

● Femte brev til min kollega

– hvordan opstår lægens følelser?

Af Jan Helge Larsen



Biografi

Forfatteren er praktiserende læge siden 1975, lektor i almen medicin ved Københavns Universitet i 1986-2006, kursusarrangør og underviser på Kalymnos-kurserne i konsultationsproces og videosupervision siden 1992.

Forfatters adresse

Frederikkesvej 20,
2900 Hellerup.
jhl@dadlnet.dk

Det foregående brev beskrev nogle af patientens følelser, som kan smitte lægen, ofte uden at han helt bliver klar over det i situationen. Det gælder både de negative følelser, der er knyttet til patientens magtesløshed, og de positive, når patienten er taknemmelig, og lægen føler, at han gør et godt stykke arbejde. Det er de negative følelser, vi bringer med til supervision. I dette og de følgende breve beskrives det, hvordan lægens følelser opstår på grund af empati, hvad enten han indlever sig for meget eller for lidt.

 MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

I de næste fire breve vil jeg med baggrund i supervision skrive om, hvilke vanskeligheder kollegerne beskriver. Hvordan kan vi håndtere vore følelser? Hvordan undgår vi at havne i Dramatrekanten?

Jeg vil forsøge at beskrive signalerne på, at man er på vej ud i problemer, og nogle redskaber til at komme på ret køl igen.

Hvordan opstår følelserne?

Vi er vant til at betragte vore følelser som vore egne, et udtryk for hvordan *vi selv* har det. Men i konsultationen er det, vi føler, oftere et udtryk for, hvordan patienten har det. Når vi, kort efter at patienten er begyndt at fortælle, føler træthed, irritation, hjælpeløshed osv., er det almindeligvis en afspejling af, hvordan patienten føler, især hendes afmagt over for livet, angst for sygdom i rollen som hjælpsøgende og magtesløshed i forhold til tilværelsen. Desuden kan vore følelser hænge sammen med hjælperens perspektiv og frygten for ikke at kunne gøre arbejdet godt nok. Baggrunden for, at disse følelser kan opstå i os, er vores indlevelse. *Nørretranders* giver begrebet indlevelse en mere omfattende karakter:

efterligning, smittende humør, empati, sympati, kompassion og social adfærd (1). I det følgende vil jeg bruge ordet indlevelse i denne brede betydning.

Indlevelse, empati – og sympati samt at blive rystet

Empati: Ideelt set skal vi forstå en andens problem lige så godt, som om hun var hovedperson i en roman, og lige så godt, som om det var noget, der skete i vores eget liv (2).

Empati betyder »att fånga upp och förstå en annan människas känslor och att vägledas av den förståelsen i kontakten med den andra. Det är altså fråga om både en inre process av att nå förståelse och ett sätt att kommunicera denna förståelse, inte bara i ord utan i alla de handlingar som riktas mot den andra« (3).

Indlevelse er altså en slags *dobbelt opmærksomhed*, hvor man pendler mellem at rette sin opmærksomhed skiftevis mod patienten og mod sig selv og samtidig være i dialog med patienten. Det viser sig i praksis at være vanskeligt, fordi vi påvirkes følelsesmæssigt.

Vi bliver berørt eller bevæget, når patienten fortæller om sit liv, hvad enten det er sørgeligt eller glædeligt. Undertiden kan det føles som at sidde på første række i teateret. *Bang & Heap* kalder dette for at blive *rørt* (4).

Andre gange kan patienten fortælle noget, som berører os personligt, f.eks. at høre om konflikter i familien, som vi også selv kæmper med; så kan vi blive *ramt*. Det mærkes ofte kun som irritation.

Hvis vi bliver overvældet af det, patienten fortæller, når vi vores grænse for at være i kontakt med vore egne kropslige og følelsesmæssige reaktioner; vi bliver *rystede*.

Når man observerer indledningen på samtaler mellem læge og patient, vil man ofte se, at når patienten har givet udtryk for stærke smerter eller andre følelsesmæssige udtryk, afbryder lægen og spørger:

»Hvornår begyndte det?« eller »Hvor længe har det varet?«

Hvordan skal man forklare denne reaktion? Jeg har ikke kunnet finde et bedre udtryk end »rystet« for denne kortvarige følelse, der får lægen til at søge at vinde tid og få kontrol over samtalen. I sit væsen er det et udtryk for en kortvarig magtesløshed: »Hvad skal jeg dog stille op?«

Rudebeck kalder den efterfølgende reaktion for en biomedicinsk handlereflex (5), et udtryk for at lægen tyr til det sikre: biomedicinen. Lægen skifter fra Jeg-Du til Jeg-Det, dvs. fra væren til gøren (6, 7). Patienten opfatter det imidlertid ikke som et pausesignal, men prøver at besvare spørgsmålet efter bedste evne med risiko for, at samtalen kører af sporet.

