

# ● Tredje brev til min kollega

– hvad taler vi om i konsultationen?

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 video-supervision siden 1992.

## Forfatters adresse

Frederikkevej 20,  
2900 Hellerup.  
jhl@dadlnet.dk

Dette brev har fokus på de skjulte budskaber. Hvad taler vi om i konsultationen – mellem linjerne? Det handler om de følelser, som giver samtalerne ladning og energi – hvordan opdager vi dem? Hvad gør vi ved dem? Følelserne kan være vanskelige at møde, og de kan bidrage til, at vi kan føle os trætte, drænedede og stressede efter en konsultation – men heldigvis ofte også oplivede.

MÅNEDSSKRIFT  
for almen praksis

## Mødet og tilliden

»At vise tillid betyder at udlevere sig selv ... Ytringen sker under den forudsætning, at den anden opfylder vores forventning. Finder opfyldelsen ikke sted, bliver ytringen forgæves. Men det er i og for sig ikke det værste.

Nej, det værste er, at man har blottet sig« (1).

Fra supervision ved vi, at konsultationens indledning er det sværeste og mest afgørende tidspunkt. Når patienten siger: »Jeg har så ondt doktor ...«, fortæller hun ikke bare om sin smerte, men beder også håbe-fuldt og indirekte om min hjælp. Hun rækker på en gang tillidsfuldt og angst hånden frem. Smerten er en følelse, som kan have andre udtryk: angst, træthed, tristhed, bekymring, vrede. Hvordan påvirker det mig? Hvad gør jeg?

Jeg vil gerne hjælpe; det ligger selvfølgelig i lægerollen, men det udtales sjældent. Allerede patientens første sætning aktiverer min usikkerhed:

»Hvad drejer det sig om? Kan jeg hjælpe denne patient? Lad mig snarest muligt gøre noget – så slipper jeg for at være med i lidelsen eller

det ubehag, patientens fortælling om sine smerter sætter i gang hos mig selv?« Og måske også: »Kan jeg nå det inden for den afsatte tid?«

Når patienten går til læge med sit helbredsproblem, afslører hun sig med al sin svaghed, magtesløshed, skam, uro og defekt, og hun kan føle sig som et bange barn, der måske – eller måske ikke – får den hjælp, hun søger. Hun møder mig i en tilstand af koncentreret opmærksomhed, og derfor bliver min venlige accept så afgørende for relationen og det videre forløb:

»Forstår lægen, hvad jeg siger, og vil – og kan – han hjælpe?  
Hvad svarer han?«

Patienten er typisk optaget af tilliden, relationen (vil lægen hjælpe?), mens lægen er optaget af sagen (kan jeg løse dette problem?).

Når patienten taler om sine symptomer, kan jeg let tro, at det er det, patienten ønsker, at jeg skal koncentrere mig om (og at jeg skal oversætte symptomerne til en diagnose og foreslå behandling). Men symptomerne skal i lige så høj grad bidrage til at give henvendelsen legitimitet. Hvis jeg straks giver mig til at spørge ud om symptomer, risikerer jeg at gå glip af de tanker og ønsker, patienten måtte have i forhold til sin situation. Resultatet kan blive, at patienten ikke føler sig forstået, og at jeg kommer til at arbejde på et usikkert grundlag, fordi *jeg mangler den retning for konsultationen, som en viden om patientens tanker og ønsker kan give.*

Patientens smerte og hele situation udtrykker sig i de følelser, som ligger som en understrøm eller stemning i rummet: *angst, skam, skyld, sorg, regression og magtesløshed.* Disse følelser er ofte tavse eller ordløse, mens *vreden* almindeligvis både mærkes og høres. Det er disse følelser, dette brev handler om.

### De tavse og ordløse følelser

*Hvordan får vi sat ord på de ordløse følelser?*

Fra supervision ved vi, at patientens følelser i kondenseret form repræsenterer kernen i det problem, hun søger min hjælp for. Disse følelser kan smitte mig og bidrage til den træthed, irritation og magtesløshed, jeg kan føle.

