
Kroppslige dialoger – inngangsport til samtaler om fastlåste plager

KRONIKK

PER STENSLAND

Email: Per.Stensland@isf.uib.no
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

Den medisinske samtalen om fastlåste kroppslige plager uten funn blir av mange leger oppfattet som en utfordring. Artikkelen presenterer teoretiske perspektiver på veien fra en fastlåst dialog til mer fruktbare medisinske samtaler ved hjelp av kroppslig undersøkelse og verbale hjelpemidler. Anvendelsen av disse teoretiske perspektivene bygger på erfaringer fra utviklingen av en klinisk hjemmenotat-metode som hjelpemiddel for å samle informasjon og som intervensjon ved fastlåste plager.

Vygotskis studier av talespråket gir utgangspunkt for analyse av den kliniske samtalen og samhandlingen mellom lege og pasient. Braatøys observasjoner av sammenhengen mellom kroppslig og verbal samhandling gir grunnlag for å inkludere kroppen i samtalen og leder frem mot begrepet kroppslige dialoger. Forholdet mellom verbal og skriftlig samhandling blir belyst ved Ricoeurs arbeider om å forstå handling som tekst. Å endre en medisinsk samtale forutsetter en endring hos aktørene. Kroppslig dialog og bruk av pasientnotater er eksempler på virkemidler som kan introdusere en endring både hos pasient og hos lege. Endring av rammene for samtale kan føre til reformulering av målsettingen med den medisinske dialogen.

«... Og det jeg søker er noe som stemmer med mine funn, de få og forferdende øyeblikk da mine ord og en annens ord plutselig faller på plass i hverandre Og jeg ser mer enn jeg kan se alene»«Jeg ser!»«Mehren (1)»

Det er overraskelsene som huskes. Læring ved erfaring springer ut av en uventet situasjon: En samtale tar en uforutsett retning og forundrer meg, eller en pasient viser seg å ha en helt annen lidelse enn jeg regnet med etter første møte. Den medisinske hverdagen viser seg å være sammensatt og uoversiktlig. Klinisk praksis byr på usikkerhet og rom for individualisert skjønn, og rasjonalitet utgjør bare en del av grunnlaget for dette skjønn (2). Mange sykdomstilstander passer dårlig med lærebokbeskrivelser (3). Dette gleder den erfarne, som ser at livet er større enn boken, men kan også gi grunnlag for ubehag. Usikkerhetens ubehag kan ha vært med og gitt farge til negative holdninger som leger kan vise overfor pasienter med lidelser som ikke passer med skolemedisinen og som derfor oppfattes som mindre vesentlige.

Forfatteren har tidligere beskrevet utvikling og evaluering av en klinisk metode der pasientens hjemmenotater ble brukt som hjelpemiddel av allmennpraktikeren i kommunikasjon med pasienter som lider av fastlåste plager, personer som (i minst seks måneder) stadig gjentar sin presentasjon av kroppslige plager uten at legen kan finne noe grunnlag for dem ved allmennmedisinsk somatisk undersøkelse (4 – 6). Med basis i disse erfaringene ønsker forfatteren å introdusere teoretiske perspektiver som kan sette arbeid med den kliniske kommunikasjonsmetoden inn en bredere sammenheng, et bidrag til at legen skal forstå mer av den kliniske samtalen. Erfaringene fra forskningsprosjektet danner utgangspunktet for å plassere teorianvendelsen i en praktisk sammenheng som kan være gyldig for klinikere også utenfor allmennmedisinen. Artikkelen tar sikte på å belyse veien fra fastlåst dialog til mer fruktbare medisinske samtaler ved hjelp av kroppslig undersøkelse og verbale hjelpemidler.

Relasjonen – et personlig møte

Legen trenger informasjon om sykdomsforløp, om pasientens liv og idéverden for å danne seg et inntrykk av sykehistorien til pasienten med fastlåste plager. Denne informasjonsoverføringen skjer i språklig og kroppslig samhandling med pasienten, ved dialog og undersøkelse. I denne samhandlingen gjelder utsagnet fra den norske filosofen Hans Skjervheim: «Ein kan prinsipielt ikkje objektivera seg sjølv» (7). Emnet for legens kliniske virksomhet er pasienten og hans/hennes situasjon – og til denne situasjonen hører også legen selv. For å få informasjon om pasienten trenger derfor legen kunnskap om det instrumentet han bruker til innsamlingen, han trenger kunnskap om *seg selv*. Skjervheim sier videre: «Dersom vi objektiverer den andre, er det ikkje så lett på same tid å ta ham og det han seier alvorleg» (7). Det er som deltaker, der han deltar i den andres vurderinger, at legen kan la den andre fremstå som en meningsfylt handlende person – som er til å forstå. Den medisinske samtalen som skal hjelpe legen til å forstå, er et personlig møte.

