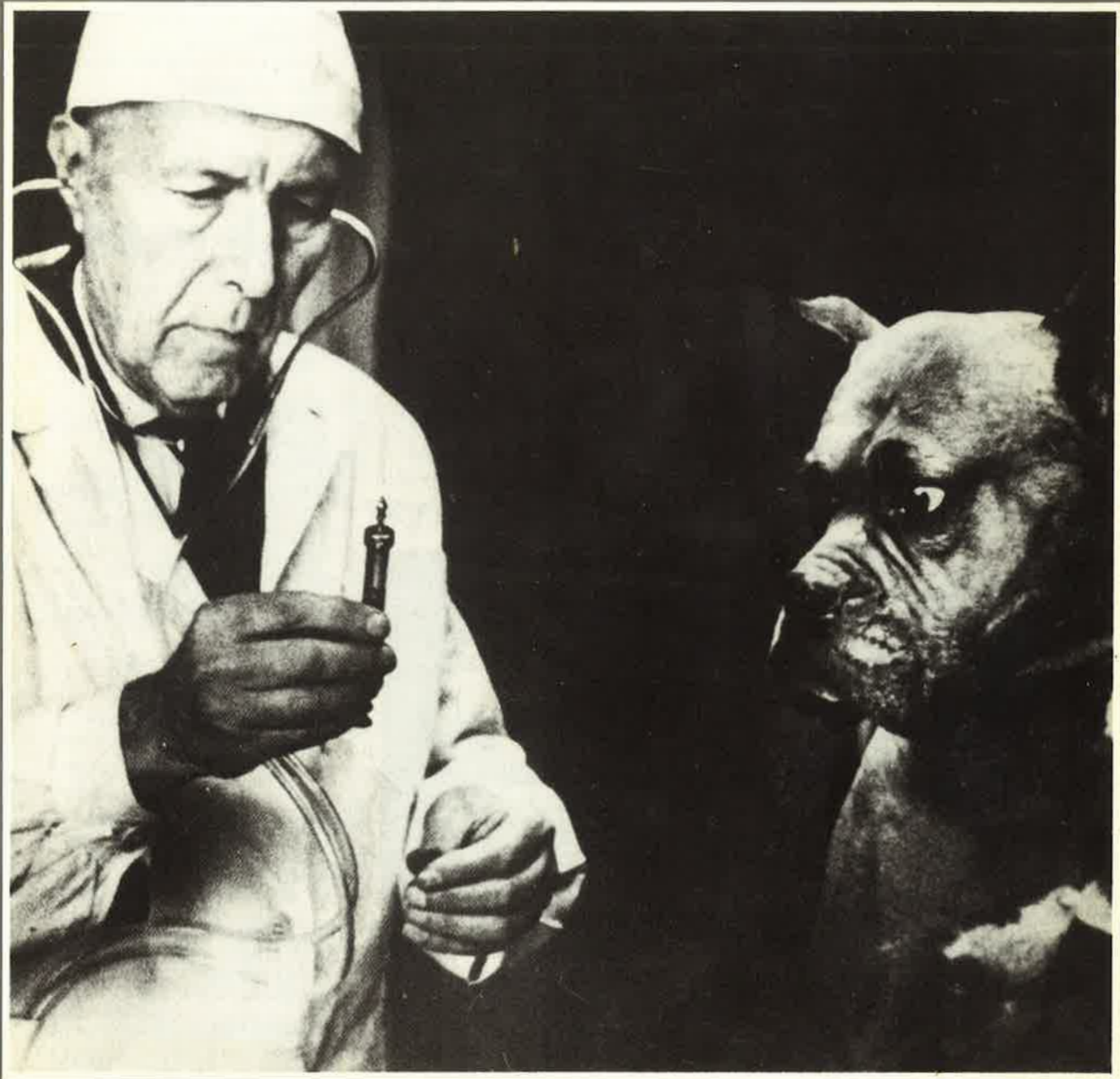


OMSORG

Nr 1 – Februar 1992

Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin

9. årgang



INFORMASJON
OG KOMMUNIKASJON

Informasjon – en avgjørende faktor i all behandling

Av Tore-Kristian Lang

Å kommunisere er å utveksle, gi eller motta informasjon. Ordet kommer av det latinske verbet *communicare*, som betyr å meddele en noe, gi en del i noe, gjøre eller ha felles med en.

Kommunikasjon er mao alltid en interaksjon mellom to eller flere parter. Følgelig har kommunikasjon ikke bare en innholdsmessig side, men den har alltid også en relasjonsdefinerende side. En mors beskrivelse av en legevisitt illustrerer dette:

Legevisitten kommer inn på pasientrommet som er svært trangt på Rikshospitalet. Som pårørende satt jeg på en stol klemte mellom senga og vegg. Tre leger og to sykepleiere fulgte visitten. Jeg stilte spørsmål omkring prognosen, hva vi kunne vente framover ut i fra nåværende tilstand. Legen stilte seg tett opp til meg og ga som svar: «Nå må jeg tenke meg om. Jeg fikk et tilsvarende spørsmål fra et ukeblad i går. Svaret kan ikke bli for konkret i og med at sykdommen utvikler seg så forskjellig. Noen kommer over i en kronisk fase som vi kjemper med å få henne ut av».

Jeg følte meg litt overkjørt fordi han sto så tett opp i meg som satt, og fordi de andre sto rett bak som passive tilskuere. Jeg stilte likevel flere spørsmål omkring forventet framtid, og bestemte meg for å møte blikkene fast og ha nesten like høy stemme som ham. Etter å ha fått vite at datteren min kunne få tilbakefall selv etter et år og at hun måtte følges opp av nevrolog i flere år, feide de videre.

I samme grad partene i en interaksjon er enige om defineringen av forholdet seg i mellom, vil de kunne konsentrere oppmerksomheten om kommunika-

sjonsprosessen innholdsmessige side.

Blir formidlingen av informasjon, som i denne morens erfaring, en opplevelse av maktarroganse og manglende respekt, trengs budskapssiden ved kommunikasjonen tilbake, og relasjonsdefineringsiden blir dominerende. Dette uttrykker moren når hun sier hun besluttet seg for å holde fast ved sitt anliggende, møte «motpartens» blikk med fasthet og bruke en stemme like høy som hans.

Når parter i en kommunikasjon som her, ikke gjensidig bekrefter at de er jevnbyrdige, at de møtes «på samme nivå», vil begge tilstrebe den dominerende posisjonen som gir en følelse av trygghet. Resultatet blir en såkalt symmetrisk eskalering. En maktkamp som vanskeliggjør videre konstruktiv formidling av informasjon. Det er den enkeltes definisjon av seg selv og av den andre det kjempes om. Bare der partene er i stand til å bekrefte hverandres definisjon av «Jeg» og «Du», vil kommunikasjonen fungere optimalt. Formidling av forestillinger, tanker, følelser og opplevelser under alvorlig sykdom forutsetter at den kommunikative interaksjonen baseres på gjensidighet, tillit og respekt.

RETTE TIL INFORMASJON PLIKTEN TIL Å INFORMERE

Slik moren beskriver interaksjonen ovenfor, presenteres en lege med liten respekt for autonomiprinsippet slik dette er fastslått i Helsinkideklarasjonen.

Denne deklarasjonen, som også Norge har ratifisert, forplikter helsevesenet, og dermed enhver av dets ansatte, til å se mennesket som autonomt. Mennesket er autonomt når det opplever seg selv som et selv-styrt, selv-normerende, selv-regulerende liv. Enhver behandler som i sin kommunikasjon parallelt med innholdssiden i interaksjonen formidler holdningen:

«jeg vet bedre enn deg hva som er best for deg», representerer en paternalisme som er det totalt motsatte av å vise respekt for personens autonomi.

Helsinkideklarasjonens fastslåing av retten til informert samtykke er en logisk følge av autonomiprinsippet og innebærer at det er en krenkelse av personen ikke å informere om diagnose, prognose og hva behandling vil innebære og kunne medføre. Behandleren pålegges ut i fra denne menneskeretts-tenkningen en plikt til å informere slik at ingen pasient utsettes for behandling eller forskning uten at det foreligger såkalt informert samtykke. Plikten til å informere er bare begrenset av den autonome persons rett til å ikke ville vite.

INFORMASJON

Innholdet, dvs informasjonen som gjennom kommunikasjonsprosessen gjøres til noe de kommuniserende partene har felles, er ikke en iboende, statisk egenskap ved et eller annen objekt. Informasjonen er faktisk en side ved interaksjonen mellom sender og mottaker.

