

Att känna att doktorn verkligen lyssnar

Förståelse av patientens »hypoteser» om sitt hälsotillstånd gör hennes/hans känslor och beteenden begripliga och därför lättare för läkaren att bemöta. Patientens känslomässiga respons på kroppsliga symtom bör undersökas initialt med utgångspunkt i patientens tolkning av symtomen snarare än i doktors professionella kunskap.

Kognitiv samtalsmetodik är utpräglad patientcentrerad och eftersträvar en arbetsallians, där patienten ses som en »personlig vetenskapsman» som tillsammans med läkaren undersöker, testar och eventuellt omvärderar uppfattningar om sitt hälsotillstånd.

Att bli lyssnad till kommer på första plats när patienter själva får önska vad de skulle vilja ha inflytande över i sjukvården. Det framgår av en undersökning som Spri har gjort i samarbete med tolv förtroendenämnder. Studien baseras på 168 personer som under en tvåveckorsperiod 1997 vände sig till förtroendenämnderna med klagomål på vården. Den personalkategori som klagomålen främst var riktade mot var läkarna (52 procent) och gällde i första hand upplevda brister i bemötandet [1].

Att kunna lyssna ingen medfödd förmåga

Att vara en god lyssnare är ingen prioriterad färdighet i våra utbildningar och räknas knappast som en kreativ resurs. Den är dock väsentlig för att kunna etablera relationer till andra. Läs-

Författare

GIACOMO d'ELIA

professor, leg psykoterapeut, Universitetet i Bergen, Psykiatrisk Institut, Haukeland Sykehus, Bergen, Norge.

skriv- och talfärdigheter prioriteras [2]. Det kan finnas en tendens inom flera vårdyrken att överskatta förmågan att kunna lyssna [3] och att ta för givet att vi bemästrar »the lost art of listening» [4]. Forskningsresultat bekräftar att de flesta av oss anser oss vara bättre lyssnare än vad vi i själva verket är. Konsten att lyssna är ingen medfödd förmåga, utan kräver övning [5]. Förmågan att lyssna minskar i takt med att den akademiska och intellektuella kompetensen ökar i läkarutbildningen [6]. Den tycks ej heller utvecklas senare i karriären, i alla fall inte bland engelska allmänläkare [7].

Det är möjligt att läkarna, de yngre generationerna i synnerhet, har svårt att känna igen sig i den magiska föreställningen om den »allsmäktige doktorn» [8]. Den kognitiva modellen ser ej människan som determinerad av omedvetna drifter, och ser ej läkare-patientrelationen som en upprepning av infantila relationer. Kognitiv människosyn betonar snarare patientens förmåga till resonerande och till problemlösning.

Metaforen av människan som »forskare» eller »personlig vetenskapsman» används för att illustrera den kognitiva människosynen [9-10]. Människor är »forskare» i den meningen att vi ständigt tolkar vår fysiska och sociala omgivning, formulerar personliga hypoteser om verkligheten för att kunna lägga världen tillrätta i ett ordnat mönster av orsak-effektsammanhang, förutse framtiden och utforma en beredskapsplan.

Det är dessa hypoteser, kognitioner, som gör känslor och handlingar begripliga för utomstående. Det kognitiva samtalet inriktar sig på att undersöka patientens »hypoteser» om sin egen hälsa, och hur dessa manifesterar sig i individens inre dialog i form av tankar och bilder.

Denna strategi omfattar samma ingredienser som Gösta Tibblin [11] ansåg vara väsentliga i en trygg relation mellan doktor och patient: Vad har patienten för föreställningar om sin sjukdom? Vilka bekymmer – inte bara symptom – leder den till? Och vad förväntar sig patienten av sjukvården?

