

Ikke all empati er empatisk

TEKST

Karen Kollien Nygaard

PUBLISERT 5. juni 2011

Karen Kollien Nygaard, denne månedens kronikkforfatter, arbeider som foredragsholder og med oppdrag for næringslivet, med base i sin privatpraksis i Oslo. Sammen med Ole Jacob Madsen, Nadia Ansar, Guri Vindegg, Svein Øverland og Arnulf Kolstad er hun invitert av Tidsskriftet som fast kronikør. Neste måned: Ole Jacob Madsen

En gravid kvinne i slutten av tredveårene kom inn på kontoret mitt for et par måneder siden med en problemstilling som fikk meg til å stusse. Hun hadde et par uker tidligere vært på sykehuset for oppfølging og planlegging av den forestående fødselen. I denne samtalen hadde hun fortalt om voldtekten hun ble utsatt for da hun var i tenårene. Den kom opp fordi hun fikk direkte spørsmål om det var noe sykehuset burde vite om, for eksempel seksuelle overgrep. Kvinnen tenkte på voldtekten som et tilbakelagt kapittel, men fortalte om den fordi jordmoren spurte så direkte. Sykehusets konklusjon basert på denne informasjonen var at kvinnen burde be om et planlagt keisersnitt. Dette på tross av en normal graviditet, og et ønske fra kvinnen selv om å føde vaginalt. I en senere terapitime fortalte hun meg at hun ikke hadde følt seg særlig trodd da hun fortalte at hun hadde bearbeidet voldtekten. Sykehuset hadde bare informert om faren for retraumatisering dersom hun valgte å satse på en vaginal fødsel.

Jeg kan forstå sykehusets bekymring, for jeg har behandlet flere som har opplevd at gamle traumer har kommet opp under eller rett etter en fødsel. Sykehuset ville nok kvinnen vel ved å forberede henne på eventuelle negative ting som kunne skje dersom hun valgte en vaginal fødsel. Jeg er overbevist om at intensjonen til sykehuset var å være empatisk. Om effekten på lang sikt vil være like empatisk, er jeg usikker på.

«Det jeg stusser over, er sykehusets redsel for at de gamle, vonde følelsene skal dukke opp igjen. Er det ikke naturlig at de kommer til overflaten i livets kanskje mest krevende situasjon som en fødsel er?»

I et kortsiktig perspektiv vil rådet hun fikk, ha en beskyttende effekt. Rett og slett fordi kvinnen unngår den potensielt provoserende situasjonen ved at hun bedøves. Jordmor og lege tar over fødselen. Hun er observatør istedenfor å være aktiv deltager, slik hun ville vært om hun fødte vaginalt.

Min tvil om hvor empatisk rådet er i langsiktig perspektiv, skyldes at jeg ikke er sikker på om faren for retraumatisering er så alvorlig at det er riktig å beskytte kvinnen fra en medfødt ferdighet som fødsel er. Og hvis en fødsel har potensialet til å retraumatisere, har den da ikke også et potensial til å helbrede? Når sykehuset visste at kvinnen hadde opplevd et overgrep, kunne de gjennom dialog med kvinnen ha tilrettelagt fødselen slik at den var etter hennes ønsker og på hennes premisser. Det ville kunne gitt henne en sterk mestringsopplevelse som igjen er viktig for tilliten til å kunne beskytte seg selv. Jeg har møtt kvinner som sier at å føde endret forholdet deres til kroppen på en positiv måte. Flere sier at de ble *hele* gjennom å føde, og mange rapporterer at de fikk testet ut hvor mye smerte de faktisk tåler, noe som har gjort at de føler seg sterkere som menneske.

Det jeg stusser over, er sykehusets redsel for at de gamle, vonde følelsene skal dukke opp igjen. Er det ikke naturlig at de kommer til overflaten i livets kanskje mest krevende situasjon som en fødsel er? De fleste kvinner rapporterer at de underveis i fødselen hadde følelser fra de mest ekstremt positive til de ekstremt negative. At voldtekten har skjedd, kan ingen gjøre noe med, og sannsynligvis vil kvinnens kropp huske traumet resten av livet, ifølge nyere forskning på feltet. Det betyr at retraumatisering i prinsippet kan skje når som helst, gitt de rette forutsetningene. Bør vi da advare voldtektsofre om at de bør passe seg hver dag og hvert minutt på dagen for at det kan dukke opp situasjoner som kan retraumatisere overgrepet?

