

OMSORG

Nr 3 – September 2001

Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin

18. årgang



Krenkelser

Krenkelser

— Av Tore-Kristian Lang —



Tore-Kristian Lang. Familieterapeut, Th.D. Medlem av redaksjonskomiteen for tidsskriftet Omsorg.

To uker før hun dør, banker sykehuspresten på døren inn til rommet hennes på gynekologisk avdeling. Hun er midt i førtiårene. Både med sykehuspresten og enkelte av pleierne har hun snakket åpent om livet sitt, om familien sin og om sin forestående død. For henne handler det om å holde ut den tiden det tar for henne å dø. «Hun sover», sier tanten som sykehuspresten ikke kjenner, idet han gløtter på døra. «Nei, det gjør jeg ikke», kommer det fra senga. Hun har ligget med øynene lukket. Som i en døs, utholdende smertene og tantens nærvær. I taushet. «Kom inn! Jeg sover ikke». Han kommer inn. Hilser på tanten. Tantens oppfatter ikke hvem han er, men hun tror han er lege, viser det seg etterhvert, fordi han er mann og går med åpen hvit frakk. Tantens sitter og strikker i hjørnet ved vinduet. Stolen har hun plassert med ryggen inn mot samme vegg som hodegjerdet på sengen til pasienten står inntil. Den syke kvinnen må vri hodet nitti grader til høyre og litt bakover, dersom hun skal kunne se tanten. Narvesenposen står i vinduskarmen, fylt med frukt og sjokolade som den syke kvinnen ikke kan ha noen glede av, men tanten likevel har kjøpt til henne. Familien sitter på skift hos henne, for at hun ikke skal være alene.

Til sykehuspresten har hun tidligere fortalt hvor slitsomt det er å ikke få være alene. Hvor mye krefter det tar, å ikle seg det hun selv omtaler som «vertinne-rollen» overfor de forskjellige familiemedlemmene på besøk. «Det er så slitsomt, for de orker ikke å forholde seg til situasjonen min», forklarte hun en gang. «Vi klarer ikke å snakke sammen».

Tilstedeværelse

I det øyeblikk et annet menneske er tilstede i samme værelse som meg, skjer det noe med meg. *Hva* som skjer, er avhengig av *hvem* den andre er. Med tanten i rommet, trekker den terminalt syke kvinnen seg inn i seg selv. Beskytter seg ved å tilsynelatende sove. Hun slipper da å bruke krefter på det sosiale spillet hennes pårørende ellers ville fått henne med på for å holde på avstand realitetene i hennes situasjon. «Jeg sover ikke», sier hun når sykehuspresten banker på og gløtter på døra. De to har en *vitaliserende åpenhet* seg i mellom, som gjør henne glad for at han kommer innom.

Tanten og sykehuspresten er eksempler på hvordan den som kommer inn i et annet menneskes «rom», utgjør en forskjell som gjør en forskjell, i Gregory Batesons forstand: Forskjellen den andre skaper, *oppleves i meg*, som sanseinntrykk. Den andres tilstedeværelse sanses, gjør inntrykk på meg. Jeg kan rett og slett ikke unngå å forholde meg til et annet menneskes tilstedeværelse.

Den andre oppleves.

På den ene siden kan vedkommende oppleves å være der *sammen med meg*. Det vil si *hos meg* i min spesielle situasjon. *Opptatt av meg* på en slik måte at jeg *opplever meg sett*. Ikke sett i betydningen observert og analysert som en ting eller en sykehistorie. Men sett slik at jeg selv kjenner at den andre er der *med meg*, og *for meg*, på en god måte så langt det er mulig utfra vedkommendes forutsetninger og min spesielle situasjon. Dette henger sammen med forskjellen på det å oppleve seg i en *sosial* relasjon til et annet menneske, i motsetning til å bli *tingliggjort*. Bli relatert til som et

observasjonsobjekt. Filosofen Emmanuel Lévinas uttrykker dette slik:

Når man ser en nese, et par øyne, en panne, en hake, og man kan beskrive dem, så vender man seg mot den andre som mot en gjenstand. Den beste måten å møte den andre på, er når man ikke legger merke til hans øyenfarge! Når man legger merke til hvilken farge øynene til den andre har, står man ikke i et sosialt forhold til ham. (1)

