

● Sjette brev til min kollega

– Hvordan håndteres lægens følelser?

Af Jan Helge Larsen



Biografi

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

Forfatters adresse

Frederikkesvej 20,
2900 Hellerup.
jhl@dadlnet.dk

Det femte brev beskrev nogle af de mange følelser, som opstår i os, når vi er sammen med og indlever os i patienterne. Nogle gange indlever vi os for meget, andre gange for lidt – det er en svær balance.

Dette brev ser nærmere på, hvordan vi håndterer de følelser, som vi får, herunder hvorledes vi kan undslippe Dramatrekantens faldgrube.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Følelserne udspiller sig på relationens bagtæppe

»Det er relationen, der helbreder«. *Yalom (1)*.

Man har i virkeligheden stor indflydelse på, hvordan konsultationerne og dermed ens dag forløber. Følelserne – både patientens og ens egne – påvirker relationen, og relationen påvirker følelserne. En stor del af den tid, som vi bruger på at tale sammen, går ud på at skabe eller vedligeholde en relation. Relationen omfatter både, hvordan vi har det sammen med den anden, og hvordan vi tror, at den anden har det med os. Og hvordan vi opfatter os selv, påvirkes i høj grad af, hvordan andre lader til at opfatte os.

Når jeg på gode dage udstråler venlighed, imødekommenhed og sikkerhed i min lægerolle, smitter det patienten, giver hende tryghed og modvirker angst og øger hendes tillid til mig. Så får jeg vigtigere informationer og kommer til at føle mig mere kompetent i lægerollen. En positiv proces sættes i gang.

I samtalen fungerer relationen, dens etablering og vedligeholdelse som et parallelt spor til samtalens indhold: sagen. Ingen af delene fungerer uden den anden.

Tolkning og positioner

Tolkningen af de nonverbale signaler betyder meget for, hvordan man forholder sig til hinanden, og ligeledes for at forstå, hvad der ligger i det, den anden siger. Vi kan ikke kun være objektivt registrerende; hele tiden blander vores egen historie, vores erfaringer og holdninger sig i vores indre dialog og vores måde at forholde os til andre på. Prøv at være opmærksom på, hvilken position *du* indtager i forhold til patienten. Man kan typisk befinde sig på et kontinuum, som det ses i Figur 1 (2):

Figur 1 / Det kontinuum, som du indtager i forhold til patienten.

Den position, du indtager

Interesseret, nysgerrig <-----> kritisk, mistænksom

Når jeg er i positionen interesseret og nysgerrig, ønsker jeg at blive klogere og tænker på, hvad patienten mon har med i dag. Det er en overskudsposition, hvor jeg er åben, prøver at forstå patientens tankegang og har en indstilling til, at alt kan lade sig gøre. Jeg er opsat på at løse situationen.

I den anden ende af spektret er jeg mistænksom over for patienten, hvad hun kommer med, og lytter kritisk til hende. Jeg befinder mig i en underskudsposition, hvor jeg tænker på, om patienten kan true min tidsgrænse, om hun vil snyde mig, om jeg mon kan løse hendes problemer. Jeg føler, at jeg må passe på mig selv.

I overskudspositionen møder jeg verden med tillid, i underskudspositionen med angst og mistillid både til mig selv og den anden.

Nu vil du måske tænke, at hvordan du har det, mest afhænger af patienterne: nogle dage er de imødekommende andre dage sure. Hvis det bare var så enkelt og naturgivent, var der ingen grund til at nævne det her. Vi har i høj grad mulighed for at vælge, både i forhold til hvordan vi ser på verden, og hvordan vi møder den – og dermed den respons vi får.

I en vellykket supervision oplever man næsten hver gang, hvordan både lægens og kollegernes holdning til patienten kan ændres fra irritation til nysgerrig interesse og forståelse for patientens situation og måde at give udtryk for den, så lægen glæder sig til at møde sin patient igen (Boks 1).

Tips

Efter hver konsultation kan du sætte et kryds på linjen i Figur 1, som du kan have på et stykke papir på dit skrivebord. Så kan du teste din position.

Du får tilbage, hvad du giver

Det lyder måske lidt smart. Men hvis jeg møder patienten roligt, venligt,

Venlighed smitter og modvirker angst, mindreværd og aggression – både hos mig og hos patienten.