Empati omfatter indføling, medfølelse og medleven, vores evne til at sætte os i den andens sted og føle – lidt af – hvordan den anden føler, *samtidig med at vi mærker os selv*.

Sympati er betegnelsen for, at man føler, ligesom den anden føler,

eller at man synes om den anden; denne dobbelte betydning gør det imidlertid vanskeligt at anvende begrebet (1, 8).

Tips

Hvis jeg mærker min lyst til at spørge: »Hvor længe ...?«, kan jeg i stedet prøve at kvittere, f.eks.: »Det lyder meget besværligt, fortæl lidt mere ...« Måske med eftersætningerne: »Godt du kom!« eller »Jeg skal prøve at hjælpe dig!« alt efter situationen.

Kontakt og indlevelse

Ligesom strømmen sluttes, når vi tænder for kontakten, opstår der kontakt mellem mennesker, når vi berører hinanden, ser, hører, lugter eller mærker den anden. Vore grænseflader berører hinanden (se Figur 1 A). Når vi indlever os, bliver et lille område af os fælles med den anden (Figur 1 B). Ved overindlevelse og konfluens bliver fællesområdet så stort, at jeg mærker den anden mere, end jeg mærker mig selv (Figur 1 C).

Overindlevelse og konfluens

Selvom jeg ikke afbryder patienten, men får ham til først at fortælle, kan det alligevel gå skævt. For når jeg følger patientens fortælling, lever jeg mig mere og mere ind i, hvordan han har det. Jeg mærker fornemmelser og erfaringer fra min egen krop (8), og gradvist kan grænsen mellem hans og min oplevelse forsvinde, vi flyder sammen (9).

For et par år siden optog jeg på video samtalen med en jævnaldrende mand med smerter i bækkenregionen og vandladningssymptomer (som jeg dog ikke lider af). Mens han fortalte, trak jeg paralleller til mit eget liv. Men da han fortalte, at han blev opereret for en coloncancer for tre år siden, og spurgte, om smerterne måske kunne have sammenhæng dermed, blev jeg ubevidst ramt af min angst (sikkert udsprunget både af min egen sårbarhed og hans): »Tænk hvis det var mig!«. Jeg blev lidt rystet og mistede derved min centrering, min opmærksomhed på mig selv i min lægerolle; så smittet blev jeg af hans kræftangst. Med et slag følte jeg, at jeg (allerede for længe siden) havde forstået ham, inklusive hans angst for prostatakræft og colonmetastaser. Da vidste jeg lige, hvad han var bange for, og hvad han ville have hjælp med.

Da jeg senere så videoen, opdagede jeg, at jeg slet ikke spurgte om, hvad han var bange for! Jeg var havnet i en tilstand af konfluens (sam-

Figur 1 / Cirkler til illustration af kontakt.

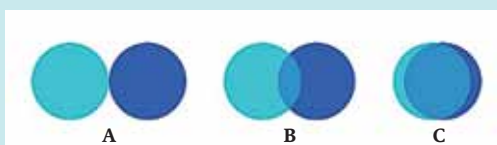




Foto: Colourbox.

menflyden): Jeg følte, at jeg forstod patienten, og følte mig som ét med ham; der var ikke længere nogen grænse mellem os. Derfor fik jeg heller ikke bekræftet ham (kvitteret), og han fortsatte med at beskrive sine symptomer. På video oplevede jeg konsultationen langtrukket: »Herregud, jeg havde da for længst forstået, at han var bekymret og gerne ville undersøges«. Men mens jeg sad med patienten, følte jeg, at jeg ikke kunne være bekendt at afbryde, fanget som jeg var i min overindlevelse og i en slags trance. Jeg havde indlevet mig så intenst i patienten, at jeg umærkeligt var gledet helt over i patienten og det, han fortalte, så jeg var holdt op med at mærke mig selv og tiden. Det kaldes konfluens.

Indlevelse og empati er ligesom frihed plusord: noget vi altid bør tilstræbe i mødet med patienter. Men sådanne plusord kan få den bivirkning, at de bidrager til at gøre det vanskeligt at afbryde patienten. Og det kan være svært at blive opmærksom på, at man ikke længere mærker sig selv, når man så tydeligt mærker den anden.

