

ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



AVHENGIGHET

– et gjensidighetsproblem i medisinen

AV EIVIND MELAND

Artikkelen tar utgangspunkt i avhengighetsbegrepet, slik vi bruker det i klinisk praksis. Forfatteren vender et utforskende lys mot vår egen profesjon, og spør om det finnes avhengighetstilstander i våre egne rekker, som vi burde erkjenne i større grad enn vi gjør i dag? Kan det tenkes at profesjonelle avhengighetstilstander og pasienters avhengighet gjensidig betinger og forsterker hverandre?

I den andre del av artikkelen drøftes hvordan vi kan unngå destruktiv avhengighet. Vi vet at gjensidig avhengighet er et menneskelig grunnvilkår. Vi må se forskjell på selvbestemmelse og uavhengighet for å finne veier ut av et velferdspolitisk og klinisk uføre. Avhengigheten må romme retten til selvbestemmelse for ikke å perverteres. Tillit og avhengighet må utfordres av frimodighet og gjensidighet i dialogen. Med utgangspunkt i dialogfilosofien til Hans Skjervheim og Knud E Løgstrup beskrives et slikt alternativ.



Eivind Meland

Institutt for samfunnsmedisinske fag,
Seksjon for allmennmedisin, UiB og
Olsvik legesenter.

Gjensidig betingende avhengighetstilstander

I klinisk praksis brukes avhengighetsbegrepet om pasienters rus- og medikamentmisbruk. Toleranseutvikling og innskrenkning av alternative mestringsstrategier kjenner tegner slik avhengighet. Begrepet brukes også om karakteravvikende personer i diagnostisk sammenheng, som «passiv avhengighet» eller «passiv aggressiv avhengighet». Vår egen profesjon har makt til å knytte slike diagnostiske kategorier til personen, som objektive fenomener. Men er det ikke relasjonen mellom lege og pasient som delvis bestemmer hvordan disse fenomener ytrer seg? Avhengigheten har også form av en velferdspolitisk situasjon der sosiale og relasjonelle forhold redefineres til individuelle helseproblem og omsettes i ytelser og avhengighet til fellesskapet, i en målestokk som er utfordrende for oss.

Legeprofesjonen deler heldigvis livsbetingelser med våre pasienter. Prevalensen av psykiske lidelser og emosjonelle problem er høyere blant leger enn i den generelle befolkningen (1). Som profesjon er vi sårbare ved at vår selvforståelse så ofte settes på prøve. Det vi gjør har stor betydning for våre medmennesker. Vi utsettes for våre pasienters bedømmelse på en måte som lett kan føre til selvhenføring. I den

kognitive terapitradisjonen kalles denne selvhenføring for ytre avhengighet eller ytre attribusjon (2). I den grad denne avhengighet blir et dogme i våre liv, tanken på å skuffe våre pasienter blir farlig for oss, vil en slik avhengighet være destruktiv. Vi må finne et livsfilosofisk ståsted som i større grad er preget av en indre trygghet på at vi er verdifulle, uavhengig av våre pasienters estimering.

En beslektet profesjonell avhengighetstilstand er troen på egen ufeilbarlighet, eller rettere: avhengigheten av å beskytte oss over alle støvleskaft mot å gjøre feil. Der er mange sosiale og nyreligiøse grunner til at skammen over å overse sykdom og hjelpebehov er blitt så utålelig. Men vi kommer ikke unna et ensomt ansvar for å frikoble vår selvtilit og selvaktelse fra å yte feilfritt. Selvnåden må få plass i våre liv. Ikke minst fordi det bare finnes en løsning på å unngå å overse sykdom: å gjøre alle til pasienter. En lege som ikke kan leve med bevisstheten om å gjøre falsk negative feil, er en avhengig og dysfunksjonell kollega. Han eller hun utsetter sine pasienter utilbørlig for falsk positive feil med tilhørende skader for selvforståelse og selvfortolkning.