På den andre siden kan den andre oppleves som *forstyrrende*, i betydningen belastende for meg, i min situasjon. Dette fordi jeg opplever at vedkommende ikke er der sammen med meg i *min* situasjon for meg, men for *seg selv*. Det vil si jeg opplever den andre i behov av noe som jeg forventes å kunne yte, selv om det er jeg som er den virkelige hjelpetrengende. Det blir jeg som bærer den andre og kjenner meg ansvarlig for hans eller hennes velbefinnende.

Pasienter «skåner» som eksempel på dette, både lege, pleiepersonal og pårørende ved ikke å fortelle hvor vondt de egentlig har det. «De har det så travelt. Løper hele dagen, og gjør så godt de kan», forklarte en akutt terminalt syk mann i seksti-årene meg som begrunnelse for hvorfor han lå med til dels store smerter helt til kvelden, uten å si ifra. På kvelden fikk han sin lille dose smertestillende. Altfor liten. Like fullt var den dagens høydepunkt for ham.

Dersom alvorlig syke eller kriserammede mennesker som trenger den andres virkelige tilstedeværelse og hjelp selv, opplever å måtte bære hjelpernes «byrder», kan det oppleves som å bli sveket. Forholdet blir ikke et gjensidig og givende forhold, slik det var mellom sykehuspresten og den syke kvinnen, men et belastende forhold, slik det var mellom den syke kvinnen og hennes pårørende. Dersom den syke tar på seg ansvaret for sine nærmeste, eller for behandlingspersonal, og lindrer deres ubehag i situasjonen ved å tilpasse seg, og dekke, deres behov, kan dette vitne om høy grad av etisk ansvarlighet hos den syke. Det kan imidlertid samtidig være et

vitnesbyrd om pårørende eller personals selvsentrertethet, eller manglende ansvarlighet og etisk bevissthet.

Å ikke bli sett

Vidar Linga døde i 1994, trettitre år gammel. Som følge av sin medfødte hudsykdom hadde han lang erfaring med ulike helseprofesjoner. Møte med pleiepersonalet beskrev han en gang slik:

– Sykepleierne er verst. De kommer en så nær. Samtidig våger de ikke å se meg inn i øynene og spørre meg hvordan det oppleves å være meg. Jeg vil ikke behandles av et helsevesen som ikke våger å se meg

– Hele huden min er som et åpent sår. Jeg trenger sårstell og nye bandasjer hver dag, et skift som vanligvis tar 2-3 timer. Under stellet er jeg ikke bare naken, jeg er uten hud.

– Sykepleierne spør ikke når det passer meg med sårskift, de spør ikke hvordan. De kommer som oftest stormende inn i rommet til alle døgnets tider uten å spørre om det passer. Det er en enorm forskjell mellom respekt, forsiktighet og kompetanse, og mangel på det samme.

– Jeg merker jo at mange er usikre. Men de kunne spurt meg. Det er ingen i verden som kan mer om sårskift på Vidar enn jeg selv, kanskje unntatt min mor.

– Alt dette maset og kjaset. Aldri noen tid. Alltid er det noe som haster, noe som skal gjøres. Jeg lurte på om de løper like mye når de er hjemme. Det viktigste for oss pasienter er at noen tar seg litt tid, at de setter seg ned. Hvordan tror dere at det oppleves når vi ligger i sengen og dere står ved sengekanten med travelhet i blikket og snakker over hodet på oss?... (2)