Ordet informasjon kommer av det latinske *informare* som betyr å skape, forme og tilpasse. Det betyr også i tanken danne, forme, gjøre seg et begrep om, forestille seg, tenke seg. Og det betyr å gi en fremstilling (et bilde) av noe eller å skildre. (1)

Informasjon er mao noe skapt, et bilde, eller et inntrykk som er gitt en tankemessig form. Når vi kommuniserer formidles dette skapte. Dette den ene part har gitt form, gjøres til de kommuniserende parters felleseie. Heri ligger forklaringen på hvorfor noen behandlere er flinke til å kommunisere, mens andres kommunikasjon er helt uforståelig.

Tar vi utgangspunkt i at kommunikasjon er en aktivitet mellom en sender og en mottaker får vi et

spennende perspektiv på legepasient-forholdet om vi ser legen som sender og pasienten som mottaker. I denne lege-pasient-interaksjonen avhenger **informasjonsmengden** den enes atferd inneholder for den andre, først og fremst av om begge har adgang til samme **kode**, om de snakker samme språk.

Det som gjør en kommunikasjon meningsfull, avhenger mao av om avsenderens **koding** av sitt **budskap** til den andre, kan **de-kodes** av mottakeren. Dette gjelder selvsagt utveksling av informasjon begge veier.

Dernest avhenger mengden informasjon som mottas av **kvaliteten på overføringen**, f.eks at «sendingen» ikke forstyrres av maktkamp eller selvbilde forsvaring, eller av «støy» i form av andre menneskers forstyrrende nærvær.

KOMMUNIKASJON – EN KUNST

Kommunikasjon er en form for kunst, dialogisk kunst. Det dreier seg nemlig om å trekke den en meddeler seg til, inn i den formen, det bilde av virkeligheten en ønsker at den andre skal få del i.

Som i all god kunst formidler kommunikasjon mellom mennesker fragmenter av, eller hele, virkelighetsbilder som enten forsterker og utvider, eller forringer og svekker mottakerens bilde av virkeligheten.

Skal kunsten ha noen effekt, eller funksjon, er kunstneren avhengig av en medopplever. Først når kunstverket, det være seg maleriet, musikken, dramaet, romanen, diktet «griper oss» får det liv.

Først når kunstneren evner å trekke et annet menneske inn i kunstverket sitt, slik at det smelter sammen med denne personens indre virkelighetsbilde, får det effekt. Slik også med den informasjon som kommuniseres. Først når informasjonen tas inn slik at den blir en del av personens mentale bilde av virkeligheten, får den effekt. Ja, faktisk blir det som formidles først informasjon idet mottakeren av det erkjenner det som noe forskjellig fra det som allerede er kjent.

VANMELONJEGEREN

Å bli innviet i kunnskap, er ensbetydende med å bli inkludert i et fellesskap. Derfor opplever pasienter seg ofte forlatt, aggressive, usikre og ensomme når behandlingspersonalet ikke informerer dem ordentlig. Det samme er tilfelle når pårørende sitter med informasjon de ikke lar pasienten selv få del i. En behøver imidlertid ikke være alvorlig syk for å erfare hvordan såkalte bedrevitere alltid umuliggjør et gjensidig fellesskap.

Følgende sufi lærefortelling illustrerer dette samt forskjellen på konstruktiv og destruktiv kommunikasjon:

Det var en gang en mann som forvillet seg bort fra sitt eget land og inn i den verden som kalles Narrenes Land. Det gikk ikke lenge før han oppdaget en flokk mennesker som flyktet i skrekk fra en hveteåker de var i ferd med å høste. «Det er et uhyre i åkeren», fortalte de ham. Han så undersøkende utover åkeren, og så at det var en vannmelon.

Han tilbød seg å drepe «uhyret» for dem. Da han hadde skåret vannmelonnen løs fra stilken, skar han seg et stykke av den og begynte å spise. Folket ble nå enda reddere ham enn de hadde vært for melonen. De tok høygaflene sine og jaget ham bort mens de skrek: «Han kommer til å drepe oss etterpå, hvis vi ikke blir kvitt ham!»

Så hadde det seg slik at en annen mann, en annen gang, også forvillet seg inn i Narrenes Land, og det samme begynte å skje ham. Men, i stedet for å tilby seg å hjelpe dem med «uhyret», sa han seg enig med dem i at det måtte være farlig. Og ved å liste seg bort fra det sammen med dem, vant han deres tillit. Han ble hos dem lenge. Han tilbragte mye tid sammen med dem i husene deres inntil han, litt etter litt, hadde lært dem de grunnleggende tingene som gjorde dem i stand til ikke bare å miste redselen sin for meloner, men til og med til å dyrke dem selv. (2)

Ethvert sosialt fellesskap utvikler gjennom sin mangeartede kommunikative atferd en særegen gruppekultur. Denne kulturen blir «brillene» medlemmene av gruppen ser og forholder seg til virkeligheten gjennom. (3) ut i fra felles opplevelser og felles forståelse av ting og hvordan tingene henger sammen i den verden vi har felles, formidler vi oss selv mer mangfoldig

og nyansert til hverandre. Derigjennom legges grunnlaget for et rikere samliv. Vi øker livets kvalitet.

BILDER AV VIRKELIGHETEN STRUKTURERER VÅRE LIV

Den virkelighetsforståelse eller referanseramme den enkelte vokser opp med, er i hovedsak et resultat av kommunikasjonen i familien. Gjennom interaksjonen med våre nærmeste formes ikke bare vårt selvbilde, men et totalt verdssystem som utover selvbildet rommer et verdensbilde, den enkeltes metafysiske trossystem og de sosialt konstruerte mønstre vi kaller språk og kultur. Disse verdiene, premissene eller forståelsesgrunnlaget vårt er programmert inn så dypt i familiens struktur at de er utenfor bevissthetens rekkevidde, om vi vil bruke data-språk. De er operativsystemet som styrer samspillet i familien, såvel som mellom familien og omverdenen. Slik blir kommunikasjon avgjørende for hvor konstruktive eller destruktive personer og familier blir.

Hva slags kultur vi som personer preges av, godtar og dermed blir bærere, opprettholdere, formidlere og eventuelt forsterkere av, får avgjørende betydning for omgivelsenes respons på oss.

På samme måten som i familien utvikles, opprettholdes og endres ethvert samfunns kultur gjennom kommunikasjon. Ved at enkeltpersoner, grupper og institusjoner kommuniserer med hverandre, utvikles og viderefremidles ideer og tenkemåter. Disse mange systemer av meninger gir rom i en samfunnsstruktur som samtidig er det synlige uttrykk for det enkelte **samfunns meningssystem**. Dette systemet av meninger utgjør samfunnets premissgrunnlag eller referanseramme. Det er **samfunnets mytologi**. Og som alle myter formidler det verdier og modeller av og for handling.

Kommunikasjon er altså ikke bare avgjørende for enkeltmenneskets liv, men også for enhver sosial orden.

ALL ATFERD ER KOMMUNIKASJON

Idet jeg deltar i et sosialt fellesskap formidler jeg meg selv gjennom alt jeg sier og gjør. Det samme gjør enhver deltager i et fellesskap. Vi kommuniserer.

Å ikke ville kommunisere, f.eks. ved at jeg snur ryggen til deg eller svarer med taushet når du snakker til meg, er å kommunisere at jeg ikke ikke vil forholde meg til deg. Men nettopp ved å forholde meg slik til deg, viser jeg at det er **umulig å ikke forholde meg** til deg. Dette illustrerer hvordan **enhver interaksjon mellom mennesker er kommunikasjon**. Samtidig illustrerer det hvordan kommunikasjon alltid definerer forholdet mellom de kommuniserende partene.

Ernest H. Rosenbaum ved Mount Zion Hospital og klinisk professor ved University of California sier om legens forhold til kreftpasienten:

Aldri, under et hvilket som helst stadium av behandlingen, selv de tidligste stadier av sykdom og medisinsk behandling, skal en unngå temaene smerte lidelse eller død. Pasienten vet alltid om han kan drøfte disse skrekkinngytende temaene med sin lege. Pasienten vet intuitivt om hans doktor er redd og i forsvar. ... Når doktoren er redd, blir pasienten redd, og denne redselen hans smitter over på hans familie og venner – nettopp dem som pasienten trengte å ha som støtter gjennom denne tiden. (4)

Kommunikasjon handler følgelig om kunsten å være menneske overfor andre mennesker. Nærværet, håndtrykket og omfavnelsen sier alltid mer enn ord kan formidle.