Relationen till behandlaren

Det är psykoanalysens förtjänst att ha riktat fokus på betydelsen av relatio-

nen till behandlaren [12]. Man skiljer mellan *hjälpande allians*, baserad på en stödjande och hjälpsam terapeut [13], och *arbetsallians*, grundad på en gemensam ansträngning att lösa patientens problem. Betoningen ligger på samarbete och ansvarsfördelning. Alliansen beskrivs då som »the observable ability of the therapist and patient to work together in a realistic collaborative relationship based on mutual respect, liking, trust, and commitment to the work of treatment» [14]. Relationen till behandlaren kan beskrivas som ett samarbete mellan två »vetenskapsmän» [10] som undersöker och testar validiteten i patientens hypoteser om sin hälsa. Det kognitiva samtalet har som syfte att hjälpa patienten att klargöra och eventuellt modifiera »hälsohypoteser» med stor känsloladdning.

Den primära uppgiften

Kontakten med patienten omfattar själva bemötandet (relationen) och uppgiften (lösningen av problem). Tillfredsställande samarbete är förutsättningen för att både den känslomässiga (relationen) och den sakliga (uppgiften) delen av mötet klaras av. Mötet med läkaren kan vara laddat med starka känslor, som rädsla, ångest, skam, bitterhet och ilska. Det blir svårt att klara den medicinska uppgiften om läkaren inte först bekräftar och »legitimerar» dessa känslor.

Omsorg om själva relationen blir inledningsvis den primära uppgiften för behandlaren. Detta gäller i hög grad för patienter med olösliga problem, t ex en obotlig kroppslig sjukdom.

Empatisk inlevelse och empatiskt beteende

Begreppet empati är mångtydigt och det råder förvirring kring dess innehåll. Empati omfattar en intrapsykisk process (terapeutens inlevelse i form av tankar och känslor) och en interpersonell färdighet (det sinnliga uttrycket för inlevelsen, eller empatiskt beteende) [15]: »First we take in what the speaker says, then we let him or her know it. A failed response is like an unanswered letter: you never know if you got through» [4].

Empatisk förståelse har i sig liten te-

rapeutisk verkan. För att göra nytta måste inlevelsen »be put to practical use» [16].

»Empati betyder att fånga upp och förstå en annan människas känslor, och att vägledas av den förståelsen i kontakten med den andra. Det är alltså fråga om både en inre process av att nå förståelse och ett sätt att kommunicera denna förståelse, inte bara i ord utan i alla handlingar som riktas mot denna person» [17]. En djupare förståelse av patientens känslor går via patientens tankar/föreställningar om sjukdomen, dess konsekvenser och förväntningar på behandlaren [11].

För att patienten skall kunna känna igen sig i läkarens respons måste det empatiska beteendet vara exakt. »God kommunikation betyder förmåga att lyssna, uppmärksamma, korrekt uppfatta och att svara både verbalt och icke verbalt på ett sådant sätt att man visar att man har lyssnat med intresse och uppmärksamhet, och att man har uppfattat rätt» [18].

Hur lär man sig empatiskt beteende? Hur blir man säker på att man betar sig empatiskt?

Öppet och meta-kommunikativt budskap

Empatiskt beteende omfattar ett antal basala, relationsskapande färdigheter: icke-verbal kommunikation, reflektivering, summering, återkoppling och självexponering. Att läkaren undersöker den personliga meningen i verbala uttryck (som huvudvärk, oro, ångest, smärta) och faktaunderlaget för egna farhågor och känslor bidrar till att öka patientens upplevelse av att känna sig hörd.

Aktivt lyssnande förmedlar intresse, vilja till förståelse och mottaglighet för motpartens synpunkter.

Icke-verbal kommunikation: »Jag är intresserad»

»Visat intresse kan vara viktigare än att säga de rätta sakerna» [19]. Patienterna värdesätter läkare som intar en patientorienterad kroppshållning, ger god ögonkontakt, använder röstläge som matchar patientens, signalerar intresse med instämmande rörelser, med rörlig ansiktsmimik, med tillfälliga småleenden, med animerade kroppsrörelser, med varierat fysiskt avstånd, som använder bekräftande (»hm, ja, bra, OK»), uppmuntrande (»Det är viktigt. Du gav en bra bild av situationen. Det är en viktig sak du tar upp nu»), och stödjande uttryck (»Det måste ha varit jobbigt för dig. Du gjorde rätt»).