Å «ikke bli sett» av en som forventes å være der for å hjelpe en, oppleves krenkende. Forventningen om å bli tatt på alvor i sin situasjon, skaper opplevelsen av krenkelse når denne

forventningen ikke innfris av den forventningen retter seg mot. Hva som forventes, og hvem hva forventes av, vet ingen annen enn den som har forventningene. Derfor oppleves behandlere, pleiere og pårørende like krenkende som en tyggegummispisende ekspeditør som fortsetter privatsamtalen i telefonen bak disken, som om ingenting har hendt, selv om kunden foran disken aktivt henvender seg for å få hjelp. Den nonsjalante eller arrogante holdningen som gjør pasienter eller klienter til arena for fagpersonalets egenutfoldelse, gjør den hjelpetrengende til statist i livet til den profesjonelle hjelperen. Dette i motsetning til den hjelpetrengende som opplever seg respektert. Denne respekten kommer til uttrykk blant annet gjennom at den profesjonelle sammen med pasient og pårørende blir enige om hvilken rolle vedkommende skal og kan fylle, med andre ord hvilke forventninger den profesjonelle er i stand til å innfri som «gjeste-opptredende» i pasientens og pårørendes liv.

– Egentlig er det urettferdig å si at sykepleierne er verst. De mener det som oftest godt. Det er sant at de ikke banker på og spør om det passer når de kommer inn, men legene kommer jo stort sett ikke innom i det hele tatt. Og jeg kan ikke huske mange leger som har sagt navnet sitt... (3)

Ikke sjelden skapes forventningene – som en opplever *ikke* har blitt innfridde – først etter at det har skjedd, som i ettertid oppleves som krenkende. Mange rettssaker etter feilbehandling, uforutsette komplikasjoner og dødsfall på sykehus, ville vært unngått om behandlerne hadde tatt seg tid – sammen med pasient og pårørende – til å skape en felles forståelse av situasjonen de nå alle står overfor før behandling settes i gang, så vel som underveis i den og etterpå. Dette for å avklare forventninger og mulige misforståelser, samtidig som respekt vises for både pasient og eventuelle pårørende idet det både gjennom ord og adferd understrekes at en situasjon selvsagt aldri er den samme for pasienten som for pårørende eller den profesjonelle behandleren.

Det er i denne sammenhengen viktig å minne om at menneskets integritet består av den fint sammenvevde livshistorien vedkommende har, og at respekten for den andres integritet kommer til uttrykk gjennom å la pasient og pårørende få fortalt hva den aktuelle situasjonen som har bragt dem til den profesjonelle hjelperen, betyr i lys av deres helt særegne livshistorier.

Balfour Mount, mangeårig frontfigur for canadisk palliativ medisin og hospicebevegelse, har uttrykt dette slik: «Det er bare i den grad vi bekrefter og anerkjenner den syke eller kriserammedes person, fremfor vedkommendes sykdom eller krise at vi lykkes i virkelig å berøre hans eller hennes virkelige behov og lindre deres lidelse».

Alene i lidelsen

Det unikt personlige i enhver lidelse, gjør på den ene siden at vi aldri kan oppleve nøyaktig det samme som et annet menneske opplever. Den enkeltes tolkning, og følgelig opplevelse av ens egen livssituasjon, vil variere med den referanserammen, det språk og tolkningsmulighet, den enkeltes livshistorie har tilveiebragt.

«Jeg forstår akkurat hvordan du har det», er følgelig et krenkende utsagn for den som hører sin unike livssituasjon omgjort til «det samme som» noen andre har opplevd. Krenkelsen ligger i at den som kommer med utsagnet, ytrer seg uten å kjenne den andre så godt at de begge, utfra sine forskjellige livshistorier, har utviklet en felles forståelse av likheten mellom det den ene opplever nå, med det den andre tidligere har opplevd. Innen hermeneutikken understrekes dette som avgjørende for forståelse mellom to parter, dette at deres forutforståelser, deres individuelle forståelses-horisonter, fusjoneres til en felles forståelse. Forståelse og fellesskap utvikles gjennom en slik "horisont-sammensmeltning" der de kommuniserende partenes ulike forforståelser opprettholdes samtidig som de integreres som uadskillelige deler av en ny felles-forståelse. Slik felles forståelse av, og fellesskap i, situasjoner, kan bare utvikles og oppleves gjennom ulike former for dialogisk samtale.

– Et hovedproblem er ofte at dere oppfører dere som om dere forstår, sa Vidar Linga på et seminar for helsepersonell om temaet: Omsorg ved livets slutt.

– At dere vet hva som er best for oss, uten å reflektere over at verden ser annerledes ut fra sykesengen.

