

## Kronikk

# Tilnærming til fastlåste samtaler om kroppen

Pasienter ble oppfordret til å føre dagbok eller skrive personlige notater om plagene sine, det skulle være et hjelpemiddel for samarbeid med legen. Helsedagboken bedret legens kliniske beslutningsgrunnlag ved å gi økt medisinsk relevant informasjon fra pasienten og ved å bidra til å konkretisere denne informasjonen. Dagboken gav legen tilgang til pasientens innsikt i egne plager. Den kliniske samtalen kunne modifisere pasientens negative indre monologer, og man kunne lete etter alternative dialoger som grunnlag for pasientens personlige mestringsstrategier. Prosjektet viste at en konsultasjon basert på skriftlige notater kunne gi pasienten og legen ny mening til et talt budskap. Skriveprosessen gav pasienten anledning til å reflektere over sin egen presentasjon av sykdommen.

Basert på resultater fra forfatterens doktoravhandling (1)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

### Per Stensland

[per.stensland@isf.uib.no](mailto:per.stensland@isf.uib.no)  
 Institutt for samfunnsmedisinske fag  
 Universitetet i Bergen  
 5018 Bergen

Pasienter med fastlåste kroppslig plager, personer som stadig gjentar presentasjonen av sine plager uten at legen kan finne grunnlag for dem, oppfattes av mange som vanskelige. Relasjonen mellom lege og pasient og samtalen mellom dem har tendens til å låse seg. Mange pasienter mener de får dårlig hjelp.

Min idé var å endre de kliniske samtalene ved å tilføre legen ny kunnskap og nye ideer ved å kartlegge sykdom, familie og levekår ved hjelp av et skriftlig hjelpemiddel – en dagbok. Denne artikkelen handler om hvordan jeg utformet, utprøvde, evaluerte og drøftet implikasjonene av dette hjelpemidlet.

### Materiale, design og metode

Dagbokmetoden ble utviklet i samarbeid med et utvalg på 16 pasienter med symptomvarighet på mer enn seks måneder og ulik sykdomspresentasjon. Undersøkelsen er en kvalitativ studie av egne konsultasjoner. Designen er aksjonsforskning (2) (ramme 1).

Forskningsmaterialet var notater og dagbøker hentet fra 36 konsultasjoner med de 16 pasientene. Fra 23 konsultasjoner med 12 pasienter foreligger det lydbandopptak og utskrifter. 3–6 måneder etter avsluttet kontakt deltok åtte av pasientene i evalueringssmøter. Disse utgjorde et utvalg av så vel vellykkede som mindre vellykkede behandlingskontakter, vurdert av pasient og lege i fellesskap. Møtene omfattet pasient, lege (meg selv) og i fem tilfeller en klinisk veileder.

Studien startet med at pasienter formulerte sine problemer overfor meg (langvarige symptomer) uten at jeg gjorde kliniske funn, og at jeg formulerte et selvopplevd klinisk problem (fastlåste samtaler). Jeg ønsket å undersøke dette som kliniker og som forsker med støtte av klinisk veileder og forskningsveileder. Utforskningen startet med en foreløpig intervensjonsbeskrivelse (utkastet til dagbokmetoden). Det ble gjort utprøving av denne metoden i samarbeid med pasientgruppen.

Den kvalitative evalueringen hadde som formål å gi en beskrivelse og analyse av hvordan dagbøker påvirker lege-pasient-samtalen i konsultasjonen ved at man kan lese ut av dagbøker, feltnotater og lydband-utskrifter hva som skjedde når metoden var i bruk. Bearbeidingen av data bygger på hovedtrekk fra Giorgis metode (3)

Analysen påvirket min forståelse av hva det kliniske problemet var og resulterte i modifikasjon av dagbokmetoden. Den modifiserte metoden ble brukt i nye pasientmøter. Resultatet av prosessen er en utprøvd klinisk metode.