I enhver interaksjon med andre mennesker blir vi, om vi ønsker det eller ei, gjort til deltakere i en kommunikasjonsprosess. Om interaksjonen er verbal eller ikke-verbal er uvesentlig. Budskapsaspektet er der like fullt. Når f.eks. legevisitten blir kortere og kortere, eller uteblir helt, skaper dette ofte usikkerhet og aggresjon der informasjon og avklarethet kunne hjulpet pasienter og pårørende til å omstrukturere liv og samliv slik at deres tid sammen kunne bli best mulig.

INFORMASJON GJØR EN FORSKJELL

Å kommunisere er slik sett også en skapende aktivitet som frembringer, og derigjennom formidler noe nytt. Noe som gjør en forskjell. Informasjon kan forandre personers, familiers, institusjoners, ja hele nasjoners atferd. Informasjon om terminal sykdom.

Informasjon om ulykker, om krigsutbrudd eller fred.

Da Palme ble skutt, oppdaget mange svensker at mye av det de trodde om Sverige, nå ikke lenger kunne opprettholdes, men måtte innses å ha vært en illusjon. Det samme var vi vitne til i intervjuene med trofaste kommunister i daværende DDR, da Berlin-muren falt. Deres virkelighetsoppfatning endret seg med omstendighetene. Og omstendighetene forandret seg etter som tenkemåtene endret seg ut i fra informasjon om at alternativer fantes. Da informasjonen om kong Olavs død ble kommunisert til nasjonen, brøt sorgen spontant frem. Mennesker sto på slottsbakken og gråt åpenlyst.

Disse eksemplene viser hvordan informasjon dreier seg om formidling av en opplevd forskjell til en mottaker som i sin respons bekrefter budskapet som en forskjell som avstedkommer en atferdsmessig, følelsesmessig, eller forståelsesmessig endring.

Informasjon kan helt enkelt defineres som en forskjell som gjør en forskjell. (5) At informasjon gjør en forskjell vil si at det jeg før trodde, gjennom tilføring av informasjon enten svekkes, ugyldiggjøres, bestyrkes eller bekreftes. Det mentale bilde jeg hadde dannet meg, endres. Informasjon gjør at jeg ser det hele, eller biter av det, i et nytt perspektiv.

Den svenske journalisten Ebbe Carlson sa nylig i et intervju med svensk TV at det folk ikke visste da «Ebbe Carlson-affæren» pågikk som verst, var at han allerede den gang var diagnostisert med AIDS. Det å være syk ga ham en ny frihet. «Jeg hadde ingen karriere foran meg. Så pga mine begrensede år å leve, følte jeg meg sterkere». Ebbe Carlson-affæren førte bl.a. til justisministerens avgang i forbindelse med Palme-saken. «Hadde jeg hatt karrieren foran meg, hadde jeg ligget lavere», sa Carlson. Han våget å spørre, han våget å se, han våget skrive og si det han mente var situasjonen. Han hadde ut i fra sitt ståsted i livet, sitt perspektiv, ikke noe å tape på det.

LUKKEDE SOSIALE SYSTEMER

Når folk ikke tør si det de vet eller tror, skyldes det ønsket om å unngå det de frykter informasjonen vil medføre. Derfor lukkes diktaturer. Fri informasjonsutveksling erstattes med propaganda, løgner, halv-sannheter, mistenksomhet og usikkerhet. Og hem-

meligheter blir farlige både for dem ved makten såvel som for de maktesløse, dersom de er skadelig for dem som ikke vet.

Den samme mekanismen finner vi i ekteskap og familier der mishandling eller misbruk foregår. De blir lukkede sosiale systemer som ikke lar alternative forståelser av liv og personer trenge inn. Samtidig presenteres en virkelighet utad som ikke stemmer med det indre livet i systemet. Bare informasjon som bekrefter parets, familiens eller det sosiale systemets oppfattelse av seg selv, livet og verden forøvrig, tillates inn. Slike lukkede systemer er stort sett ikke i stand til å endre seg eller til å tilpasse seg forandringer i sine omgivelser. Åpne systemer derimot, har evnen til å endre sine indre strukturer som følge av enkeltmedlemmers forandring eller som følge av at ny informasjon utenfra inkorporeres. Med struktur menes i denne sammenhengen relasjonene mellom de enkelte delene som utgjør systemet.

ET KLINISK EKSEMPEL

Hva dette i praksis betyr vil jeg illustrere med følgende erfaring: For noen år siden kom jeg som sykehusprest inn til en kvinne i tredveårene som var døende på grunn av kreft i underlivet. Jeg kjente henne relativt godt ut i fra flere samtaler de periodene hun hadde vært på sykehuset. I den «klassiske» pårørende-posisjonen på skrå bak hodet på pasienten, slik at øyekontakt var umulig, satt en eldre middelaldrende dame med strikkesøy og Norsk Ukeblad. Pasienten lå med øynene igjen.

«Hun sover», kom det fra henne som satt i stolen, og som jeg ikke hadde truffet før. Underforstått: «Hun er ikke tilgjengelig nå». «Nei; jeg sover ikke», protesterte pasienten. «Hvis det ikke passer, kan jeg godt komme tilbake senere», sa jeg. «Nei, kom inn. Jeg vil gjerne prate med deg», sier hun. Jeg hilser på henne som viser seg å være tanten. Hun setter seg igjen med håndarbeidet. Jeg setter meg ned ved siden av sengen. Den terminalt syke kvinnen og jeg prater først litt om løst og fast. Men etterhvert prater vi nok så detaljert om smertene hennes og hvordan dagen har vært. Tantens, som ikke har deltatt i samtalen, har nesten umerkelig blitt dratt inn i det som skjer. Strikkesøy og ukeblad har blitt lagt i vinduskarmen

ved siden av Narvesenposen med frukt og sjokolade.

Etter en stund står tanten nærmest bøyd over sengen og leser navneskiltet mitt. Plutselig har hun det. Hun har oppfattet at jeg ikke er lege, men prest! En forskjell som gjør en forskjell. Holdningen hennes endrer seg merkbart. Fra å betrakte meg nærmest som en autoritet i slutten av femtiårene, snakkes jeg nå nærmest til som en femtenåring. Hun gjør det klart at hun gjerne vil snakke med meg ute i korridoren. Jeg sier til kvinnen i sengen: «Tanten din vil gjerne snakke litt med meg ute i gangen. Er det OK for deg?» «Ja. Men kom inn igjen etterpå, er du snill». Jeg lovet det. Ble med tanten ut. Og der fikk jeg en belærende innføring i hvorfor jeg ikke måtte spørre den syke om hvordan hun hadde det, om smerter og alt det jeg hadde snakket med henne om.

«Og du må for all del ikke la henne forstå at du er presten». «Å, hvorfor ikke det?» spurte jeg med mine mest uskyldsblå øyne. «Nei, da vil hun jo tro at hun er alvorlig syk». «Jamen det er hun jo også», sa jeg. «Ja, men hun vet det ikke. Og vi som kjenner henne vet at hun vil ikke tåle å få vite det heller». Så en lang forklaring om den syke kvinnens påståtte manglende evne til å takle livets og dødens realiteter.

I slike situasjoner der pårørende krever at informasjon holdes tilbake fra pasienten, er det viktig å prøve å overbevise dem om det ønskelige i åpenhet overfor hverandre. Og dersom vi tvinges til å ta et standpunkt, er det på pasientens side vi hører til.

Jeg var gjennom samtale vi hadde hatt, blitt engasjert i denne døende kvinnens kamp for et best mulig liv inntil døden og adskillelsen mellom henne og hennes pårørende. Derfor lot jeg denne tanten belære meg ferdig om hva hun mente var best for pasienten, og så sa jeg: «Det har ikke slått dere i familien at det kanskje er dere som ikke orker å tenke på at hun er i ferd med å dø, og derfor ikke orker å snakke med henne om det». Protesterende avbrudd. Uforstyrret fortsatte jeg: «... for hun snakker nemlig til meg, og enkelte av pleierne her, om at hun er døende. Og jeg vet noe om hvor ensom hun føler seg fordi hun ikke kan snakke med noen av dere i familien sin om hvordan hun har det».

Jeg skal ikke her gå inn på hvordan denne tanten kom i en totalt kaotisk situasjon idet hennes bilde av situasjonen ikke lenger kunne opprettholdes. I

denne sammenheng er det viktig å se hvordan utestengning av informasjon, eller hemmeligholdelse, kan splitte familier, og påføre alvorlig syke den ekstrabelastning det kan være å dø uten egentlig deltakelse og støtte fra sine nærmeste.