Jeg vil konkludere denne del av drøftingen med at de profesjonelle avhengighetstilstander passer som hånd i hanske med en kultur der kampen om offerrollen, dysfunksjonell objektivisering av egen kropp og troen på teknologi har antatt former som utfordrer velferdens fundament (3, 4). Vi lever med en tilstand der «å hjelpe» blir forvekslet med «å behage». Pasienters og hjelpers avhengighet er gjensidig betingende og forsterkende. Hjelper og offer holder hverandre innestengt i fengsel der godheten og offerstatu- sen er blitt absolutt og udiskutabel.

Avhengighet som et menneskelig grunnvilkår

Vår eksistens er kjennetegnet av gjensidig avhengighet. Vi er gjensidig avhengig av våre medmennesker. Den danske teolog og etiker Knud E Løgstrup formulerte i Den etiske fordring (5) at vi ikke kan møte et annet menneske uten at vi holder noe av den annens liv i våre hender. Grunnleggende for etikken er at vi som mennesker ikke kan lykkes med våre livsprosjekt uten at våre medmennesker lykkes med sine, ifølge Løgstrup. Derfor er hans etiske filosofi mer enn en ensidig forpliktende nærhetsetikk. Den er i like høy grad en økologisk etikk. Den forutsetter en frimodig dialog om hvordan vi som medmennesker kan lykkes med våre livsprosjekt. Den etiske fordring må i tillegg være tuftet på en takknemmelig opplevelse av at livet er skjenket oss. Det er i spennet mellom forpliktelsen og takknemmeligheten vi kan skape en hverdagens dialog og en profesjonell dialog om hvor grensene for vårt ansvar går, ifølge Løgstrup (5, 6). Både i Den etiske fordring og i sitt posthume verk System og symbol, utvikler Løgstrup sin tenkning om hvordan livs-

fenomenene utspiller seg i komplementære motsetninger. Avhengigheten, eller innvevdheten, må ha sin komplementære motsetning i friheten og selvbestemmelsen. Begge motsetningspar blir meningsløse uten den andre. De står i motsetning, men på en måte som gjensidig betinger hverandre. Vi kan ikke få innfridd den ene del av slike motsetningspar fullt ut uten å øve vold mot den andre del. Hvis vi prøver, blir bestrebelsene våre perverte som dogmer. Vi møter slike bestrebelsler i form av politisk fundamentalisme og som rigide livsholdninger med dertilhørende atferd og symptomer. Vi kan se på avhengighets- tilstandene som vi drøftet over, som eksempler på slik dogmatisme. Hvis vi ikke evner å utfordre avhengigheten med frihetens og selvbestemmelsens krav, stivner vi og blir livs- udugelige.

Løgstrup opererte med flere slike motsetningspar. Motsetningen mellom urørlighetssonen, det enkelte menneskes rett til individuell selvfortolkning, og talens åpenhet og den frimodige dialog er et annet av motsetningsparene som er viktig i Løgstrups etiske filosofi. Det som er spennende med et slikt komplementært syn på motsetninger, er at etikken ikke kan formuleres i absolutte moralske regler. Det er evnen til skjønnsmessig å avveie respekt mot frimodighet i den enkelte situasjon som kjennetegner etisk atferd.

