

Profesjonell og personlig?

Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet

I artikkelen drøftes legens rolle overfor pasienten. Hvordan kan legen lykkes i å fremstå som både profesjonell og personlig? Det argumenteres for at de to målsettingene ikke behøver være i konflikt, men at de utfyller hverandre. Anerkjennelsen av den doble dimensjon ved å være lege er imidlertid truet av en overdreven betoning av at legen representerer en særlig vellykket person. Dagens utdanning av leger er ikke tilstrekkelig i stand til å bekjempe inntrykket av legen som en som er hevet «over» andre, inklusive sine pasienter. For å utfordre dette bildet fremholdes betydningen av sårbarhet, forstått som et dyptliggende, ikke-valgt grunnvilkår ved det å være menneske, med tanke på hvordan legen bør forstå seg selv og bør betraktes av samfunnet – nemlig som like sårbar som andre. Rett forstått er legens sårbarhet en betingelse for at han eller hun kan få tilgang til pasientens ståsted og engasjere seg i det som plager pasienten.

Guri Amundsen, 55 år, forteller sin allmennpraktiserende lege, Knut Westvik, 52 år, at hun i lang tid har vært plaget av stivhet i kroppen og tiltakende smerter i nakke og skuldre. I samtalen kommer det frem flere ting som legen tolker som tegn på lav selvfølelse. Han får inntrykk av at hun på ubevist vis spenner kroppen i et forsøk på å ha kontroll, og at det handler om et behov for å ha kontroll over andre som tjener en bestemt psykologisk hensikt, nemlig å styre egen og andres oppmerksomhet vekk fra områder hvor hun opplever seg som utilstrekkelig. Det kommer frem at muskelplagene har tiltatt etter at kvinnens eneste barn flyttet til utlandet og sjelden tar kontakt. Kvinnen har i de senere år forsøkt å få seg en fast jobb, men har ikke lyktes og tilbringer dagene hjemme. Mannen er i full jobb. Riktignok hadde hun et midlertidig engasjement i en sekretærstilling, men valgte å slutte før avtalt tid fordi hun følte hun ikke strakk til i enkelte av arbeidsoppgavene. Hun klager over at foreldrene aldri lot henne ta høyere utdanning.

Dr. Westvik tolker det kvinnen forteller dit hen at hennes problem grunnleggende er psykologisk, men ikke alvorlig nok til at han ønsker å henvise henne til psykiater. Han antyder at hun kanskje kunne ha nytte av å

Arne Johan Vetlesen
Avdeling for filosofi
Universitetet i Oslo
Postboks 1024 Blindern
0315 Oslo

Vetlesen AJ.

Professional and personal: The significance of the doctor's vulnerability.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1118–21.

This article discusses the role of the doctor in relation to the patient. How can the doctor succeed in presenting himself of herself as both professional and personal? It is argued that these two aspects need not be in conflict but may complement each other. The appreciation of this dual dimension of being a doctor is, however, threatened by exaggerated emphasis on the doctor as a particularly successful person. Contemporary medical education does not sufficiently counter the widespread perception of doctors as in some way «above» other people, including their patients. In contrast, the significance of vulnerability, understood as a deep-seated, non-optional feature of being human, is brought to bear on the way the doctor should be perceived – by himself and by society – as no less vulnerable than other people. Correctly understood, the vulnerability that doctors share with patients is a prerequisite for relating to the patient's ills and concerns.

☞ Se også side 1019

snakke med en psykolog, men hun virker nervøs ved tanken og avviser det uten nærmere begrunnelse.

Min hensikt i det følgende er ikke å komme med et svar på spørsmålet om hva dr. Westvik bør gjøre, i betydningen hvilke beslutninger han bør treffe. I stedet vil jeg tematisere hvem legen er for kvinnen, ut i fra hvordan han er overfor henne og oppleves av henne.

Generelt tror jeg at et betydelig hinder for at legen kan lykkes i arbeidet med pasienten, er at «lege» i vår kultur betegner et vellykket menneske. Legens vellykkethet kan bidra til å forsterke den dårlige selvfølelsen som pasienten trenger hjelp for å overvinne. Dette settes på spissen når selvfølelsen er selve problemet i pasientens lidelser, men det gjelder også mer generelt for så vidt som svekket selvfølelse er et utbredt aspekt ved opplevelsen av å være syk, av å være hensatt til andres omsorg, uansett hva sykdommen somatisk sett måtte bestå i.