Tale – indre stemmer og ytringer

Når pasienten utformer sykehistorien i konsultasjonen, er den lagt til rette i et mentalt forarbeid. Den russiske psykologen og språkforskeren Lev Vygotski skrev at mennesker finner mening i sine erfaringer ved å utforske dem i sitt eget talespråk i

indre tale. Han studerte småbarns talespråk og beskrev hvordan «egosentrisk tale», der barn snakker med seg selv under aktivitet, inngår som et instrument for tenkning og problemløsning (8). Hos litt eldre barn kommer talen før handling, talen tjener til å planlegge i tillegg til å kommunisere. Slik egosentrisk tale mente han var forløperen for «indre tale» som ledsager og inngår i tenkning hos eldre barn og voksne. Utvikling av tenkning og begreper forutsetter ord og språk: Tenkning ikke bare uttrykkes i ord, men oppstår gjennom ordene (8). Indre samtaler beskrives som et møte mellom symbolspråk og fantasiens billedlige, preverbale tenkning. De kan ta form av drømmens og fantasiens bilder, av de indre samtalerne man kan ha med seg selv, eller som samtalerne man kan ha med seg selv når man skriver (9).

Et emne som berører en person, følger ham og «surrer rundt i hodet» i form av indre stemmer. Slike egensamtaler kan være flyktige, eller de kan være konkrete i form av ens egen og den andres utprøvende stemme, som når man forbereder seg, skal møte en person, eller gruer for et møte. Disse egensamtalerne inngår også i opplevelsen av en selv som syk. Når plagene presenteres, tar den syke frem en av disse stemmene og tester den ut på samtalepartneren. Slike stemmer som ledsager sykdomsfølelse kan være enstonige og negative monologer (10).

Lytte – respons i dialog

I utformingen av ytringer må vi ta hensyn til den andre ved å formulere det vi *kan* si, som er i vår kontroll, ikke bare det vi *vil* si. Og vi må la dette skje i lys av hvordan vi ser at den andre reagerer på budskapet, noe som ikke er i vår kontroll. Denne tette samhandlingen foregår i de usikre mellomrommene mellom tanker og ytringer (mellom indre samtaler og ytringer). Derfor blir den som hører mer enn en passiv mottaker – tilhøreren er med og former hvordan den som snakker ser på seg selv. Legen er med på å modellere denne utformingen. Som tilhører viser han ved lytting og interesse hva pasienten kan si, som kanskje er noe annet enn han ville si. Denne samhandlingen rundt fremstillingen av sykehistorien er en underrapportert premiss for kliniske beslutninger. Legen bygger sine kliniske avgjørelser på den flertydige historien han greier å få frem sammen med pasienten, like mye som på entydige kliniske funn. Det er kanskje nettopp dette deltakende menneske pasienten etterspør – mer enn resepter, henvisninger og nye handlingsforslag. Lytter blir den som kan ta imot – og som kan vise at han tar imot.

Den indre samtalen forbereder dialog og deling av mening med andre.

Litteraturforskeren Mikhail Bakhtin hevdet at språket i sin natur er dialogisk (11). For ham var dette et eksistensielt standpunkt – vi kan se oss selv som hele bare i relasjon til andre. Språket skaper dialoger som både gjør det mulig å eksistere som individ og som binder mennesker sammen. Utforskning av ideer kan skje ved dialog mellom indre stemmer, eller ved å involvere andre personer i ytre samtaler. Samtalens dialogform gjør at vi ser og hører oss selv gjennom ørene og øynene til «den andre» (12). Taleren kan ikke se seg selv, men låne den andres øyne og således se hvordan budskapet høres. Han ser på den andre hva slags budskap dette var, hvordan ordene faller ved å se uttrykket i ansiktet. Ansikt til ansikt utvikles relasjon mellom den som snakker og den som hører. Slik dannes rammen for budskapet som formidles: den personlige uttrykksmåten, letingen etter ord, pusten, toneleiet, pauser forteller noe utover ordene (9, 13). Den som hører får en tilleggsinformasjon. Han kan lese mellom linjene av det

verbale budskapet i ly av hele informasjonen som kommer frem i møtet. Denne merinformasjon gir, sammen med hørerens antakelser, et grunnlag for forståelse, tolking, eller forsøk på å skape sammenheng. Sagt på en annen måte: Den spesielle meningen som ordene har i sin talte sammenheng kommer frem, eller vises i uttalen av budskapet, i intonasjon og uttrykksmåter like mye som i ordene selv. Vi viser mer enn det vi kan si, og like mye som ordene informerer høreren, blir personen som uttaler dem formet av å uttrykke budskapet. Når pasienten forteller sykehistorien, kan legen se hvordan

noen ord beveger fortelleren. Disse ordene er viktige og kan ha evne til ikke bare å bevege ham, men til å bevege hans oppfatning av egen situasjon.