I åpne sosiale systemer har personene et åpent forhold seg imellom og til omgivelsene sine. Den enkelte er her fri til å kommunisere en høy prosent av sine indre tanker, følelser og fantasier. Og ens nærmeste er i stand til å leve med i ens smerte i et forhold preget av gjensidighet og respekt. At slik åpenhet innebærer økt trygghet og støtte for de fleste alvorlige syke, såvel som for de pårørende selv, er idag grundig dokumentert.

UTESTENGNING AV INFORMASJON SOM FORSVAR

John Bowlby er opptatt av det han kaller utestengning av informasjon som forsvar. Han konkluderer som følger:

For det første er det liten tvil om at personer som i utpreget grad forsvarer seg ved å stenge informasjon ute, er handicappede i sin omgang med andre mennesker sammenlignet med dem som bare i liten grad forsvarer seg på denne måten. Dessuten er deres fungering mer tilbøyelige til å bryte sammen i situasjoner der de i perioder over uker, måneder eller år, opplever seg ute av stand til å forholde seg effektivt til sine omgivelser. Så uansett hvilke fordeler slikt forsvar gjennom utestengning av informasjon måtte ha, så vil personer som benytter seg av det, måtte betale en pris, og det noenganger en smertelig høy en. (6)

Om vi forkuserer mennesket som et biologisk system, vil forandring i et organ være informasjon som automatisk mottas og dermed påvirker andre deler av det biologiske systemet. Endringer i et organ, vil alltid medføre at andre organer endrer seg som en følge. Systemet søker å kompensere for, tilpasse seg eller motvirke de opplevde endringene ved å endre sin «indre» struktur. Om vi fokuserer mennesket som et personlig selv, som utgjør mer enn summen av organene den enkeltes biologiske system består av, oppdager vi hvordan selvet kan ta

inn informasjonen fra kroppen, og endre personens atferd i forhold til den «yttre» struktur som omgir ham eller henne.

Selvet er senteret for organisering av erfaring. Ny forståelse kan her smeltes sammen med gammel slik at optimal adekvat atferd muliggjøres i situasjonen. Eksempelvis kan informasjonen fra et organ, føre til den atferdsmessige endring at en lege oppsøkes. Informasjon som erkjent forskjell gjør en forskjell.

Utestengning av kroppens informasjon fra selvet, fra personens bevissthet, har i mange tilfeller hatt en unødvendig tidlig død som følge. Eller forringet liv og samliv. «Hadde jeg bare forstått at han var døende, skulle vi brukt dette siste halvåret helt annerledes», uttrykte en enke i intens smerte over at hun «først en halvtime før han døde forsto at han kom til å dø». Hun hadde sett hvordan mannen skrantet, men stengt ute fra bevisstheten hva dette egentlig betydde. Så helt inn i den siste timen mannen levde var hun opptatt av treningsopplegg for ham.

Diagnostisering av alvorlig sykdom består på samme måten nettopp i at en blir bevisst og tolker forskjeller i et eller flere av de mange biologiske systemer som personen sammen med andre systemer er bygget opp av.

Enhver form for motstand vi møter når vi prøver å hjelpe et menneske eller et system til en endring som synes konstruktiv, kan forstås som forsøk på å stenge informasjon ute, eller som forsøk på å underkjenne dens verdi.

Dersom dette lykkes, kan den vi prøver å hjelpe, opprettholde sin egen definisjon av problemet og derigjennom fastholde sin forståelse av hva som er den beste løsningen av det. Som følge av dette kan den atferd som følger av denne overbevisningen opprettholdes.

Problemet er imidlertid at det nettopp er denne definisjonen, eller forståelsen, som enten har skapt problemet, opprettholdt det eller utviklet det gjennom den atferd, eller mangel på adekvat problemløsende atferd, denne forståelsen har avstedkommet.

Hvordan vi tolker informasjonen vi får fra egen kropp eller fra andre mennesker er av avgjørende betydning for liv og samliv.

Ifølge Heinz Von Foerster har selvinnlysende sannheter som ikke tilfører oss noe nytt, den ulempe ved seg at ved å sløve sansene våre tilslører de sannheten. Omtrent ingen ville bli redde om

de ble fortalt at i tider med kontinuitet vil fremtiden tilsvare fortiden. Bare noen få vil være klar over at følgelig vil fremtiden ikke bli som fortiden i tider med sosiale og kulturelle forandringer. Dessuten, uten klare forestillinger om en fremtid, vil vi ikke vite hvordan vi skal handle når bare en ting gjenstår som sikkert: at hvis vi ikke handler selv, vil vi bli gjort noe med. Altså, hvis vi ønsker å være subjekter, fremfor objekter, må det vi ser nå, dvs. vår forståelse, være fremtidsorientert og ikke tilbakeskuende. (7)

I vårt land er det mange behandlere og behandlingsinstitusjoner som ikke har forstått hvordan deres verbale og atferdsmessige kommunisering med syke mennesker definerer den syke inn i en objekt-tilværelse. Alternativet er gjennom interaksjonen med den syke å formidle informasjon om personens situasjon på en slik måte at den syke trekkes inn i å samskape et fremtidsperspektiv der han eller hun opplever seg som subjekter med sin personlige verdighet intakt og respektert.

EN MEDISINSK VIRKELIGHETSFORSTÅELSE

Peter Noll eksemplifiserte dette. Her forble det handlende subjekt i sitt eget liv. Noll, en fremstående sveitsisk professor i strafferett ved universitetet i Zürich og senere i Mainz, skrev dagbok gjennom de ti månedene han levde etter å ha blitt diagnostisert med cancer i blæreveggen. Like etter å ha blitt diagnostisert skriver han:

På kontoret litt senere: Urologen er meget alvorlig, men bevarer sin rutinemessige ro. Han kjenner disse tilfellene. I blæren kan en se en liten utvekst av grovt vev (noe som tyder på at det er ondartet). Det dekker nesten urinlederen og får venstre nyre til å funksjonere dårlig, og i nedsatt tempo. Det må øyeblikkelig foretas nøyere undersøkelser. Vevsprøver under narkose for å fastslå hvor ondartet svulsten er. I alle tilfelle må det operasjon til. Det kan være tale om to varianter. Hvis utveksten bare sitter på blæreveggen, kan en del simpelthen skjæres vekk, og jeg kan leve videre med en noe mindre blære. Har den derimot vokst gjennom blæreveggen, må hele blæren fjernes. Da ville jeg få kunstig urinutgang, og en plastpose som en bærer på seg, og som tømmes fra tid til annen. Begge nyrene ville tre

i funksjon igjen, og sjansene til å overleve ville være ganske god, særlig hvis operasjonen ble kombinert med strålebehandling. Statistisk sett overlever 50%. På direkte spørsmål fra meg svarer han at noe seksualliv ikke vil være aktuelt av den enkle grunn at det ikke lenger vil være mulig å få ereksjon. For øvrig vil jeg kunne leve omtrent som normalt, gå turer, drive sport i en viss utstrekning, til og med gå på ski. Pasienter som har overlevd de første fem kritiske årene, har alle vennet seg til denne begrensede livsformen, forteller han. Da jeg erklærte at jeg ikke under noen omstendighet vil godta operasjon, sier han at han har stor respekt for en slik beslutning, men at jeg først bør skaffe meg så grundige opplysninger som mulig også hos andre leger. Om jeg vil ha med meg røntgenbildene? Nei, tilfellet forekommer meg temmelig klart. (8)

Legens formidling av diagnosen har vært god kommunikasjon. Informasjonen legen sitter med har blitt felleseie i lege-pasient relasjonen.

DEFINERING AV PROBLEMER
Systemisk familieterapi har ut i fra forståelsen av kommunikasjon, innen rammen av kybernetikken og generell systemteori, begynt å behandle de psykiske problemer og samlivsproblemer folk oppsøker hjelp for, som produkter av det meningssystemet de lever i. Problemene er altså ikke symptomer eller atferd med rot i dysfunksjonelle eller syke personer og familier. De er rett og slett logisk atferd ut i fra de sosiale systemets underliggende premisser, eller dets forsøk på å opprettholde disse.

Familieterapien har oppnådd overraskende positive resultater gjennom å se problemer som skapt, opprettholdt, forsterket eller løst av de observerende systemenes ideer omkring problemet.