La oss først se nærmere på legens vellyk-

kethet, slik den vel å merke fremstår for pasienten. Hva assosieres i vårt samfunn med legeyrket? Særlig gode karakterer på skolen, lang og høy utdanning, beherskelse av et fag med vanskelige ord og med en teknologisk utvikling som synes nær grenseløs. I sum vil dette si at legen er en av samfunnets ypperste representanter for fremskritt og vitenskap. Den faglige autoriteten som dette gir, forsterkes ved at legeyrket tradisjonelt betraktes som en moralsk gjerning, orientert som det er mot det mest beundringsverdige av alle formål, nemlig å hjelpe andre. Man er fristet til å si: Ingen over, ingen ved siden.

Det moteriktige snakket om etikkens betydning i legeyrket betoner at lege og pasient står i et forhold til hverandre som har – eller bør ha – karakter av et møte. Ordet «møte» lades med sterk etisk patos, og ledsages av andre positivt ladede ord som «likeverdighet», «åpenhet for annerledeshet», «tillit» og «ydmykhet».

Spørsmålet er hvordan disse hedersordene stemmer overens med det vi sa om legens samfunnsmessige autoritet. Svaret er at de stemmer dårlig overens. I fortellingen ovenfor er gapet lett å se: Kvinnen deler alder og stedstilhørighet med sin mannlige lege, men lite annet. Det hun opplever at hun ikke deler med ham, betyr kanskje mer for henne.

Kierkegaard sier at for å hjelpe en annen, må du møte den andre der den andre er (1). Hvordan skal legen møte kvinnen der hun er?

Noen vil kanskje svare at det kan han ikke, for han har ikke vært der selv. Men er det en betingelse for å kunne forstå, leve seg inn i og hjelpe en annen at man selv har vært i samme situasjon, gjort samme type erfaring, stridd med samme tanker og følelser som den som skal hjelpes?

Jeg tror vi er på ville veier om vi svarer ja. Riktignok kommer det godt med å ha opparbeidet seg mye livserfaring, og å ha sett livet fra mange sider. Men det kan ikke betraktes som en nødvendig forutsetning at legen skal ha vært der pasienten er akkurat nå. Det vil alltid være en oppgave som består i å bevege seg over mot den annen; noen ganger vil veien dit fortone seg enkel, andre ganger er det mer som å bevege seg over en kløft og inn i ukjent terreng. Her gjelder det å unngå å tenke eget utgangspunkt som noe statisk; ståstedet man har for å strekke seg ut mot en annen er snarere å regne som et punkt i bevegelse, som lar seg bevege, i betydningen lar seg bevege av (den andre), snarere enn selvebevegelse. Filosofen Hans-Georg Gadamer omtaler forståelse i sin alminnelig-

het som en utfordring om å sette seg selv på spill ved å sette eget ståsted i spill, i bevegelse overfor ståstedet til den eller det som skal forstås, og som likeledes er satt i bevegelse ved å utsette seg for et annerledes ståsted (2).

Bildet det gjelder å komme vekk fra, er det statiske som sier at der står du og her står jeg. Basta. Bare den kan hjelpe en annen, der den andre er, som evner å sette seg i bevegelse bort fra eget etablert ståsted, dog i den forstand at dette ståstedet bringes med på ferdens som en nødvendig ballast, snarere enn å oppgis eller forkastes. Å forstå er alltid to ting: Å strekke seg ut mot noe bestemt (et objekt) og å strekke seg ut fra noe bestemt (en selv som subjekt). Å forstå en annen krever evne til empati, å føle *med*, uten å tro seg å føle *som*, i betydningen identisk med. Den som skal forstås, må fastholdes i sin annerledeshet. Skjønt den andres annerledeshet er ikke absolutt. Som Freud sa beveger alle mennesker seg langs et kontinuum uten markante skiller; forskjeller mellom mennesker er forskjeller i grader (3).

La oss vurdere hva som følger av dette i to skritt, først med tanke på konsekvenser for profesjonsutdanningen, deretter med tanke på det innledende møtet mellom lege og pasient.