Icke-verbalt gensvar ökar den verbala aktiviteten hos patienten, förmedlar värme, intresse, acceptans och förståelse hos behandlaren, gör relationen

»Forskningsresultat bekräftar att de flesta av oss anser oss vara bättre lyssnare än vad vi i själva verket är. Konsten att lyssna är ingen medfödd förmåga, utan kräver övning. Förmågan att lyssna minskar i takt med att den akademiska och intellektuella kompetensen ökar i läkarutbildningen.»

positivt laddad, stärker intrycket av behandlaren som attraktiv och skicklig, ger behandlarens rekommendationer större tyngd, ökar patientens följsamhet till läkemedelsordinationer och ökar självkänslan hos patienten [2, 20]. Speciellt viktig är icke-verbal kommunikation när den sökande har starka känslor och ett stort behov av att känna sig hörd.

Reflektering:

»Jag lyssnar noggrant»

»Repeating the other person's position in your own words is the best way to show that you understand» [4]. Patienterna värdesätter behandlare som bemöter ett emotionellt budskap [21], återger med egna ord patientens verbala uttryck, förtydligar det dunkla, visar acceptans för patientens känslor och tankar [18]. Att läkaren med egna ord formulerar patientens problem meta-kommunicerar vilja till förståelse, intresse för patientens budskap, respekt för patientens känslor och tankar. En mekanisk upprepning av patientens ord förmedlar dock ingen djupare förståelse [2]. Patientens budskap måste omformuleras med läkarens ord.

Reflektering (»Jag lyssnar noggrant på vad du säger – och inte säger») ökar patientens verbala svar, ökar mängden personlig information och antalet uttryck för känslor, gör intervjuaren attraktiv, trovärdig, kompetent, accepterande, intresserad och positiv i motpartens ögon [2, 22].

Summering : »Jag har lagt det du sa på minnet»

Summering är en vidgad reflektivering, men kan dessutom innehålla intervjuarens egna funderingar. Att sammanfatta är ett effektivt sätt att strukturera omfattande information, att understryka det viktiga, att stimulera till fortsatt utveckling i samtalet, att urskilja ett icke uppenbart mönster, att meddela egna iakttagelser, att kontrollera att man

uppfattat rätt, att reglera tempot i samtalet, t ex när diskussionen blir okoncentrerad och tenderar att tappa fokus, eller när flera personer deltar i samtalet. Metakommunikativt förmedlar summeringen intresse, engagemang och stärker patientens upplevelse av att känna sig hörd.

Det är vanligt att läkaren gör en sammanfattning av konsultationen när han meddelar en diagnos och föreslår en behandling. Korta, återkommande summeringar under samtalet skapar struktur, ger samtalet empatisk prägel och ger effektiv användning av tiden. Summering behöver ej alltid vara en uppgift för läkaren, den kan formuleras av patienten som en del i samarbetet.

Det finns empiriskt stöd för att återkommande summering förbättrar memoriseringen vid hälsorådgivning, vid inläring i pedagogiska sammanhang och för skolresultat [2, 20].

Återkoppling: »Har jag uppfattat dig rätt?»

Empatiskt beteende behöver valideras kontinuerligt [16]. Återkoppling, »feed-back», från patienten är det säkraste sättet att få veta om man har förstått rätt. Återkopplingen hjälper till att förebygga eventuella svårigheter i kommunikationen (»Uppfattar jag rätt att... Har jag glömt att fråga något som är viktigt...? Har du fått svar på din fråga...? Hur låter det här som jag föreslår...?»). Återkoppling ger läkaren information om bl a vad patienten har uppfattat och memoriserat.

Man kan ibland inleda ett samtal med återkoppling (»Har du några tankar, funderingar på vårt samtal förra veckan...?»), och följa upp med reflektivering–spegling eller summering. En avslutande återkoppling från patienten är obligatorisk i kognitiv psykoterapi [23]: »Har vårt samtal idag gett svar på det du ville veta? Hur känns det nu, när vi har diskuterat det här problemet? Har jag varit tydlig och begriplig?»