(9) Denne forståelsen innebærer at:

Defineringen av et problem og den handling som iverksettes for å løse problemet avhenger i stor grad av hvilken oppfatning individene eller gruppene som oppdaget problemet har av det systemet problemet relateres til. (10)

I vårt medisinske behandlingsapparat kan pasienter derfor oppleve at deres problem defineres som en dårlig,

eventuelt feilaktig tolkning av symptomene fra egen eller behandleres side. Gal eller mangelfull diagnose er eksempler på hvordan diagnostikeren har tolket informasjonen i pasient-legekommunikasjonen feilaktig eller mangelfullt.

Videre kan problemet defineres som et dårlig resultat som følge av et mangelfullt produksjonsapparat. Her kan vi f.eks tenke på lungekreft som følge av røking som igjen følger av mangelfull fornuft og styringsevne hos personen som er produksjonsapparatet som frembringer kreften. Eller en klandrer sentralisering av ekspertise eller manglende tilgjengelighet til avansert medisinsk teknologi for resultatet av en mislykket behandling.

Eller problemet kan forstås som et dårlig resultat som skyldes en funksjonssvikt i et vanligvis feilfritt system f.eks nyresvikt.

Og endelig kan problemet sees som et korrekt men uønsket resultat fra et feilfritt og dermed uønsket system. Her kan eksempelvis nevnes forsømmelsen av geriatriske og terminale pasienter som følge av en økonomi- og personal-slukende medisinsk teknologi som løper løpsk.

Alle disse definisjonene, unntatt den siste, indikerer at problemet kan løses ved korrigering eller forbedring. Bare den siste definisjonen foreslår forandring. Og dermed presenterer den et uløselig problem for enhver som er imot forandring.

I denne sammenheng skulle det være lett å forstå hvorfor så mange opplever det vanskelig å formidle dårlige nyheter. De såkalte dårlige nyhetene er jo nettopp slike korrekte men uønskede resultater fra et spesialistkompetanse-senter som ikke kan motsies. Dermed fastslås noe som, dersom det blir trodd, medfører en uunngåelig men uønsket endring. Fordi vi vet dette, nøler vi med å overbringe slike budskap.

INFORMASJON ER NYHET OM ET FORHOLD ELLER OM ENDRING I ET FORHOLD
I virkeligheten består all informasjon av nyheter om et forhold som har oppstått som ikke tidligere fantes, eller endringer i et allerede eksisterende forhold. Det kan som i Nolls situasjon dreie seg om utvekst av grovt vev i blæren. Eller i et ekteskap om et utenomekteskaplig forhold. Eller hos en kvinne om en kul som ikke fantes i

brystet før. Det kan være en føflekk som plutselig har begynt å vokse. En hjerne som plutselig ikke lenger rommer kunnskap om hvordan knapper skal kneppes, hvor do er, eller navnene på familie og venner. Slike nye forhold, eller endringer i forhold, konkretiserer Gregory Batesons tese at «informasjon består av forskjeller som gjør en forskjell». (11)

Men informasjon kan ikke mottas som var det nakne fakta det handlet om. Å begripe noe, altså **bearbeidningen av informasjon** mottatt gjennom de ulike sansene, er på avgjørende måte **avhengig av personens evne til indre strukturering og omstrukturering**. Det vil si at informasjon tas bare inn og blir gjort meningsfull, i samme grad personen har tilgjengelig, og er i stand til å bruke, mentale bilder som refererer til tidligere opplevelser og som meningsfullt har blitt inkorporert i personens virkelighetsforståelse.

Det er den enkeltes bilde av virkeligheten som er utgangspunktet for alt han eller hun gjør. Dette **mentale bilde** er det mest umiddelbare forbindelsesledd mellom nervesystemet vårt og våre omgivelser. (12)

EN PERSONS VIRKELIGHETSFORSTÅELSE

Når vi mottar informasjon, dvs når vi tillater den inn i vår bevissthet, tvinger dette frem en indre dialog i vårt selv mellom vår allerede eksisterende forestillingsverden og det nye bildet informasjonen frembringer i oss.

Det som gjør formidling av såkalte **dårlige nyheter** så vanskelig for mange, er at mottakerens subjektive virkelighetsforståelse vil variere fra person til person. Dette medfører at en aldri kan forutsi hvordan en person vil ta det, om en ikke på forhånd er kjent med vedkommende. Mottakeren av denne typen informasjon mottar dem med alt fra lettelse eller glede til rasende protester eller fortvilete forsøk på å stenge informasjonen ute. (13) Peter Noll beskriver sin mottakelse av diagnose-resultatet slik:

Igen støter jeg på en av de egenskapene hos meg selv som jeg burde være nokså fortrolig med. Skjønt jeg av naturen er både tvilrådig og noen ganger fomlete har jeg leitt for å treffe raske radikale beslutninger i krisesituasjoner som angår meg selv. (14) ... Jeg vil ikke inn i dette kirurgisk-

urologisk-radiologiske maskineriet, miste min frihet litt etter litt, få knekket min vilje av håp som stadig blir mindre beskjedne og likevel ende i det velkjente dødsværelset som alle går utenom i en stor bue. Forværelset til kirkegården (15) ... Det eneste jeg er redd for er tapet av friheten, at andre bestemmer over deg, at du kommer inn i et apparat som behersker deg, som du ikke er på høyde med. Naturligvis er jeg også redd for uutholdelige smerter. For å slippe dem, går en inn i apparatet som fjerner smertene og samtidig tar friheten fra deg. Og det er nettopp det jeg ikke vil! (16)

Å SAMSKAPE VIRKELIGHET

Informasjon mottar vi som uttrykk for noe den andre har oppfattet, tolket og gitt uttrykksform. Både de verbale og de kroppslige uttrykk, utvelgelsen av inntrykk som formidles og den valgte vektleggingen formidler budskapet. Samtidig er informasjon alltid også uttrykk for den aktuelle situasjonen, **konteksten**, informasjonsformidleren befinner seg i.

Som mottakere av informasjon deltar vi som samskapere av et mer eller mindre nytt virkelighetsbilde. Som personer lever vi i en nærmest konstant **informasjons-bearbeidings-prosess** der selvet vårt er senteret for organisering av erfaringene vi gjør. I dette organiseringsarbeidet er vi **alltid tilbakeskuerende** i en konstant re-formuleringsprosess i forsøket på å opprettholde vår overbevisning, vår integritet, såvel som **fremadskuerende** i et forsøk på å møte fremtiden forberedt for å unngå ubehageligheter, eller for å oppnå det vi anser som best for oss. Samtidig ligger det i dette at all inntak av informasjon må forstås ut i fra den **aktuelle situasjonen i nåtid**. «Før ville jeg aldri ha tenkt sånn engang» eller: «Jeg kommer aldri til å kunne stole på deg igjen», er typiske utsagn fra klienter i parterapi. Ståstedet idag avgjør hvordan vi forstår det vi føler, ser og hører. Idag forstår jeg virkeligheten slik. I morgen kan mitt bilde av virkeligheten være et helt annet som følge av ny erkjennelse, ny informasjon.

Diagnostiseringen av en livstruende sykdom kaster som regel den syke og hans eller hennes familie inn i en totalt forandret virkelighet. Det de før tok for gitt, kan ikke lenger tas som en selvfølge.

Om denne forandringen oppleves som en krise eller ikke, avhenger av **hvem** personen er, som får informasjonen om sin sykdom, og hva slags familie det dreier seg om.

For diagnostiseringen og informasjonen om livstruende sykdom er ikke i seg selv en krise, eller noe som **nødvendigvis utløser** en krise i den enkeltes liv eller familieliv.

En krise dreier det seg først om når personen eller familien opplever at informasjonen om sykdommen – og etterhvert sykdommen selv – påfører dem en livssituasjon der tidligere erfaringer og innlærte måter å reagere på ikke er tilstrekkelig til at de kan forstå og beherske situasjonen og egne reaksjoner. Det er forskjell på en situasjon som oppstår som følge av uheldige omstendigheter og som krever øyeblikkelig handling, men som kan takles ut i fra vante begreper, metoder og innlærte prosedyrer, og på den andre siden en krise som medfører sammenbrudd av vante forestillinger og som krever ny forståelse slik at nye og adekvate atferdsmønstre for takling av krisesituasjonen kan utvikles.

Det er **mao ikke det som skjer** som i seg selv utløser en krise i en persons liv. Krisen oppstår **gjennom selvets tolkning**, eller rettere: selvets manglende mulighet til tolkning av det som skjer.

Derfor blir alvorlig sykdom og død opplevd som krise bare når **forståelseshorisonten**, den virkelighetsoppfatning personen har, **ikke rommer bilder eller begreper** som kan gi mening til det som skjer, og **heller ikke rommer innlærte atferdsmønstre** som gjør sykdom og død til en naturlig del av livet og dermed til å leve med for pasient eller etterlatte. Det samme gjelder enten vi er **den syke, pårørende eller behandlingspersonal**.

