

Å se mennesket

Kan innsikt i psykoterapi bidra til bedre møter hos fastlegen?

Michael 2022; 19: 143–59.

Allmennmedisin er et generalistfag. I Norge er faget for det meste organisert som en fastlegeordning. Dette legger til rette for langvarige relasjoner mellom pasient og lege. Budskapet i denne artikkelen er at innsikt i noen psykoterapeutiske begreper kan hjelpe fastleger til en bedre forståelse av både pasientenes problemer, konsultasjonenes dynamikk og egen fungering, både som lege og menneske. Vi forklarer begrepene i en språkdrakt tilpasset både allmennleger og andre med interesse for feltet, illustrert med autentiske kasuistikker fra førsteforfatters egen praksis. Målet er bedre forståtte pasienter, mindre frustrerte fastleger og en mer robust primærhelsetjeneste.

Fastleger kommer ofte tett inn på livet til pasientene sine, i et omfang mange andre leger ikke gjør. Deres arbeidsområde er *hele mennesket*, og når allmennleger diskuterer sitt fag, henviser de ofte til konkrete pasienterfaringer. Professor i allmennmedisin Ian McWhinney (1926–2012) beskriver hvordan allmennmedisinen som klinisk spesialistfag, defineres ut fra relasjon, a priori pasientens kontaktårsaker og helseproblemer (1). McWhinney gjengir en passasje fra Umberto Ecos (1932–2016) storverk *Rosens navn* (1980), som beskriver hvordan observatøren fra lang avstand vil se dyr på beite. På nærmere hold vil han se at det er hester, mens på nært hold vil han gjenkjenne en hest han kjenner navnet på, og eieren til. Og dette, skriver McWhinney, er allmennlegens perspektiv. Og nettopp derfor drøfter allmennleger i mindre grad enn andre leger *sykdommer* på generelt nivå. De tar oftere utgangspunkt i den individuelle kasuistikken som beskriver *en syk person*.

Allmennleger som møter de samme pasientene over tid, behøver et fagspråk som ivaretar den nærhet og innsikt som dermed oppstår. Psykoterapibegreper kan her gi nyttig inspirasjon. Medisinstudentene møter begrepene i grunnutdanningen, men kan ha vansker med å gjenkjenne fenomenene de beskriver i en fastleges daglige virke. Går vi til språket pasientene selv bruker, tyder mye på at den psykoterapeutiske språkdrakten ikke er dem fremmed. En pasient kan for eksempel si: «Jeg vet ikke, det er mulig det var underbevissthetsen som spilte inn».

I denne artikkelen oppsummerer vi sentrale psykoterapeutiske begreper, supplert med illustrerende kasuistikker fra førsteforfatters egen fastlegepraksis. Artikkelen skrives i disse avsnittene i jeg-form. Samtykke fra pasientene er innhentet der det var aktuelt. Før vi gir en samlet oversikt over de mest aktuelle psykoterapeutiske begrepene, eksemplifiserer vi budskapet med en kasuistikk.

Jenta og skilsmissen – og fastlegen som bekreftet

Mor, som sto midt i en turbulent skilsmisse, ville at jeg som fastlege skulle snakke litt med «den tause 12-åringen» i familien. En tirsdag morgen venter mor på gangen, og jenta og jeg ser på hverandre inne på legekontoret. Hun er stille og ser ned. Jeg spør henne om hvordan det er å bo i to hus. Hun er fortsatt stille. Så spør jeg om det er noe hun har lyst til å si meg. Da ser hun opp og roper: «DET ER JO IKKE MIN SKYLD!» Hun gråter høyt. Jeg sier til henne: «Nei, det er ikke din skyld». Hun samler seg, smiler, reiser seg og sier: «Ha det bra!»

Et behov for bekreftelse ligger dypt i oss alle. Vi trenger at noen ser hvordan vi har det, og hvordan vi har hatt det. Fastleger er hver dag i berøring med slike situasjoner. En uforbeholden *bekreftelse* fra fastlegen kan virke forløsende og helsefremmende. Bekreftelse kan gis verbalt, med enkle ord som: «Nå har jeg hørt på deg, og jeg skjønner du er lei deg når du har opplevd det du har gjort». Non-verbale signaler som oppmerksomhet, blikk og tonefall kan samtidig være like viktig.

Den psykodynamiske virkeligheten på legekontoret

At psykoterapeutiske begreper har relevans for allmennmedisin, er ingen ny tanke. Viktige pionerer på feltet var ekteparet Michael og Enid Balint (2) (ramme 1).

Langs veien fra Balint til vår egen samtid, kunne mange navn og tanke-retninger vært nevnt. Her vil vi bare omtale noen få, fordi de direkte har influert, eller blitt formulert av, allmennmedisinere.

Psykiater Michael Balint (1896–1970) startet sitt arbeid med veiledning av allmennmedisinere i Budapest i 1920-årene (2). Etter krigen gjenopptok han sitt arbeid i England. Sammen med sin kone Enid Balint (1903–1994) veiledet han allmennmedisinere i grupper på 8–12 deltakere. Grunnfilosofien var at psykososiale stressfaktorer ofte kan skape fysiske helseplager, og motsvarende – at fysiske symptomer kan maskere psykososiale problemer. Tankegodset ga opphav til en faglig bevegelse som spredte seg til hele den vestlige verden. *Balint-grupper* ble også opprettet i Norge, men har vært lite tonegivende etter tusenårsskiftet.