– Men det er ingen andre enn pasienten selv som vet hvor skoen trykker... – hva det innebærer å leve med alvorlig sykdom og handikap. Hvor ofte har jeg ikke tenkt at vi burde bytte rolle en ukes tid. Du kan få min sykdom og hud, du kan få rullestolen min, og avhengigheten min av hjelp fra andre. Jeg kan få din helse og dine friheter, kanskje jeg kan få låne kjæresten din også. Jeg er helt sikker på at du ville endre syn på mye i løpet av den uken. Vi handikappede trenger ikke at dere syr puter rundt oss og gjør oss helt og holdent avhengige av hjelp. Vi vil klare oss selv, hjelp til selvhjelp er det vi forventer av dere! (4)

Lévinas understreker hvordan en går glipp av det andre mennesket om en gjør den andre til det samme som en selv. «Den Andre og jeg selv er ikke forskjellige deler av en fellesmengde. Det fellesskap, hvor jeg kan si «du» eller «oss», er ikke et «jeg» i flertall. Jeg og du er ikke individer, som hører inn under et felles begrep» (5). Den andre er en fremmed som forstyrrer meg ved sitt blotte nærvær i min verden. Han eller hun kan gi meg opplevelser av at spenning, savn og angst også er grunntrekk ved min eksistens. Lever jeg dårlig med disse karakteristiske og allmennmenneskelige grunntrekkene ved mitt liv, søker jeg kontroll. Ønske om å kontrollere alt med tenkning, fører ofte til at usikre mennesker slår bombastisk fast at: «Slik er det!»

På tilsvarende måte kan både pasienter, pårørende og behandlere oppleves å falle til ro når en diagnose, eller en forklaring kan bli gitt. Ifølge Lévinas gjør jeg det fremmede til noe kjent, gjennom å sette navn på det. Dermed behersker jeg det angstskapende ukjente, idet «erkjennelsen opphever annerledesheten» (6). Min eventuelle antatte viten om hvem et

annet menneske er eller hvordan hans eller hennes situasjon er, kan gi både dette menneske selv – for eksempel en pasient, eller en pårørende like mye som meg selv som behandler – en opplevelse av trygghet utfra min teoretiske faglighet og kliniske erfaring. Samtidig truer denne beskrivelsen, min "faglige kunnskap", den andre i virkeligheten i kjernen av sin identitet som den fremmede, den frie og selvbestemmende ikke-meg personen som han eller hun er.

Identiteten står på spill

Årsaken til at den andres nærvær kan oppleves som en problematisering av min situasjon, ligger i at hvordan jeg forholder meg til den andres tilstedeværelse, avgjør hvem jeg blir. Som identitet fremstår jeg i dette møte med den andre. Derfor står min identitet på spill i ethvert møte med et annet menneske.

Dette gjelder både når jeg som pasient forholder meg til mine pårørende, såvel som i mitt forholdningssett til de ulike profesjonelle som prøver å hjelpe meg. Det er dette som gjør det så slitsomt for mange alvorlig syke å ha besøkende – pårørende så vel som profesjonelle – rundt seg, dersom disse ikke klarer å gå inn i den sykes «rom» på en slik måte at vedkommende kan slappe av, kjenne seg sett og tatt på alvor.

At ens egen identitet står på spill i møte med den andre, er på samme måten det som gjør det vanskelig for mange profesjonelle hjelpere i møte med pasienter og pårørende. Legen kan kjenne på tilkortkommenhet overfor kompleksiteten av pasientenes eksistensielle, emosjonelle og sosiale problemer som følger med alvorlig sykdom. Denne opplevelsen av å komme til kort skyldes blant annet at det terapeutiske arbeidet innen «den medisinske kultur er preget av enkel kausaltenkning og eksterne årsaksforklaringer på alle sykdomsmanifestasjoner...[og vil følgelig utfra] «erstatningsmedisinsk» tenkning... tilby ytre løsninger på pasientens problemer» (7). Overfor eksistensielle og emosjonelle problemer i forbindelse med alvorlig sykdom og død vil slike «ytre

løsninger» oppleves overfladiske og uten effekt. Dersom behandleren i tillegg opplever seg presset på sin tidsbruk av et behandlingssystem styrt av økonomiske og juridiske hensyn fremfor hensynet til pasienter og deres pårørende, kan legen oppleve det nærmest umulig å sette seg ned hos pasient eller pårørende uten å oppleve det meningsløst, eller som å bli en han eller hun selv ikke ønsker å være.