Men vi ved også, at hvis jeg kan give disse følelser tilbage til patienten i empatisk form, opnås en helt særlig god kontakt. Hvis jeg sætter ord på den følelse, jeg får ved at være sammen med patienten, frigøres min låsthed, så jeg bliver fri for at skulle *bære* følelsen. Og når jeg sætter ord på følelsen, føler patienten sig forstået. Hvis jeg f.eks. føler træthed og magtesløshed, kan jeg fordybe relationen og opnå et terapeutisk potentiale:

*L: »Jeg kan forstå, at du må føle dig både træt og magtesløs i den situation, du befinder dig i lige nu ...«.*



Forstår lægen hvad jeg siger, og vil – og kan – han hjælpe?

Hvad svarer han?

Foto: Colourbox.

Hvis jeg ikke får udtalt disse følelser, risikerer jeg selv at bære videre på dem og efterhånden blive for fyldt af dem, smittet eller ramt.

Der er *altid* følelser forbundet med at have et helbredsproblem, men det er ikke altid, at følelserne behøver at komme frem. Nogle patienters historie kan blive kort, og uden at følelserne kommer frem, f. eks.:

*P: »Jeg har fået ondt i halsen og ville lige høre, om jeg skulle have noget penicillin«.*

*L: »Nå, det var da ikke så rart [kvittering]; så skal jeg lige tage en strep-A-test og se, om du kan få glæde af at få penicillin«.*

*P: »Det lyder godt. Det var netop det, jeg gerne ville, for jeg skal flyve om to dage«.*

### Angst

Angsten findes i enhver konsultation, fordi vi, når vi bliver syge, kommer i kontakt med et eller flere af tilværelsens fire grundvilkår: meningsløshed, alenehed, frihed og død (2). Det udløser angst, som udspringer af usikkerhed om fremtiden for vores eksistens.

Det kan være en lille angst eller en stor. Den lille angst begynder,

når de første symptomer melder sig. Efter nogen tid kan angsten vokse, og i beslutningen om at søge læge tvinger man sig til at stå ved sin angst – dog sjældent direkte, fordi det at vise sin angst over for et andet menneske er forbundet med skam, med en følelse af mindreværd. Det giver dermed mødet med lægen en dobbelt angst, både for symptomerne og deres eventuelle konsekvenser, og angst for hvordan man vil blive mødt af lægen.

Angsten kan indirekte vise sig ved yderlighederne: hurtig tale, mange ord, spring i emner, aggression eller ved modsætningen: inde-lukkethed, for få ord og træghed med at fortælle. Fordi angsten er skambelagt og ofte ubevidst, fortæller patienten ikke om sin angst.

I denne »skjulte« angste tilstand opfatter patienten selektivt og begrænset, tankegangen kan være primitiv og konkret som et barns. Derfor gælder der nogle særlige vilkår for, hvordan jeg mest effektivt møder min patient i Patientens del. Inden i mig selv tænker jeg: først Du, så Jeg (3). Først må patienten bringes til at komme frem med sin dagsorden, for angst kan være som en slags opsparet energi, der må ud, ellers blokerer den. Derefter er det min tur.

Fra konsultationslaboratoriet ved vi også, hvor lidt patienten faktisk opfatter af det, der foregår, så meget fylder problemet og angsten. Patientens opmærksomhed er fokuseret som i trance, så hun kun opfatter, om lægen er venlig eller ej. Når lægen udstråler nærvær, venlighed og sikkerhed, giver det patienten tryghed. Det mindsker angsten og øger muligheden for at få de relevante informationer.

### Tips

Læg mærke til, hvordan patienternes angst viste sig i dagens konsultationer.

Kan du huske eksempler på, hvordan stemningen var i rummet? Hvad var dine følelser?

### Nogle konsultationer kan forme sig således

*L: »Nå, du kommer for at få tjekket dit blodtryk og få svar på blodprøverne, ikke [afgrænsende spørgsmål]?«*

*P: »Jo«.*

Men hvad var patientens tanker egentlig, da hun var på vej til lægen? Eller da hun bestilte tid? Er der mon noget, hun har tænkt over, men aldrig fået spurgt om? Hvad føler hun; er hun mon bange for noget? Det risikerer jeg at gå glip af, så snart jeg tager ordet (læg mærke til den dobbelte betydning af "at tage ordet"). Så lukker patienten af – endnu en følge af angsten og den ambivalens, der er forbundet med at gå til læge.