Nysgerrighed åbner mit sind over for patienten og får mig til at stille åbne og interesserede spørgsmål.

Tålmodighed giver et rum af ro, som får patienten til at slappe af.

Accept giver mig åbenheden for at blive klogere og muligheden for at forstå, at hun – set med egne øjne – faktisk har gode grunde til at se sin situation, som hun gør.

tillidsfuldt og nysgerrigt, vil de fleste patienter føle sig godt tilpas og svare tilbage med venlighed og tillidsfuldt fortælle mig, hvorfor de søger min hjælp. Følelser smitter (3).

Hvis patienten *tolker* min adfærd som, at jeg har travlt, er stresset, kritisk, forbeholden eller måske mistænksom, føler hun sig ikke velkommen og vil let føle sig mindreværdig, så hun oven i angst og skam kan føle skyld over at være til ulejlighed. Vi har nemlig endnu ikke etableret nogen arbejdsrelation.

Hvis det fortsætter, kommer hun til at føle sig i en underskudsposition, så det bliver meget mere arbejdsomt for mig at få relevante informationer og gennemføre en givende samtale. Hvis det ikke lykkes mig at få en arbejdsrelation, vil jeg føle utilfredshed og dårlig samvittighed (jeg burde have gjort det bedre = skyld) og måske tilmed, at jeg er ikke god nok som person = skam.

En interesseret og nysgerrig position kan dermed fungere som modvægt mod den følelsesmæssige smitte, som vi uvægerlig udsættes for fra patienten, hendes magtesløshed, angst, træthed, følelse af ikke at være OK. En positiv position kan også modvirke vores tilbøjelighed til at uddele skyld, enten til patienten eller til os selv, for ikke at leve op til idealforestillinger.

Mange kolleger er tilbøjelige til at se på sig selv med kritiske øjne, som om det er mere sandt end et positivt billede. Hvis nogen så anerkender eller roser en, er man straks tilbøjelig til at gå i gang med at modsige ham. Hvad får man ud af at fastholde den negative selvopfattelse? Jo, man slipper for at tage ansvar og bruge sine evner fuldt ud. Hvis nogen fokuserer på det gode, man gør, og roser en, har man ikke længere en undskyldning for ikke at bruge sine evner. Ros kan forpligte.

Nogle gange kan jeg opleve en negativ reaktion, hvis jeg anerkender eller roser en patient. Hun kan føle, at jeg rokker ved grundlaget for hendes lidelse og dermed truer hendes rolle som patient. Hvis det skal lykkes mig at få patienten til at se sig selv i et nyt lys, må jeg anerkende, opmuntre og støtte hende i processen, indtil hun er klar til at acceptere sine muligheder.

Samtidig er ros og anerkendelse vigtige redskaber for netop at øge oplevelsen af accept, skabe tillid og mindske patientens oplevelse af mindreværd.

Projektion

Det kan give en umiddelbar lettelse at se sine problemer som udelukkende forårsaget af andre – »det er deres skyld, at ...«. Selv bliver man så et offer for omstændighederne – og det gælder både for patienter, der lægger skylden på omgivelserne, og for lægen, der klager over de besværlige patienter, der plager ham, så han kommer træt hjem.

Når man projicerer, foregår det helt ubevidst og fører til, at man selv bliver behageligt fri for skyld (4). Man opdager ikke, at man selv, i et vist omfang, har de ubehagelige egenskaber, som man tillægger andre. Hvis man selv i grunden er irriteret, er det som om, alle omkring en også er det. Hvis man som pårørende føler magtesløshed i forhold til at kunne hjælpe den syge, letter det, hvis man kan anklage lægerne og personalet for ikke at gøre nok.

Testen for, om der er tale om en projektion, er at undersøge, om man mon selv har de egenskaber, som man tillægger andre. Har man mon selv »en rem af huden«?

Projektion ytrer sig ofte i form af kritik, og som tidligere nævnt er det bedst at møde den med nysgerrig interesse – ligesom med vreden. Jeg forsøger hele tiden at holde fast i, at jeg gerne vil hjælpe – både inden i mig selv og over for patienten. Jeg giver udtryk for, at patienten eller den pårørende forståeligt nok må have det svært i den nuværende situation: »Hvis du har oplevet det sådan, kan jeg godt forstå, at du er utilfreds, vred, skuffet osv. Det er godt, at du fortæller mig det«.