Metakommunikativt förmedlar återkopplingen en vilja att uppfatta rätt och att göra patienten delaktig i behandlingen (»Hur låter det här i dina öron? Kan vi fortsätta på samma sätt? Tycker du att vi är överens om målen?»). Återkoppling är en välbeprövad interpersonell och terapeutisk färdighet [2, 20].

Självexponering: »Jag kan se saker i ditt perspektiv»

Att hänvisa till behandlarens personliga erfarenheter, »self-disclosure» på engelska, är en kontroversiell intervention inom psykoterapi [24]. Freud förespråkade en strikt privatisering av terapeuten gentemot patienten, och den psykoanalytiska traditionen har senare

förstärkt bilden av den neutralt terapeutiska.

Freuds omgångssätt med patienter står delvis i kontrast mot denna bild. När han analyserade sin dotter Anna kunde han knappast vara privat eller neutral. Han bedrev analys med elever under informella promenader, gav ibland presenter till sina patienter, tog hänsyn till att vissa patienter inte alltid kunde betala arvoden. Det berättas att han vid ett antal tillfällen bjöd en hungrig patient på mat. Han roade sig med »vilda analyser» med sina kollegor:

»They all practised in their circle the kind of wild analysis they decried in outsiders as tactless, unscientific and counterproductive... Freud played this game with the rest» [25-27].

Bilden av Freud som terapeut får således varmare och mänskligare nyanser. Läkarens person uppvisar ett »ofentligt område» (kön, utseende, ålder, klädsel, språk etc), ett »personligt område» som inte är omedelbart tillgängligt för andras insyn (civilstånd, antal barn, fritidsintressen etc) och ett »privatområde» (personliga hemligheter).

Ett exempel på ett »professionellt» sätt att uttrycka en personlig erfarenhet i ett samtal med en patient kan vara:

»När man är ledsen, som du är nu, ser man bara de negativa sidorna av livet.» Med tillägget: »Det gäller alla.» Då uttrycker läkaren ett allmänt hållet konstaterande, som dock underförstått inbegriper läkaren själv. Om man i stället säger »Är man ledsen, som du är nu, ser man bara de negativa sidorna av livet; det gäller alla, mig också» förmedlar läkaren på ett tydligare sätt en personlig erfarenhet.

Sammanfattningsvis är självexponering en kontroversiell intervention, som kräver erfarenhet och kliniskt omdöme. En allmän regel är att patientens upplevelser alltid står i centrum, och att exponeringen är så kort och diskret att fokus förblir på patienten. Det utesluter »avslöjanden» från det privata området, eller personlig erfarenhet som är starkt känsloladdad. Syftet kan vara att validera patientens känslor, åsikter, reaktioner (»I en liknande situation har jag också blivit rädd»), att hjälpa patienten att sätta namn på känslor (»När sådant händer, blir jag besviken»), att normalisera upplevelser (»Det är inte så konstigt att du känner så. Det är många som gör det, även jag»), när läkaren vill avmystifiera och förmedla en »mänskligare» bild av sin person.

Metakommunikativt uppmuntrar självexponering till öppenhet och ömsesidighet. Det finns dock en begränsad empirisk evaluering av självexponering: »The general importance of self-disclosure in everyday interaction re-

flects the fundamental value of this skill in many professional contexts» [2].

Att förstå patientens språk:

»Vad menar du med...?»

I Platons dialog »Menon» ritar Sokrates en kvadrat i sanden med en sida på två fot och ber en okunnig slavpojke att rita en dubbel så stor kvadrat. Med hjälp av frågor vägleder Sokrates pojken att av egen kraft komma till lösningen: sidan på den nya kvadraten är lika med den ursprungliga kvadratens diagonal [28-29].