Ramme 1. Balint-grupper i allmennmedisin

Begrepet *mentalisering* har fått økt oppmerksomhet (3). Dette forstås som evnen til å forstå andre mennesker ut fra indre eller mentale tilstander. Sagt med andre ord: evnen til å se den andre innenfra og seg selv utenfra. Et hverdagslig eksempel er å gjenkjenne og imøtekomme et gråtende barns tristhet og behov for nærhet og trøst fra stabile omsorgspersoner. Barn som ikke erfarer dette, kan seinere få problemer, både med å regulere egne følelser og forholde seg til andres følelser. Den danske allmennmedisinske forskeren Annette Sofie Davidsen (4) har argumentert for at fastleger bør ha gode mentaliseringsevner, for bedre å kunne fange opp hva pasienten formidler og for å fungere godt som lærer og veileder. I Norge er det særlig to leger med fot i både det allmennmedisinske og psykoterapeutiske landskapet, vi vil nevne. Den første er allmennlegen og forskeren John Nessa og hans arbeid med samtale og psykodynamikk i allmennpraksis. I boka *Medisin og eksistens* (5, s.122-23) skriver han:

Legens oppgave er å se, høre og registrere hva pasienten gjør uten å fordømme eller avvise. Legen skal utvikle evnen til å se pasienten som et helt menneske som har sine gode grunner til å oppsøke lege, selv om disse grunnene ikke alltid er lette å oppdage ved første kontakt. Et eksistensialistisk perspektiv på klinisk arbeid kan være både nyttig og konkret i møtet med pasienten. Men forutsetningen er at en er en kompetent lytter som både er villig og i stand til å møte pasienten med det pasienten faktisk uttrykker i det han eller hun sier.

Nessa gir også eksempler på hvordan lege og pasient arbeider med noe han kaller *identitetsfortellinger* (5, s. 81):

Fortellingen som kommer når Lise har godkjent legen som en verdig og kompetent tilhører, gjør at Lise også oppdager sammenhenger i eget liv, sammenhenger hun ikke hadde vært klar over tidligere. Hun hører seg selv fortelle og får lyst til å vite mer.

Den andre vi vil trekke fram er professor i allmennmedisin Edvin Schei, som med boka *Lytt: legerolle og kommunikasjon* (6) har levert et viktig og praksisnært bidrag til innsikt i lege-pasient-relasjonens dynamikk og muligheter.

I ramme 2 følger et utvalg psykoterapeutiske begreper som har kommet til å bety mye for førsteforfatteren som primærlege. Det finnes litt ulike definisjoner av disse begrepene. Vi har forsøkt å beskrive dem på en måte som virker gjenkjennelig i allmennpraksis.

Bevisst og ubevisst

Disse begrepene representerer på mange måter kjernen i tenkningen etter Sigmund Freud (1856–1939), og de preger vår kultur. Begrepene brukes i dagligspråket, samtidig som de fra et vitenskapelig synspunkt er omstridte. Med bevisste tanker og følelser menes her det vi får tak i og erkjenner. Samtidig styres våre handlinger og følelser av ubevisste skjemaer eller mønstre, dvs. mønstre vi ikke er klar over, og ikke uten videre klarer å endre. Det dreier seg ikke minst om dominerende relasjonsmønstre, ofte destruktive, som vi repeterer uten å vite det. Mye av målet med psykoterapi er å bli bevisst på dette, for så å eventuelt kunne forstå og endre.

Affekt

Affekt viser til en persons umiddelbare følelsesmessige reaksjon på noe. Å rette oppmerksomhet mot den følelsesmessige stemningen og endringer i denne under en konsultasjon, kan være svært virkningsfullt. Affekter kan kategoriseres som iver/interesse, glede, redsel/frykt, irritasjon/sinne, sjananse/skam, fortvilelse/tristhet, misunnelse/sjalousi, ømhet/nærhet/hengivenhet. Å bekrefte at en følelse er legitim, er sentralt i psykoterapeutisk behandling. Det er også bevissthet om ikke bare pasientens, men også legens egne følelser i møtet med den andre.

Tilknytning

Spedbarnet kommer alene til verden og knytter seg til omsorgspersonene. Er mor og far mentalt nærværende og forutsigbare, vil de oppfylle barnets basalbehov. Barnet stimuleres, ivaretas, trøstes -- og utvikler en trygg tilknytning. Opplever barnet derimot at omsorgspersonene ikke gir respons, omsorg og trøst, blir det utrygt. Dette kan på sikt få store konsekvenser for utviklingen, både personlighetsmessig, relasjonelt og helsemessig. Temaet tilknytning står sentralt i en rekke terapiretninger.

Ramme 2. Nyttige psykoterapeutiske begreper.

Forsvarsmekanismer

Her er det snakk om ubevisste mekanismer som beskytter individet mot å oppleve angst. F.eks. kan jeg fortrenge at jeg er sint, fordi det å være sint er uforenlig med mitt selvbilde og ikke minst uforenlig med idealet jeg har om meg selv. I og med at de er ubevisste, kan forsvarsstrategiene til en viss grad representere selvbedrag. Forsvarsstrategier utvikles typisk i barndommen, i den hensikt å overleve og dempe konflikter. Et klassisk eksempel er barnet av alkoholikeren som kan bli unnnvikende og usynlig, for ikke å sees og ikke være i veien. Alternativt kan barnet bli en «klovn» for å avlede oppmerksomheten fra mor eller far som drikker. Disse tilpasningsmekanismene følger med personen inn i voksen alder, der de er overflødige og til og med uhensiktsmessige.

Bekreftelse

I bekreftelse ligger det ikke nødvendigvis noen vurdering i den forstand at terapeuten tar stilling. Målet er derimot å formidle til pasienten at terapeuten skjønner hvordan det er å være pasienten, og at pasientens følelser er forståelige. Dette innebærer en direkte bekreftelse av den andres eksistens, som igjen styrker pasientens jeg-opplevelse og selvfølelse. Bekreftelsen fjerner tvil, gjør at pasienten føler seg lyttet til og sett, og den gir legitimitet (7). Pasienten kan fra barndommen ha erfaring med at følelser ikke bekreftes, men avvises, og i verste fall tillegges en destruktiv kvalitet. Psykoanalytiker Siri Gullestad meddeler at bekreftelse kan være med på å stoppe mer eller mindre evig selvbebreidelse fordi personens følelser blir forstått og validert. Det at terapeuten gir uttrykk for å tåle det som sees og bekreftes, uten å vike unna eller ta skade av det, kan være kraftfullt. Dette knytter seg også tett opp mot overføring.

