

Opmærksomhedspunkter ved formidling

- i mødet med personer, som har en psykiatrisk diagnose

Af: Gitte Sommer, autoriseret psykolog og specialist i psykoterapi med privat praksis i København.

Kontakt: gitte@psykologklinik.com

Formidling er en kunst, siges der, eller måske er det et håndværk... i hvert fald er det noget, som vi kan øve os i – og hvis vi gerne vil øge compliance, er formidling centralt.

I denne artikel er der tips til, hvad du skal være særligt opmærksom på i forhold til modtageren af dit budskab, mennesket, klienten, patienten eller borgeren. Spiseforstyrrelser fortjener en artikel for sig selv og er derfor ikke med her, ligeledes dobbeltdiagnoser (fx misbrug).

Hvad ved du allerede inden mødet om den person, der træder ind på dit kontor, i din klinik eller på sygehuset?

Borgerens alder, problemstilling og eventuelle diagnoser er måske beskrevet inden dit første møde. Diagnoser beskriver en særlig samling af symptomer, adfærdsmønstre, fysiologiske reaktioner og i nogle tilfælde også tankemønstre. De er blot en vejledende beskrivelse om fælles fænomener mhp. at forklare, give støtte eller tilbyde en behandling. De bedste forudsætninger for, at din formidling modtages og sættes i værk er, at du er nysgerrig på den, der sidder foran dig. Noter dig i hvor høj grad personen har indflydelse, selvbestemmelse eller medinddragelse for sit behandlingsforløb. Både ift. det at se dig som behandler og den eventuelle øvrige behandling, hvis din vejledning indgår i et samlet behandlingsforløb.

Er det en person, som er usikker og søger tydelige svar og retning eller vægter personen selvbestemmelse og indflydelse højt. Måske følger personen protestløst med uden selv at tage ansvar – og behandlingen bliver derfor udfordret, når personen ikke længere blot skal følge din plan, men implementere en livstilsændring. Eller måske er det en borger, der reagerer på autoriteter med modstand, små mere eller mindre skjulte protester og udøver selvbestemmelse ift. at træffe andre valg, end dem der er aftalt (fx dikteret af kostplanen). Et samarbejde i form af en gensidig forhandling vil sandsynligvis give det bedste udbytte på lang sigt.

De første minutter af et møde med et nyt menneske fortæller rigtig meget, og det er her, du har et (ét) skud i bøssen for at

signalere både kompetence og venlighed. Forskning viser, at netop denne kombination, kompetence og varme/venlighed, øger sandsynligheden væsentligt for, at modtageren af dit budskab både stoler på det, du siger, og føler sig tryk nok til at samarbejde og tage informationen til sig (1,2).

Mange borgere med neurologiske eller psykiatriske udfordringer vil også komme i kontakt med diætisten

Her er nogle generelle råd, hvis du skal forberede dig på en klient med en psykiatrisk diagnose. De er opdelt i hhv:

- Neurodivergens og hjerneramte
- Psykiatriske udfordringer

Neurodivergens kendetegnes ved, at hjernen bearbejder input på en anden måde end normen (3,4). Her ses ADHD og autismspektrumforstyrrelser. For denne artikels formål er eksemplerne på støtte generelle for alle "hjerne-ramte", uanset om det er medfødt eller senere tilstødende lidelser som kognitive udfordringer fra fx coronasensfølger eller hjerneskade.

For at hjælpe en hjerne som er udfordret, er forudsigelighed vigtigt. Problemet er oftest overstimulering og sortering af for mange sanseinput, og visuel støtte såsom billeder, brug af navneskilte og tydelige anvisninger kan være en hjælp. Brug en skriftlig dagsorden og sæt en tydelig ramme: Hvad er formålet med samtalen, hvilke punkter kommer I ind på, og hvornår slutter den? Nogle vil have svært ved at aflæse situationer (fx at samtalen er slut), så vær eksplicit. Giv gerne tydelige tegn på afrunding og tydelige anvisninger, fx fem min. varsel og "tag plads her, så henter Peter dig om fem min". Er du i tvivl, så spørg personen, hvad der kan hjælpe (5).