Pas på med inden i dig selv at tolke eller sætte en mærkat på den, der klager og projicerer: »Åh, hun er bare hysterisk, kværlulant osv.«. Det er ikke godt for dig (giver skyldfølelse), og det blokerer for din indlevelse, så du risikerer at overse vigtige somatiske faresignaler (fejldiagnostik og fejlbehandling). Måske kan patienten tilmed mærke den distance, der opstår mellem jer, så hun prøver at få kontakt ved at forstærke sine klager eller blive vred.

Men hvis min beholdning af nysgerrighed og interesse i forhold til patienten er ved at være opbrugt, må jeg søge hjælp hos en kollega til at hjælpe patienten. Hverken patienten eller jeg selv kan være tjent med en halvhjertet indsats.

Tips

Næste gang du bliver irriteret på en patient, kan du spørge dig selv, om du mon har undersøgt, hvad der ligger bag patientens irriterende måde at være på. Kan der være noget i hendes livshistorie eller nuværende situation, som du ikke har undersøgt godt nok (som f.eks. kvinden med den handicappede datter i mit fjerde brev)? Kan du prøve at forholde dig nysgerrigt til hende?

Kontrol og tillid

»Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre, uden at han holder noget af dets liv i sin hånd«. *Løgstrup* (5).

Vi møder oftest hinanden med tillid. Patienten fortæller om sit problem i tillid til at få hjælp. Vi har tillid til, at patienten taler sandt, at hun oplever det sådan, som hun fortæller. Tillid befrier os fra meget kontrol (6).

Det at vise tillid indebærer at udlevere sig selv. *Løgstrup* mener, at vi møder hinanden med en naturlig tillid, og derfor reagerer vi så kraftigt, når vores tillid afvises eller misbruges. Når jeg f.eks. strækker hånden frem til goddag, og patienten ikke tager den, føler jeg mig krænket.

Hvis vi ikke bliver mødt med tillid, bliver vi konfronteret med vores alenehed – og skam? Men den, der ikke møder en, vil også føle sig alene og måske også skamfuld. Reaktionen finder sted på et individuelt, psykologisk niveau, men kan undertiden have sammenhæng med eller udspringe af forhold, som man ikke selv har haft en umiddelbar indflydelse på. Tilliden kan således være belastet af f.eks. patientens tidligere oplevelser med mig eller med andre læger, tidspres, mine egne problemer med den foregående patient, uhensigtsmæssig lovgivning eller problemer på hjemmefronten.

Hvis patienten giver udtryk for mistillid, kan jeg imidlertid med fordel forholde mig åbent, imødekommende og interesseret og tænke:

»Det er godt, at hun fortæller mig det – det er da et udtryk for tillid. Hvad kan hun mon lære mig nu?«

Netop ved at forholde mig åbent viser jeg patienten tillid og kan måske reparere det tillidsbrud, som patienten synes, at hun har oplevet. Møder jeg hende derimod med aggression, vil hendes bange og krænkede del få næring, og det vil blot føre til yderligere aggression og afstand mellem os.

Tips

Hvis du mærker, at patienten mangler tillid til dig, kan du spørge, hvad der er gået galt: »Jeg føler det, som om du ikke rigtig har tillid til min vurdering. Vil du hjælpe mig med at finde frem til hvorfor?«

Derved viser jeg, at jeg vil prøve at vinde patientens tillid. Måske er det bare patientens angst, der viser sig som mangel på tillid. Uden tillid er det op ad bakke.

Dramatrekanten

Som læge har jeg som udgangspunkt rollen som hjælper. Som hjælper opfatter jeg mig selv som et godt menneske, der fortjener accept og anerkendelse for det gode, jeg gør. Så er det vel patientens skyld, hvis jeg ikke får anerkendelse og tak? Jeg føler mig som offer for den utaknemmelige patient. I længden bliver offerrollen for ubehagelig, det er jo den utaknemmelige patients skyld. Når bægeret er fuldt, føler jeg mig i min gode ret til at blive behandlet ordentligt, efter alt det jeg har gjort for hende (eller de urimeligheder, som jeg har måttet tåle fra hendes side). Fra nu af er det mig, der bestemmer!