Med mennesker som sliter med angst, jobber vi jo motsatt. Vi forsøker å få personen til å bli nysgjerrig på angsten, og vi lærer ham eller henne strategier for hvordan angsten kan håndteres om den skulle oppstå. Dette er god hjelp til å bli autonom og til at en ikke er så redd for å ferdes i livet. Det underliggende budskapet til sykehuset, slik jeg ser det, var derimot: Vær forsiktig, kroppen din bærer på noe farlig, og du vet ikke selv hva som er best for deg. Det gjør vi.

Kvinnen virket utilpass med konklusjonen om keisersnitt. Derfor spurte jeg henne om hva hun selv ønsket. Svaret kom raskt og kontant: Jeg vil prøve å føde normalt! Hun fortalte at dette var hennes ønske før konsultasjonen på sykehuset, og det hadde ikke endret seg på tross av rådet hun hadde fått. Nå var hun ikke lenger sikker på sin egen evne til å føde normalt, fordi hun var bekymret for hvor psykisk stabil hun egentlig var. Visste jordmoren noe om henne som hun selv ikke visste, siden hun konkluderte med keisersnitt mot hennes eget ønske?

Jeg er usikker på om det var empatisk i et langsiktig perspektiv å bevisstgjøre kvinnen. La oss si at hun *hadde* blitt retraumatisert når hun etter hvert skulle føde. Er det sikkert at det ville være negativt for henne på lang sikt? Da hadde hun på ny måttet gå i dialog med kroppen sin. Hun måtte sørget for å få rom til å bearbeide og sørge over det som

skjedde den gangen. Kanskje hun da hadde funnet en enda bedre måte å leve med minnet på. Slik kunne retraumatiseringen bidra til en reell endring og forbedring. Er det ikke sånn endringsprosesser fungerer i praksis? To skritt frem og ett tilbake. Det er i alle fall slik jeg opplever veien til et bedre liv når jeg støtter dem som går i terapi hos meg. På denne måten blir symptomet en ressurs – en veileder – heller enn noe å frykte. For hver «runde» i spiralen øker både selvinnsikten, selvfølelsen, men kanskje viktigst av alt, tilliten til at en kan håndtere både glade og triste dager. Altså fungerer møtet med traumat som en slags styrketrening.

Ved å planlegge keisersnittet ville denne muligheten forsvinne, fordi møtet med symptomet ble omgått. Kortsiktig kan dette virke behagelig, men på lengre sikt vil unngåelsen være en hindring for personlig vekst hos den som beskyttes. En ung jente jeg jobber med som sliter med sosialangst og som tilbringer størsteparten av livet sitt på rommet sitt, oppsummerte årsaken til sin nåværende livssituasjon slik: «Jeg er blitt overbeskyttet: Jeg har sluppet alt som er ubehagelig. Derfor vet jeg ikke hva jeg skal gjøre når uroen melder seg.» Jeg opplever gang på gang at pasienter sier det samme mot slutten av terapien. De ville ikke vært prosessen foruten på tross av hvor ubehagelig de hadde det underveis. Alle oppdager de poenget med å se symptomet som en dør til å forstå seg selv bedre. Det handler om å slutte å være redd for symptomet, og begynne å se på det som en ressurs. Jeg opplever at sykehusets strategi i et langsiktig perspektiv stenger kvinnens mulighet til vekst ved å beskytte henne på kort sikt.

Bestillingen kvinnen til slutt ga meg, var å hjelpe henne med å finne igjen troen hun hadde på sin egen fødeevne, den hun hadde da hun møtte opp til samtalen på sykehuset. Terapiprosessen ble altså startet opp for å bearbeide resultatet av en intendert empatisk samtale. Hadde denne samtalen aldri forekommet, ville hun muligens heller ikke trengt å gå i terapi nå. Hun kunne fokusert på å nyte graviditeten og glede seg til fødselen, slik hun faktisk gjorde før tvilen på egen evne ble sådd i samtalen på sykehuset. Min konklusjon er derfor at empati ikke alltid er empatisk!

karenko@online.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 48, nummer 6, 2011, side 566-567

TEKST

Karen Kollien Nygaard