Undersøke – se og berøre

I pasientens presentasjon av en kroppslig plage ligger innebygd en forutsetning om å bli undersøkt kroppslig. Den norske psykiateren Trygve Braatøy minnet allmennpraktikere om at den kliniske undersøkelsen er noe mer enn en medisinsk prosedyre. Å bli tatt på kan symbolisere å bli tatt på alvor: «Det er forskjell mellom sykehistorie før legemlig undersøkelse og sykehistorie etterpå. Denne grunnleggende iakttagelse har overbevist meg om at den alminnelige praktiserende læge har en særlig chance som psykologisk hjelper og rådgiver Men bare hvis legen er innstilt på dette og har tid til å be pasienten sette seg igjen» (14).

Braatøy hadde erfart at pasienter bokstavelig talt trakk pusten dypere, slappet av i skjelettmuskler, og inntok en mindre spent kroppsholdning etter undersøkelsen. Observasjonene hans støttes av klinisk erfaring: Etter en omhyggelig klinisk undersøkelse, kan legen oppleve å få tilgang til opplysninger som pasienten tidligere ikke har nevnt. Betydningen av kroppskontakt i klinisk undersøkelse kan kanskje virke mindre viktig i en medisinsk verden som er preget av teknisk avanserte undersøkelsesprosedyrer. Men erfaringen er knyttet til legens bruk av seg selv som legemiddel i kontakt med pasienten ved kroppslig nærhet i en medisinsk undersøkelse (15).

Braatøys observasjon viser at legen ikke bare har nytte av å lytte under samtalen, men også å se – observere pasientens respirasjon og kroppsholdning. Her viser pasienten gjennom kroppsstilling og bevegelser hva som rører ved og beveger ham. Kroppens holdning og bevegelsesmønster er førspråklige forutsetninger for at verbale ytringer skal være forståelige i en sammenheng. Kroppens evne til å forholde seg til verden ved hjelp av bevegelse og stilling viser et tegnspråk som vi bare delvis rår over og sier derfor mer enn utsagn – oppfanger, artikulerer og levendegjør det overskudd av mening som viser hva vi mener når vi mener noe mer enn det vi sier (16).

Undersøkelsen av pasienten med kroppslige plager er en medisinsk prosedyre som inngår i en personlig relasjon. Forholdet mellom lege og pasient påvirkes av legens bakgrunn i vid forstand og hans erfaring med å møte pasienter. I erfaringsbakgrunnen ligger også legens erkjennelse av selv å være menneske, ha prøvd det som er smertefullt. Her ligger grunnlag for en gjenkjennelse og kroppslig empati (17) som går utover den medisinske undersøkelsen og samtalen. Samhandlingen rundt undersøkelsen, med observasjon, berøring, bevegelse og nærvær, kan beskrives som kroppslige dialoger som utvider og bekrefter den medisinske rammen.

Skrive – en langsom samtale med papiret

Å skrive kan være å fortsette en indre samtale ved å teste den ut mellom en selv og omverdenen. Når tanker skrives ned, skjer det i en prosess der den som skriver snakker langsomt med papiret. Samtalen går begge veier, slik at de skrevne ordene åpner veier for leting etter nye ideer. Frie notater kan derfor være et bindeledd mellom indre dialog og ytring. Samtalen med papiret blir en tankegang der de skriftlig formulerte ordene lager varder som gir tanken retning og som viser hvor veien har gått.

Når pasienten lager hjemmenotater mellom konsultasjonene, kan symptomer få ny mening og pasienten kan returnere til legen med budskapet: «Idet jeg skulle skrive dette ned, så jeg plutselig en sammenheng» (5). Å skrive for presentasjon til andre gir grunnlag for å reflektere og gjennomtenke på nytt. Å snakke med seg selv eller formulere noe i enerom er en ensom prosess. Å presentere følsomt stoff for en annen, igangsetter en dialog som kan være med på å løsne den indre samtalen fra et fastlåst punkt til et ikke så fastlåst. Når en tekst presenteres, vil høreren bevitne og stadfeste det skrevne ved å høre på eller å lese det. Teksten får en ny status etter å ha vært delt med andre.