Overføring

Pasientens tidligere erfaringer vil, i vid forstand, medbringes til møtet med legen. Særlig vil tidlige livserfaringer være viktige (se også omtalen av tilknytning). Ved at pasienten gjenskaper mønstre fra fortida vil også både gode og dårlige følelser fra fortida kunne vekkes til live i konsultasjonen, uten at pasienten er bevisst på det. Pasienten kan med sin framtoning f.eks. irritere terapeuten i en slik grad at terapeuten til slutt blir sint (se motoverføring, neste punkt), og med dette bekreftes pasientens opplevelse fra tidligere i livet, nemlig at «et menneske som kommer nær meg, blir sint på meg». Pasientens opplevelse av terapeuten utgjør gjerne en blanding av gamle mønstre og noe nytt som oppstår mellom de to partene her og nå. Det at terapeuten *ikke* lar

Fortsettes neste side.

seg lede inn i kjente spor og dermed ikke handler slik f.eks. foreldrene gjorde, kan ha helende effekt. Pasienten kan få nye erfaringer: «Jeg kan bli lei meg uten at den andre knekker», «jeg kan bli sint uten at jeg blir avvist.»

Motoverføring

En lege (terapeut) er, på linje med pasienten, et subjekt; en tenkende og følende person med egne emosjonelle erfaringer, tilbøyeligheter og utfordringer. Motoverføringen er alle de følelsesmessige svar pasienten vekker i terapeuten. Informasjonen som ligger i legens motoverføring, kan utforskes som en viktig kilde for å kunne hjelpe pasienten. Minner denne pasienten legen om noe annet/noen andre i legens liv? Gullestad & Killingmo (8) skriver: «For å forstå en annen person må vi lytte ikke bare til den andre, men til oss selv».

Hvor går så grensen mellom empati og motoverføring? Gullestad & Killingmo definerer empati som «terapeutens innlevelse i pasientens opplevelsesverden gjennom en identifikasjon med pasientens følelser» (8). Mennesket har en allmenn tendens til å speile følelser og adferd en ser hos andre. Det kan kalles «resonans». Kognitiv forståelse kan også brukes; terapeuten tenker seg hvordan den andre har det. Uansett vil empati i stor grad handle om det som er bevisst for terapeuten, mens begrepene overføring og motoverføring retter oppmerksomheten mot de mer ubevisste kreftene som er i sving på begge sider.

Motstand

Dette begrepet dekker flere fenomener. Det kan handle om at pasienten vegrer seg for å se konfliktfylte forhold eller følelsesladete erfaringer i øynene. Et annet eksempel: det å bli frisk eller oppleve bedring, vil for enkelte mennesker være assosiert med ambivalens og subtil motstand. Fastleger møter iblant pasienter som nærmest «saboterer» behandling på måter som ved første øyekast virker uforståelige. Pasienter gjør sjelden slikt bevisst, og vil derfor ha vanskelig for å erkjenne hva som foregår. Konfrontasjon virker gjerne kontraproduktivt og vil kunne spolere alliansen mellom lege og pasient. Her kan det gi mening å tenke at individet beskytter seg mot noe som truer dem mer enn det helseplagene gjør. En syk person kan i stor grad tillate seg å være bare syk. Å bli frisk kan innebære å miste den sympati en møter som syk, kombinert med flere og høyere krav enn pasienten makter å innfri. Ansvar i yrkeslivet, ansvar for barn og familie, å måtte ta stilling til vanskelige saker. Det er viktig å identifisere og gripe forståelsesfullt tak i slik motstand, for den kan ellers trumfe alle legens forsøk på å løse pasientens helseproblem og skape stor frustrasjon hos behandleren.

Autentiske pasientkasuistikker

Mannen og mor – og fastlegen som innsiktsfull medtenker

Han var en vennlig mann jeg sporadisk hadde hatt på kontoret for alminnelige plager. Med flere års mellomrom uttrykte han at livet var vanskelig. Han var tilbakeholden og ordknapp. Jeg henviste han ved noen anledninger videre til psykolog. Der sluttet han gjerne etter kort tid. Litt tilfeldig spurte jeg hvorfor han hadde sluttet hos den siste psykologen. Det slo meg da at han virket så redd for å kreve sin plass, redd for at hans vansker ikke skulle være viktige nok. Disse tankene delte jeg med han. Jeg sa, litt uventet for meg selv, at det kunne minne meg om barn av alkoholikere som har lært seg å ikke synes, og som i voksne år blir redd for å ta plass. Han rettet seg da merkbart opp og responderte: «Det er det rareste jeg har hørt. Jeg fikk for noen dager siden høre at mora mi var full gjennom mer eller mindre hele min oppvekst. Det forsto jeg aldri da.»

Forsvarsmekanismen denne mannen hadde utviklet som barn, nemlig å ikke ta plass og bare trekke seg tilbake, hadde han tatt med seg videre i livet. Dette hindret ham i å få adekvat hjelp som voksen. Fastleger kan definitivt utmattes av pasienter som krever for mye, men vi må også legge merke til dem som krever for lite.

Fastleger møter hver dag mennesker med vonde erfaringer fra oppveksten. Gjennom et langt voksenliv vil mange klandre dem en vokste opp med for ikke å ha vært til stede og gitt omsorg. Den innsiktsfulle fastlegen kan forstå dette og gi bekreftelse. Iblant kan det i seg selv bli et vendepunkt, eller det kan på lengre sikt bidra litt til å lindre et savn pasienten bærer med seg.