Dynamikken i sådanne samspil er af *Karpman* beskrevet som en

Konsultations- processen

dramatrekant (Figur 2 (7)). Energien, der får trekanten til at gå i gang – og fortsætte – er forsoget på at placere skyld.

Dramatrekanten bygger på *Eric Bernes* arbejde (8). Han beskriver mennesker som bestående af tre delpersonligheder: barnet, den voksne og forælderdelen. I konsultationen er vi tilbøjelige til at tro, at vi taler med den voksne, men nogle gange er det imidlertid patientens forælderdel (den fornuftige), der fører ordet, mens barnedelen (lystdelen) for det meste forholder sig tavs. Hvis patienten er angst, dominerer barnet samtalen. Når vi ikke umiddelbart ved, hvilken del af personen vi taler med, kan det naturligvis give anledning til misforståelser, især hvis delpersonlighederne har modstridende interesser.

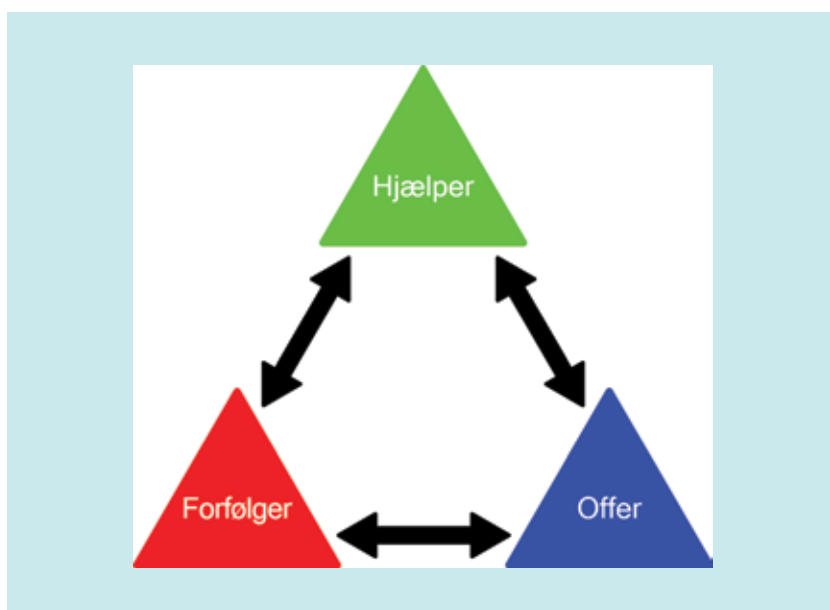
Dramatrekanten blev oprindelig udviklet i forhold til misbrugere, der har et ambivalent forhold til deres misbrug: patientens forælderdel – eller andre, f.eks. ægtefællen og lægen – søger at få misbrugeren ud af det, mens patientens barnedel søger nydelse og prøver at sabotere de gode forsætter. Når misbrugeren går til læge, fører patientens forælderdel ordet, og lægen starter som hjælper, og forælderdelen kvitterer med taknemmelighed.

Men hvis patienten en eller flere gange bryder indgåede aftaler (når barnedelen har sejret), bevæger lægen sig gradvist over i en offerrolle, hvor han føler sig snydt og udnyttet. På et eller andet tidspunkt har han fået nok:

»Nu skal det være slut. Jeg finder mig ikke længere i det!«.

Lægen siger nej til at hjælpe mere og giver sig måske til at straffe, krænke eller forfølge patienten. Men måske kommer patienten igen, brødebetyngt og lover bod og bedring på en så overbevisende måde, at lægen atter træder ind i hjælperollen: »Det er jo synd for hende«.

Figur 2 /
Dramatrekanten.
Illustration: *Per Fhager*.



Og spillet kan fortsætte sådan i årevis.

En lignende dynamik udspiller sig også, når patienten søger hjælp for livsstilsproblemer. Det er patientens forælderdel eller ægtefællen, der får hende til at søge læge, men livsstilsproblemer er altid forbundet med ambivalens mellem lyst og fornuft. Under konsultationen kommer jeg måske sammen med patientens fornuftsdel frem til en god løsning – tror jeg da. For måske har jeg ikke fået den anden del af patientens ambivalens, barnet, i tale – og barnet plejer at vinde.