Konsultationen kan forme sig anderledes, hvis lægen derimod spørger:

»Hvad tænker du om dit blodtryk – er der noget, der bekymrer dig?«

*P: »Det er der aldrig nogen, der har spurgt mig om. Ja, jeg er bange for det. Jeg kan ikke forstå, at det svinger sådan, og tænker på, om det er farligt.«*

*L: »Det er godt, at du siger det. Du kunne jo låne et blodtryksapparat med hjem og se, hvordan det ændrer sig i løbet af dagen. Så kan vi se, om det er OK?«*

*P: »Mange tak!«*

Angsten opstår i svælget mellem nutid og fremtid. Derfor er min funktion at give et kvalificeret bud på fremtiden og især, hvad den ikke indebærer for patienten i form af sygdom, lidelse og død. Patienten kommer til mig for at få at vide, hvad der er galt – og hvis der er noget galt, kan en del af angsten forvandles til frygt, som er lettere at tale om og bære, fordi den er reel. En stor del af vores arbejde består i virkeligheden i at behandle patienters bekymringer og angst.

### Skam – når jeg ikke føler mig OK

»Vi strekker oss alle etter gjensidighet og respons. Skam er å ikke bli møtt. I den manglende aksepten vender vi oss mot oss selv. Den dybeste skammen er smerten ved å se seg selv som en som ikke fortjener å bli elsket« (4).

Skam handler om, hvordan vi ser på os selv, om hvem vi tror vi er. I skam lægger vi vore øjne i omverdenen og ser på os selv i forhold til, hvordan vi burde være. Hvis vi skal ændre på skamfølelsen, må vi tage dette »burde« op til revision og bryde tavsheden, tale om skammen og håbe, at vi bliver mødt og accepteret. Det kan helbrede skammen.

Skamfølelsen er vores første vejledning om, hvad der er rigtigt og forkert, og opstår allerede før sproget. Når jeg bliver udskammet, føler jeg mig ekskommunikeret, føler mig ikke længere værdig som medlem af fællesskabet og trækker mig ind i mig selv, ekskommunikerer mig selv og bliver tavs.

Hver gang jeg skammer mig, deler jeg mig i to. Den ene ser på den anden udefra og ser, at det, den anden gør, er eller tænker, ikke er godt nok; den ene skammer sig over den anden. Den ene sammenligner, den anden føler sig nedvurderet, udskammet. Begge søger de at skjule mig, gøre mig usynlig, ikke vække opsigt, så de kritiske stemmer inden i mig kan være stille. Jeg skammer mig over, at jeg skammer mig. På den måde bliver skammens kendemærke tavshed, og dens ledsager bliver ensom.

Når patienten går til læge, bliver hendes krop genstand for opmærksomhed. Og en krop er aldrig perfekt. Jo mere patienten skammer sig, desto mindre bliver ønsket om opmærksomhed. Derfor vurderer patienten altid sin konsultation hos lægen i skammens perspektiv:

»Vil jeg kunne bære det, eller vil det blive for skamfuldt? Vil lægen kunne bære det, eller vil han også føle det pinligt?«

Som læge skammer jeg mig også. Jeg ved, at patienten rummer så

meget vigtigt og ufortalt. Jeg burde forløse det, give patienten lejlighed til at fortælle, vise mig som den gode og tillidsskabende læge. Jeg skammer mig også over at være så vurderende i mit syn på patienten, vedkommendes vægt, udseende, uvaner samt ulykkelige liv og andre dårligheder – og over at jeg ikke bruger mere tid. Jeg burde være mere rummelig, jeg burde være en bedre terapeut, jeg burde kunne hjælpe patienten til at få et godt liv, jeg burde ... Igen mærker jeg sammenligningen med ideallægen og dermed skammen over min egen ufuldkommenhed.

Det er skammen, der viser sig i den utilfredshed, de fleste læger føler efter en konsultation:

»Jeg burde have været en bedre læge ...«

At vurdere rimeligheden i dette »burde« kan være svært selv at få øje på, og supervision bliver en hjælp til realitetstestning og en slags absolution. Men det er samtidig frygten for skammen, som afholder mig fra at deltage i supervision og optage video.