Når jeg etter mange år betrakter mannen med alkoholisert mor på denne måten, og plutselig evner å sette ord på hans forsvarsstrategi, kan vi snakke om *mønstergjenkjenning*. Fenomenet omtales i Linn Getz og medarbeideres artikkel om hvordan allmennmedisinsk arbeid kan betraktes i lys av kompleksitetsteori (9). Leger er i utgangspunktet trent i å gjenkjenne konvensjonelle diagnostiske mønstre som diabetisk koma, leddgikt eller bipolar lidelse. Men evnen til mønstergjenkjenning kan utvikles også på det relasjonelle planet, hvor legen kan spørre seg: «Hva er det egentlig som foregår nå?» Hva minner dette om? Og like viktig som mønstergjenkjenning er mønsterbrudd. Mange fastleger kan fortelle om situasjoner der en kjent pasient sa eller gjorde noe uventet, og at dette ledet legen til å identifisere alvorlig sykdom. Leger som ikke kjente pasienten ville derimot lettere ha bagatellisert situasjonen.

Sjåføren og bussen – om havari og reparasjon

En av mine pasienter, en yrkessjåfør, hadde vært på ferie i Syden. Turistbussen han hadde vært passasjer i, hadde krasjet. Det var både omkomne og skadde i ulykken, og min pasient var også hardt kvestet. Ingen ble stilt til ansvar for ulykken. Min pasient kom seg ganske greit kroppslig. Sårene og bruddene grodde, men noe var fortsatt galt. Han utviklet hodepine og muskelsmerter; plager han tidligere aldri hadde hatt. Jeg ba ham fortelle om ulykken og det framkom at sjåføren av turistbussen åpenbart hadde hatt promille. Dette hadde min pasient forstått et stykke ut i bussturen, uten at han hadde fått seg til å gripe inn. Nå følte han en enorm skyld for dette, og skyldfølelsen ga kontinuerlig næring til grublerier og nedstemthet. Pasienten fikk for neste time hos meg i oppgave å lage en «pro et contra»-liste. I venstre kolonne skulle det stå: «Grunner til at jeg er skyldig i ulykken». I høyre: «Grunner til at jeg IKKE er skyldig i ulykken». Da han kom tilbake uka etter, smilte han. Han la arket foran meg, og vi så på det sammen. Jeg spurte hva han tenkte, og han sa: «Ja, du ser jo at kolonnen til høyre er litt lengre enn den til venstre. Det er jeg glad for. Men det jeg er aller mest glad for er at jeg kom på det siste jeg skrev der i den høyre kolonnen. Ser du? DET VAR IKKE JEG SOM KJØRTE BUSSEN. Det er ikke jeg som skal kjenne skyld og skamme meg».

Skyldfølelse er det mye av på norske fastlegekontor. Den kommer i alle varianter, innvevet i komplekse tanker og væremåter. Depressivitet, selvnedvurderende tanker, kritikk av andre, bebreidelser, vondt i hele kroppen. Å finne gode måter å hjelpe mennesker til å gjenkjenne og bearbeide skyld og skamfølelser i hverdagen er, slik jeg vurderer det, viktig bidrag til god folkehelse. Sagt med Michael Stein (10, s. 152, vår oversettelse):

Leger holder verden på plass for pasientene (...) etablerer en legitimitet for deres synspunkter. Vi tilbyr kontakt og omsorg/bekymring. Det beste vi kan gjøre som leger er å være åpne for refleksjon over pasientens smerte. Legens jobb er å gjøre smerten mulig å dele. Er det umulig å dele (...) denne smerten (...) bidrar det til en skrekkopplevelse.

Kvinnen og alkoholen – en illustrasjon av overføring

Jeg hadde hatt utallige samtaler med henne og tenkte at jeg kjente henne godt. Livet hadde vært vanskelig både privat og på jobb, og hun var i ferd med å falle ut av yrkeslivet. Dermed begynte telefonene fra NAV å komme, og alt ble enda vanskeligere. Jeg vurderte at flere instanser måtte inn i saken og henviste pasienten til distriktspsykiatrisk senter (DPS). Hun fikk god hjelp der en periode. I utskrivelsespapirene la jeg merke til to ting: «God kontakt med fastlegen» og «Et betydelig alkoholoverforbruk». Det siste var totalt ukjent for meg. Neste gang hun kom til meg spurte jeg om dette med alkoholen. Hun smilte og sa at

DPS også hadde lurt på hvorfor hun ikke hadde delt dette med fastlegen som hun jo hadde god kontakt med. «Og da måtte jeg bare si til dem, at fastlegen min er den siste jeg vil skuffe!»

Positiv overføring gjør at legen kan oppleve pasienten som takknemlig, sjenerøs og lett å ha med å gjøre. Men idet positiv overføring tipper over i idyllisering, blir det faglig uhensiktsmessig. Det «styggeste» kan dermed ikke nevnes, det skamfulle og flaue har ingen plass. Det idylliserte forholdet har ikke rom for den utforskende ærligheten som kan åpne opp for viktige erkjennelser. Som mottakeren av ubetinget positiv overføring kan legen påpeke: «Jeg legger merke til at du sier så mange positive ting om meg. Jeg tåler godt at du også kommer med det som ikke er så positivt. Hva tenker du om det?»

