

Kultursjukdomar med högt pris

Svensk konflikträdsla och fokusering på hälsa ger grogrund för »epidemier« av utbrändhet, fibromyalgi, elöverkänslighet ...

r Kultursjukdomar finns överallt; i alla samhällen existerar sjukdomar och sjukdomsdiagnoser som avspeglar just det samhällets kultur och behov. Svenska kultursjukdomar – utbrändhet, elöverkänslighet, fibromyalgi, pisksnärtskadesyndrom – har dock en närmast epidemisk spridning, till ett högt pris: för samhället genom sjukskrivningar och förtidspensioneringar och, inte minst, för patienter genom ett otillräckligt behandlingsutbud. Somatoforma och psykosociala syndrom verkar frodas i Sveriges nuvarande sociomedicinska kultur.

MARKUS BELAND
distriktsläkare, Jokkmokks vårdcentral
(markus.beland@nll.se)

II Somatoforma och andra psykosociala syndrom är mycket vanliga i Sverige, och deras spridning visar inte sällan ett epidemiartat förlopp. Samband med eventuella psykosociala konflikter diskuteras förhållandevis lite. Även vid behandling ges psykosociala aspekter överraskande litet utrymme. Det är i sammanhanget intressant att dessa tillstånd också kallas »svårförståeliga« [1, 2].

Den svenska medicinkulturen verkar ha en tendens till somatisk fokusering, möjligen på bekostnad av mer djupgående psykodynamisk förståelse av sjukdomssammanhang. Attityden mot en djupare syn på dessa syndrom förefaller i den medicinska debatten ibland förvånansvärt fiendlig.

Dessa och följande personliga reflektioner och iakttagelser växte fram under min integration i Sverige och är färgade av min tyska bakgrund. Jag kom till Sverige 1997 som färdigutbildad läkare och tillträdde en ST-tjänst i allmänmedicin. Mycket snart mötte jag patienter med fibromyalgi, elöverkänslighet, pisksnärtskada och utbrändhet – diagnoser som för mig var okända eller mycket ovanliga. Även om diagnoserna till viss del förekommer också i Tyskland skiljer sig uppmärksamheten kring dem mycket åt. Förklaringen till detta förbryllande fenomen tror jag står att finna i den svenska kulturen och det svenska samhällets särdrag.

Kultursjukdomar är sjukdomstillstånd eller syndrom som kanaliserar diffus sjukdomskänsla i en kulturspecifik kontext. Symtomen formas efter till-

gängliga och av samhället sanktionerade mönster. Sjukdomsbilden förändras i takt med förändringar i samhällskulturen och den medicinska kunskapen [3]. En viktig förutsättning för att en kultursjukdom ska uppstå är att tillgång till rationell förklaring och behandlingsarsenal saknas samt att sjukdomen institutionaliseras. Samhällets sjukdomsförställningar blir manifesta, och så kallad sekundär sjukdomsvinst kan uppstå. Historiska exempel på kultursjukdomar från förra sekelskiftet är hysteri och neurasteni [4, 5].

Fibromyalgi – uppmärksammas stort

Fibromyalgi finns beskriven i alla länder med västerländsk livsstil och kan möjligen betraktas som en västerländsk kultursjukdom. De svenska särdragen i fibromyalgisyndromet är dess höga grad av institutionalisering och – framför allt – den exempellöst stora uppmärksamhet det får i samhället.

Många läkare/forskare håller fast vid visionen av en somatiskt organiserad orsak som kan upptäckas och förklara fibromyalgiens etiologi [6-9]. Andra anser att syndromet bättre tolkas i ett psykosocialt orsakssammanhang [10, 11]. Det finns slående likheter med tidigare »fin-de-siècle-fenomen« som hysteri och neurasteni, neuroser med likartade symtombilder [12]. Den kvinnliga dominansen bland dagens patienter med fibromyalgi återfinns i den historiska konversionshysterin [3]. Orsakssamband mellan fibromyalgi och långvarig stress diskuteras [13, 14].