Når jeg møder skamreaktioner hos patienten, kan mine egne uspecifikke skamfølelser aktiveres. Enten reagerer jeg med at prøve at fortrænge og ignorere dem, eller jeg reagerer med særlig omsorg over for patienten i et forsøg på at eliminere skammen hos mig selv – eller jeg reagerer med afstandtagen, afvisning eller måske vrede. Måske skammer jeg mig bare over at føle, som jeg gør.

Som patient vil jeg ikke gerne i kontakt med min skam, endsige tale om den. *Skårderud* kalder dette for skamangst (4), og han fortsætter:

»Noe av det aller viktigste i forhold til skam og terapi er påminnelsen om at terapi faktisk er en skamsituasjon. Den ene forventes å blotte seg for den andre« (jf. konsultationen med »den vrede skuespiller« i næste brev).

Derfor føler jeg som patient stor lettelse, når lægen ikke ser ud til at anse det, jeg kommer med, for pinligt, men tager sig af det helt naturligt og sagligt, f.eks. gynækologisk undersøgelse, koloskopi og lignende intime undersøgelser. Her hjælper den instrumentelle og kognitive tilgang os begge.

I forhold til samtaler om patienters livsstil belaster skammeligørelsen og individualiseringen af livsstilsspørgsmål forholdet mellem patient og læge:

»Er dette min hjælper – eller min forfølger?«, kan patienten spørge sig selv. Vi kender de epidemiologiske data, statens ønsker om forebyggelse og besparelser. Både patient og læge bringer dette med. Patienten, når hun kommer til kort i forhold til at leve op til de reklamerede sundheds- og skønhedsideal. Lægen, når han kommer til kort i sine forsøg på at få patienten til at ændre adfærd. Så livsstilskonsultationen kommer let til at bidrage til skam og følelser af nederlag hos begge parter, skam over skam. Begges skam får dem til at tie – men nogen må vel bryde tavsheden? Nogle gange bryder humoren isen (»Ja, det kan da være, du når at holde op med at ryge, inden du dør«), andre gange ender

det i åben eller skjult vrede over magtesløsheden, som overføres på lægen.

Skam handler om, at vi ikke elsker os selv. Modgiften er at vise venlighed (anerkendelse, kærlighed), for det smitter, så patienten lettere kan se på sig selv med venlighed (kærlighed).

Modgiften er også, at patienten fortæller om sin oplevelse af skam, men det kræver mod og en oplevelse af tillid til den, man afslører sig over for. Eller modgiften kan bestå i at skelne mellem at *have* et problem og at *være* et problem (5).

Når man skammer sig, beskytter man sig også mod et eventuelt nederlag: Man tager forskud på det i håb om, at det ikke bliver så slemt, når eller hvis ens utilstrækkelighed kommer for en dag. Men derved har man allerede opgivet lidt.

Skyld og skamfølelse hos en 65-årig kvinde med hudforandringer:

*P: »Jeg vil godt have dig til at se på en plet, jeg har på ryggen. Min kæreste opdagede den for flere måneder siden. Den ser ikke pæn ud, stikker ud, klør og er uregelmæssig ...«*

*Eftertanker:* Skammen over at have en grim plet, frygten for at det er kræft, sammen med skyldfølelse over ikke at have søgt læge før, nu hvor hun er blevet pensioneret og glæder sig til et fritidsliv ...

### Tips

Tænk efter om nogle af dagens patienter mon bar på en skam eller gav udtryk for skam. Eller om du selv oplevede utilstrækkelighed og måske skam i dag?

### Skyld

Ordene skam og skyld bruges ofte i flæng, men *skam handler om noget vi er, mens skyld handler om det forkerte (skyldbelagte) vi har gjort* – eller ikke har gjort. Det er, når vi søger årsagen til, at noget er hændt, at vi selv eller andre kan skyldbelægge os. Det er umuligt ikke at begå fejl, men man gør det ikke med vilje. Der er oftere tale om noget, man har overset, forglemmelser, uheldige omstændigheder eller utilstrækkelig viden. Derfor har arbejdet med at registrere utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet bidraget til åbenhed omkring vores fejlbarlighed.