### Ramme 1

#### Aksjonsforskning

- Aksjonsforskning er studiet av sosiale prosesser som utsettes for forandring
- Forskerne samarbeider med de undersøkte mer enn de gjør studier på dem
- Spenner fra systematisk refleksjon over praksis til deltakende aksjonsforskning, der undersøkeren og de undersøkte samarbeider i alle deler av forskningsprosessen
- Studier av prosess frem mot resultat kan forklare at kvalitative metoder ofte benyttes

Dette er aksjonsforskning, dvs. at jeg undersøkte lege-pasient-samtaler ved å forandre dem, samtidig som jeg utviklet ny kunnskap med siktemål å forbedre praksis.

#### Helsedagbok som klinisk metode

Dagbokmetoden var i seg selv et resultat (4). Den kvalitative evalueringen gav som resultat en fremgangsmåte for klinisk arbeid. Utformingen av dagboken var et emne som måtte tilpasses pasienten – noen skrev brev, andre fylte ut et skjema som vi tilpasset for formålet.

Legen og pasienten etablerte en ny samhandling ved å samtale om hvordan de skulle samtale. Forventningen til dagbokmetoden ble endret – dagboken gikk fra å være et konkret verktøy for innsamling av informasjon til å bli et kommunikasjons-hjelpemiddel som bidrog til å forme relasjonen mellom lege og pasient. Slik sett kom selve verktøyet i bakgrunnen i forhold til virkningene det hadde på interaksjonen mellom lege og pasient å skulle inngå i en metadiolog, forhandle om samhandlingen.

Dagboken gav pasientene anledning til å reflektere over sin egen symptompresentasjon. Flere pasienter la frem sin sykehistorie på en ny måte, noe som også gav legen anledning til å se dem med nye øyne. Mindre forutsigbarhet i samtalen gav en mer vitebegjærlig lege. Vi stoppet opp som om vi spurte: Snakker vi nå sammen på en måte som kan bringe oss videre – lære mer om disse plagene?

Evalueringen viste også metodens begrensninger. Pasienten må ha betydelig tillit til legen for å være villig til å dele personlig informasjon. Legen må på sin side bevare nysgjerrighet og vitebegjær for å være motivert for å arbeide med helsedagbok.

### Helsedagbokens muligheter

Dagbøkene førte til nye lege-pasient-samtaler (5). Påvirkningen kunne oppsummeres som konkretisert tilleggsinformasjon for legens kliniske beslutningsgrunnlag ved at dagbøkene gav ny medisinsk relevant informasjon. Legen fikk mer konkret kunnskap om plagene (hyppighet, styrke, lokalisering osv.). Dette førte i flere tilfeller til diagnostisk revurdering, endatil funn av alvorlig sykdom. På den annen side viste det seg at noen plager forekom sjeldnere enn pasienten først hadde presentert og var og så beskjedne at pasienten mente de var til å leve med.

Legen fikk også innsyn i pasientenes personlige forståelse av plagene. Dette kunne skje på flere nivåer: Samtalen med en 12-åring som hadde skrevet dagbok om astmaliknende plager, avklarte at han vurderte dem slik: «Eg veit ikkje kva dette er – om det er sjukdom i det heile teke, du skal sjå det berre er stress.» Dagbøkene kunne også gi legen tilgang til pasienters indre samtaler om plagene. De tydeliggjorde sin innsikt ved å formulere seg skriftlig, og skriftlige notater kunne gi ny mening til emner vi tidligere hadde snakket sammen om.

### Kan helsedagbok styrke pasienten?

Det var mulig å utforske tankeprosessene som ledsaget pasientens symptompresentasjon for legen (6). Pasientenes forståelse og symptompresentasjon har sammenheng med deres samtaler med seg selv om plagene. Samtale om pasientens egne indre stemmer og hans indre dialog gav en konkret måte å snakke om tankeprosesser på – indre samtaler som inkarnerte eller kroppslige tanker.

Metaforer og fortellinger har det til felles at de skaper ny mening. Det er forskjell på de medisinske profesjonelle metaforene og pasientens egne. Denne delen av prosjektet handlet om at pasientene kunne bruke dagboken til å skrive ned flyktige bilder og personlige beskrivelser som ledsaget smerter og plager, og bruke dette som utgangspunkt for nye samtaler. Vi kunne vise hvordan samtale basert på egne indre dialoger modifiserte negative indre stemmer og gav rom for pasientenes egne ressurser og deres alternative mestringsstrategier.