FORANDRINGSPROSESS

Men uansett om det oppleves som en krise eller ikke: Diagnostiseringen av en livstruende sykdom setter pasient og familie inn i en helt eller delvis forandret virkelighet. En **irreversibel forandlingsprosess** settes igang.

Dette skyldes at når jeg ikke kan fastholde situasjoner slik de «var», **tilpasser jeg meg som menneske min nye situasjon ved å forandre meg selv**. En tilsynelatende naturgitt forandlingsprosess settes igang. Og gjennom denne prosessen forandres

mine livspremisser, de retningsgivende prinsippene og verdiene mine. Etter hvert som disse forandres, forandres også min evne til å takle situasjonen, og nye atferdsmønstre og problem-løsninger utvikles.

Denne forandringsprosessen kan føre til personlig vekst for den syke og til styrking av familierelasjonene, eller, som det motsatte ytterpunkt, ha personlig sammenbrudd og disintegrasjon av familier som følge.

Det siste skjer der «realitetene» i den nye situasjonen ikke tas inn. Når informasjon om nye «realiteter» ikke tas inn, kan de heller ikke følelsesmessig bearbeides eller bli meningsfullt inkorporert i personens indre bilde av virkeligheten.

Som følge av en slik «protest» mot å akseptere at det som skjer skjer, kan situasjonen bli overveldende idet personen bli stående uten fatte-evne overfor det som skjer, og som en følge av det, uten evne til å takle situasjonen gjennom adekvat tilpasning til de nye «realitetene». Det mest ekstreme eksempel på det jeg her har kalt sammenbrudd, ser vi der alvorlig syke og døende ikke klarer å leve med sin situasjon, men søker aktiv dødshjelp eller tar sitt eget liv. Jeg refererte ovenfor Bowlbys konklusjon om slik utestengning av informasjon som for-svar. Hvordan en døende pasient prøvde å opprettholde sin virkelighet slik den var før han ble dianostisert, ved å gå psykotisk, har jeg beskrevet tidligere. (17)

MILJØETS

VIRKELIGHETSFORSTÅELSE

Miljøet, stemningen, kulturen eksempelvis i en teatersal vet vi influerer både aktørene og publikum. På samme måte er samfunnets kultur og pasien-ters nærmeste sosiale miljø, viktig for gjennomslaget av det medisinske virkelighetsbilde såvel som for personens eventuelt alternative virkelighetsoppfatning.

Hvor vanskelig det kan være å gå på tvers av omgivelsenes kultur, kan sum-meres opp i Nolls gjengivelse av hva en av hans nærmeste venner sa om ham som valgte å leve som vanlig til han døde, fremfor å gå inn i en ny rolle, nemlig den behandlingsapparatet kunne tilby ham som pasient:

Ruth, som er en klok kvinne, sa til

meg: Forstår du ikke at du lager vanskeligheter for folk med denne beslutningen din. Når en har kreft legger en seg inn på sykehus og blir operert, det er normalt. Men når en person har kreft og går glad og fornøyd omkring slik du gjør, da føler folk seg usikre. Det blir plutselig krevd av dem at de skal ta stilling til døden som en del av livet, og det vil de ikke. De kan det heller ikke, så lenge de ikke befinner seg i din situasjon. Derfor er det både ubehagelig og forvirrende når du sitter der og sier at du har kreft, men ikke vil på sykehus. Hvis du ble innlagt, da ville saken være i orden. Da var alt som det skulle. De kunne besøke deg, komme med blomster, og etter en tids forløp si at nå er han Gud skje lov utskrevet. Og så etter enda en stund: Nå er han lagt inn igjen. Og på ny ville de komme med sine blomster, mens besøkene etter hvert ble kortere og kortere. Men de ville vite hvor de hadde deg. Du var ikke overkjørt av en bil. Du hadde kreft, var lagt inn på sykehus og operert, som seg hør og bør. Du er til ergrelse for dem (hun sa det ikke akkurat slik). Du viser dem at døden er til stede midt i blant oss. Du viser dem det lys levende, og tvinger dem til å tenke på noe som de alltid har fortrenget. Og de tenker naturligvis bare på seg selv. Desto verre. De får tydelig demonstrert hvordan det «en gang i tiden» vil gå dem. De blir konfrontert med et levende menneske som egentlig burde vært død, eller iallfall på sykehus. (18)

Nolls blotte nærvær trakk folk inn i et drama der de forskjelligartede virkelighetsbilder støtte sammen på en måte som karakteriserer all virkelighet.

Denne kvinnens utsagn tydeliggjør både hvordan atferd alltid er kommunikasjon. Og hvordan kommunikasjon er dialogisk kunst. Samt hvordan kommuniserende atferd alltid definerer forholdet mellom dem som kommuniserer med hverandre.

NOEN KLINISKE EKSEMPLER

For noen år siden fortalte en klient meg at hun hadde hatt et opphold på en psykiatrisk avdeling før hun oppsøkte meg. På mitt spørsmål om hva slags behandlingsopplegg hun hadde vært i, og hvilken nytte hun hadde hatt av oppholdet, kom hun bl.a. inn på terapi-timen med «han som liksom var min

terapeut», som hun uttrykte det. «Nei han, – han svarte på telefoner i ett sett, og dessuten så snakket han dansk, og trodde ikke noe på meg da jeg sa at jeg ikke skjønnte noeenting av hva han sa».

De hadde ikke samme kode dvs språk, og kvaliteten på sendingen var dårlig idet stadige forstyrrelser i form av innkommende telefoner brøt interaksjonen mellom legen og hans pasient.

En mor forteller: Feriebilen var pakket. Hele familien så frem til en hyggelig ferietur. Det siste halvåret hadde krevd mye av min fritid. Derfor så vi frem til ferien, hvor vi skulle få mye tid for hverandre.

Familien besto av et voksent foreldrepar, to tenåringsjenter og attpåklatten, en gutt på 6 1/2 år.

På vei til feriemålet skulle vi besøke en familie med tre barn i alderen 5–11 år.

Mens vi voksne slappet av i haven, dro de seks barna til en lekeplass for å sparke fotball. I mellomtiden hadde vi voksne delt oss. Mannfolka var opptatt med sitt, mens vi damene ruslet rundt i den store haven.

Tilbake til huset igjen, kommer de fire eldste barna løpende og forteller at mannfolka er reist med gutten vår til sykehuset. Mens gråten overmanner jentene, forteller de om broren som har fått et fotballmål over brystet og var i koma. Jentene hadde byttet på å bære broren sin fra lekeplassen og fram til huset hvor guttens far overtok ansvaret.

Hvileløst gikk jeg frem og tilbake i stua og ventet på å få høre noe fra sykehuset. Vi hørte ingen ting, så husets frue ringte sykehuset. Omsider fikk hun kontakt med en lege. Legen sa at gutten lå på operasjonsstua og ba om at mor måtte komme til sykehuset. Drosje ble bestilt og vi tre jentene dro til sykehuset.

Faren skriver om møtet med sykehuset: Inn på sykehuset med et livløst barn i mine armer. Damen i resepsjonen virker uinteressert. Arbeider bare videre med sitt. Jeg må rope at barnet er i livsfare. «Kan noen hjelpe her. Kan jeg få en seng å legge ham på! Få tak i hjelp! Fort dere det er livstruende skade!»

Det hersker en mangelfull beredskap og kommunikasjon. Det ser håpløst ut. Ikke hjelp å få på et sykehus

engang. Omsider kommer hjelpeapparatet igang. Men jeg føler at somlet har ført til at håpet om å redde livet for mitt barn er ute. Ære vær dem som tappert forsøkte å redde vårt barn.

Mors beretning fortsetter: Drosja måtte stoppe for rødt lys et par ganger og turen til sykehuset føltes fryktelig lang. Drosja kjørte opp foran sykehusets hovedinngang. Ved en tilfældighet sto det en pasient i døråpningen og røykte. Hvis ikke han hadde stått der hadde vi kommet til låst dør.

Vi løp inn mot resepsjonen. Jeg forklarte situasjonen, men den som tjenestegjorde der var mer opptatt av å snakke med en som sto innenfor der, enn å finne ut hvor jeg skulle gå for å komme til min lille gutt. Omsider sa hun at vi skulle gå opp i 2. etasje, der ville vi bli møtt av noen.