Sokrates demonstrerar i dialogen sin pedagogiska metod. Moderna kognitiva terapeuter har inspirerats att tillämpa och utveckla en samtalsmetodik som utifrån patientens »personliga kunskap» (tankar, känslor) hjälper honom att komma fram till egna svar på frågor. Kognitiv terapi, vars främsta redskap är det sokratiska samtalet, är idag den bäst dokumenterade och mest effektiva psykologiska behandlingsmetoden vid medelsvåra depressiva tillstånd och ångesttillstånd, med effekter i nivå med farmakabehandling [30].

Sokrates inleder sina dialoger med att försöka definiera interlokutörens begrepp. Vad menas med vänskap, mod, skönhet etc? Syftet är att uppnå enighet, inte att hävda egna synpunkter.

I kliniskt arbete är syftet att underlätta en empatisk förståelse av en patients tankar, föreställningar, mentala bilder och känslor. Abstrakta, känsloladdade ord – som depression, ångest, smärta, panik – kan ha olika innebörd för olika människor. Kvantitetsord som alltid, aldrig, alla, ingen kan uttrycka olika mängder. Adjektiv som hemsk och fruktansvärd kan indikera olika svårighetsgrader. Metakommunikativt förmedlar denna typ av frågor ett intresse för att uppfatta exakt vad patienten vill kommunicera och att vilja använda samma språk.

Att vara saklig: »Vad får dig att tänka/känna så?»

Syftet med denna typ av frågor är att få information om personliga erfarenheter, upplevelser eller fakta som ligger till grund för patientens tankar och känslor. Enligt kognitiv teori konstruerar vi ständigt preliminära utkast eller hypoteser om oss själva och omvärlden. Medvetandet består bl a av en ständig mönstermatchning mellan våra föreställningar och data från den yttre världen, där hjärnan med de inre bilderna, »schemata», försöker lägga världen tillrätta i ett ordnat mönster. Det gäller inte minst kroppen och hälsan. Patienten möter doktorn med mer eller mindre färdiga hypoteser om sin egen ohälsa.

Frågan »Vad får dig att känna/tänka

så?» har således som syfte att förtydliga och sätta ord på patientens hypoteser.

Exempel:

En bekymrad medelålders man söker vårdcentralen för återkommande stunder av obehagliga prekordiala sensationer. På basis av anamnes, status och EKG får patienten besked om att dessa besvär – prematura ventrikulära systolier – är ofarliga.

Kan patientens påtagliga oro bli mer begriplig och bemötas bättre om doktorn utgår ifrån patientens tolkning av symtomen och deras orsaker? Är läkarens »klassiska» frikännande besked tillräckligt för att patientens »hypotes» skall kunna förkastas??

Att undersöka »katastroftankar»

Syftet med frågor som t ex »Om det skulle vara som du tänker, vilka blir, i dina funderingar, de yttersta konsekvenserna?» är att lyfta fram »skräckbilder» som underhåller patientens oro och farhågor [11], så att de kan medvetandegöras och granskas.

Exempel:

En medelålders kvinna med »bussfobi» associerar kroppsliga sensationer av ostadighet under en bussresa med en mental bild av sig själv liggande medvetlös. Hon ser först sig själv svettig och darrig, i centrum av medresenärernas kritiska uppmärksamhet. Minnen av tidigare episoder dyker upp i medvetandet och förstärker hennes oro. En gränslös skamkänsla av att avslöja sin svaghet upptar henne. Bilden av föraktande medresenärer, som likgiltigt lämnar henne helt åt sitt öde, passerar snabbt framför hennes inre ögon. Vänner och arbetskamrater kommer att föraktfullt avvisa henne. Hon är dömd till evig ensamhet.

En undersökning av det mentala »skräckscenariot» får patienten att känna sig »förstådd», samtidigt som den öppnar möjligheten att tillsammans med läkaren testa sakligheten i de ångestskapande föreställningarna.

Att tänka alternativt: »Finns det andra sätt att se på saken?»

I Platons dialoger guidar Sokrates sina samtalspartner att söka alternativa tolkningar, att väga argument som talar för och som talar emot tolkningen under diskussion. I det kliniska arbetet är syftet med denna typ av frågor att uppmuntra patienten att aktivt medverka i att finna och utvärdera alternativa »hälsopropo-» eller lösningar på hälsoproblem.