Åbne spørgsmål skaber uanede muligheder for svar og kan være uoverskuelige for nogle. Her kan en afgrænsning være hjælpsom. Eks.: Skal der være mere af x eller mindre af x? Jo dårligere personen fungerer kognitivt, jo mere styrende og støttende skal samtalen være. Brug gerne to-valgs-spørgsmål med konkrete eksempler til at hjælpe personen med at indkredse et bredt emne.

De fleste klienter på autismspektrummet oplever kraftigere sensoriske stimuli på en eller flere sanser end andre. Dette kan være smags-, lugte- eller følesansen, hvilket kan give særlige udfordringer ift. kost. Derudover opleves øjenkontakt meget stimulerende, og de fleste personer på spektrummet vil foretrække, at øjenkontakten er mindre direkte/intens. Placer dig gerne i rummet, så I ser i samme retning, på fx en planche eller et papir, eller kig en gang imellem væk imens du taler - ligesom man gør, når man kigger op for at hente noget fra sin hukommelse (6).

Er klienten besværet af en opmærksomhedsforstyrrelse, så hav noget at "dimse" med liggende på bordet, hold en dagsorden, vær konkret og kortfattet i din beskrivelse. Hold gerne et vist tempo eller dynamik med variation i dit talemønster for at fastholde opmærksomheden og find ud af, hvad der hjælper med at komme tilbage på sporet, hvis klienten mister opmærksomheden på emnet (7). Sørg for at der ikke er for mange distraktioner i personens synsfelt (bograol, vindue mm), da let afledelige personer hurtigt kan miste fokus (og lytteevne), hvis andre stimuli fanger deres opmærksomhed – og synssansen er vores stærkeste sans. Hold den røde tråd og opsummer undervejs.

Personer med ADHD har brug for hjælp til at få sat en ny aftale i kalenderen; send en reminder og hvis din kalender tillader det, så vær fleksibel – lav gerne aftaler med kontaktpersoner/støttepersoner, da de kan hjælpe med påmindelser, så aftaler overholdes (7).

Psykiatriske udfordringer kan bringe borgere ind i et behandlingssystem, hvor en del af behandlingen er medicinsk, hvilket ofte påvirker appetit og mæthedsfornemmelse, og som følge heraf kan resultere i væsentlig vægtøgning (8). Ud over at kæmpe med deres mentale helbred har borgeren nu også svært ved at forene sig med en anderledes krop, og dette kan være meget skamfuldt og lede til opgivelse eller depression.

Depression er som en tung dyne, der lægger sig omkring personen over alt. Personen mister lyst og interesse, og det kan være svært at samle tankerne, at deltage i en samtale eller at huske hvad der blev aftalt. De negative selvkritiske tanker kører i ring (9).

Modløshed og en fornemmelse af ikke at have fortjent bedring kan gøre, at personen sidder fast eller opgiver at gøre det, som er godt for vedkommende. Er personen meget dæmpet og tungsindig, skal du holde håbet for klienten og løfte energien, og samtidig huske at sætte ambitionerne ned og lave mål eller planer i meget små, overskuelige trin. Der er behov for mere handleanvisning end at "spørge ind".

At normalisere personens situation løfter ofte noget af det skamfulde - at gøre det almenmenneskeligt mere end personligt kan også hjælpe. Her kan du generalisere til "andre i samme situation".



Noget lignende kan der være brug for, når du møder personer med bipolar lidelse og skizofreni. Sidstnævnte behandles ofte med medicin, som "dæmper" klienten. Initiativløshed kan være en del af symptombilledet hos den skizofrene patient, og ofte følger også sløvhed og modløshed, som kan ligne depressionen (10).

Ængstelighed i form af uro eller utryghed i vores krop er en almen oplevelse, men når det bliver så vedvarende, at det bliver til en angstdiagnose, så er der for kraftig aktivering i vores nervesystem, hvilket skaber en overdreven overoptagethed af trusler og driver en undgående adfærd. Der er mange fysiologiske komponenter involveret - bl.a. muskelspændinger, ofte i solarplexus og mave, idet kroppen gør parat til flugt, og det kan være vanskeligt at spise.

Undgående adfærd kan være at undlade at spørge, udeblive fra aftalen og/eller være afglidende omkring emner, der vækker uro mm (11).