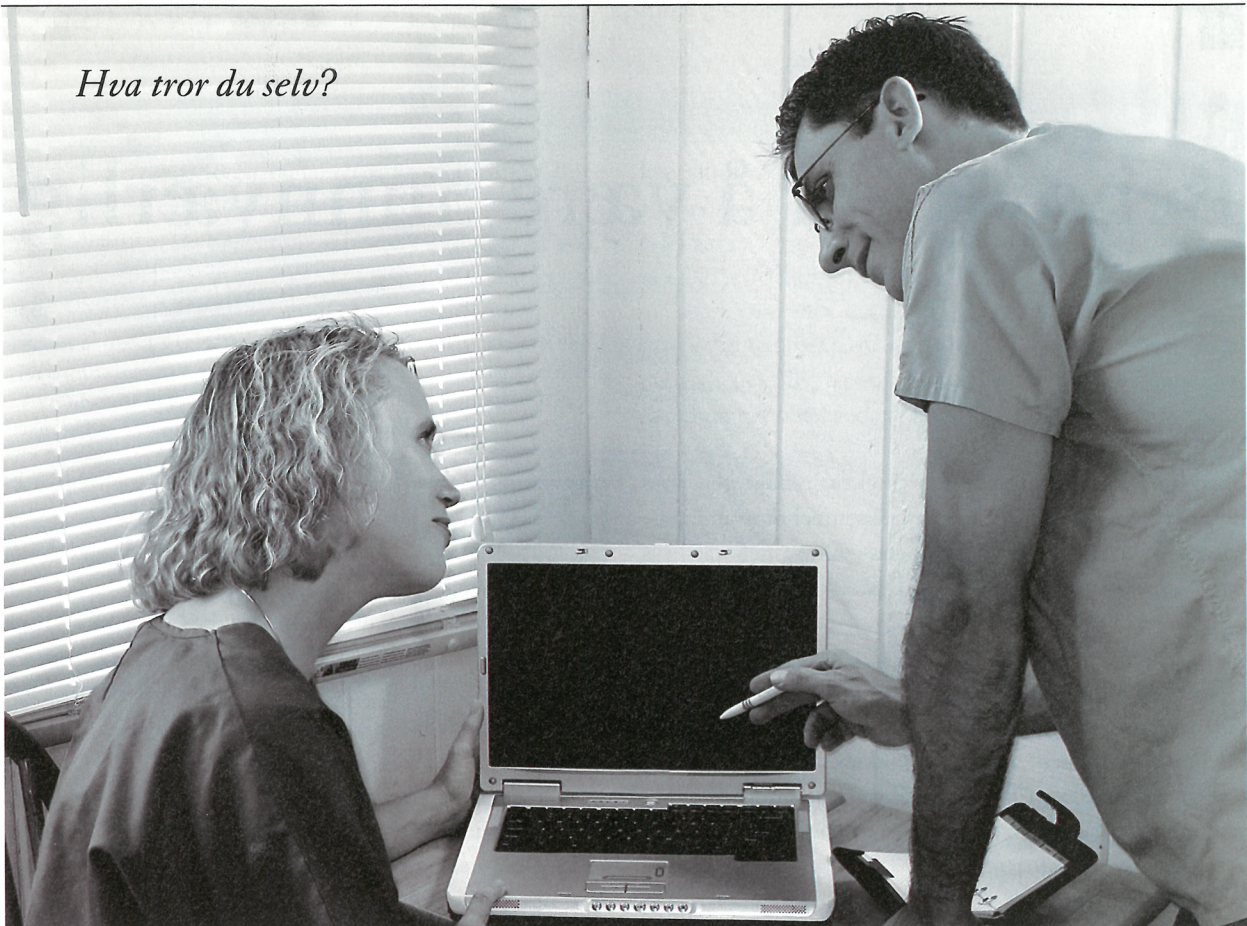
Vestens filosofi har hatt liten tradisjon for å tenke komplementært og gjensidig. I vår kultur blandes selvbestemmelse sammen med uavhengighet. Vi evner i liten grad å forstå at avhengigheten og relasjonene er en forutsetning for og samtidig en spenningsfylt motsetning til selvbestemmelsen. Når selvbestemmelsen forveksles med uavhengigheten, skandaliseres den førstnevnte, og avhengigheten blir truet av den klamme og sentimentale omsorg.