Fars beretning fortsetter: Legen kommer inn av døra – kommer mot meg der jeg sitter i en lav stol. På vei mot meg sier han: «Han er dessverre død». Kan ikke huske om legen tar meg i hånda eller ikke. Det var som han hadde sagt «det var det» eller «pytt pytt». Slik følte jeg det om måten det ble sagt på både med kroppsspråk og ord.

Umiddelbart brast min kjære fetter i gråt og omfavnet meg. Jeg klarte ikke å gråte.

Det neste spørsmålet dreide seg om hvordan ulykken skjedde. Hvordan så det ut? «Vi må jo ringe politiet». «Hva heter barnet?» «Hva heter far? Mor? Bopel? Trygdekasse?» I mitt stille indre tenkte jeg: «Kan ikke dette vente?» – Min høflighet svarte – på alle spørsmål. Men ulysten var stor. «Kan du ikke vente», tenkte jeg.

Jeg ble etterhvert mer og mer følelsesløs. Jeg ble lik vedkommende på andre siden av bordet – formalia og ekspedisjon har ikke følelser. Det er slik det skal være. Jeg lærte fort og svarte videre.

Jeg mistet det kjæreste jeg hadde – for legen var det en hverdagslig sak føltes det som. «Vær så god neste», var noe av den følelsen jeg satt igjen med da det hele var over.

Mor avslutter: I døråpningen ble vi møtt av en kvinne og en mann. Begge i hvite frakker. De viste oss videre inn på et lite kontor. Der reiste en eldre mann seg, også han i hvit frakk, rakte fram

hånden og sa: «Kondolerer».

«Det er ikke sant», svarte jeg. Den yngste av jentene satte i et hyl som ga gjenklang i veggene og skrek: «Det er ikke sant!» Hennes skrik var et ekko av mitt: Det er ikke sant.

Det hele var så grotesk. Det kunne ikke være sant. Jeg skjønnte egentlig ikke hva som hadde skjedd, og ingen hjalp meg til å forstå det heller.

Da vi ble vist inn på det rommet hvor Kjell-Arne lå, var det hele så uvirkelig. Det var som jeg sto ved siden av meg selv og opplevde et mareritt. Tilskuer til et skuespill som overhodet ikke angikk meg. Ingen hjalp meg til å fatte dybden og bredden i det som hadde skjedd. Jeg så på den lille gutten som lå på den store senga – midt på gulvet. Han hadde et fremmed uttrykk – han kunne ikke være min kjære lille gutt. Gutten vår var så levende – intens og varm.

Vi fikk vite at sykehuset kunne ikke stille med faglig hjelp. De hadde prøvd å få tak i sykehuspresten uten resultat.

På en «forretningsmessig» måte ble vi forklart at han måtte sendes til rettsmedisinsk institutt i Oslo. Det var som om vi snakket om en vare.

Ulykken skjedde langt fra distriktet der vi bor. Våre venner og naboer fikk vite hva som hadde skjedd, gjennom førstesideoppslag i byens avis. Den kanalen fungerte.

Men helsepersonalet på forannevnte sykehus tok ikke kontakt med helsepersonell her, slik at vi fikk faglig hjelp.

Da det hadde gått ca 2 mnd hørte jeg på et program i radio om foreningen «Vi som har et barn for lite». Ved programmets slutt ble det oppgitt et telefonnummer. Det ringte jeg. Slik kom vi i kontakt med mennesker som kunne hjelpe.

EN ANDERLEDES VIRKELIGHET

Disse to foreldrenes beretninger understreker at det kognitive aspekt ved kommunikasjonsprosessen ikke er så avgjørende som den gjensidighet og respekt de kommuniserende partene uttrykker overfor hverandre. Det er dette som gjør at den ypperste kommunikasjon bare kan finne sted i det sant medmenneskelige møte.

Jeg har understreket at kommunikasjon er identisk med kunsten å være menneske overfor et annet menneske. Og det ypperste et menneske kan være i en mellommenneskelig relasjon, er å

være et elskende menneske. For bare i relasjoner båret av kjærlighet finnes det sanne med-menneske. Bare i slike relasjoner er den kommunikasjon mulig som øker livets kvalitet. Det er derfor ikke tilfeldig når de drevne organisasjons- og lederutviklerne, Ylander og Larsson-Lindeman skriver følgende:

Det som skader oss i det daglige samvær med våre medmennesker er mangelen på kjærlighet og fraværet av direkte, ærlige relasjoner... frykten skaper skinnmennesker, som i stedet for å leve spiller et sosialt spill, som har som sitt egentlige mål å beskytte dem mot angrep... Å råde bot på dette forholdet er organisasjonskulturens egentlige oppgave, og å manipulere med plassene i organisasjonsplanen, eller foreta skinnmanøvre som har med medbestemmelse å gjøre, er bare å unngå det egentlige problemet. (19)

Mrs. Blake og det som skjedde rundt henne de siste timene før hun døde, eksemplifiserer mye av det jeg med denne artikkelen har søkt å formidle:

Som sykehusprest i et hospice program i Atlanta hadde jeg kjent den noen og nitti år gamle svarte matriarken ca tre uker før hun døde. Hun var oldemor med fem barn og mange barnebarn og oldebarn. De tre døtrene hennes såvel som svigerdatteren var store barmfulle negresser som bare manglet korkappene for å se ut som et helt sør-stats baptistkor. Mennene var senete, tynne og små ved siden av familiens kvinner. Den eneste ugifte av barna var en sønn i slutten av førti-årene. Han hadde bodd hjemme og stelt for moren sin i alle år. En einstøing. Taus, og så forbistret i uttrykket at jeg nødig ville møtt ham i en bakgate etter mørkets frembrudd.

Mrs. Blake forandret seg merkbart etter som dagene gikk. Hun nærmest skrumpet inn. Jeg satt ofte hos henne. En viljesterk, trygg og omsorgsfull materiark som alle i familien omsluttet med respekt og kjærlighet.

Men mrs. Blake's familie var en splittet familie. En gruppe av barn, barnebarn, oldebarn, svigerinne og svigersønner kom aldri når den andre delen av familien var der. Hvordan de kommuniserte med hverandre for å slippe å støte på hverandre ved den gamles sykeseng forble et mysterium for oss i hospice-teamet. De kom nemlig alle på de mest uventede tidspunkt. Likevel klarte de to gruppe-

ringene å skjære klar av hverandre.

Jeg ble kjent med mange i begge «leire» gjennom ukene før gamle mrs. Blake døde. Men aldri ble det snakket om hva som splittet familien.

Mrs. Blake var et spennende menneske å bli kjent med. Åndsfrisk var hun til det siste. Da hun kom til avdelingen vår, hadde jeg nettopp lest Howard Fast's roman, *De rider om natten*, som omhandler forholdene for de frigitte slaven fra borgerkrigens slutt og frem imot 1880-tallet, det tiåret mrs. Blake var født i. Da hun oppdaget at jeg hadde en sann interesse for hennes barndom og forholdene for de svarte i USA, inkluderte hun meg i sin historie. Vi rett og slett «fant hverandre». Som datter av en frigitt slave, ble hun en levendegjøring av historiebøkens verden for meg. Og det ble en annen amerikansk historie jeg fikk del i, en svart historie. I tillegg hadde mrs. Blake en aktiv kristen tro som gjorde at vi hadde en felles referanseramme. Innenfor denne kunne vi dele med hverandre hva vi opplevde holdt livet sammen, ga det mening og bar oss gjennom sykdom, smerter, sorg og død.

Ettersom dager og uker gikk, opplevde jeg å høre til på en selvfølgelig måte ved Mrs. Blake's seng, og sammen med størsteparten av familien hennes. Noen dager før hun døde spurte hun om jeg ville komme og være hos henne når hun døde. Jeg lovet at så sant jeg var å få tak i, skulle jeg komme.