Tillyvägagångssättet har liknats vid vetenskapsmannens arbete. Metaforen av patienten som »fellow scientist» används för att beskriva denna speciella typ av arbetsallians, »collaborative empiricism», eller erfarenhetsbaserad prövning av hypoteser.

Exempel:

Nu vill jag kolla att jag har uppfattat dig alldeles rätt. Du har beskrivit att du upplever, sedan cirka tre månader, en återkommande känsla av ostadighet och yrsel. Dina funderingar har gått i riktning mot att det kan vara en hjärntumör, en tanke som har oroat dig och dina närmaste. Dina funderingar grundar sig på att en

kusin till dig fick liknande symtom. Ingen ville i början tro att det var något allvarligt, och man upptäckte en hjärntumör när det var för sent.

Jag har lyssnat på din beskrivning av dina besvär och har undersökt dig. Jag kan inte finna något i min undersökning som tyder på en hjärntumör. Jag föreslår att vi tillsammans går igenom vad som får dig att tänka att det är en hjärntumör som du lider av. Och att vi även diskuterar vad som talar emot det. Vi kan sedan diskutera om det kan finnas andra förklaringar till dina yrselbesvär. Är det OK för dig om vi gör så?

Läkaren sammanfattar patientens berättelse och reflekterar patientens oro. Han definierar problemet utifrån patientens föreställningsvärld och erbjuder nu att »testa hypotesen» utifrån ett bredare register av faktakunskap och erfarenhet i sökandet efter en alternativ tolkning. Samtidigt ger läkaren patienten möjlighet att själv komma fram till om den ursprungliga tanken kan ifrågasättas.

Med vissa patienter, t ex hypokondriker, bör arbetet göras grundligt och systematiskt, t ex kan olika hypoteser skrivas upp på A4-papper eller blädderblock; likaså bör faktorer som talar för respektive emot listas.

Syftet med arbetssättet är att få patienten att känna sig hörd och respekterad, att inleda ett aktivt samarbete avseende att undersöka patientens föreställningsvärld och att träna ett resonerande sätt att närma sig ångestladdade hälsopropo- sitioner. Arbetet har således inte bara ett kortsiktigt problemlösande syfte utan också en långsiktig pedagogisk uppgift.

Att formulera egna slutsatser

Attitydforskning har visat att människor lättare förändrar sina attityder, »hypoteser», om de får med egna ord prata om, beskriva och formulera alternativa möjligheter (»Utifrån det vi har diskuterat, vilka slutsatser skulle du vilja dra?). Läkarens roll är att ledsaga patienten att komma fram till en ny, genomtänkt hypotes. Läkaren avstår således från snabba tolkningar och råd utifrån professionell kunskap. Dessa kan vara baserade på »vetenskap och beprövad erfarenhet», men är inte nödvändigtvis terapeutiskt effektiva.

John Bowlby, en förnyare med rötter i den psykoanalytiska traditionen, har formulerat denna hållning på följande sätt:

»En del traditionella terapeuter kan sägas ha anlagt attityden *Jag vet, jag skall tala om för dig*, medan jag förespråkar attityden *»Du vet, tala om för mig»* [31].

Sammanfattning

De flesta läkare måste hantera uppgiften att möta skrämde, ledsna, besvik-

na, arga, anklagande, ifrågasättande, motsträviga och hypokondriska patienter. Ibland måste de ge patienter och oroliga anhöriga svåra besked om obotlig sjukdom [32]. Människor med starka känslor har ett stort behov av att känna sig hörda.

Den kognitiva modellen har utvecklat en samtalsmetodik inriktad på att undersöka patientens inre föreställningsvärld. Den underlättar möjligheten att göra patientens känslor och beteenden begripliga, och därför lättare hanterbara. Metoden är starkt inriktad mot att befrämja en aktiv medverkan från patientens sida. Åskilliga exempel på kliniska tillämpningar inom somatiken är beskrivna i litteraturen [33-39].