Når det senere viser sig, at patienten ikke førte konsultationens konklusioner ud i livet, bliver jeg skuffet, fordi jeg havde bundet mig til resultatet, som var det blevet en del af mig; det jeg knyttede meningsfuldheden til. Hvis patienten måske tilmed udebliver, kommer jeg til at sidde der alene og vente:

»Hvad var det hele så værd?« Og nærliggende bliver det at tænke:
»Hvad er jeg så værd?«

Det er ubehageligt, og derfor lægger jeg *ubevidst skylden* på patienten og vender vreden (magtesløsheden) den vej – og væk fra mig selv (projektion).

Fra at have været hjælper er jeg nu kommet i offerrollen, med skuffet tillid, krænket og forladt. Hvordan håndterer jeg den situation? Offerrollen er ubehagelig, nogle gange utålelig.

For at slippe ud af denne position kan jeg prøve at glemme og gå videre til noget andet (fortrængning), eller jeg kan give udtryk for skuffelse over for patienten (dialog), ringe hende op og give udtryk for min vrede, eller irettesætte hende næste gang, hun kommer (krænke eller forfølge), eller også kan jeg lade min frustration gå ud over en sagesløs person, den næste patient, kolleger eller ægtefælle osv. (forskydning).

Dramatreakanten kommer ikke kun i spil i forhold til misbrug eller livsstilsproblemer, men udløses også, når lægen føler sig magtesløs og dermed som offer for omstændighederne – det må da være nogens skyld. Når patienten indleder konsultationen med at sige, at jeg skal skrive en henvisning til en specialist (fordi hun har betalt skat, har sundhedsforsikring osv.), gør hun det svært for mig at føle mig som den hjælpsomme læge. I stedet føler jeg mig reduceret til ekspedient og som offer for hendes krav. Magtesløsheden i offerpositionen giver mig ubehag og måske angst, som kan vise sig i form af aggression eller vrede. Jeg får lyst til at krænke eller forfølge. Jeg har tidligere (i mit fjerde brev om patientens følelser) været inde på, at vrede kan være en dækfølelse, at der også kan ligge tab af selvfølelse (skam), ensomhed og sorg bag vreden.

For mig som læge er offerpositionen ubehagelig, så jeg kan prøve at slippe for den ved at sætte forskellige mærkater af typen »besværlig patient« på patienten. Så er det næsten klarert, men også kun næsten, fordi enhver krænkelse af et andet menneske medfører skyld. Resultatet bliver en ambivalens i forhold til patienten, som kan få mig til at bevæge mig rundt mellem alle Dramatreakantens positioner.

Lægernes mange negative følelser i supervision er udtryk for den smitte, at patienten – åbent eller skjult – retter sin magtesløshed og vrede mod lægen (projektion): »Det kan da ikke passe, at jeg skal have det sådan; du må da gøre noget, doktor!«

Så kan lægen føle sig som offer – og svare igen med vrede. Måske er baggrunden, at patienten føler sig krænket af tilværelsens meningsløshed og konfronteres med sin egen magtesløshed. I konsultationen krænker hun min rolle som hjælper og udfordrer mig måske tilmed fagligt. Hun opleves som krænkende og besværlig, jeg kommer til at føle mig som offer og får lyst til at gengælde vrede med vrede. Når jeg kæmper med patienten om skyldsplacering, kommer jeg ind i Dramatrekanten.

Ved forebyggende helbredsundersøgelser risikerer jeg også at blive opfattet som forfølger, når jeg påpeger, at patienten ikke følger livsstilsrådene: KRAM.

Men den aggressive patient kan også rette sin energi mod at søge at finde udveje og deltage aktivt i sin helbredelse. Det kan få den aggressive patient til at *kræve* hjælp – og derved får jeg svært ved at opleve, at jeg *giver* hjælp. Det kan udfordre eller krænke min selvopfattelse, hvis jeg oplever, at patienten placerer mig i rollen som ekspedient (jf. ovenfor).