Fastleger vil gjerne jobbe for å skape trygghet og fellesskapsfølelse. Et verktøy i dette er småprat:

Båt og kabriolet – og en tolerant pasient

Dette skjedde mens jeg var ung allmennlege, for mange år siden. Min kollega fikk et langvarig sykefravær, og jeg tok ansvar for hans pasienter. Jeg skulle dosere blodfortynnende medisin hos en av disse. Det var raskt effektuert. Da lente pasienten seg tilbake og sa: «Ja da. Og så pleier jeg og dåkter'n å snakke litt om båt og kabbrole når det nødvendige er unnagjort.» Jeg måtte da innrømme at jeg selv hverken hadde båt eller kabriolet. Pasienten lente seg da fram og sa, med glimt i øyet: «Ikke jeg heller». Vi fikk oss en god latter begge to.

Gjennom slike møter minnes jeg på at pasientene kan ta et vel så stort ansvar som legen for å få opprette og opprettholde kontakt. Legen tror det foregår pasientsenteret aktivitet, men oppdager så at spillet foregår på egen banehalvdel og ikke pasientens.

«Legen fra helvete, det var meg» – om å bli sett i grevens tid

Jeg kjente pasienten fra noen spredte besøk på kontoret tidligere. I den aktuelle konsultasjonen var hun lei seg for mange ting, men aller mest for å ha blitt «dumpet» av en mann. Hun var rundt førti år og barnløs, og kjente på muligheter som glapp. Yrkesaktiviteten var skjør, hun var utslitt og sov lite. Det fulgte flere konsultasjoner de neste ukene. Hun kom forgrått inn på time med stadig nye fysiske og psykiske plager. Hun framstod kort og godt som et deprimerert menneske i oppløsning. Min strategi ble å forsøke å rydde i kaoset: «Vi må behandle krisen, uroen og søvnvanskene dine først, og så får vi se hva som er igjen av

kroppslige plager når vi har jobbet med dette. Er det feil, får du heller skylde på meg.»

Pasienten hadde også symptomer fra sin velkjente, urolige mage. Dette tolket jeg som en del av depresjonen og søvnløsheten. Da jeg omsider forsto at hun hadde utviklet også andre mageplager, henviste jeg henne til sykehus. Det skulle vise seg at denne pasienten hadde kreft.

Da epikrisen kom, ble jeg først forskrekket. Jeg presenterte kasuistikken anonymt for mine kolleger for at de skulle hjelpe meg å se hva jeg hadde sett og ikke sett. En forsinket diagnose er en stor belastning for alle involverte, også for legen. Samtidig er forsinkede diagnoser ikke til å unngå i medisinenes førstelinje. En sykehuskollega sa det på en måte som trøstet meg en stund: «I allmennpraksis må ting rekke å vise seg fram for at en skal kunne få øye på dem».

Ett år senere mottok jeg en klage i den aktuelle saken. Pasienten beskrev der hvordan legen (jeg) systematisk hadde nektet å høre på henne og avviste hennes symptomer og plager. Jeg ble oppriktig lei meg og skrev et svar. Der var mitt mål å være nyansert og se situasjonen både fra hennes synsvinkel (som satt der med et dårlig resultat) og min (som hadde handlet ut fra det jeg så og ikke minst forventet å se). En kollega gjorde meg oppmerksom på at jeg ikke hadde forstått at jeg faktisk var ANKLAGET, og at jeg derfor skulle FORSVARE meg. Det neste døgnet leste jeg klagen gang på gang. Jeg sank ned i en avgrunn der det bare var pasientens versjon av historien som eksisterte. Vissheten om at mitt hode måtte legges på hoggestabben, og at jeg var ferdig som lege, begynte å fylle meg.

I dagene som fulgte fortsatte jeg å gå på jobb, men jeg spiste knapt og sov minimalt. Jeg opplevde meg som en fryktelig lege som ikke burde se folk. Jeg ble ekstremt defensiv i møte med pasientene som jo fortsatte å komme med sine plager og sin uro. Jeg kunne ikke berolige noen og sendte urimelig mange videre til undersøkelser og spesialister. En pasient sa i det hun tok i dørå på veg ut: «Ja, jeg var ikke egentlig så urolig før jeg kom, men nå er jeg virkelig redd».

To uker gikk og hele min framtoning, både den verbale og non-verbale, oste av min visshet om hvor grusom jeg var. Det var likevel enda mer smertefullt å være alene, men jeg skjønnte at jeg snart måtte være det. Når klagen om litt ville bli behandlet og jeg ville bli avslørt som verdens verste lege, måtte jeg jo slutte å jobbe. En kollega sa til meg at det var vel slik at det ikke var jeg som hadde plantet kreften hos pasienten, og dette var det eneste jeg fant sant i situasjonen.

Til alt hell hadde jeg forut for denne hendelsen arbeidet ett år på psykiatrisk avdeling som ledd i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Praksisen der var ledsaget av obligatorisk veiledning med psykoterapeut, og veiledningen var ennå ikke avsluttet. Noen dager etter at jeg hadde sendt mitt svar på klagen, og altså var i elendig forfatning, ba jeg om å få bruke timen på meg selv. Jeg fortalte

historien og at jeg var blitt «legen fra helvete». Terapeuten responderte på en helt annen måte enn de trøstende kollegene jeg tidligere hadde snakket med. Han sa: «Ja, det er jo det du er (...) pasienten har gjort deg til en grusom lege.» Han påpekte at pasienten hadde rammet meg følelsesmessig, og det måtte jeg bearbeide med følelse. Han sa ganske enkelt at jeg måtte begynne å spise og sove og erkjenne at pasienten hadde gjort meg til det onde mennesket jeg kjente at jeg hadde blitt. Han fortsatte: «Den onde legen må ta et valg. Enten må hun slutte å jobbe og dette er det gode grunner for hvis en er en ond lege. En ond lege vil jo både planlegge og utføre nye onde handlinger. Alternativet er å fortsette og jobbe. Du vet du er ond, men hold øynene oppe og se om omgivelsene behandler deg som den onde legen du vet du er. Dersom du ikke opplever at dette skjer, og at de rundt deg tvert imot behandler seg som om du er god, vil du i neste runde måtte velge hvilken oppfatning av deg som faktisk stemmer.»