Inden man påtager sig hele skylden, må man spørge sig selv – eller patienten – om man har (6):

1. gjort det med vilje – eller ikke gjort det, man skulle
2. haft magt eller ansvar i forhold til at påvirke det, der er sket
3. haft tilstrækkelig viden eller indsigt.

Og skylden kan yderligere graderes ved spørgsmålet: Hvor mange procent skyld har du?

I dagligdagen kan vi befri os fra skyld ved at sige undskyld – og den anden svarer forhåbentlig med »alt forladt«. Jeg undskylder, at jeg kommer for sent, at jeg glemte aftalen, at jeg kørte for stærkt osv. Patienten undskylder, at han glemte at tage medicinen, at følge kostrådene, at motionere eller at holde op med at ryge og drikke osv. Derfor vil der også altid være skyldfølelser i konsultationer om livsstil, og man kan næsten som patient ønske, at man kunne bekende sin skyld og få tilgivelse af lægen. Får man kræft, kan man ikke lade være med at spekulere over årsagen og sin egen skyld i det – og dermed om det er en straf. Den magiske tankegang ligger ikke ret langt væk. Eller patienten skyldbelægger mig: »Du skulle da have opdaget det før!«

Som behandlere skyldbelægger vi ofte os selv i forhold til det, vi ikke får gjort. Det er en væsentlig belastning i dagligdagen og kan være noget, vi skammer os over at føle. Vi kunne jo have brugt længere tid på patienten, undersøgt nogle forhold bedre osv. Vi sammenligner os med idealet og idealsituationen og føler dårlig samvittighed. Så noget af hjælpen i supervision kan være at mindske sine egne forestillinger og forventninger til sig selv – og dermed skyld – og se sig selv som en »god nok« læge.

Patienter og medier kan give lægen skylden for, at noget gik galt. For det må da være nogens skyld? Hvis skylden kan personificeres, mindskes meningsløsheden, og derfor kan vi undertiden blive synde-bukke, f.eks. i klagesager, uden at have gjort ret meget andet end at have været en i rækken af behandlere. Det er her, man kan have hjælp af de tre spørgsmål ovenfor. For almindeligvis er skyldsspørgsmålet ikke sort-hvidt. Der kan være tale om tidspres, forstyrrelser eller andre ydre forhold, som gjorde, at man ikke kunne gøre sit arbejde godt nok. Eller der kan være forhold i relationen med patienten, som gjorde, at man følte sig provokeret og ikke længere var i stand til at handle rationelt, f.eks. hvis patienten var vred, krævende eller talte ned til en.

Patienten kan også prøve at overføre skyld på lægen:

*P: »Jamen, du skulle da gøre mig rask!«*

*L: »Selvfølgelig vil jeg prøve at hjælpe dig, men jeg kan ikke udrette mirakler.«*

Som læge er det at begå fejl og efterfølgende føle skyld et vilkår. Jeg kan sørge over fejltagelsen og opgøre, hvor mange procent skyld jeg har. Hvis jeg vil genoprette forholdet til patienten, må jeg sige undskyld og dermed søge tilgivelse. Hvis jeg får tilgivelse, kan jeg atter have med patienten at gøre på trods af det, der er sket. Uden tilgivelse ophører forholdet. Og hvis jeg også kan tilgive mig selv, kan jeg få fred med mig selv. Denne sidste del er nok den sværeste ...

### **Tips**

Har du haft patienter i dag, der følte skyld?

Eller har du selv?



I det næste brev vil jeg se nærmere på håbløshed og magtesløshed, regression, sorg og vrede.

Indtil du læser næste brev, håber jeg, 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 Kalymnoskurserne.

### Litteratur

1. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1956/1991.
2. Yalom ID. Kærlighedens bøddel. København: Reitzel, 1994.
3. Buber M. Jeg og du. København: Reitzel, 1997.
4. Skårderud F. Tapte ansikter. I: Wyller T, red. Skam. Bergen: Fakbokforlaget, 2002:37.
5. White K. Kort over narrative landskaber. København: Reitzel, 2007.
6. Busch CJ. Samtalen i et eksistentielt/åndeligt perspektiv. I: Busch CJ, Jensen T, Oved M. Religion, eksistens og sygepleje. København: Arnold Busck, 2002.