Som identitet fremstår også enhver behandler i møte med «den andre». Det vil si også i møte med pasienter og pårørende. Derfor blir det avgjørende hvem behandleren vil være. I hvor stor grad viser møtet med pasient eller pårørende at jeg evner å være den jeg selv mener jeg er, eller streber etter å være som behandler? Hvem ser «den andre», altså pasienten, pårørende og kollegaene mine i meg? Og i hvor stor grad viser møtet med pasienter og pårørende at jeg er en annen enn jeg trodde jeg var? Altså: Hvem ser jeg i meg.

Heri ligger muligheten for at den profesjonelle hjelperen kjenner seg krenket både av pasient og pårørende på den ene siden og av arbeidsgiver på den andre. Dette som følge av samfunnets kulturelle holdning. Denne understreker pasientens autonomi og rettigheter, uten samtidig å legge til rette for den profesjonelle helpers mulighet til utfoldelse overfor pasient og pårørende på en medisinsk faglig, og menneskelig tilfredsstillende måte.

I møte med den andre – det være seg som pasient i møte med behandler og pårørende; eller som behandler i møte med pasient, pårørende og arbeidsgiver; eller som pårørende i møte med pasient og behandler – i disse møtene utsettes jeg for muligheten for den psykiske smerte som følger av at møtet med den andre kan vekke opp følelsen av *savn*, av ikke-møtte-behov, i meg. Den andre kan vise seg å være i stand til, og villig til, å yte det jeg trenger for å optimalisere mitt eget livs kvalitet. Men samtidig kan han eller hun når som helst, trekke seg unna meg, la være å la seg engasjere av min situasjon, og la være å ta meg og mine behov innover seg som sitt ansvar å respondere på.

Jeg blir i møte med den andre så

inderlig klar over avstanden mellom hvordan jeg skulle ønske at det var, til forskjell fra hvordan jeg opplever at det i realiteten er. Jeg kan bli tvunget til å ta inn i min bevissthet mine egne – og livets – mer dystre eller smertelige realiteter. Det kan skje at jeg i møte med den andre, ikke kan unngå å innse min egen tilkort-kommenhet og mine muligheters begrensninger – noe jeg overhode ikke har særlig glede av eller lyst til å tenke på, eller oppleve.

Møtet og krenkelsen

Som «den andre» henvender pasienten seg til meg både gjennom blikk-kontakt og ved hjelp av språket. Gjennom samtalen uttrykker den andre seg. Verbalt og ikke-verbalt. Jeg blir stilt overfor et ansikt med et blikk som både ber og byder meg. Og vår begges identitet står på spill i dette møte. Begge kan bli krenkere eller krenket i dette møtet. Overfor den andres uforutsigbarhet, den frihet han eller hun besitter til hele tiden å kunne si «ja» eller «nei» til meg – til å kunne unndra seg min kontroll – står jeg maktesløs. Heri ligger muligheten hele tiden for at jeg kan krenkes idet jeg tar sjansen på å la meg bli «sett», samtidig som det innebærer at jeg kan bli oversett. Jeg kan bli møtt med nonchalanse, arroganse og avvising der jeg i min hudløshet trenger å bli møtt med forståelse og villighet til å hjelpe. Dette opplever jeg både som pasient så behandler. Som klinikker kan det oppleves krenkende dersom pasienten eller klienten bruker sin frihet og selvfølgelige rett til når som helst å avslutte behandlingsforløpet eller til å utlevere til offentligheten den profesjonelle hjelperen, som selv ikke kan utlevere pasienten eller klienten på grunn av taushetsplikten som beskytter den hjelpetrengende.

Det er med andre ord ikke bare hjelperen som står i fare for å bli en krenker av den hjelpetrengende ved ikke å «se» den andre slik at han eller hun opplever seg forstått utfra sin situasjon med de behov som ligger i den.