Der og da bestemte jeg meg for alternativ to – å ta vare på meg selv og fortsette på jobb med blikket åpent for omgivelsenes respons på meg. Og det virket! Med undring og forbløffelse la jeg merke til at omgivelsene behandlet meg som et godt menneske. Bedringen kom i løpet av et par dager. Jeg hadde aldri trodd at en slik tilfriskning var mulig hvis jeg ikke hadde vært hovedperson i historien.

I denne vanskelige saken var det åpenbart sterke krefter i sving, både overføring og motoverføring. Jeg følte på mye skyld, og jeg ble straffet nettopp slik pasienten ubevisst kunne ha behov for. Styrken i reaksjonen min sier både noe om kraften i pasientens sinne og noe om min egen sårbarhet: Er jeg ikke flink, så er jeg ikke god, og er jeg ikke god, så er jeg ond. Uheldig utfall i en konkret sak jeg håndterte ledet til generalisert nedvurdering av meg selv som person. Antakelig er slike prosesser vanligere enn vi tenker over.

Dette er uten tvil den historien som har preget meg aller mest som menneske og lege. Jeg har i årene som har gått etterpå kjent meg svakere fordi jeg nå vet hvor hardt jeg kan rammes, men også sterkere fordi jeg har holdt ut med meg selv under tung selvforakt. Jeg har fått en årvåkenhet når det kommer til å detektere skyldfølelse og skamfølelse hos pasienter, og ikke minst hos studenter og kolleger jeg har veiledet. Alt dette gjør at det aller mest smertefulle jeg har opplevd i min doktorgjerning, skulle jeg aldri vært foruten.

Fastleger må akseptere at enkelte av pasientene medbringer mye følelsesmessig «ammunisjon» som kan ramme legens sårbarhet kraftig. Når det skjer, har det begrenset effekt å behandle situasjonen bare på et rasjonelt plan. Jeg kan granske en sykehistorie og tenke at her har jeg opptrådt for-

svarlig på alle måter. Samtidig kan jeg registrere at skyldfølelsen fortsetter å gnage. Da må jeg erkjenne at «følelsene mine er rammet», og kan hende be en kollega om å lytte. Det er ikke først og fremst forsikringer om at jeg ikke har gjort noe galt jeg trenger, men bekreftelse på at det gjør vondt å bli rammet. Slike saker kan bli til å leve med når de kan forstås og tas imot av en kompetent lytter.

Diskusjon

Så langt har vi beskrevet hvordan leger som arbeider i helsetjenestens første-linje, kan ha nytte av veletablerte, psykoterapeutiske nøkkelbegreper. Det er både likheter og forskjeller mellom en fastleges og en psykoterapeuts hverdag. De stringente 45 minutter lange timene hos psykoterapeuten representerer et helt annet format enn hverdagskonsultasjonen hos en travel fastlege. Der opptrer avbrudd hyppig, og det at dagen ikke går etter planen er regelen snarere enn unntaket. Noe fastlegen og psykoterapeuten har til felles, er imidlertid den langvarige relasjonen til pasienten. Fastlegen har derimot bredere kjennskap til pasientens nettverk, og vil ofte også være primærlege for pasientens familiemedlemmer. Felles har de at fenomener som overføring og motoverføring utspiller seg på begge de faglige arenaene.

For oss gir det mening å betrakte de psykoterapeutiske begrepene i lys av nyere strømninger innen allmennmedisinsk fagutvikling. En slik strømning er *narrativ medisin*, med toneangivende tenkere som den britiske allmennlegen John Launer (11) og den amerikanske legen Rita Charon (10). Narrativ medisin dreier seg om å vie pasientenes historier oppmerksomhet. Og da ikke første og fremst objektive, biografiske fakta, men historiene slik pasientene erfarer dem og lever dem. Historier som på den ene siden kan være fastlåste, men som også har et potensial for endring. Slikt arbeid forutsetter at legen har et reflektert forhold både til seg selv og til dynamikken i konsultasjonen. Charon sier (10, s. 150, vår oversettelse):

Ved å legge til rette for at pasientene over tid kan fortelle sine livshistorier, gjør legen dem delaktige i en prosess der de kan rekonstruere seg selv gjennom erfaringen med lidelsen. Gjennom slike felles prosesser blir også leger mer åpne for forandringer, de kommer selv i kontakt med egen sårbarhet og avmakt (...) (som) kan utgjøre noe av det meste kraftfulle i legers tilrettelegging for tilheling hos pasientene (...)

Gi mest til dem som har størst behov

En av allmennmedisinens etablerte kjerneverdier er å «gi mest til dem som har størst behov» (12). Det er ingen formell konsensus om hva dette faktisk betyr, og det kunne være gjenstand for en egen artikkel. I denne sammenheng ønsker vi å peke på at for å leve opp til et slikt ideal, er det viktig at

legen ikke gir for mye til de pasientene det umiddelbart er lett å forstå og like.

Trygge mennesker er en slik gruppe. De vil i stor grad ha etablert god tilknytning tidlig i livet. De møter fastlegen med tillit, respekt og avbalanserte forventninger. De tar ansvar for egen helse og viser åpenhet for andres meninger uten at deres egne meninger viskes ut. Det verbale og det non-verbale språket harmonerer, og uttrykker noe som i stor grad er entydig for både pasienten og terapeuten.