Bevissthet om betydningen av status

For å si det grovkornet og provoserende: Så lenge legeutdanningen fungerer som en seksårig innøvelse i en vellykkethets habitus (væremåte i vid forstand) med flinkhet og ufeilbarlighet som fremste dyder, vil utdanningen *til* lege stå i fare for å være den verste fiende til praksisen *som* lege. Så lenge legeutdanningen lar forholdet til fagkolleger fremstå som den primære arena for å nå anerkjennelse som god i faget, slik at forholdet til den enkelt pasient kun får en annenrangs betydning, vil legeutdanningen stå i fare for å bli en øvelse i kollektiv narsissisme. Leger dyrker egen fortrefelighet slik den bekreftes av andre leger, anerkjennelsen går i ring omkring seg selv som en anerkjennelse av *det samme*, søkt og avgitt av *de samme*. Pasienten er ikke til stede med egen stemme og egen individualitet på den arena hvor legens faglige selvbilde som lege dannes og korrigeres. Pasientens misnøye kan avfeies som inkompetent; kollegers kritikk må tas på alvor og kan gi selvbildet et skudd for baugen bare kritikken er hard nok.

Hvem er eksperten som kan dømme om når legegjerningen utføres godt og når den utføres dårlig? I andre sammenhenger er det en klisjé at kunden alltid har rett. Er det en klisjé at pasienten alltid har rett, i betydningen er den best egnede til å felle dom over legens arbeid?

På et retorisk plan vil legeutdanningen gjerne formidle at legen er til for pasienten og at pasienten er den som har skoen på og best vet hvor den trykker. Objektet – pasienten – er således legeyrkets korreksjons- og

evalueringsinstans. Men stemmer slik retorikk med praksis?

Enhver profesjonsutdanning er selv en praksis, og ikke bare en forberedelse til en praksis som skal komme. Spørsmålet jeg stilte kan ikke avgjøres ved å se på hva som sies i bøker og fra katetere, viktigere er hvordan det som sies sies. Dette hvordan er stort og mangslungent, det inneholder mange dimensjoner utover det rent verbale eller skriftlige.

I skuespilleryrket er *status* selve basiskategorien. Grunnantakelsen er enkel: Ethvert møte og enhver relasjon inneholder en fordeling av status partene imellom, og i de fleste tilfeller er fordelingen ulik, slik at en part fremstår med mest autoritet, i betydningen er overlegen eller på annen måte ledende overfor den annen part. Det er ingen enkle mål på hva som fastlegger fordelingen av status – for en skuespiller handler status om noe opplevd, om en psykologisk realitet for partene, mer enn om utvendige kriterier som utdanning, alder og kjønn. Vi kan godt si at status gjør seg gjeldende på ubevisste så vel som på bevisste måter i det konkrete møtet med en annen, slik at det «opplevde» ved status forstås i vid betydning. For eksempel vil den kroppsholdning som B opplever at A inntar overfor B før noen av dem har begynt å snakke, virke medbestemmende på Bs opplevelse av status – nemlig som underlegen eller overlegen part, som en som inviteres til å åpne seg, vise seg frem, eller tvert imot til å reservere seg, holde det indre tilbake for fremvisning i det ytre. Kroppsbevegelsene som dels forutgår og dels ledsager den verbale utvekslingen vil, sammen med gester, mimikk, tonefall, blick osv., fortløpende bidra til å regulere den opplevde status personene imellom. Status er en tvers igjennom relasjonell og foranderlig størrelse, ingen egenskap som den enkelte person besitter på statisk vis.

Legeutdanningen gir studentene en innføring i et høystatusyrke, det er klart. Men like klart er det at status i nettopp omtalte forstand sikter til noe langt mer enn status i formell betydning. Statusen vi snakket om har noe uforutsigbart, foranderlig, undergravende, eksplisivt, overskridende ved seg. Status opererer uformelt, som en variabel, ikke ved personer som sådanne, men – intersubjektivt – som en variabel ved møtet mellom personer, forstått som en opplevelsesmessig hendelse. Dermed ser vi to ting. For det første ser vi at innpodingen av det offisielle, det vedtatte og oppleste ved at legeyrket er et høystatusyrke, det dekker bare en liten flik av hele det mangslungne feltet hvor status fastsettes, reguleres, endres på fortløpende vis i det konkrete møtet mellom to. For det andre ser vi at legens og pasientens felles bevissthet om at legen definatorisk nyter høy status kan slå begge veier for den enkelte lege: Det kan opplevs som et statusmessig forsprang, som en positiv ballast å ha med seg inn i ethvert pasientmøte, eller det kan gi

opphav til prestasjonsangst, i form av at her foreligger det forventninger og krav til meg som jeg ikke opplever at jeg kan leve opp til, slik at jo større samfunnsmessig tildelt status, desto større fallhøyde for den enkelte yrkesutøver. Mens høy status gir noen selvtilitt og stort spillerom, er det for andre kilde til hemmet utfoldelse.