Den hjelpetrengende selv kan på samme vis bli en som krenker den profesjonelle hjelperen. Det skjer når pasient eller pårørende ikke ser vedkommende utfra hans eller

hennes spesielle situasjon, men i stedet generaliserer og gjør ham eller henne til en representant for en gruppe, for eksempel en profesjon, som en så går til angrep på.

Enhver som tror seg å vite hvem et annet menneske er, og hvordan den andre burde være, uten å ha gått inn i et reelt dialogisk møte med vedkommende, står i fare for å bli en krenker av denne personen. Andre mennesker krenkes dersom jeg griper inn i deres liv, utfra troen på at jeg vet bedre enn dem hva som er best for dem, og uten respekt for deres integritet, deres historie og autonomi.

Dette kan paradoksalt nok også skje dersom jeg som pasient oppsøker behandleren min med den holdning at det er behandleren som vet best, det vil si vet best hva som feiler meg og hva jeg bør gjøre. Jeg kan oppleve det krenkende dersom jeg da blir møtt med en ansvarlig-gjøren der jeg selv må ta stilling til om jeg vil ha den eller den behandling som igjen vil medføre de eller de mulige bivirkninger, eller om jeg vil la være den eller den behandling for å unngå bivirkninger som kan redusere livskvaliteten, selv om de muligens forlenger livet mitt. Dersom jeg som person alltid har latt noen andre ta ansvaret for meg og mine valg, kan det oppleves som avvising og krenkende, dersom legen min ikke er villig til å være den autoriteten som jeg kan legge ansvaret for helsen min over på. «Hva slags hjelp er det i å ha en lege som ikke er villig til å fortelle meg hva som er riktig å gjøre!?»

Tilsvarende krenkende blir det om jeg blir fortalt hva som er best for meg, og hva jeg må gjøre, dersom jeg er en som alltid har stått ansvarlig for mitt eget liv, og aktivt valgt min egen skjebne der hvor det har vært valgmuligheter. «Hvem er du som tror du vet bedre enn meg hva som er best for meg!?» Dette vil være en selvfølkelig respons fra dagens autonome menneske for å ivareta sin integritet overfor enhver patriarkalsk moralisme.

Tilsvarende er det viktig at behandleren møter pårørende med en selvfølkelig respekt for pasientens integritet og selvbestemmelsesrett, når pårørende tar behandleren til side for å si noe om pasienten som

vedkommende selv «ikke må få høre». Ikke sjelden oppleves varianter av følgende utsagn: "«Du må ikke si til ham hvor dårlig han er, for det vil han ikke tåle!»

Med hvilken rett hindrer vi noen i å få vite om sin situasjon, om det er det de ønsker? Overfor den andres integritet og frihet til å fatte sine egne beslutninger angående sitt eget liv, står jeg som hjelper alltid i den situasjon at jeg kan, utfra min yrkesetiske og personlige integritet, gi eller la være å gi, det den andre ønsker eller opplever seg selv i behov av.

Informasjon

Å ikke bli gitt informasjon som angår mitt liv, når jeg ønsker å få det, er krenkende, dersom andre besitter den informasjonen.

Innen helsevesenet er behandleres informasjonsplikt en selvfølge overfor pasienter utfra autonomi prinsippet. Pårørende derimot kan ofte oppleve seg krenket idet de ber om informasjon om den som er syk, og blir avvist med henvisning til taushetsplikten.

Gjennom årene har ikke så få klienter fortalt meg om hvordan deres ektefelle nærmest forandret personlighet og ble direkte ubehagelige å leve sammen med, etter å ha blitt alvorlig syk og gjennomgått ulike behandlinger. Som pårørende vil de strekke seg langt dersom det viser seg at personlighetsforandringen skyldes for eksempel medikamenter eller stråleskader, for eksempel etter behandling av svulst på hjernen. Men dersom det er vedkommendes «egentlige jeg» som de nå opplever, så orker de ikke mer, og vil skilles. Når de så tar kontakt med ektefellens behandler og legger frem sitt dilemma, oppleves det både av dem selv og deres omgivelser, uforståelig og krenkende, når den behandlingsansvarlige for ektefellen ikke er villig til å bidra til en avklaring, under henvisning til taushetsplikten.