Begrepet «indre stemmer» gav tilgang til teoretiske perspektiver på tankeprosesser som ledsager presentasjon og formulering av symptomer og plager. Funnene ble vurdert i lys av psykologivistikk (7, 8),

kommunikasjonsteori (9) og hermeneutikk (10). Schöns teori om refleksiv profesjonell praksis (11) gav en ramme for beskrivelse av hvordan legens posisjon i dialogen kunne endre seg ved hjelp av dagbøkene, slik at legen endret en selektiv uoppmerksomhet og reflekterte med pasienten i situasjonen.

### Legen som kliniker og forsker

I dette delprosjektet undersøkte jeg metodiske problemer knyttet til å forske på en interaksjon der allmennpraktikeren både er deltaker (kliniker) og observatør (forsker) (12). Ut fra kvalitativ analyse kunne jeg beskrive erfaringene fra forskningsprosessen som en systematisk bruk av perspektivskifte i samhandling – som etablering av *metaposisjoner*. Disse perspektivskiftene ble etablert ved dokumenterte nedtegnelser fra reflekterende dialoger. Notater fra egensamtaler, introspeksjon, gav ett perspektiv. Ved dokumenterte nedtegnelser av pasienters og veilederes utsagn lånte jeg deres øyne og ører, og jeg kunne tegne alternative bilder av prosessen fra andre posisjoner.

Disse respektive samtalene handlet om:

- Dialogene med meg selv, der min egen forforståelse av pasienten, om hvordan han egentlig var og alltid kom til å være, kom i søkelyset. Det handlet om å tydeliggjøre mitt eget ståsted, klargjøre min egen indre samtale om det jeg undersøkte.
- Dialogene med pasienten, der ikke bare innholdet i samtalen, men de lett overhørte og oversette nyansene, musikken i samtalen, kom i søkelyset. Det dreide seg om å høre med «det andre øret». Dette demonstrerte et behov for å materialisere data, ha en datamengde som er nedskrevet eller tatt opp på lydbånd.
- Dialogene med klinisk veileder, med vekt på fantasiens kraft i utforskning av «den andre», et vitebegjær satt i system i den samtaleformen vi prøvde ut.
- Dialogene med forskningsveileder, der søken etter metode for evaluering, hvordan se opp og ned på datamaterialet kom i søkelyset. Og der slike samtaler fikk meg til å redefinere hva jeg oppfattet som forskning.

Disse erfaringene resulterte i en liste over fallgruver i forskning på egen praksis (ramme 2).

### Å kommunisere kroppslig sykdomserfaring

Den profesjonelle samtalen har både et saksforhold og et relasjonsforhold, den er et personlig møte. Vi kan verken objektivere den andre eller oss selv i en relasjon. Legen trenger derfor ikke bare kunnskap om fag, men også om seg selv, om den som går inn i relasjonen.

## Ramme 2

### Fallgruver i forskning på egen praksis

- *Ikke klargjøre egen forforståelse*  
Du er deltaker og observatør – søk balanse mellom nærhet og nødvendig avstand  
Klargjør din egen indre samtale om pasienten – let etter en forståelse pasienten kan kjenne seg igjen i
- *Miste musikken i samtalen*  
Det trange interaksjonsrommet og den kombinerte lege-forsker-rollen utfordrer din evne til å høre nyansene i kommunikasjonen  
Vær oppmerksom på skjulte konflikter mellom lege og pasient  
Materialiser data – nedtegn ditt utgangspunkt og dine prosjekterfaringer for å korrigere egen introspeksjon  
Vær lydhør for pasientens urørlighetsso- ne også i forskning
- *Undervurdere behovet for profesjonell assistanse*  
Ensom arbeidssituasjon kan kompenseres ved klinisk veileder  
Fantasifulle samtaler kan redusere slitasje og tretthet
- *Undervurdere behov for forskningsassistanse*  
Du trenger klargjørende samtaler om passende studiestørrelse, prosjekt-design, datamengde og evaluering  
Forskningssamtale har både likhet og ulikhet med terapeutisk samtale