Jeg tror at man innen legeutdanningen vil gjøre klokt i å ta innover seg skuespillerens mangedimensjonelle og psykologisk finslepne innsikt i hva status er og hva som regulerer den. En stor fare består i at bevisstheten om høy status internaliseres som så og så mange krav om å gi bevis på egen vellykkethet – især flinkhet og ufeilbarlighet – hos legen. Det er nødvendig å gå i motsatt retning: Å vise at man som lege er en som (også) gjør feil, at feilbarligheten er en del av den menneskeligheten man har til felles med pasienten. Ikke slik å forstå at jo flere begåtte feil, jo bedre – for feil i en direkte, faglig forstand er ofte fatale i dette yrket. Poenget er snarere psykologisk: Å vise ydmykhet i stedet for skråsikkerhet, å si at man tror i stedet for at man vet, at man noen ganger har feilbedømt pasienters plager og gitt feil diagnose, men at man håper å ha blitt klokere i årenes løp; å åpne opp for å fortelle om direkte eller indirekte kjennskap til situasjoner som likner på den pasienten nå er i, det være seg ved å berette fra eget levdt liv eller ved å ta i bruk fremstillinger av det menneskelige gitt i kunsten. Kort sagt, på alle disse måtene handler det om å stige ned fra den statusmessige pidestall man som lege offisielt er plassert på, for å kunne møte pasienten *nærmere* der han eller hun opplevs å befinne seg, og fremfor alt for å formidle, utenomverbalt vel så mye som verbalt, at å være menneske vil si å være sårbar, utlevert til andres omsorg, og at den trengendeheten som viser seg særlig tydelig ved sykdom, ikke er et «fall» i forhold til hva det er å være menneske, men snarere en påminnelse om kjernen i det – at vi er avhengige, ikke selvtilstrekkelige vesener.

Nødvendigheten av å blottstille seg selv

Mange av dem som oppsøker lege, oppgir fysiske plager som grunn. For den allmennpraktiserende legen er det likevel ofte slik at det som pasienten bringer på bane som fysiske eller i vid forstand somatiske plager, i virkeligheten er – eller henger intimt sammen med – problemer av psykisk karakter. Mens det er lett å snakke om fysiske lidelser, er det vanskelig å snakke om psykiske.

Selv om dette ikke gjelder for alle som oppsøker lege, er det tale om et kulturelt fenomen, ikke bare et som har med ulik personlighet å gjøre. Å utvikle psykiske lidelser er i stor grad forbundet med skam, følgelig med et ønske om å holde det skjult – ikke bare for utenverdenen, inklusive legen og de nærmeste, men også for seg selv (4). Skammen skyldes at psykiske lidelser kulturelt

betraktes som tegn på at en person ikke strekker til, at tilværelsen har gått i vranglås og at personen taper evnen til å mestre seg selv. Hos enkelte mennesker kan skam imidlertid anta sykdomsskapende former som ikke er kulturelt begrunnet. Jeg tenker på en mer rendyrket individuell og eksistensiell skamfølelse som *i seg selv* kan ligge til grunn for mange psykiske lidelser – skammen ved rett og slett å eksistere, ved å ta plass i verden, ved å ha egne behov, skammen over å måtte ta imot noe fra andre som selvbildet tilsier at man ikke fortjener osv. Kort sagt, skamfølelse og psykisk lidelse virker gjensidig forsterkende.

Selv om psykiske lidelser har mange årsaker og antar mange ulike former, er personens tap av evne til å mestre eget liv av stor betydning. *Mestring* er dels å anse som en universell menneskelig streben, dels er det et ideal med sterke røtter i vår kultur, forstått som at individet skal utvikle seg fra en opprinnelig avhengighet av andres omsorg og lengst mulig henimot en uavhengighet av hjelp fra andre. I normativt henseende forsterkes idealet ved at avhengighet assosieres med ufrihet og uavhengighet med frihet; og frihet – individets frihet i eget liv – er den øverste verdi i den vestlige kultur.

Kvinnen i den innledende vignetten har internalisert dette kulturbestemte idealet. Legen merker at hun er rask og sikker i måten å beskrive sine fysiske plager på. Men idet han tar initiativ til å gå under det rent fysiske og somatiske, fornemmer han motstand. Kvinnen vil ikke «blottstille» de aspekter ved hennes plager som handler om lav selvfølelse og en begynnende depresjon, fremskyndet av ensomhet og opplevelse av at ingen virkelig har bruk for henne. At hennes plager har en slik psykologisk basis, er noe legen formoder ut fra hva hun sier og – særlig ut fra det hun ikke sier.