Psykoterapeutiska metoder har visat goda resultat, vilket starkt talar för att psykosociala faktorer inte kan förbises i etiologiska sammanhang [15, 16]. An-



Kultursjukdomar är tillstånd som kanaliserar diffus sjukdomskänsla i en kulturspecifik kontext. Sjukdomsbilden förändras i takt med förändringar i samhällskulturen och den medicinska kunskapen. Historiska exempel från förra sekelskiftet är hysteri och neurasteni.

vändning av psykoterapi är trots detta påfallande sparsam. Den terapeutiska arsenalen tycks i de flesta fall bestå av symtomatisk värbekämpning, fysioterapi, sömnreglering och möjligen lågdoserad antidepressiv läkemedelsbehandling samt i många fall även långtidssjukskrivning och förtidspensionering [17].

Elöverkänslighet – okänd utanför Sverige

Diagnosen »elöverkänslighet« är i medicinska sammanhang praktiskt taget okänd utanför Sverige [18]. Vetenskapligt grundade bevis för orsakssamband mellan diffusa symtom och svaga elektromagnetiska fält saknas [19-21]. Sjukdomsbilden kan påminna om fobiska tillstånd [22] vid neurotiska eller andra personlighetsstörningar. Exempel på goda resultat med samtals- eller annan psykoterapi [23-25] tyder på att psykosociala faktorer spelar en viktig roll vid uppkomsten av tillståndet. Psykoterapeutisk behandling för elöverkänslighet sker dock endast i undantagsfall.

Trots all kunskap om syndromet fortlever diagnosen elöverkänslighet som beteckning för ett sjukdomstillstånd. Så sent som 2002 förekom rekommendationer av försäkringsläkare till försäkringskassans socialförsäkringsnämnd att bevilja förtidspensionering för elöverkänslighet. I anläggningen »Elrum« i Västerbotten bedriver Arbetslivstjänsten, som är knuten till arbetsförmedlingen, utredningsverksamhet för patienter som misstänks vara drabbade av elöverkänslighet [26]. Tron på elektromagne-

tiska fälts sjukdomsframkallande effekter inomhus verkar ha fortsatt starkt fäste i vissa statliga institutioner knutna till arbetslivet, i flera fackliga organisationer samt i samhället i övrigt [25].

Pisksnärtsskada – en svensk kultursjuka
Medvetenheten om »pisksnärtsskada« är förvånansvärt hög i Sverige och verkar vara kopplad till utpräglad rädsla för långtidshandikapp. Syndromets institutionalisering med omfattande nätverk av patientföreningar och utredningsverksamhet, såväl som höga sjukskrivnings- och sjukpensioneringstal, är anmärkningsvärd [27-29].

Förekomsten av långvariga nackbesvär vid jämförbara trafikskador i andra länder är inte tillnärmelsevis lika hög [30-32]. Det kan därför finnas anledning att betrakta det svenska pisksnärtsskadesyndromet som i första hand kulturellt präglat.

Inbäddat i ett »neurasteniskt« syndrom – med trötthet, sömnstörningar, oro, ljud- och stresskänslighet, minnes- och koncentrationstörningar samt minskad prestationsförmåga – är pisksnärtsskadesyndromet i sin symtomatologi nära besläktat med andra funktionella tillstånd som fibromyalgi, kroniskt trötthetssyndrom [33, 34] och utbrändhet. Uppfattningen om etiologin är delad. En centralt störd smärtmodulering förespråkas av anhängare av en somatisk orsaksförklaring [8, 35], medan andra beskriver möjliga psykosociala orsaksband [30, 32-34, 36, 37].