Klokken 22.30 en søndagskveld ringet telefonen hjemme. Om jeg kunne komme, for nå hadde «mamma forandret seg så fort den siste halvtimen så hun levde nok ikke lenge nå». Ti minutter senere er jeg på avdelingen. Noen og tjue mennesker tilsammen i og utenfor mrs. Blake's rom. Alle. Fire generasjoner. Begge grupperingene. Det gis bare ett dødsøyeblikk for mamma. Følgelig tvinges den splittede familien sammen. Mennene i gruppe ute i korridoren. Ikke den hjemmeboende sønnen. Han er i det ene øyeblikket på mammas sengekant. Det neste er han ute i korridoren. Røyken han prøver å tenne seg, er ikke tent før han igjen sitter på sengekanten. Store kvinner rundt sengen. Et oldebarn ammes. Rommet er trangt. Når jeg kommer, gjør jeg det jeg det jeg pleier å gjøre i slike situasjoner: Jeg går først bort til den døende. Blir gitt rom. Setter meg. Mrs. Blake ligger med lukkede øyne. Hendene ligger oppå teppet. Jeg

legger min hånd oppå hennes og sier: «Mrs. Blake, det er meg T-K». Ingen reaksjon. Jeg stryker hånden hennes. Sitter der. Det er stille i rommet. For meg eksisterer de andre i rommet, akkurat da, bare uti periferien av min bevissthet. «Clara ringte etter meg. Jeg forsto på henne at det virket som du hadde tenkt å forlate oss i kveld, så jeg kom så fort jeg kunne». Ingen reaksjon. Innhule kinn. Usynlig pusting. Stillhet. Hud mot hud. Etter en stund: «Vi er her alle». For første og siste gang opplevde jeg å kunne navnene på barn og barnebarn. Mennene i korridoren hadde trukket inn i rommet. Samtaler med en komatøs er det min erfaring tar en viss tid. Så stopper de naturlig opp etter ti, kanskje tyve minutter.

Familien. Noe løsner i rommet. «Vi har ikke hatt kontakt med mamma siden ca 10.30 i dag morges. Da ble hun borte for oss og puls og pust forandret seg brått». Stabilisering. Venting. Dagens gang. Alt blir jeg inkludert i. Mennene står delvis innenfor, delvis utenfor. Kvinnene gir meg detaljene. Også denne typen oppdaterende samtale tar en viss tid. Så stopper den av seg selv. Følelser. Mamma strykes over pannen av barn og barnebarn. Tårevåte øyne. Jeg reiser meg, og er en av dem som står rundt. En sykepleier er innom. Sjekker. «Har dere fått sagt det dere ønsker å si henne før det er for sent», spør jeg. En 12 år gammel gutt tar liksom et skritt frem. Holder seg i senge-enden: «Momo, husker du den gangen jeg slo basebalen min gjennom vinduet, og du kom ut, og jeg var så redd. Og så fortalte du meg om hvordan du hadde knust en rute da du var barn. Også klemte du meg. Takk, momo». Tårer på barnekinn. Blanke øyne og tårer nedover kinn rundt i rommet. 12-åringen utløste noe. Bortsett fra pattebarna sto den ene frem etter den andre og takket. En levende mosaikk. Et liv og samliv beskrevet gjennom små episoder. Gode minner. Avskjed. Kjærlighet. Sorg.

Familiens sorte får, den ugifte sønnen i slutten av førti-årene. sa ikke noe. Det forventet ingen heller. Han sa aldri noe. Mens alle de andre tok avskjed med mamma, bestemor, oldemor, pendlet denne sønnen hvileløst inn og ut av sykeværelset. Plutselig nærmest ligger han over sin komatøse mor i sengen: «Det var en ulykke mamma. Du må tro meg. Det var en ulykke!» Klamring til den komatøses hånd. Hulkgråt. Det er som om vi andre ikke

fins i rommet. Bare mor og sønn. Så skjer det som skjer av og til. Det er som om den døende forstår situasjonen. Mrs. Blake åpner øynene, ser på gutten sin og sier: «You're OK, son». Så glir hun tilbake i koma. Det var som å være vitne til en gammeltestamentlig velsignelse slik Abraham, Isak og Jakob velsignet etterfølgerne sine. «Yo're OK, son». På skikkelig svart sørstats dialekt kan tilgivelse og akseptasjon ikke uttrykkes sterkere. En forandret mann sitter på sengekanten. Der sitter han resten av morens liv. I ro. Hulkningen tar gradvis slutt. Alt har liksom sin iboende tid. Så kommer stillheten igjen. Fra dypet av en av døtrene høres en nynnning. En levende kulturtradisjon kommer til uttrykk: «Nobody knows the trouble I've seen...» Først et par vers av denne stemningsfulle negro spiritualen. Vi andre blir stille, så sterkere med på refrenget. Så dikter hun et vers om moren mens hun synger. Vi er med på refrenget. En annen datter fortsetter. Synger om mamma. Synger om familien. Om broren. Sangen fyller rommet, korridoren. Følelser. Tårer. Fellesskap. De synger om livet. Om døden. Om Gud. Bare den ene melodien. Så dør den også ut. Roen senker seg. Vi er der alle. Vi bare er. Det går ca tyve minutter så dør hun.

Det var en forandret familie som gikk fra Wesley Woods Hospice den natten. «Har dere fått sagt henne alt dere ønsker å si henne før det er for sent?» Mer skulle ikke til for å skape åpning for en avskjed som forandret denne familien. Og den som ikke var til å kjenne igjen, var den hjemmeboende sønnen.

Jeg fikk hele familiehistorien da jeg noen dager senere var presten i mrs. Blakes begravelse. En begravelse der slekt og venner ut i fra sin tradisjon ga sine egne spontant skapte bidrag midt i salmer, bønner, skriftlesning og min egen preken. Et sant fellesskap. Det viste seg at denne familien hadde vært splittet siden han som var familiens sorte får var 16 år gammel. Da hadde han og hans ett år yngre bror sittet på trammen utenfor huset og lekt med pappas revolver. Det ingen visste, var at revolveren var ladd. 16-åringen skjøt sin egen bror. Og i alle disse årene hadde han sonet. Ingen kvinner i hans liv. Bare mamma. Han bar henne på hendene. Han var aldri ute bortsett fra på jobb. Brukte alle pengene på mat og stell for mamma. Men han snakket nesten aldri. Bare enstavelses-ord. Han

hadde sin brors liv på samvittigheten.

Dette var altså hemmeligheten som splittet søskenflokket. Da han brøt sammen i gråt over sin døende mor, brast en demning. Og den døende brukte av sine siste krefter til å sette sønnen fri. «Du er tilgitt, sønn», var budskapet.

Kommunikasjon mennesker imellom er kunst. En skapende aktivitet som kan forandre mennesker, familier såvel som kulturer. En aktivitet som i sin ypperste form uunngåelig øker livets kvalitet.

Tore-Kristian Lang er teolog og familierapeut med lang erfaring med hensyn til kommunikasjon.

Artikkelen er et utdrag fra boken «Medisin – Kunst eller vitenskap?», Gyldendal Norsk Forlag 1992.

REFERANSER

1. Johanssen, Nygaard, Schreiner Latinsk Ordbok, Oslo: J.W.Cappelens Forlag, 1965.
2. Shah I: The Way of the Sufi. EP Dutton & Co, New York 1970; 207ff.
3. Jfr. Berger P og Luckmann T: The Social Construction of Reality, Penguin Books, Middlesex:1967.
4. Rosenbaum E. H. The Doctor and the Cancer Patient. I: Hamilton M & Reid H, red. å Hosplce Handbook. å New Way to Care for the Dying. Grand Rapids: William B. Eerdmans Publishing Company, 1980: 19-43.
5. Bateson, G Steps to an Ecology of Mind. New York: Ballantine Books, 1972.
6. Bowlby J Attachment and Loss: Vol III. Loss: Sadness and Depression. Middlesex: Penguin Books, 1981.
7. Von Foerster H.: Observing Systems. Intersystems Publications, Seaside 1984; 192-204.
8. Noll P.: Den Tilmålte Tid. Aschehoug, Oslo 1986; 8f.
9. Boscolo L et.al.: Milan Systemic Family Therapy. Basic Books, New York 1987.
10. Brün H.: «Technology and the Composer», i Von Foerster H ed.: Interpersonal Relation Networks. Centro Intercultural de Documentation: Cuernavaca 1971, 1-10. Jfr. også Peter Nolls beskrivelse.
11. Bateson G. Mind and Nature. å Necessary Unity. New York: Bantam Books, 1980.
12. Lifton R J The Life of the Self. New York: Basic Books, 1976.
13. Bowlby J.: Attachment and Loss: Vol.III. Loss:Sadness and Depression. Penguin Books Ltd., Middlesex 1981;44-74; Lang T-K.:A Pastoral Anthropology of Loss and Grief: Reflections on Ministry to Terminally Ill and Grieving Persons. Colombia Theological Seminary, Atlanta 1990;117-139.
14. Noll P.: 1986;8f.
15. Noll,1986;10
16. Noll:1986;30.
17. Ronge K Vi som blir igjen. Oslo: Grøndahl & Søn, 1986.
18. Noll: 1986;42f.
19. Ylander C & Larsson-Lindeman B: Makt och Rädsla. A & K, Stockholm 1978.