Kanskje kunne det være godt for denne kvinnen å høre legen tenke litt høyt rundt det jeg betegner som tilværelsens ufravikelige grunnvilkår: avhengighet, sårbarhet, dødelighet, relasjoners skjørhet og eksistensiell ensomhet (5, 6). Et sentralt poeng å få frem er at disse grunnvilkårene befinner seg i et spenningsforhold til vår kulturs ideal om mestring, selvtilstrekkelighet og uavhengighet. En konsekvens av denne spenningen er at det er vanskeligere å snakke åpent om psykiske plager enn om fysiske. I realiteten er imidlertid de fleste plager av en psykosomatisk karakter – kvinnens lidelse (legens diagnose er fibromyalgi) tør være et godt eksempel. Mye kan være vunnet for kvinnens selvfølelse dersom legen forsøker å formidle – ved sin væremåte, ikke bare i valget av ord – at selv om vi lever i tid der verdighet knyttes til det å prestere, til å yte, så er den grunnleggende sannhet at ethvert menneske har egenverd *uavhengig* av hva det måtte prestere. Kulturens fremtredende kobling mellom verd og uavhengighet, mellom selvspekt og mestring, må utfordres av legen.

Pasientene trenger å få høre – nettopp fra en yrkesutøver med legens spesielle autoritet – at menneskeverdet er noe konstant som ikke beveger seg opp eller ned avhengig av hva en person presterer. Verdigheten *i* – ikke på tross av – avhengigheten av andre og deres omsorg må løftes frem som selve det etiske fundamentet i legens arbeid med pasienten: Omsorgen *realiserer* tanken om menneskets iboende verdighet, understøtter verdigheten som en opplevd og bekreftet realitet i den enkelte – avhengige – persons liv.

Jeg ser det slik at det etiske grunnsynet som her er uttrykt, innebærer at legen tar – eller mer presist bør ta – parti mot tidsånden. I dagens samfunn er det en stadig sterkere betoning av individets evne til å klare seg i den harde konkurransen med andre. I takt med nyliberalismens nedbygging av den klassiske velferdsstaten med dens forestilling om felles ansvar for de svakestes skjebne, betraktes det ikke å klare seg som selvforskyldt (7). Å «mislykkes», og å bli særlig avhengig av andres hjelp som følge av det, tolkes som et trekk (udugelighet, mangel på tilpasningsevne eller helt enkelt uflaks) ved det angjeldende individet, snarere enn som et individuelt lidd problem med samfunnsmessige, systemiske årsaker utenfor individets kontroll. Ved å tale for *avhengighetens verdighet*, for det ukrenkelige verdet til dem som faller utenfor, blir legen talperson for et annet verdisyn enn det materialistiske og nytteorienterte. Jeg mener ikke med dette å sette alle som oppsøker lege i samme bås. Pasienter er selvfølgelig en høyst heterogen gruppe, som rommer samfunnets mest ressurssterke så vel som de svakeste. Trass i disse forskjellene gjelder imidlertid poenget om at det tapet av mestring som sykdoms erfaringen innebærer, er noe selv de mest ulike pasienter har til felles. Derfor er legens etiske oppdrag – å gi verdighet til dem som ikke mestrer – det samme overfor alle pasienter.

Det kan synes søkt å foreslå at en lege skal nærme seg det pasienten er motvillig til å snakke om ved å tenke høyt rundt et såpass generelt og fremfor alt filosofisk tema. Jeg tror imidlertid at det som her anføres mot ideen, taler for den. Å begynne i en generell, allmenmenneskelig ende kan bidra til å gjøre tematikken mindre farlig, mindre personlig truende for fru Amundsen. All den stund emnet ikke er henne spesielt, men mennesker generelt, vil hun lettere stige inn og dele sine egne tanker i det som da blir en samtale med medmennesket dr. Westvik i rollen som lege. For det andre er alle mennesker filosofer. I alle fall i den minimumsforstand det kommer an på her. Hvem vil rekke hånden i været og si at de grunnvilkårene som ble nevnt, ikke angår en, ikke vekker noen gjenklang, verken erfaringsmessig eller tankemessig?