Dramatrekanten er altså destruktiv for begge parter og brydes (kun), hvis jeg som den professionelle part bliver opmærksom på den og træder ud af spillet, *idet jeg fastholder min rolle som konsulent*. Konsulentrollen indebærer, at jeg ikke har krav på patientens taknemmelighed, og min succes som læge afhænger ikke heraf. Jeg må vide med mig selv, støttet af kolleger i supervision, om jeg gør arbejdet godt nok. Jeg må vide, at i forbindelse med sygdom konfronteres patienten med livets grundvilkår, som medfører angst. Og når man er angst, kan man være urimelig som et barn. Det er vores vilkår at omgås sådanne angste mennesker. Dem skal vi ikke skyldbelægge, ligesom vi heller ikke skal skyldbelægge os selv, så længe vi gør det så godt, som vi kan under de givne forhold.

Tips

Næste gang du oplever magtesløshed i din rolle som hjælper, kan du spørge dig selv: »Har jeg virkelig magt til at løse problemet?«

Hvis ikke, må du afgive magten. Ellers risikerer du fortsat at komme til at føle dig som offer for de problemer eller ønsker, som patienten kommer med – og måske efterfølgende give patienten skylden.

Hvis du føler skyld eller føler dig som offer, risikerer du at havne i Dramatrekanten. For at undgå det kan du prøve at fastholde din rolle som konsulent og træne dig i at verbalisere konsulentrollen og meta-kommunikere med patienten om jeres relation.

I Boks 2 har jeg opstillet nogle rettigheder, som jeg synes, at man skal have for øje for at modificere sine idealforestillinger om at være

<i>Retten til</i>
selv at have det godt
at få information fra patienten, bl.a. hvad hun vil have hjælp til
at være dum, ikke kunne forstå eller vide alt
at være sårbar og »langsom« og ikke at klare flere problemer, end man kan inden for tidsrammen
at have tid til refleksion og dække egne behov
at anerkende og rose sig selv
at kunne begå fejl – og vedkende sig dem og skelne mellem ret og godt
at undersøge forholdet til patienten: hvad synes du, vi skal gøre for at få vores forhold til at fungere bedre?
ikke at skrive falsk erklæring eller bryde regler og bestemmelser
at sige nej: jeg synes ikke, jeg er en god nok læge for dig, så jeg vil foreslå dig at finde en anden.

læge, hjælpe en med at holde fast i konsulentrollen, mindske sin risiko for at føle sig som offer og dermed at træde ind i Dramatrekanten:

Hvordan kommer vi videre?

Trods mange positive oplevelser og følelser i lægearbejdet viser det sig, at de konsultationer, som læger tager med til supervision, rummer mange negative følelser, enten en smitte fra patienterne eller egen oplevelse af utilstrækkelighed. Der gives derfor et signalement af de positioner, der let giver anledning til negative følelser hos lægen: at være kritisk og mistænksom, at se sig selv som offer eller give patienten skylden og dermed gå ind i Dramatrekanten.

I de næste to breve vil jeg se nærmere på, hvad det er, der gør nogle konsultationer vanskelige, og som kan aktivere vores magtesløshed og Dramatrekanten – og hvad vi så kan gøre.

Jeg håber, at du kan få flettet noget fra dette brev ind i det, som du i forvejen praktiserer. Tag en bid ad gangen og prøv, hvordan det fungerer for dig. God fornøjelse.

Økonomiske interessekonflikter: arranger af Kalymnos-kurserne.

Litteratur

1. Yalom ID. Kærlighedens bøddel. København: Reitzel, 1994.
2. Nystrup J. Samtalen med mennesker med perceptionsproblemer. I: Jørgensen K, red. Kommunikation – for sundhedsprofessionelle. København: Gad, 2010.
3. Nørretranders T. Vær nær – sammenhæng i samfundet. København: Tor, 2013:61.
4. Hostrup H. Gestaltterapi. København: Reitzel, 1999.
5. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1956/1991:25.
6. Svendsen GT. Tillid – en dansk specialitet og konkurrencefordel. Jyllands-Posten 2.12.2012.
7. http://en.wikipedia.org/wiki/Karpman_drama_triangle.
8. Berne E. Hvad er det vi leger? København: Gyldendal, 1973.