Med støtte i språkpsykologi kan man vise hvordan tenkning ikke bare uttrykkes i ord, men oppstår gjennom ordene, og hvordan våre indre samtaler er del av denne kognitive prosessen (13). Den indre samtalen forbereder ytring og deling av mening med andre i dialog. Samtale om hvordan personen snakker til og med seg selv kan gi tilgang til nye sykehistorier som ikke bare er monotone, men som kan kalles polyfone. Negative indre monologer kan endre form til styrkende dialoger. Denne utformingen av sykehistorien gav mulighet til å se problemer og plager fra nye sider. I denne prosessen var lytteren med og skapte en ny fortelling.

Studier av konteksten for språklig overført budskap viser hvordan verbal og ikke-verbal informasjonsoverføring utformes i de usikre mellomrommene mellom tanker og ytringer. Du låner den annens ører når du ser på ham hvordan det du sier blir mottatt. Den som hører en annen fortelle, er medskaper i fortellingen, tilhøreren er med og former hvordan den som taler skal se på seg selv.

Psykiateren Trygve Braatøy har vist hvordan et aspekt av denne konteksten for informasjonsoverføring er å finne i kroppene våre og deres måte å forholde seg til hverandre på – i *kroppslig dialog*, noe som er overførbart i den kliniske somatiske undersøkelsen. Klinisk undersøkelse er også dialog, kroppskontakt er kommunikasjon. Legen erkjenner sin egen kroppslige erfaring av å være menneske og å gjenkjenne smerte i seg selv.

Når personer skriver ned sin egen kroppsfortelling, fortsetter de en indre samtale de har hatt om sine plager som en langsom samtale med papiret. Her har de tilgang på personlige metaforer som åpner nye veier for samtale med alternative stemmer og fortellinger som gir mening til hendelser og helse.

### Hva betyr dette?

En av legens oppgaver er å bidra til at pasienten skal kunne fortelle sin sykehistorie – også når den er vanskelig tilgjengelig. Avhandlingen peker på utfordringer i dette arbeidet, og den viser en av mange mulige måter legen kan gå frem på. Praksisnær klinisk forskning demonstrerer hvordan vårt medisinske språk kan komme til kort i beskrivelsen av viktige medisinske fenomener, og hvordan allmennpraktikeren kan møte pasienten både med et naturvitenskapelig og med et humanistisk perspektiv. Forskning i dette feltet må også ta utgangspunkt i at pasienten handler ut fra egne intensjoner, ikke som et objekt for medisinske intervensjoner.

### Litteratur

1. Stensland P. Approaching the locked dialogues of the body. Communicating symptoms through illness diaries. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, 2003.
2. Hart E, Bond M. Action research for health and social care. Buckingham: Open University Press, 1995.
3. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. I: Giorgi A, red. Phenomenology and psychological research. Pittsburg: Dusquesne University Press, 1985: 8–22.
4. Stensland P, Malterud K. New gateways to dialogue in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 175–9.
5. Stensland P, Malterud K. Approaching the locked dialogues of the body. Communicating symptoms through illness diaries. *Scand J Prim Health Care* 1999; 17: 75–80.
6. Stensland P, Malterud K. Unravelling empowering internal voices – a case study on the interactive use of illness diaries. *Fam Pract* 2001; 18: 425–9.
7. Vygotsky L. Thought and language. Cambridge: MIT Press, 1988.
8. Bakhtin MM. Spørsmålet om talegenrane. Bergen: Ariadne forlag, 1998.
9. Andersen T. Reflecting processes; acts of informing and forming. I: Friedman S, red. The reflecting team in action. New York: Guilford, 1995.
10. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug, 1996.
11. Schön D. The reflective practitioner. London: Avebury, 1983.
12. Stensland P. Action research on own practice – methodological challenges. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 77–82.
13. Stensland P. Kroppslige dialoger – inngangsport til samtaler om fastlåste plager. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 24: 2925–8.