Utrygge mennesker strever ofte med helsa. Som gruppe trenger de mer legehjelp enn andre, men de kan fort ende opp med å få mindre. Utrygge mennesker kan, med ambivalens, unnvikelse eller mistenksomhet, vekke frustrasjon og antipati hos legen. Legen på sin side kan, både bevisst og ubevisst, opptre avmålt og avvisende. Dermed bekreftes nok en gang pasientens opplevelse av at «ingen holder ut med meg, ingen liker meg. Det er farlig å gi noen tillit, for jeg blir bare utstøtt i neste omgang». Innsikt i psykoterapiens begrepsapparat kan gjøre det lettere å møte mennesker som det er vanskelig å føle umiddelbar sympati for, mer profesjonelt med et åpnere blikk for relasjonens muligheter. Det kan øke kvaliteten på hverdagskonsultasjonene og i neste omgang bidra til rettferdig fordeling av helsetjenestens ressurser.

Dårlig magefølelse – hva handler det om?

Idet jeg åpner timeboka og får oversikt over dagens pasienter, skjer interessante ting som jeg med tiden har blitt mer oppmerksom på. Navnene på lista vekker følelser i meg. Det kan være ansvarsfølelse, medfølelse, nysgjerrighet, og iblant en anelse tretthet. Noen navn assosieres definitivt med krevende øvelser, men jeg tenker det skal gå greit. Andre pasienter vekker en udefinert uro i meg. En autonom, kroppslig respons som ikke er bearbeidet i hjernebarken; jeg har valgt å kalle den «gruff i magen». Her kommer motoverføring til uttrykk på nonverbalt, kroppslig nivå, og her ligger viktig informasjon -- både om pasienten og om meg selv. Klarer jeg å håndtere denne fornemmelsen med utforskende nysgjerrighet, er mye vunnet. Et rom for refleksjon åpnes: «Den fornemmelsen jeg opplever i møte med pasienten, vekkes kanhende også hos andre. Hva er det i så fall med denne pasientens framtoning som fortjener å bli bedre forstått? Eller kanskje vekker ikke pasienten slik respons hos andre? Hvorfor skjer det da med meg? Minner vedkommende meg om noe eller noen?» Ved å stille slike spørsmål og se meg selv utenfra, opplever jeg at ubehaget avtar, og jeg erfarer at jeg i mindre grad opptrer instinktivt og uhensiktsmessig i konsul-

tasjonen. Blindsonene mine minker, og faren for å gjøre feilvurderinger reduseres.

På sin side kan de pasientene som ofte utløser avvisning, også utenfor legekontoret, oppleve å bli møtt og tålt på en ny måte. Det kan bli et lite skritt i helende retning.

Et psykoterapeutisk hverdagsspråk?

Vi håper å ha vist at de klassiske psykoterapeutiske begrepene har høy klinisk relevans i allmennmedisinsk hverdag, særlig innen rammen av kontinuerlige lege–pasient–forhold. Kan vi utvikle et mer hverdagslig språk for å snakke om dette? Eller kanskje har vi et rikt nok språk allerede? Er jakten på ordene litt som å lete etter brillene som sitter oppå hodet vårt? Kanskje handler det mest av alt om å erkjenne den kliniske relevansen, og ikke minst den unike verdien, av allmenn menneskekunnskap?

Innledningsvis belyste vi at mange pasienter selv bruker begrepene *bevisst* og *ubevisst*. Inndelingen er vitenskapelig tvetydig, men den kan fungere i praksis. Ordet *tilknytning* lar seg også ganske lett forstå. Mange pasienter har en umiddelbar forståelse av, og en forsoning med, at egen oppvekst på godt og vondt har vært definerende for den en har blitt eller ikke blitt. De vil kunne tilskrive egen trygghet en uforbeholden kjærlig far, eller kunne fortelle at en grunnleggende utrygghet alltid «fulgte med på lasset» etter at en storebror plutselig døde og foreldrene forsvant inn i en skygge av sorg. «Ble du sett av noen i oppveksten?» er et dekkende nøkkelspørsmål for fagpersoner. «Fantes det en trygg havn der du kunne søke ly når ting ble vanskelige?», kan fungere som et enda enklere spørsmål. Aller enklest er kanskje: «Hvem trøstet deg da du trengte det?»

Et annet tilgjengelig ord i språket vårt er *sårbarhet*. Det handler om hvordan vi mennesker tåler og bearbeider det som skjer med oss. Sårbarheten vår rommer mye; genetisk disposisjon, relasjonell tilknytning, tidligere opplevelser med svik og trøst, seire og tap, sosial integrasjon eller isolasjon. Dette er alt menneskelige erfaringer som står sentralt i psykoterapien. I oppdragerrollen kan jeg huske en gang barnet mitt falt og pådro seg et skrubbsår, men ikke syntes trøsten fra mor var god nok. Pekende på rester av gammel sårskorpe utbrøt barnet: «Jeg slo meg faktisk på såret, mamma! Ser du, jeg hadde sår der fra før!» I min kliniske praksis har jeg senere brukt uttrykket «*Å slå seg på såret*». Jeg har opplevd at det forstås intuitivt; pasientene vil gjerne bekrefte: Noe gjorde ekstra vondt fordi det rammet «oppå» noe annet og både minnet om det og forsterket det. Et av presten Karsten Isachsens (1944–2016) «grukk» var dette: «Du kan bare såres på områder du er sårbar».

Ordene *overføring* og *motoverføring* anvendes sjelden i allmennmedisinsk sammenheng. Vi har beskrevet hvordan pasienter kan idyllisere eller demonisere legen sin, og hvordan en lege kan kjenne både ømhet og «gruff i magen» ved synet av kjente pasientnavn. Fenomenene opptrer, slik vi har belyst, i rikt monn på fastlegekontorene hver dag. Her er det rom for både fagutvikling og videre forskning. I jakten på å *se mennesket* er fortsatt mye terreng uoppdaget. De metaforiske brillene befinner seg fortsatt på hodet. De må ned på nesa, slik at vi kan oppdage og optimalisere disse allmenne begrepene som antakelig ligger rett foran oss.