Referenser

- Hargie O, Saunders C, Dickson D. Social skills in interpersonal communication. London: Routledge, 1994.
- Holm U. Empati. Att förstå andra människors känslor. Stockholm: Natur & Kultur, 1987.
- Kelly G. The psychology of personal constructs. New York: Norton & Co, 1955.
- Weishaar ME, Beck AT. Key figures in counselling and psychotherapy. London: Sage Publications, 1993.
- d'Elia G. Terapeutisk allians. Vad är det? Bulletin för Svensk förening för kognitiv psykoterapi 1995; 3: 12-7.
- Holm U. Det räcker inte att vara snäll. Stockholm: Natur & Kultur, 1996.
- Okun BF. Effective helping. Interviewing and counselling techniques. California: Brooks/Cole Publishing Company Pacific Grove, 1992.
- Arborelius E, Bremberg S. Varför är kontakten med läkaren så viktig för patienten? Socialmedicinsk Tidskrift 1991; 69: 416-21.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. Chichester: Wiley & Sons, 1979.
- d'Elia G. Den sokratiske dialogen i kulturhistoriskt perspektiv. Psykisk Hälsa 1998; 39: 131-40.
- d'Elia G. Cognitive psychotherapy of depression. Uppsala: Medical Products Agency (Läkemedelsverket), 1992: 91-110.
- Bowlby J. En trygg bas. Stockholm: Natur & Kultur, 1994.
- Andrae M, Aspegren K, Berglöf B, Bolund C, Nordegren J, Santer S et al. Patient-läkarkommunikation. Läkare måste utbildas att ge svåra besked. Läkartidningen 1998; 95: 1547-52.
- Arborelius E. Varför gör dom inte som vi säger? Stockholm: Allmänmedicinskt Utvecklingscentrum, Nordöstra sjukvårdsområdet, 1993.
- Arborelius E. Hur förmå patienter att ändra livsstil? Framgångsrika strategier finns. Läkartidningen 1994; 91: 990-5.
- DiTommaso RA, Kovnat KD. Medical patients. In: Dattilo FM, Freeman A. Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention. New York: Guilford Press, 1994.
- Salkowskis PM. Somatic problems. In: Hawton K, Salkowskis PM, Kirk J, Clark D. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- Sensky T, Wright JH. Cognitive therapy with medical patients. In: Wright JH, Thase ME, Beck AT, Ludgate JW. Cognitive ther-

apy with inpatients. New York: Guilford Press, 1993.

- Wilhelmsen I. Hypokondri og kognitiv terapi. Oslo: Pax Forlag, 1997.
- France R, Robson M. Cognitive behavioural therapy in primary care. A practical guide. London: J Kingsley Publisher, 1997.

En fullständig referenslista kan erhållas från professor Giacomo d'Elia, Heidenstams gata 18, 584 37 Linköping.

Summary

The patient's no 1 wish: to know that the doctor is really listening

Giacomo d'Elia

Läkartidningen 1999; 96:203-6

Communication is a central feature of patient-doctor interaction, and one that is often problematic. Listening is so basic that we tend to take it for granted. Unfortunately most of us think ourselves better listeners than we really are. Especially distressing are the deaf ears among those we count on for understanding. Doctors are powerful social figures, expected to manifest appropriate skills in encountering anxious, unhappy, disappointed, angry or even hypochondriac patients. The article consists in a review of an interview method based on cognitive principles, specially designed to promote the patient's feeling of being listened to, and to establish a working relationship. Such skills as non-verbal communication, reflection, summation, and self-disclosure are essential components of the method. The patient's emotional response to health problems is viewed as being valid, and investigation is initiated on the basis of the patient's perception of the problem rather than on the doctor's professional knowledge. Through Socratic questioning, the doctor helps patients to reach their own conclusions and to reformulate anxiogenic hypotheses.

Correspondence: Professor Giacomo d'Elia, Heidenstams gata 18, SE-584 37 Linköping, Sweden.