Metaforer – veier til å klare seg

Metaforer er språklige virkemidler som kan øke forståelsen av pasienten som fortellende subjekt (18). Pasienten har ofte flere alternative beskrivelser av en sykehistorie. En måte å beskrive historien på kan i en periode ha forrang for andre. Ved samtale kan det bli klart at pasienten også har andre stemmer som uttrykker problemet annerledes. Til ulike stemmer eller versjoner er det knyttet ulike bildebruk og metaforer. Disse metaforene er direkte uttrykk for pasientens forståelse av egen situasjon og helse.

Paul Ricoeur hevder at metaforer ikke bare er billedlige *om* skrivinger, men at de får eget liv ved å gi en ny beskrivelse av verden på en måte som gir hele emnet en ny betydning (19). Applisert på møtet med pasienten betyr dette at pasientens valg av metaforer for å beskrive sin sykdom kan gi et personlig bilde av hvordan han oppfatter sin egen situasjon. Tilgang til disse ideene (indre stemmene) og metaforene kan gi nye og fruktbare samtaler om denne pasientens kroppslige plager.

Det er forskjell på ressursene som er knyttet til ulike stemmer, uttrykksformer og sykdomsfortellinger. Egensamtaler knyttet til fastlåste plager blir av pasienter i mange tilfeller beskrevet med negative metaforer og uttrykk. En oppgave for legen kan være å lete etter nyanser i pasientens negative metaforer, eller etter alternative versjoner som også kan inneholde personlige mestringsfortellinger. Det er holdepunkter for at skifte over til bruk av positive metaforer i beskrivelse av egen helse er en prediktor på bedring i helsetilstand (20).

Tekst – forståelse og helseeffekter

Er det noe ved å skrive som virker klargjørende på en annen måte enn det å snakke om de «samme» tingene? Den som snakker uttrykker et utsagn med sikte på å overføre mening og delta i sosial samhandling. Den subjektive meningen med utsagnet ligger innleiret i ordene, men kanskje på en indirekte måte, preget av personens bakgrunn og erfaring med bruk av språket. Høreren mener å forstå hva som blir sagt fordi han har erfaring med å høre utsagn, relatere dem til en situasjon og en sammenheng. Men anvender de ordene slik at de forstår hverandre?

Ricoeur hevder at en tekst får sitt eget liv utenfor den som skriver. I muntlig tale er det en nesten ubrytelig forbindelse mellom talerens intensjon og utsagnets mening. Teksten forlater i det øyeblikk den skrives ned, fortøyningene til de intensjonene forfatteren hadde og situasjonen han befant seg i da han skrev. Den ligger deretter åpen for å bli lest og forstått på ny av andre – eller av forfatteren selv. At teksten bryter fortøyningene til dialogen og til forfatterens intensjon, medfører etter Ricoeur at den kan tolkes og gi ny mening.

En amerikansk gruppe har rapportert en sterk og langvarig positiv helseeffekt, målt ved «objektive» helse mål på astma og revmatoid artritt som følge av å skrive ned historien om den mest belastende hendelse i livet (21). Resultatene var forbløffende gode og har vært kritisert (22), men arbeidet kan leses som del av en fornyet interesse rundt sammenhengen mellom det å skrive notater om egne erfaringer og de effektene dette kan ha på helsetilstanden (23, 24).

Engasjement – ved til bålet?

Pasienter med fastlåste kroppslige plager uten kliniske funn oppfattes av mange leger som vanskelige. Kan faglige anbefalinger om bruk av hjemmenotater, om engasjement og deltakende holdning fra legens side oppleves som for slitsomme, er dette å bære ved til utbrenningsbålet?

På det praktiske planet kan introduksjon av hjemmenotater bringe noe nytt og gjøre konsultasjonen mindre forutsigbar. Notater kan introdusere en nysgjerrighet som legen kan trives med (4). Å høre noe nyttig behøver således ikke slite ut legen, men heller fungere som hjelpemiddel til felles problemløsning.

En beskrivelse av samhandlingens forutsetninger kan heller ikke forstås som et krav om fullt personlig engasjement i enhver klinisk kontakt. Leger må akseptere sin egen tilkortkommenhet som grunnlag for å møte andres. Hensikten er å presentere en ambisjon om en humanistisk retning for det kliniske arbeidet som også kan understøtte legens yrkesutøvelse.