Betendeterapeutisk intervention har visat sig framgångsrik också vid pisksnärtsskadevarianten av kroniska smärttillstånd [38], men även vid detta syndrom är användningen av psykoterapi sparsam. Motståndet mot »psykologisering« av pisksnärtsskadesyndromet förefaller stort i patientföreningar och delar av läkarkåren [29, 35].

En orsak till syndromets omfattning kan ligga i utformningen av landets socialförsäkringssystem. Den ersättning som socialförsäkringen erbjuder tycks kopplad till incidensen av skadan och dess prognos; mindre ersättning ger lägre incidens och bättre prognos och vice versa [32, 39, 40]. I den svenska socialförsäkringen finns det, enligt skaderegleringskonsulten Kjell Illerström, dessutom varken regelverk eller rekommendationer för hur potentiella samband mellan olycka och symptom ska hanteras. Ofta accepteras patientens symptomupplevelser som tecken på skada, oavsett gällande bevisregler [41].

Utbrändhet – en »epidemi« utan like

Sverige har på senare år upplevt en epidemiatad spridning av ett utmattnings-

syndrom [42], som med hänsyftning till begreppet »burn-out« [43] har kommit att kallas utbrändhet. Distinktionen mellan »utbrändhet« och egentlig depression kan dock vara svår [44]. Symtombilden överlappar andra funktionella

Konfliktundvikandet präglar enligt min erfarenhet det svenska samhället i mycket stor utsträckning – det löper som en röd tråd genom det sociala, politiska, medicinska och, inte minst, det privata livet. Häri kan, tror jag, en nyckel till förståelse av de beskrivna syndromens omfattning ligga.

syndrom som fibromyalgi och kroniskt trötthetssyndrom [45].

Diskussionen i medier är intensiv och förs med stark betoning på samhälleliga förhållanden, i första hand arbetsmiljön, där orsaken till »utbrändhetens« massiva ökning framför allt söks. Även i den medicinska diskussionen betonas många läkare/forskare orsaks sambandet mellan utbrändhet och arbetsmiljö. Aggressionshämning och andra neurotiska personlighetsdrag såsom låg självkänsla, duktighetskrav och benägenhet att ta på sig skuld, alltså individuella personlighetsdrag som kan predisponera till detta tillstånd [45, 46], diskuteras däremot förhållandevis lite. Tillståndet kan i grunden bygga på en välkänd psykologisk krisreaktion som mycket väl framgångsrikt kan behandlas med psykoterapi [47].

De förändringar som ses på den svenska arbetsmarknaden, med krympande offentlig sektor och ökande konkurrens, är i globaliseringens tid på intet sätt begränsade till Sverige. Mig veterligen återfinns emellertid inte liknande »utbrändhetsepidemier« i andra länder. Det kanske finns samhälleliga särdrag som gjort förändringarna i 1990-talets Sverige särskilt kännbara. Dessa kan dock rimligtvis inte räcka som förklaring till

utbrändhetssyndromets lavinartade ökning. Tanken att förståelsen av fenomenet bör sökas i kulturella sammanhang är därför svår att lämna.

Konfliktträdsplan kan skapa stress

Konflikt hanteringen i Sverige kännetecknas av stor försiktighet och strävan efter samförstånd. Den kan sägas vara präglad av respektfullt bemötande, beredskap att lyssna och strävan att inte kränka motparten. Hållningen kallas ibland konfliktundvikande eller konfliktträdsplan [48]. Den kräver diplomatisk skicklighet och god förmåga att kunna läsa det osagda mellan raderna. Samma hållning har sannolikt också fostrat många internationellt kända svenska profiler inom den politiska diplomatin. Konfliktundvikandet präglar enligt min erfarenhet det svenska samhället i mycket stor utsträckning – det löper som en röd tråd genom det sociala, politiska, medicinska och, inte minst, det privata livet. Häri kan, tror jag, en nyckel till förståelse av de beskrivna syndromens omfattning ligga.

