

Kronikk

De individuelle historiene og den profesjonelle samtalen

Psykometriske intervjuinstrumenter har de siste tiårene fått økende anvendelse i fag som allmenntidmedisin, barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri i konsultasjoner med pasienter med vansker av følelsesmessig karakter. Dette har tilført fagene nye muligheter for strukturert dokumentasjon av et praksisfelt som etter manges mening har vært preget av skjønnsavgjørelser og personlige preferanser. I denne artikkelen problematiseres denne utviklingen. De personlige opplevelsene og historiene kan bli underordnet når målsettingen er å komme frem til eksakt kunnskap som utgangspunkt for tiltak. Artikkelforfatteren minner om at de personlige historiene og opplevelsene er helt avgjørende i lege-pasient-forholdet.

Basert på foredrag ved Skjervheimseminaret, Voss 2003

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Marit Hafting

marit.hafting@rbup.uib.no
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
Voss sjukehus
5700 Voss
og
Regionsenter for barn og unges psykiske helse
5020 Bergen

Som kliniker, allmenntidpraktiserende lege og barne- og ungdomspsykiater har jeg ført utallige profesjonelle samtaler med voksne, barn og unge, foreldre, lærere etc. Dels har jeg i samtalen hatt som mål å få dem til å fortelle: om betydningsfulle hendelser, om

seg selv osv. Vel så ofte har jeg fått fortellinger i fanget som har sprenget alle tidsrammer, og som det ville vært uhøflig og respektløst å avbryte. Jeg har kjent kraften og egentyngden i disse personlige fortellingene. Den erfaringen har gitt meg tanker om fortellingenes betydning i konsultasjonene, og bekymring for at vi nå står i fare for å kaste barnet ut med badevannet i våre bestrebelser på å standardisere og strukturere konsultasjonene i tråd med retningslinjene for kunnskapsbasert medisinsk praksis (1).

«Angivelig» – bare noe man skriver?

Jeg vil ta utgangspunkt i en opplevelse jeg hadde som turnuskandidat mens jeg dikterte en journal. En sen kveld på vakt da jeg skulle få unna dagens journalskriving, ble jeg oppmerksom på at de opplysningene som kom fra pasientene, ble beskrevet med ordet «angivelig»: «pasienten hadde angivelig feber i går, angivelig vondt i magen, har angivelig en stressende arbeidssituasjon». Da jeg nevnte dette for mine kolleger, skjønnte de ikke poenget: «Det er bare slik man skriver journaler. Det er for å slippe å bruke anførselstegn.» Så jeg fortsatte å skrive angivelig. Først senere, etter at jeg har erfart at det sjelden er slik at ting «bare er slik», har jeg tatt disse tankene opp igjen. Noe som faglig blir tatt for gitt, skjuler ofte uttalte underliggende interessante forutsetninger.

Når man sier at noe er angivelig, holder man muligheten åpen for at det er noe annet som er det sanne. Det sanne kan være de medisinske funnene, for eksempel den temperaturen som blir målt av helsepersonell ved innleggelsen. Den underliggende uttalte forutsetningen er at den praktiske medisinen hviler på to bein: et naturvitenskapelig der man forholder seg til faktiske realiteter som er sanne, og et humanistisk der man forholder seg til menneskelige opplevelser av smerte, glede, sorg, følelse av å være varm og kald osv. En opplevelse kan ikke være sann eller usann. Den er genuin for det enkelte menneske, og kan ikke overprøves av andre. Man kan ikke si til en som gråter: «du er ikke trist» eller «du har ikke vondt», selv om vi ikke kan forstå at det som utløste gråten var trist eller vondt. Et omskrevet sitat fra Steinar Kvale (2) kan illustrere dette poenget: «En pasient forteller alltid sannheten, og det er en oppgave for legen, psykologen etc. å finne ut hva han forteller sannheten om.»

At klinisk medisin og psykologi hviler på to kunnskapsteoretiske bein er gammelt nytt. Første gang jeg hørte om det var da Hans Skjervheim (1926–99) hadde innlegg i Medisinerforeningen i Bergen i begynnelsen av 1970-årene (3). Etter å ha trykt et par krittstykker inn i tavlen, avsluttet han med å si at «dette har medisinarane aldri forstee». Jeg tror fagfeltet har forstått dette, men så lenge det naturvitenskapelige synet har forrang, vil det reelle, det vi kan måle og veie, de objektive funnene, ha en annen status enn opplevelsene. Ofte er det hensiktsmessig. I akuttmedisinske situasjoner er det livreddende at man gir de avgjørende funnene forrang. Men det vil alltid foreligge en opplevelse og en forståelse som verken er sann eller falsk i strikt naturvitenskapelig forstand, men som har betydning for hvordan det som skjer blir tolket og derved for senere handlinger. Betydningen av opplevelsedimensjonen blir mer fremtredende i fag som allmenntidmedisin, geriatri, psykiatri og barnepsykiatri. Her står opplevelser og ulike forståelser sentralt. Det er ikke uten grunn av dette er blant de minst prestisjefylte grenene av medisinen. Blant de andre «hjelperyrkene» har medisinen status og blir modell også for dem. Det faktiske, det sanne, det som kan måles og veies, får ofte forrang fremfor opplevelsene også i fag som psykologi og sykepleie.