Tilsvarende kan det å få informasjon jeg ikke har bedt om, oppleves som krenkende.

En klient ringte fortvilet og ba om hjelp til å få komme tilbake til den legen som hun tidligere hadde hatt. Hvorfor? Jo, hun opplevde å få

mye mer informasjon enn hun ønsket. Hun kjempet for å leve og for å holde livsmotet oppe. Da hun spurte sin nye behandler om diverse eventuelle bivirkninger av den medisinske behandlingen, fikk hun hele tiden i tillegg til den konkrete informasjonen, en tilleggsinformasjon som bare fungerte destruktivt for henne. Legen la nemlig stadig til, i bisetningsform, varianter av: «Ja, dersom du fortsatt er oppegående da...» Eller: «.... Vi vet jo ikke hvordan det går, så det er vel lurt av deg å ta en dag av gangen og ikke planlegge flere måneder frem i tid».

For den som ser seg selv ansvarlig for å leve sitt eget liv, blir ethvert annet menneske opplevd som en krenker dersom det utfolder seg selv, eller tar seg til rette, på bekostning av ens egen mulighet til livsutfoldelse. Legen til pasienten som ønsket å skifte behandler, ble som følge av sin kunnskapsrikdom kombinert med manglende sensitivitet, en krenker av pasienten. Måten hun ga informasjon på, undergravde pasientens livsmot og reduserte pasientens livskvalitet.

Å møte et annet menneske ansikt til ansikt er fra en side sett en begivenhet som inntreffer, men som jeg selv ikke kan beherske fordi den andre er uforutsigelig, er en fri, fremmed og selvbestemmende person. Intuitivt vet jeg at den andre er en helt annen enn meg selv, og dermed er han eller hun utenfor min kontroll. Det kan vekke usikkerhet og angst. Derfor slår mange behandlere fast for pasienter og pårørende hvordan «det er».

I den andres uforutsigelighet ligger mye av forklaringen på hvorfor det er så vanskelig å overbringe «dårlige nyheter». Om det er legen som skal informere om terminal diagnose, presten som kommer med dødsbudskap etter ulykker, eller rett og slett samtalen mellom pasient og pårørende, så gjelder det samme: Hvordan den andre, «den fremmede», vil reagere, kan ikke forutsies, eller kontrolleres. Og vedkommende vil heller ikke bli holdt ansvarlig for hvordan han eller hun reagerer. Mens jeg selv, om jeg er tilstede i situasjonen som behandler eller som pårørende, ikke kan unngå å bli holdt ansvarlig for hva jeg gjør eller ikke gjør sammen

med den som får den dårlige nyheten.

Gjensidighet og respekt

Ifølge Immanuel Kants moralfilosofi «fører prinsippet om gjensidig kjærlighet [Wechselliebe] mennesker konstant nærmere hverandre; mens prinsippet om respekt [Achtung], som de skylder hverandre, fører til at de holder seg på en viss avstand fra hverandre». (8)

Respekten for det andre menneskets autonomi fører uunngåelig til at en holder en respektfull avstand til vedkommende, slik at en ikke invaderer hans eller hennes livsrom, det være seg det fysiske, det mentale eller det åndelige «rom» som den andres identitet er knyttet til. Bare når en blir invitert inn, kan en utfolde seg overfor den andre innenfor det «rom» som den andres liv utfolder seg i, uten å bli en inntrenger eller over griper som krenker den andre. Å respektere den andre som person, er å ta vedkommendes syn på seg selv på alvor.

