nok i sig selv.

Med disse ord anbefaler jeg den fænomenologisk-eksistentielle metode til læserens fortsatte udforskning og evt. tilegnelse gennem egen erfaring – til brug i de sammenhænge, hvor det handler om at styrke den hjælptrængendes



livsmod og hjælpe ham til at hjælpe sig selv med at bevare det. Det er for øvrigt altid et godt *udgangspunkt*, uanset *hvad* sammenhængen drejer sig om.

## Litteratur

- Beisser A 1970. The Paradoxical Theory of Change. I: J Fagan og I Shepherd (red.) *Gestalt Therapy Now*. Science and Behavior Books, Palo Alto, California: s. 77-80. (Dansk oversættelse i Falk 2006, s. 218-222).
- Falk B 1996. *At være dér, hvor du er*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.
- Falk B 2006. *I virkeligheden – Supervision i gestalt-terapeutisk sjælesorg*. Anis, Frederiksberg.
- Falk B 2009. *Kærlighedens pris*. 3. reviderede og udvidede udg. Anis, Frederiksberg.
- Falk B 2011. Den personlige og professionelle samtale. I: R. Birkelund (red.). *Ved livets afslutning – om palliativ omsorg, pleje og behandling*. Aarhus Universitetsforlag, Aarhus, s. 242-265.
- Frankl V 1979. *Psykologi og eksistens*. Gyldendal, København.
- Hostrup H 2009. *Gestaltterapi*. 2. udg. Hans Reitzels Forlag, København.
- Rørdam V 1932. *Dybbølsang*. I: *Højskolesangbogen*, 15. udg. Højskoleforeningens Forlag, Odense, s. 622.