Via en slik allmenmenneskelig inngang vil legen kunne nærme seg det han antar er de underliggende årsaker til hennes oppgitte

fysiske plager. Men – og det er viktig – for å nærme seg det mer personlige hos pasienten, må han selv bli mer personlig. Legen må, «gut hermeneutisch», bringe eget ståsted, egen livserfaring, i spill, og dermed sette noe av seg selv på spill – for han vet ikke hvordan kvinnen, gitt hennes ståsted, vil møte det og hvilken bruk hun vil gjøre av det han blottstiller. Å gi av seg selv på denne måten kan bare skje i en atmosfære av tillit. Tillit kan ikke alltid tas for gitt. For å skape tillit må minst én part vise vilje til å blottstille noe av seg selv, vel å merke uten garantier for utfallet, ettersom det i stor grad ligger i den andres hender, for å parafasere Løgstrup (8, 9).

Noen vil kanskje mene at min fremstilling har basert seg på en motsetning mellom vellykkethet og sårbarhet som er kunstig. Sårbarhet viser til en allmenmenneskelig dimensjon, noe vi alle er, skjønt forholder oss til på vårt individuelle vis. Vellykkethet, derimot, er en sosial kategori, definert ved hjelp av kriterier som endrer seg kulturelt og historisk.

Til tross for at det handler om to fenomener som ligger på ulikt nivå, er min påstand at et samfunns fremherskende syn på sårbarhet (som godt eller dårlig, som egnet for blottstillelse eller skjuling og skamfølelse, som uavvendelig eller som noe individet bør kunne overvinne), forteller noe om dets fremherskende syn på vellykkethet – og vice versa. Brakt på en formel: Hva er et samfunns oppfatning om en vellykket omgang med sårbarhet? Grovt sagt er det tidsmessige svaret at en persons vellykkethet måles (bl.a.) ved hans eller hennes demonstrerte evne til å mestre egen sårbarhet. Det spesielle som kommer til ved legens rolle, er at legen fremstår som herre over liv og død. Dette gir ikke bare en makt som overgår andre yrkesgruppers, det inngir også legen en aura av overmenneskelighet. Legen overtar der den syke ikke lenger makter, ikke lenger mestrer – for å kunne tre inn her, som velgjører og helbreder overfor andres manifeste sårbarhet, forutsettes legen å makte å sette egen sårbarhet til side. Men kan legen det? Bør legen bestrebe seg på det?

Jeg har forsøkt å argumentere for at svaret er nei. Oppsummerende er min påstand at egen menneskelighet som sårbarhet, eller sårbarhet som tegn på medmenneskelighet, er legens fremste ressurs i møtet med pasienten. Den felles sårbarheten – «det er du som har det slik, men det kunne ha vært meg» – gir selve tilgangen til pasientens ståsted. Når én betingelse for å nå slik tilgang er at legen skal sette noe av seg selv på spill, sette sitt eget ståsted i bevegelse, så menes ikke at pasienten skal ende i rollen som den part som må vise empati. Det legen bringer inn i møtet av ballast fra eget liv, må ikke bli dominerende i den forstand at det overskygger at det er pasientens problemer som er anledningen til møtet, og at legen primært er den part som lytter og som gir støtte. I den grad

legeutdanningen de facto fungerer som en tildekking og tilsidesettelse av egen sårbarhet og som en innøvelse i vellykkethets habitus, definert av legekollegene, ikke av pasienten, i den grad vil den blottstilling jeg har tatt til orde for arte seg som et mottrekk til legeprofesjonen og dens selvforståelse. Men blottstillingen vil neppe arte seg som kontrær til en allmennmenneskelig selvforståelse som, formodentlig, var til stede forut for utdanningens formende kraft. Å være lege er å være profesjonsutøver og menneske i ett, men først og fremst menneske.

Litteratur

1. Kierkegaard S. Stages on life's way. Oversatt av Hong H. Princeton: Princeton University Press, 1988.
2. Gadamer HG. Wahrheit und Methode. Tübingen: Mohr, 1972.
3. Bettelheim B, Rosenfeld A. The art of the obvious. Developing insight for psychotherapy and everyday life. London: Thames and Hudson, 1993.
4. Wyller T, red. Skam. En essaysamling om skam, ære og skamløshet i det moderne. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.
5. Henriksen JO, Vetlesen AJ. Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997; rev. utgave 2000.
6. Vetlesen AJ, Stålnicke E. Fra hermeneutikk til psykoanalyse. Muligheter og grenser i filosofiens møte med psykoanalysen. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
7. Bauman Z. Savnet fellesskap. Oversatt av Thorbjørnsen KM. Oslo: Cappelen Akademisk, 2000.
8. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1956.
9. Løgstrup KE. Norm og spontanitet. København: Gyldendal, 1993.

○