Stress diskuteras ofta som orsak till somatoforma och andra psykosociala syndrom [13, 44, 49]. Upplevelse och bearbetning av stress är troligen i hög grad kulturellt präglad [13, 14, 49]. I den svenska kulturen, där jämlikhet och samhörighet betonas, upplevs meningskiljaktigheter och konflikter ofta som starkt obehagliga [48]. Består konflikterna över längre tid är det troligt att obehagskänslan utvecklas till patologisk stress. Kulturellt betingad upplevelse av obehag och stress i konfliktsituationer kan därför tänkas spela en central roll för uppkomsten av de beskrivna syndromen och skulle kunna förklara varför de är vanligare i Sverige än i andra länder.

Diagnosens makt är stor

»Diagnosen« har synnerligen stor betydelse i diskussionen av somatoforma eller andra psykosociala syndrom. Diagnosen som fenomen är känsloladdad och har fått en påtagligt irrationell innebörd i spänningsfältet mellan biomedicinska och psykosociala förklaringsmodeller. Fenomenet speglas inte bara i offentliga medier utan även i medicinsk debatt.

»Diagnosen fibromyalgi ... botark«, skriver smärtrehabiliteringsläkare Jan Lidbeck [50]. En »säkerställd diagnos« är enligt distriktsläkaren Ingalill Morén Hybinette »väsentlig« för patienten; den »... gör lidandet benämnbart« [51]. »Diagnosen« är identitetsskapande och skänker känsla av tillhörighet till patientorganisationer [17, 36, 52]. Dessa hävdar den sjukes »rätt till sin diagnos« [53], och patienter känner sig lättade och

tillfredsställda över att »ha fått sin diagnos« [52, 54].

När »diagnosen« inte motsvarar förväntningarna utan i stället blir »somatiseringssyndrom« kan den enligt Robert Olin även få patienter att känna sig »kränkta och skuldbelagda« [55]. Diagnosens irrationella, känsloladdade funktion i sjukvård och samhälle är kanske uttryck för medicinens och samhällets svårighet att tolka de beskrivna sjukdomstillstånden i ett bredare, psykosocialt sammanhang. Diagnosfenomenet skulle således med fördel kunna betraktas som ett element i syndromens kulturella kontext.

Hot om kränkning stärker somatisering

Kränkning eller att »inte bli tagen på allvar« är ett centralt och återkommande tema i svensk sjukvård. I synnerhet patienter med somatoforma syndrom tycks ofta känna sig kränkta och oförstådda i sjukvården [35, 52, 56, 57].

I vård- och konsultationssammanhang är kränkningskänsla idag sanktionerad som en legitim emotion och har i synnerhet i samband med somatoforma syndrom blivit vanlig att uttrycka. Känslans påfallande vanliga yttring eller hänvisning till denna, av patienter, patientföreningar eller även i medicinsk debatt, kan tänkas ha ett avvärjande syfte mot alltför starkt ifrågasättande, och den kan ha statusbevarande funktion för syndromen.

Patientens bemötande ägnas stort utrymme i medicinsk konsultationslitteratur. Ett patientcenterat förhållningssätt och »gemensam problemförståelse« anses ofta vara basen för en framgångsrik konsultation. När somatiseringssyndrom är ramen för ett möte är kravet på gott bemötande inte mindre giltigt, men det kräver psykosocial kompetens hos den behandlande läkaren [58-60]. Benägenheten i stora delar av läkarkåren och i samhället att söka etiologiska förklaringar till diffusa symtom i elektromagnetisk strålning, arbetsmiljö, trauma eller dylikt leder inte sällan till att även patienten är övertygad om att orsaken till hans besvär ligger utanför honom själv [52]. Utbredd stigmatisering av psykiska aspekter av somatoforma syndrom kan, tillsammans med bristfälliga resurser [61], vara en anledning till att inte närma sig den psykosociala dimensionen.