Konfluens

I tilstanden konfluens oplever jeg, at der ikke er nogen grænse mellem mig selv og den anden; så godt forstår jeg hende. Dette er imidlertid en illusion, fordi det aldrig er muligt at forstå et andet menneske til bunds. I konfluens indlever jeg mig helt i patienten og fortaber mig der (identifikation = at blive den samme). Jeg kommer i en slags trancetilstand og opdager ikke, at jeg er forsvundet fra kontakten med mig selv. Jeg lægger ikke mærke til tiden. Hvis telefonen ringer, eller jeg ser på uret og opdager, hvor lang tid der er gået, føles det skamfuldt at bryde konfluensen, fordi jeg forveksler den med nærhed.

Konsultations- processen

Konfluens kan også opleves som et engagement i patientens problem, så jeg skuffes, hvis patienten ikke følger rådene eller udebliver. Når skuffelserne gentager sig, kan det føre til udbrændthed, latterliggørelse af patienter (projektion) og senere kynisme.

Et andet problem med overindlevelse består i, at jeg bliver så opslugt af patienten, at jeg lettere risikerer at havne i samme magtesløshed som patienten, fordi jeg mangler mit udefra perspektiv på situationen.

Tips

Fokus på patienten

Hvis jeg bliver meget engageret i en patient, truer konfluensen. Jeg kan hjælpe mig selv til at bryde konfluensen ved at spørge til, hvad patienten tænker, er bange for eller ønsker.

Fokus på mig

Jeg kan lægge mærke til, om jeg kan mærke gulvet, stolens sæde og især ryglæn. Hos nogle læger kommer de første tegn på konfluens, når lægen læner sig frem og dermed mister kontakten med ryglænet (og sig selv).

Underindlevelse

Ved underindlevelse lader jeg mig ikke berøre (ret meget) af det, som patienten fortæller. Jeg prøver at holde hovedet koldt, holde tiden, holde mig til sagen, det medicinske osv. Jeg afbryder patienten, når hun fortæller om »ligegyldige« ting, strukturerer samtalen, holder mig til journalen og til Lægens del. Jeg er kort sagt mere opmærksom på mine egne behov end patientens.

Der kan være mange, gode grunde til at underindleve sig: først og fremmest tidspres, men også egen oplevelse af ikke at kunne rumme mere, en slags træthed af at høre på »alle de problemer og klager«.

Tips

Fokus på patienten

Hvis jeg kan mærke, at jeg ikke kan gøre arbejdet godt nok, kan jeg måske klare det ved at give patienten en ny tid.

Fokus på mig

Hvis jeg ofte mærker underindlevelse – eller tilmed latterliggørelse af patienter – må jeg tage det op i min supervisionsgruppe og måske overveje strukturelle forandringer i klinikken i form af aflastning.

De negative følelser

Det viser sig, at negative følelser er meget mere fremtrædende end de positive, når læger genspiller konsultationer, som de har haft, eller vi ser video af konsultationer med egne patienter (se Tabel 1). Det må tages som udtryk for at vi, i langt højere grad end vi almindeligvis tænker på, bliver ramt af patienternes følelser af smerte, skam, magtesløshed,

Tabel 1 / Oversigt over følelser blandt deltagere i supervision efter at have set en konsultation.

<i>Overvejende positive</i>	Opslugthed, tilfredshed, medfølelse, tryghed, taknemmelighed, afslappethed, nysgerighed, ro, ivrighed, lyst til at hjælpe, lethed, oplevelse af at være levende, glæde, lyst, overskud, kærlighed, varme, styrke, energi, tillidsfuldhed
<i>Neutrale</i>	Nysgerrighed, alvor, bevægethed, rørthed, respekt, forbløffethed, forundring
<i>Overvejende negative</i>	Forvirring, utålmodighed, afmægtighed, træthed, irritation, had, vrede, angst, frygt, sorg, afstand, tristhed, bedrøvetthed, nedtrykthed, overkørthed, stresset, truet, misfornøjelse, mistænksomhed, mistro, ubehag, oplevelse af at være oversvømmet, ulyst, puha, uklarhed, stivhed i kroppen, udmattelse, følelse af at være ramt, rystet, utilfredshed, oplevelse af at stå i stampe, uro, tyngethed, anspændthed, ensomhed, meningsløshed, overset, overhørt, skamfuldhed, skyldig, snydt ...

nederlag og angst, dvs. følger af patientens møde med sygdom, grundvilkårene og vanskeligheder i tilværelsen og vores egen magtesløshed i hjælperollen.

De negative følelser belaster og mindsker min glæde i arbejdet. Derfor er det vigtigt, at jeg giver mig selv mulighed for *at identificere, hvor følelsen stammer fra: er det fra patienten eller fra mig selv?* Så er det muligt at afgifte sig og slippe af med »smitten«. Det er her, at supervision har sin store betydning, så familien ikke må holde for, eller jeg med tiden får en alt for negativ og opgivende indstilling til mine patienter og i sidste ende bliver udbrændt (3). Mange læger er imidlertid ikke vant til at være opmærksomme på, hvilke følelser der kommer op i dem, eller til at sætte ord på følelserne. Se Tabel 1.