En måte å ivareta noen av psykoterapibegrepene på, kan være å tenke at en selv har *ei indre knaggrekke*. En knagg på rekka symboliserer min egen tilknytning til andre mennesker, på godt og vondt. En annen knagg representerer min toleranse for andres følelsesutbrudd. En tredje er bevisstheten om hva slags egenskaper hos pasienter jeg har størst problemer med å forholde meg profesjonelt til. På den fjerde knaggen henger alt det jeg liker litt for godt, og der skal jeg passe litt ekstra på! En knagg jeg har under stadig evaluering heter «mine mulige blindsoner.»

Som generalist i helsetjenestens førstelinje er det fastlegens oppdrag å ivareta to samtidige perspektiv. På den ene siden generell medisinsk kunnskap om menneskelig helse og sykdom, og på den andre siden partikulær kjennskap til den enkelte pasienten som person. Integrasjonen er både krevende og givende; av Anna Luise Kirkengen, professor emerita i allmennmedisin, betegnet som en forutsetning for å kunne tilby pasienten «trøst, støtte, hjelp og helbredelse» (13). Store og små feilvurderinger er dernest ikke til å unngå, slik denne artikkelen også illustrerer. Samtidig er det dokumentert betydelige gevinster av kontinuerlige lege-pasient-forhold, både med tanke på hensiktsmessig bruk av helsetjenester og overlevelse blant pasientene (14). Norske fastleger og andre som møter hjelpetrengende mennesker over tid har all grunn til å la seg inspirere og fascinere av kunnskapen om den terapeutiske relasjonens rolle i det medisinske landskapet. Vi håper denne artikkelen kan bli et bidrag i så måte.

Sluttord

Da han gjestet TV2 i 2021, ble den legendariske musikeren Bruce Springsteen spurt om han fortsatt kunne kjenne på usikkerhet midt oppi all suksessen. Han lot følgende ord falle:

Of course. (...) you are the same insecure kid you were when you were 15 or 16. All those things seem to track along with you through life.

Slike «usikre 15-åringer» møter vi hver dag på fastlegekontoret – i alle aldre. 15-åringen i oss kommer oftere fram i krise, og folk som til vanlig ikke er mye syke havner gjerne i kontakt med legen sin når livet går dem imot. Fastlegen må gjenkjenne og bekrefte denne 15-åringen, og også tidvis anerkjenne og forstå 15-åringen i seg selv. Lykkes vi med det, ser vi for oss bedre forståtte pasienter og mer tilfredse fastleger. Med dette får vi en mer robust primærhelsetjeneste, forankret i nettopp *å se mennesket*.

Litteratur

1. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 433–6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239699/> (7.4.2022).
2. Lakasing E. Michael Balint: an outstanding medical life. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 724–5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1464079/> (7.4.2022).
3. Fonagy P. Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psychoanal* 1991; 72: 639–56.
4. Davidsen AS. To survive, general practice needs to reintroduce the psychodynamic dimension. *Psychodynamic Practice* 2010; 16: 451–61. <https://doi.org/10.1080/14753634.2010.511045>
5. Nessa J. *Medisin og eksistens*. Oslo: Gyldendal, 2003. <https://www.nb.no/items/7b46757d848ce69030259ace3a0d2278?page=0> (7.4.2022).
6. Schei E. *Lytt: legerolle og kommunikasjon*. Bergen: Fagbokforlaget, 2015. <https://www.nb.no/items/66ddd06bf2d3296a468e64b91f3d7049?page=0> (7.4.2022).
7. Killingmo B. A Plea for affirmation: relating to unmentalised affects. *Scandinavian Psychoanalytic Review* 2006; 29: 13–21. <https://doi.org/10.1080/01062301.2006.10592775>
8. Gullestad SE, Killingmo B. *Underteksten: psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget, 2005. <https://www.nb.no/items/4d7371ce4baca1e406165f9ff34077c8?page=0> (7.4.2022).
9. Getz L, Hjørleifsson S, Saxtrup N et al. Komplekse problemstillinger – allmennlegens ekspertområde. *Michael* 2021; 18: 17–39.
10. Stewart M, Brown JB, Freeman TR. The fourth component: enhancing the patient-doctor relationship. I: Stewart M, Brown JB, Weston W et al. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. 3. utg. Boca Raton: CRC Press, 2014: 142–54.
11. Launer J. *Narrative-based primary care*. Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press, 2002.

12. *Sju teser for allmennmedisin*. Norsk selskap for allmennmedisin: 2001. Norsk forening for allmennmedisin. 2019. 7 teser_7 (legeforeningen.no) (19.12.2021).
13. Kirkengen AL. Encountering particulars: a life in medicine. *Perm J* 2005; 9: 12-22. <https://doi.org/10.7812/tpp/04-157>
14. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022; 72: e84-e90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

Takk til psykoanalytiker og professor emerita i psykologi Siri Erika Gullestad for diskusjon av artikkelens begreper og kasuistikker, psykiater og psykoanalytiker Svein Haugsgjerd for introduksjon til ekteparet Balints virke, samt de tre fagfellene for konstruktive innspill. Arbeidet er utført med støtte fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg.

*Kari Thori Kogstad
k-tkogs@online.no
Gjerdrum legesenter
Nystuen 1
2022 Gjerdrum*

Kari Thori Kogstad er spesialist i allmennmedisin og gruppeveileder Dnlf.

*Linn Okkenhaug Getz
linn.getz@ntnu.no
Allmennmedisinsk forskningsenhet
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
Fakultet for medisin og helsevitenskap
NTNU
Postboks 8905 MTFS
7491 Trondheim*

Linn Okkenhaug Getz er lege og professor i medisinske atferdsfag.