En somatisk diagnos kan i dessa fall, där också risken för »kränkning« är överhängande, erbjuda läkaren en utväg ur den hotande, obehagliga konflikten med patienten.

På så vis kan en somatisk diagnos givetvis fylla ett behov även hos läkaren [17]. Patientens »hotelse« om kränkning

kan tillsammans med läkarens strävan efter konfliktfri konsultation således bilda en kraftfull mekanism som kan förstärka somatiseringen och bevara den sekundära sjukdomsvinsten. Möjligheten att förstå den verkliga grunden till

Hälsa, sjukdom och vård får utomordentligt stor uppmärksamhet i Sverige och förefaller allestädes närvarande i det offentliga rummet. ... Uppmärksamheten skapar troligen dessutom grogrund och välfungerande spridningsvägar för »epidemier« av de beskrivna syndromen ...

patientens besvär motverkas då effektivt.

Institutioner undviker konflikt

Försäkringskassan är inte utan betydelse i sammanhanget. Syftet med att försäkringsläkaren aldrig träffar patienter är att förbli »ren« och opåverkad. Försäkringskassans uppfattning är att försäkringsläkaren därigenom ska kunna ge neutrala rekommendationer [62]. Denna förklaring bär emellertid tecken på psykologisk rationalisering. Genom att behöva lita på den behandlande läkarens skriftliga, ofta mycket subjektiva, underlag riskerar försäkringsläkaren att fråntas möjligheten att göra en egen bedömning (å sin arbetsgivares vägnar), t ex i de fall där sjukskrivning eller för tidspensionering inte är självklar men ändå rekommenderas.

Att försäkringsläkaren inte möter försäkrade kan i dessa fall framstå som institutionaliserat konfliktundvikande. För patienter med somatoforma syndrom där somatisering och sekundär sjukdomsvinst är centrala kan försäkringskassans konfliktundvikande hållning således ha en sjukdomsbekräftande funktion. Försäkringskassans rutiner kan på så sätt bidra till att sjukdomsföreställningar blir manifesterade, både i samhället och hos individen.

Även Socialstyrelsens allmänna råd

»Bemötande av patienter som relaterar sina besvär till amalgam och elektricitet« [20, 63] bär otvetydiga tecken på konfliktundvikande. Trots tydliga fakta förblir de allmänna riktlinjerna tvetydiga. Man föreslår i praktiken amalgam- och elsanering i de fall patienten så önskar, trots att frånvaron av vetenskapligt stöd för bådadera betonas [21].

Också Socialstyrelsens försiktiga hållning kan böttna i rädslan att »kränka« patienter med en diagnos som står i kontrast till deras egen sjukdomsuppfattning. Ett annat motiv till otvetydigheten kan tänkas vara att undvika konflikt med patientföreningar, fackförbund eller arbetslivsinriktade statliga myndigheter, som intar en mer somatiskt orienterad hållning.

Samhälleligt fokus på hälsa och sjukdom

Hälsa, sjukdom och vård får utomordentligt stor uppmärksamhet i Sverige och förefaller allestädes närvarande i det offentliga rummet. Patientföreningar imponerar genom mångfald och inflytande på samhällsdebatten. Hälsfrågor och även till synes perifera, medicinska forskningsrön presenteras dagligen för en bred allmänhet, ofta som huvudnyheter, i radio, TV och press. På senare år har det även grundats politiska partier vars program huvudsakligen består i utformning av sjukvård och som har utvecklats till betydande inslag i landstingens partilandskap.

Samhällets uttalade fokusering på människors hälsa kan tänkas förstärka syndromens subjektiva betydelse för individen. Uppmärksamheten skapar troligen dessutom grogrund och välfungerande spridningsvägar för »epidemier« av de beskrivna syndromen eller liknande.