Det finnes flere veier

Beretningen om egen sykdom kan trenge tid til å ta form og personen som er syk kan trenge en spesiell situasjon for at det skal bli mulig for ham å presentere den. Å bidra til å skape en slik situasjon, eller en slik samtale, er en av legens oppgaver. Pasientnotater er en av flere mulige veier for å øke pasientens personlige bidrag til en samtale. De gir et startpunkt slik at legen kan hjelpe til å nøste en sykehistorie fra den enden pasienten selv har valgt. Men skal det bli *bevegelse* i samtalen, må legen bruke seg selv i møtet med personen som sitter overfor ham.

Også for mottakeren av historien kan notater brukt som en supplerende kommunikasjonskanal bidra til forandring. Skriftlige bidrag kan gjøre *legen* mindre trett av fastlåste samtaler, og hardt prøvede konsultasjoner kan få tilførsel av optimisme ved å bli mindre forutsigbare. Et vesentlig bidrag i samhandling er å åpne for en endring hos en selv.

Ulike leger og ulike pasienter kan ha egne preferanser for hvordan slike samtaler kan og bør foregå. De har måter å modifisere rammene for den vanlige konsultasjonen og finner frem til sine egne, egnede samtaleformer. En pasient kan oppleve et skille i samtalen når legen kjenner på, palperer kroppen og innhenter den kunnskapen kroppen kan gi ved direkte kontakt. En lege kan markere et skille i samtaleformen ved å invitere til par- eller familiesamtale.

Men hva kommer ut av å endre rammen for samtale? Pasienter med fastlåste plager blir sjelden kvitt alle sine plager. Men det er holdepunkter for at nye rammer for samtale om fastlåste plager kan gjøre det mulig for pasienten å leve videre med et annet forhold til ubehaget og med en mer realistisk målsetting for legekontakten (6). Noen av dem som tidligere brukte mye tid på legekantoret, gir uttrykk for at plagene for tiden er til å leve med.

Arbeidet er finansiert av Den norske lægeforenings kvalitetssikringsfond. Kirsti Malterud er veileder for forfatterens arbeid om fastlåste kroppslige plager og har kommentert artikkelutkastet.

LITTERATUR

1. Mehren S. Vennskap. I: Mehren S. Den usynlige regnbuen. Oslo: Aschehoug, 1981.
2. Wulff HR. Rationel klinikk. Grundlaget for diagnostiske og terapeutiske beslutninger. København: Munksgaard, 1976.
3. McWhinney I. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1989.
4. Stensland P, Malterud K. Fastlåste kroppslige plager – hjemmenotater gir nye samtaler om kroppen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2807 – 11.

5. Stensland P, Malterud K. New gateways to dialogue in general practice. Development of a symptom diary to expand communication. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 175 – 9.
6. Stensland P, Malterud K. Communicating symptoms through illness diaries. Qualitative evaluation of a clinical method to expand communication. *Scand J Prim Health Care* 1999; 17: 75 – 80.
7. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar. I: Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug, 1996.
8. Vygotsky L. Thought and language. London: MIT Press, 1988.
9. Andersen T. Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalerne. København: Dansk psykologisk forlag, 1994.
10. Penn P, Frankfurt M. Creating a participant text: writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Fam Process* 1994; 33: 217 – 31.
11. Bakhtin M. The dialogic imagination. I: Holquist M. Dialogism: Bakhtin and his world. London: Routledge, 1990.
12. Levinas E. Den annens humanisme. Oslo: Aschehoug, 1993.
13. Braatøy T. De nervøse sinn. Oslo: Cappelen, 1947.
14. Braatøy T. Pasienten og lægen. Oslo: Cappelen, 1952.
15. Balint M. The doctor, his patient and the illness. 2. utg. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.
16. Nerheim H. Vitenskap og kommunikasjon. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
17. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. *Scand J Prim Health Care* 1991; 9 (suppl 1): 7 – 82.
18. Kamps H. Pasienten som tekst. Metaforer i medisinen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2677 – 80.
19. Ricoeur P. The model of the text. Meaningful action considered as a text. *Social Research* 1971; 38: 529 – 62.
20. Pennebaker JW, Mayne TJ, Francis ME. Linguistic predictors of adaptive bereavement. *J Pers Soc Psychol* 1997; 72: 863 – 71.
21. Smyth JM, Stone AA, Hurewitz A, Kaell A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: a randomized trial. *JAMA* 1999; 281: 1304 – 9.
22. Greenhalgh T. Writing as therapy. Effects on immune mediated illness need substantiation in independent studies. *BMJ* 1999; 319: 270 – 1.
23. Bolton G. The therapeutic potential of creative writing. London: Jessica Kingsley, 1998.
24. Pennebaker JW. Telling stories: the health benefits of narrative. *Lit Med* 2000; 19: 3 – 19.

Publisert: 10. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. juli 2026.