Respekt og gjensidighet

Den amerikanske sosiologen Richard Sennet, hevder at velferdsstatens problemer kan forstås som en manglende evne til å skape bevegelse i avhengighetsforhold. Velferdsstaten reproducerer hjelpeløshet ved å institusjonalisere rettigheter. Dialogen om hva selvbestemmelsen og livsprosjektet skal brukes til forstummes. Grunnlaget for respekt og gjensidighet i mellom-menneskelige forhold er at hjelperen har frimodighet til å etterspørre bidrag fra den som søker hjelp, ifølge Sennet (7). Denne forståelsen er like aktuell i lege-pasient forholdet som på sosial- og arbeidskontoret.

Lege-pasient forholdet representerer et asymmetrisk maktforhold. Derfor kreves det at hjelperen viser respekt for pasientens urørlighetssone. Vi skal ikke trekke inn i pasientens private sone med diagnostisk mistenksomhet mot den annens motiver. Men en slik respekt blir dysfunksjonell hvis vi

Hva tror du selv?



ILLUSTRASJONSFOTO: LIZ VAN STEENBURGH, LENKE: ALBA

ikke kan be pasienten redegjøre for sine tanker og fortolkninger. Interesse for den historie pasienten forteller om sitt liv er grunnleggende for all klinisk virksomhet. En slik interesse har i klinisk arbeid som regel en hensikt. Men vi må være forsiktige med å la formålet få dominere dialogen. All ekte dialog mellom en hjelper og hjelpsøkende vil ha som mål å forandre. Den ekte dialog har som forutsetning at både den som søker hjelp og hjelperen berøres og forandres.

Det var den norske filosofen Hans Skjerveim som, i siste halvdel av vårt forrige århundre, skarpest advarte mot trusselen mot den ekte dialog (8). Å underordne dialogen ekspertens eller hjelperens instrumentelle krav, kalte Skjerveim for et instrumentelt mistak. I slike dialoger reduseres den andre fra deltaker til tilskuer. Dialogen er imidlertid truet av andre utfordringer også. Både Skjerveim og Løgstrup understreker at en dialog må være treleddet dersom den skal bevege dem som deltar. Hjelpen forutsetter at vi kan tale sammen om noe annet enn oss selv, om et saksforhold. Dersom det er relasjonen i seg selv som blir dialogens viktigste omdreinings-

punkt, stanser den ekte dialog. Relasjonen blir da en anmaselse eller føleri, hevder Løgstrup. I sosiologien kalles denne utviklingen for intimisering eller initimitetstyrannei.

Den ekte dialog trues også av liberaliteten, eller av den overdrevne toleranse. Hvis pasienten og bare hans fortolkning av saksforholdet betones i dialogen, og hjelperen underbetoner sin egen faglige og moralske autoritet, oppstår det Skjerveim kalte det liberale dilemma. Hvis den som søker hjelp slik settes fast i sine egne fordommers tyranni, utvikler liberaliteten seg til et autoritært maktovergrep mot den hjelpsøkende. Liberaliteten omskapes til illiberalitet, ifølge Skjerveim.

Den ekte dialog kjennetegnes av respekt og vennlighet, men ikke sentimentalitet. Den kjennetegnes av at hjelperen viser interesse for den hjelpsøkendes selvforståelse og fortolkninger, men ikke servil toleranse. Hjelperen må ha fri-modighet og faglig og moralsk autoritet, men hun eller han må være åpen og innstilt på at dialogen kan forandre og bevege begge som deltar i den.

Litteratur

1. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121:3527-32.
2. Lazarus AA. Multi-modal behavior therapy. New York: Springer Publishing Company; 1976.
3. Eriksen TB. Helse i hver dråpe. Inspill om etikk, kunnskap og omsorg. Oslo: Universitetsforlaget AS; 1995.
4. Sveen K. Den kultiverte lidelse. Utposten 1999(2):3-9.

5. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Trondheim: Cappelen Forlag AS; 2000.
6. Løgstrup KE. System og symbol. København: Gyldendal; 1983.
7. Sennett R. Respect in a world of inequality. New York: W W Norton & Company; 2003.
8. Skjerveim H. Deltaker og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug & Co; 1996.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com