Spørreskjema kontra fortellinger

Utarbeidingen av standardiserte, validerte spørreskjemaer, ofte kalt diagnostiske instrumenter (4), er et forsøk på å gjøre opplevelsene mer eksakte, sammenliknbare og håndterbare. Feltet kalles psyometri, og ambisjonen er nettopp å måle opplevelsedimensjoner for å kunne lage profiler og sammenlikne med kjente kriterier. Det er utviklet spørreskjemaer der spørsmålene dekker kjernesymptomene ved ulike psykiatriske lidelser. Ut fra hvilken skåre man oppnår, kan man bli plassert i diagnosegruppe, få svar på om man med stor sannsynlighet vil ha hjelp av medikamentell behandling (5) etc. Dette er ofte nyttig fordi det gir mulighet for å sammenlikne pasientens symptomer med den gjennomsnittlig deprimerede, engstelige, tvangspregede, for å evaluere et behandlingsforløp etc.

Men hvor blir det av de personlige fortellingene, de med en egentyngde som forrykker maktbalansen mellom behandler og pasient,

Ramme 1

Hearts like doors will open with ease with very very little keys, and two of thee are «How do you do», and «If you please»

de som gir pasienten rommet og tilstanden verdighet? Og hvordan oppleves det å bli satt i bås?

Følgende historie tror jeg illustrerer noen av de dilemmaene denne psykometriske tradisjonen fører oss inn i: En middelaldrende mann var innlagt i onkologisk avdeling med en livstruende svulst inni hjertet som gav ham hjertesvikt. Han var ektemann, far til tenåringer og bestefar. Han hadde erfaring bl.a. fra arbeid ved et laboratorium, og hadde gjennomlevd flere alvorlige kreftsykdommer. Tilstanden var sjelden, og legene var i villrede om hva som var best behandling, og om det i det hele tatt var behandling å tilby utover symptomlindring. Han lå med notatblokk, skrev ned det som ble sagt på visittene og førte kurver over prøveresultatene. Når han pga. cellegiftkurer ikke klarte dette selv, tilkalte han slekten som sekretærer. Pasienter oppfører seg vanligvis ikke slik. Ved avdelingen så de at dette var anstrengende for ham. De lurte på om han var depriment og kunne ha nytte av antidepressive medikamenter (6). De tilkalte derfor psykologen (for anledningen en student), som kom med et intervjuinstrument og stilte spørsmål med faste svaralternativer om søvn, appetitt, selvmordstanker osv. Da det gikk opp for pasienten hva dette var, ble han rasende. Han skjelte studenten huden full og forlangte episoden strøket fra journalen med skåre og det hele. Han følte seg tråkket på i sin kamp på liv og død. Jeg tror at dersom noen hadde satt seg ned med ham og sagt at de så at han hadde en stri tårn, ville han bekreftet at livet hans var tøffere enn noen gang. Dersom de så hadde fortalt at de ved avdelingen hadde erfart at folk i hans situasjon hadde fått det bedre når de brukte nervetabletter, ville han ha sagt at han ikke kunne ta noe slikt. For ham var det viktig å følge med, ha skjerpede sanser så langt det gikk. Han følte at det var nå det gjaldt, men at for å klare det, trengte han nattesøvn. Noe å sove på som ikke hang i neste dag, kunne vært nyttig.

Å gjenskape sammenheng og mening

Den israelske sosiologen Aaron Antonovsky (1923–94) studerte overlevende fra konsentrasjonsleirene under den annen verdenskrig som senere i livet klart seg nokså godt (7). Han fant at noe av det de har felles er en følelse av sammenheng i livet, «a sense of coherence». Konsentrasjonsleireoppholdet var for dem blitt tatt inn i deres livshistorie

som var preget av mening, håndterbarhet og forutsigbarhet. Jeg tror at den alvorlig syke mannen ovenfor med sine notater nettopp prøvde å skape mening, forutsigbarhet og håndterbarhet ut av en krisesituasjon der selv behandlerne var rådville. Han skapte en meningsfull historie, og begrepet depresjon var irrelevant.