Glæden – de positive følelser

»Jeg tror, at selve formålet med vores liv er at søge glæde. Hvad enten man er troende eller ej, hvad enten man har den ene eller den anden religion, søger vi alle noget bedre i livet. Så jeg tror at selve bevægelsen i vores liv går mod glæde«. *Dalai Lama* (10).

»Skal man have et godt liv, er det nødvendigt med honningdepoter. Og helst også faste parkeringspladser på tidslinjen« (11). Glæden er en

Tabel 2 / Thorgaard & Hagas opdeling af lægens glæder (13).

<i>Hjælperglæde</i>	Lytte, trøste, holde ud sammen med eller lindre og fjerne sygdom, smerte og frygt
<i>Læringsglæde</i>	Vi lærer af livet, gennem undervisning og studier, af kolleger og patienter, om os selv og om livet Vores svagheder kan blive vores styrker (tvivl, skyldfølelse, perfektionisme og afhængighed af anerkendelse)
<i>Formidlerglæde</i>	Udbrede kundskaber om, hvad der fremmer et godt liv, eller videregive kundskaber, færdigheder og holdninger til nye generationer
<i>Forskerglæde</i>	Nysgerrigheden holdes i live og kan blive til hjælperglæde og give mulighed for at opdage noget nyt
<i>Samarbejdsglæde</i>	At skabe noget sammen og inspirere hinanden, kollegialitet og venskab

modvægt til de negative følelser og måske en vigtig del af meningen med livet. Det er svært at tale om glæde, men den er et vigtigt pejlemærke i forhold til at få et godt arbejdsliv – og et godt liv i det hele taget. Glæden omfatter både den glædelige overraskelse og forventningens glæde, den umiddelbare og den længerevarende. Glæden kan opleves som overraskelse, som en varm strøm eller en måde at forholde sig til tilværelsen på. Jeg kan glæde mig til at gå på arbejde, eller jeg kan blive glædeligt overrasket over noget, der sker der, glæde mig med en patient eller glæde mig over veludført arbejde. Glæden og overraskelsen er knyttet til her og nu og til kroppen.

Glæde er tæt forbundet med kærlighed. Glæde gør verden større, uglæde gør den mindre. Negative følelser indsnævrer vore handlemuligheder og får os til at fokusere og prioritere. Positive følelser handler om at finde nye muligheder og færdigheder (12). Se Tabel 2.

Tips

Tænk på din dag, hvad var dine oplevelser af glæde i arbejdet? Hvad er dine »honingdepoter«, hvor du kan få næring?

Hvordan kommer vi videre?

Dette brev har handlet om, hvordan vi på grund af vores indlevelse smittes af patientens følelser. Indlevelsen kan føre til overindlevelse (konfluens), men jeg kan hjælpe mig selv til at bryde konfluensen ved at spørge til, hvad patienten tænker, er bange for eller ønsker. Men underindlevelse kan også give problemer. I supervision kommer der ganske mange negative følelser frem, og en modvægt hertil kan være at fokusere på glæden.

Det næste brev kommer til at handle om, hvordan følelserne håndteres. Jeg håber, at du kan få flettet noget fra dette brev ind i det, du i forvejen praktiserer. Tag en bid ad gangen og prøv, hvordan det fungerer for dig. God fornøjelse.

Økonomiske interessekonflikter: arrangør af Kalymnos-kurserne.

Litteratur

1. Nørretranders T. Vær nær – sammenhæng i samfundet. København: Tor, 2013:59 ff.
2. Thorsen N. Til – om at blive og være til. København: Politiken, 2004.
3. Holm U. Empati. Stockholm: Natur & kultur, 1989:72.
4. Bang S. Rørt, ramt og rystet. København: Reitzel, 2002.
5. Rudebeck CE. Medicinens menneskelige sprog. Läkartidningen 1998;95:4500-7.
6. Buber M. Jeg og Du. København: Reitzel, 1997.
7. Spinelli E. Eksistentiel psykoterapi i praksis. København: Reitzel, 2008.
8. Holm U. Det räcker inte att vara snäll. Stockholm: Natur & kultur, 1996.
9. Hostrup H. Gestaltterapi. København: Reitzel, 1999.
10. Kjerulf A. Happy hour fra 8 til 16. København: JP forlag, 2009:141.
11. Seidenfaden T. Politiken 13.11.2005.
12. Nørretranders T. Glæd dig. TV2 forlag, 2007:44.
13. Thorgaard L, Haga E. Glædeskilder i lægeliv. Månedsskr Prakt Lægegerne 2003;81:613-25.