Mens respekten for den andres autonomi krever at en holder seg tilstrekkelig på avstand, krever medmenneskelighet og kjærlighet en nærhet. Denne nærheten må nødvendigvis romme et engasjement som gir den andre opplevelsen av at en aktivt søker å bidra til at det skal gå ham eller henne vel, uten samtidig å krenke vedkommendes autonomi. Hva «gå den andre vel» betyr, altså hva det gode liv innebærer for den andre, kan en bare finne ut av ved å involvere seg med vedkommende. Det vil si at en må være villig til å la seg gripe av, og bli tatt med inn i, den andres situasjon og den andres historie og forhåpninger. Bare gjennom den tidkrevende og gjensidige personlige kommunikasjonen dette krever, kan en forstå den andres nåværende situasjon og hans eller hennes behov. Den andres behov blir forståelige fullt ut først i lys av vedkommendes livshistorie. På denne måten viser en respekt for den andres integritet gjennom å bidra til realiseringen av hva som, utfra hans eller hennes eget perspektiv, oppleves som det gode liv for vedkommende.

Villighet og kompetanse til å

samtale blir slik en forutsetning for respektfull, profesjonell behandling av den hjelpetrengende andre. Sammen med respekten for den andre som en tenkende, følende, selvbestemmende og ansvarlig person, garanterer den genuine dialogen mot krenkelse.

Den selvkritiske ettertanke

Emmanuel Lévinas beskriver det vanskelige møte med den andre som jeg har et ansvar overfor, på følgende måte: Når jeg står ansikt til ansikt med et annet menneske, blir jeg et kritisk i forhold til seg selv. Og idet det blir selvkritisk på denne måten, vender det seg innover. Ikke for å slå seg til ro med seg selv, men det forholder seg til seg selv som til «en fremmed som jaktes på helt frem til sitt hjem, anklaget for sin identitet» (9). Dermed oppstår det en større eller mindre identitetskrise i et hvert møte med den andre. Jeg holdes nemlig ansvarlig av meg selv for min identitet, det vil si for hvordan jeg oppførte meg i møtet med den andre. På samme måten som aktor i en rettssak, konfronterer jeg meg selv med den jeg har vist meg som, gjennom det jeg har gjort, eller latt

være å gjøre. Enten har jeg fremstått i møte med den andre som et selvstendig, ansvarlig handlende subjekt. Eller jeg har, ifølge Lévinas fremstått som en egoist som nyter min egen livsutfoldelse uten å ta hensyn til den andre. Da viser jeg meg som en narsissist som bare er opptatt av å dekke egne behov gjennom alt jeg gjør. Selv som hjelper søker jeg da meg selv i alt og alle, utfra behovet for å speile min egen fortreffelighet og makt i den andres beundring og maktesløse takknemlighet.

Faller jeg for fristelsen til å fraskrive meg ansvaret i møte med den andre og for min egen livsutfoldelse, gjennom å mene at situasjonen jeg befinner meg i, er andres skyld eller ansvar, kan det gjøre livet uutholdelig. Dette gjelder like mye om jeg er den profesjonelle hjelperen som lider under «systemet», eller jeg er pasienten som lider under sykdommen. Da fremstår jeg som et offer. Og jeg fremfører meg selv da som en tragisk skikkelse. En skikkelse som utelukkende fremstår som objekt eller statist i *andres* liv. Eller som tilskuer, og ikke som aktør i eget liv. I møte med mennesker som velger

slike liv, er det en kunst å ikke bli moralistisk.

En ikke-krenkende person glemmer aldri i møte med et annet menneske at dette menneske har en unik livshistorie som gjør ham eller henne forståelig, i hvert fall for seg selv. Og i møte med en ikke-krenkende person vil jeg alltid oppleve meg sett på en slik måte at jeg kan vedstå meg å være den som den andre ser meg som.

Referanser

- 1) Lévinas E. Etik og Uendelighet. Hans Reitzels Forlag, København 1995, 81.
- 2) Husebø S. Under huden, Hardangerforlaget, Øystese 1999, 14ff.
- 3) Ibid.
- 4) Ibid., 89.
- 5) Lévinas E. Totalitet og Uendelighet, Hans Reitzels Forlag, København 1996, 29.
- 6) Levinas E. 1995, 62.
- 7) Meland E & Nessa J. Autonomifremmende klinisk arbeid. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 4, 1999; 119:557-9.
- 8) Kant I. Die Metaphysik der Sitten. Reclam, Stuttgart 1990, 337.
- 9) Kemp P. Lévinas. København 1992, 71.