Det blir stadig bekreftet empirisk at det å gjenskape de meningsfulle historiene, kan være legende (8). Forskergruppen rundt psykologen James W. Pennebaker i USA viser for eksempel at alminnelig friske studenter som 15 minutter tre dager etter hverandre får i oppgave å skrive om en skremmende opplevelse, oppsøker helsevesenet signifikant sjeldnere det påfølgende året enn studenter som under samme betingelser bare får beskjed om å beskrive rommet de sitter i (9). Å skrive seg gjennom skremselshistoriene kan trolig virke forebyggende med tanke på fremtidig sykdomsfølelse.

Et eksempel på en slik leging gjennom historiefortelling er en åtte år gammel jente som kom som flyktning til Norge sammen med sin mor. Far, bestemor og de mindre søsknene var igjen i Afghanistan. Hun var sint, kastet bl.a. stein og knuste vinduer i asylmottaket og hadde voldsomme mareritt som holdt dem rundt henne våken. Hun slo, sparket og bet, særlig moren, men også dem som kom til for å hjelpe. Moren og hun kom til behandling ved vår poliklinikk en time i uken. Jeg tenkte at en måte å komme i dialog med dem på, var å gå veien om bilder. Jeg fikk tak i bilder fra Afghanistan og ark og tusjer som hun kunne tegne med. Men bøker og tegnesaker gikk veggimellom. Jenta måtte holdes dersom hun skulle være i rommet, og moren var sliten, flau og ydmyket. En dag kom imidlertid moren med en video fra bryllupet sitt som hun hadde fått tilsendt hjemmefra. Den varte over to timer og viste hele seremonien med dans, vakre farger, mange mennesker, staselige mannfolk og vakre og frodige kvinner. Stadig måtte vi stanse filmen for at hun kunne forteller historiene om disse menneskene, om hvordan de var blitt borte, drept, voldtatt etc. Selv telefonfolken ble så ivrig at han tolket langt utover den avtalte tiden. Etter det var maktholdet forrykket. Familien hadde fått et rom og bakgrunnen deres verdighet. Jenta tegnet i vei for å fortelle meg mer om familien sin, hjemmet, flukten og andre ting. Hun tegnet også drømmene sine: To soldater med maskingevær som stod foran far, bestemor og småsøsknene der far hjelpeløst prøvde å beskytte barna. Etter hvert lagde hun snakkeboble opp fra far som ropte etter hjelp, og soldatene ble skutt.

Det å få sammenheng i livet gjennom å gjenskape fortellingen ser altså ut til å være legende. Min erfaring er imidlertid

at når det dreier seg om noe så verdifullt som livene våre, deler vi det bare med hverandre der det er en grunnstemning av likeverd, og når det blir mottatt med verdighet og respekt.

Avslutning

Å sette «angivelig» foran pasientens fortelling, ev. få den mer eksakt og sann ved å skrelle den ned til 20 svar på et skjema med ja/nei-spørsmål, gir ikke den andre respekt. Det å lete etter slik det virkelig var, den sanne historien, gir ikke historiefortelleren verdighet. Det er godt empirisk belegg for at pasient-behandler-relasjonen er en vesentlig faktor for endring av tanker, følelser og atferd gjennom samtalerapi (10, 11). Mitt poeng er at dette problemområdet ikke bare kan løstes frem via empirisk forskning, men også ved at vi trenes til å lytte til magefølelsen. Det er også i de profesjonelle samtalene «little keys that opens hearts like doors» mellom oss mennesker (ramme 1). Den danske psykologen Lise Fog kaller psykoterapi for «saklig medmenneskelighet» (12). Denne betegnelsen uttrykker den nødvendige balansen mellom sakkunnskap eller vitenskap og moral i utøvelsen av «hjelperyrkene». Det etiske perspektivet skal ikke ha dominans i forhold til det vitenskapelige fordi kunsten nettopp er å holde flere tanker eller perspektiv i hodet samtidig.

Manuskriptet ble godkjent 5.8. 2005.

Litteratur

1. Sacett DL, Richardson WS, Rosenberg W et al. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone, 1997.
2. Kvale S. InterViews: an introduction to qualitative research interviewing. London: Sage, 1996.
3. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Johan Grundt Tanums Forlag, 1976.
4. AACAP. Practical parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 1386–402.
5. Kringlen E, Dalgard OS. Norske leger lar seg kjøpe av legemiddelindustrien. Aftenposten 14.10.2003.
6. Aass N, Fosså SD, Dahl AA et al. Forekomst av angst og depresjon hos kreftpasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 698–703.
7. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur og kultur, 1991.
8. Greenhalgh T, Hurwitz B, red. Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books, 1998.
9. Pennebaker JW. Telling stories: the health benefits of narratives. Lit Med 2000; 19: 3–18.
10. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. Directing attention to what works. I: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, red. The heart and soul of change: what works in therapy. Washington: American Psychological Association, 1999.
11. Nessa J. Medisin og eksistens. Oslo: Gyldendal, 2003.
12. Fog L. Saglig medmenneskelighet: grundforhold i psykoterapien. København: Hans Reitzels Forlag, 1998.