Nervesystemet reguleres sammen med andre, så hvis din patient er urolig/anspændt, så reguler dig selv og få så meget ro på, at det smitter. Reguler dit åndedræt ved at lave et suk, sænk taletempoet og skru op for "varmen" og vær samtidig forudsigelig fx via en dagsorden eller et let overskueligt skema.

OCD er en afart af angst, hvori der er tvangstanker eller impulser, og hvor der ses et væsentligt overlap med spiseforstyrrelser. Det er vigtigt at afdække, hvilke "magiske" forestillinger klienten kan have omkring fødevarer og regler for madindtag. Personen med tvangstanker oplever dem oftest som egne overdrevne eller ubehagelige tanker, der

kan være pinefulde, men vanskelige at ignorere. Det er vigtigt at få afdækket, om de påvirker spisningen, da det vil få betydning for personens evne til at følge din vejledning. Da det kan være pinligt for personen at vedkende sig de irrationelle tanker, så vær nysgerrig og respektfuld i din afdækning, således klienten åbner op (12).

Emotionel Ustabil Personlighedsforstyrrelse (EUP) er den hyppigste personlighedsforstyrrelse, du vil støde på i klinisk praksis. De fleste af os har prøvet at "brænde sammen" i perioder med for lidt søvn og mad. Men for personer med EUP er det oftest det relationelle og særligt, hvad der læses som en afvisning, som udløser en meget kraftig reaktion.

Personen med EUP vil både have lyst til at komme tæt på og samtidig holde dig ud i strakt arm, og det kan skabe stor forvirring. Arbejder du på et afsnit med andre fagprofessionelle, kan du enten blive idealiseret og blive draget ind i en alliance eller stå for skud. Husk at det ikke er personligt rettet mod dig, men at det er en indre konflikt mellem personens biologiske behov for nærhed og en frygt for det samme, som driver dynamikken. Forhold dig neutralt og venligt. Læn dig op ad den struktur eller de aftaler, der er på din arbejdsplads, så det ikke bliver en "personlig afvisning" og henvis til rammerne (13,14).

Samlet set skal du være opmærksom på dine praktiske rammer for formidling (lokale, placering, brug af dagsorden m.m.) og måden, hvorpå du møder personen med en psykisk lidelse, neurodivergens eller andre hjerneudfordringer i væsentlig højere grad end hos andre borgere – simpelthen for at lykkes bedre med behandlingen.

Referencer

1. Van Edwards V. Cues: Master the Secret Language of Charismatic Communication. New York: Pinguin Random House, 2017.
2. Amy J.C, Cuddy, Glick P, Beninger A. The dynamics of warmth and competence judgments, and their outcomes in organizations. *Research in Organizational Behavior*, 2011;31:73-98
3. Understanding Neurodiversity. www.verywellmind.com (Tilgået 18.03.2024)
4. Neurotypisk, neurodivergent og neurodiversitet. <https://dk.specialisterne.com/ordforklaring-neurotypisk-neurodivergent-og-neurodiversitet/> (Tilgået 18.03.2024)
5. Yuan HL, Lai CYY, Wong MNK, Kwong TC, mfl. Interventions for Sensory Over-Responsivity in Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Narrative Review, 2022;19;9:1584
6. Bedre Psykiatri, Sådan kan du hjælpe en med ADD. www.bedrepsykiatri.dk (Tilgået 18.03.2024)
7. Håndbog for støttepersoner. www.Adhd.dk (Tilgået 18.03.2024)
8. Nørgaard HCB et al. Overvægt og fedme hos psykisk syge. *Ugeskrift for Læger*, 2016;178:V06160455.
9. Sundhed.dk, Depression, www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/depressioner/depression/ (Tilgået 18.03.2024)
10. Sundhed.dk, Skizofreni, www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/psykoser/skizofreni/ (Tilgået 18.03.2024)
11. Almokhtar AA, Jbireal JM, Azab EA. Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, and Treatment. *The South African journal of medical sciences* 2019;2:80-91
12. Danner U. N et al. The relationship between eating disorders and OCD symptom dimensions: An explorative study in a large sample of patients with OCD, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2022;35:100759
13. Bertelsen A, Munk-Jørgensen P, Bech P: De psykiatriske diagnoser, 2. udgave, Psykiatrifondens Forlag, 2010
14. Psykiatrifonden, Borderline, <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/borderline> (Tilgået 18.03.2024)