Massmedier anses ofta spela en central roll för spridningen av idéer om sjukdom och för hur oro och spekulationer skapas [36]. Den epidemiartade spridningen i Sverige av här diskuterade syndrom kan emellertid inte förklaras av enbart massmedial verksamhet. Oro och spekulationer uppstår främst när allmänheten visar intresse för hälsofrågor och är mottaglig för oro. Massmedier återspeglar i så fall bara de uppfattningar och värderingar som redan är livaktiga i samhället.

Epidemin och omfattningen av de beskrivna sjukdomsfenomenen berör troligen mycket större och mer vidsträckta frågor än de massmedierna kan skapa. Den böttnar förmodligen i den grundläggande samhällssynen och i det svenska samhällets utformning [64].

Politisk inriktning präglar förklaring

Sverige har sedan 1930-talet nästan oavbrutet styrts av socialdemokratiskt präg-

lad samhällspolitik, där folkhälsa och utformning av arbete och samhälle har varit centrala. Det kan ha bidragit till att psykosociala frågor ofta betraktas med betoning på samhällets och arbetets roll, medan betydelsen av individuella personlighetsdrag har en tendens att förbises.

Samhällsfaktorer får en framskjuten plats i orsaksförklaringen för diffusa symtom och tycks prägla förståelsen av psykosociala syndrom i Sverige. Elöverkänslighet och utbrändhet, där orsaken som regel söks i den fysiska och psykiska arbetsmiljön, är slående exempel.

Biomedicinen dominerar i Sverige

Medicinen i Sverige domineras mycket starkt av en naturvetenskapligt inriktad forskningstradition, möjligen på bekostnad av utrymme för andra tanketraditioner. Det svaga intresset för den (i grunden humanistiska) psykodynamiska tanketraditionen är ett exempel med återspeglning i den biomedicinskt orienterade terapitraditionen i svensk psykiatri och allmänmedicin [65, 66]. Också den djupa misstänksamheten mot andra behandlingstraditioner, såsom alternativ- eller komplementärmedicin, kan ses som tecken på biomedicinens tydliga dominans.

I andra, naturvetenskapligt inte mindre framgångsrika, länder som USA eller Tyskland finns en mer pluralistisk hållning där dessa traditioner lätt integreras. Mångfald av olika behandlingsformer kan ha en viktig funktion både för den medicinska diskursen och för samhällets terapeutiska möjligheter. Så kan patienter med vissa somatoforma syndrom exempelvis mycket väl finna en terapeutisk hemvist i de mer erfarenhetsbaserade terapitraditionerna utan att syndromen behöver kliva in på den skolmedicinska arenan, där de behäftas med den gåtfullhet och dignitet de har idag.

Onödigt högt pris

Kultursjukdomar finns överallt. I varje samhälle existerar sjukdomar och sjukdomsdiagnoser som speglar dess kultur och behov. De svenska kultursjukdomar som jag har diskuterat har dock ett onödigt högt socialt pris: höga kostnader för samhället genom sjukskrivningar och förtidspensioneringar och, inte minst, patienters lidande genom ett otillräckligt behandlingsutbud. Somatoforma och andra besläktade syndrom verkar frodas i landets nuvarande sociomedicinska kultur.

Den starkt dominerande naturvetenskapliga tanketraditionen fråntar, menar jag, samhället och medicinen tolknings- och behandlingsmöjligheter som kunde vara av stor nytta. Ökad hänsyn till indi-

viduella psykosociala aspekter skulle kunna ge en mer heltäckande bild av sjukdomsorsakerna och öppna dörrar för behandlingar som hittills varit på undantag. Olika psykoterapiformer har visat sig effektiva. Den psykodynamiska tanketraditionen kan här, tror jag, tillföra mycket som ökar förståelsen för de komplicerade sambanden mellan konflikt, beteende och sjukdom.

En öppnare hållning även mot andra terapitraditioner än den strikt skolmedicinska kan på sikt möjligen bidra till att minska omfattningen av somatoforma och andra psykosociala syndrom i Sverige.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*

Olle Hellström, samt även Hans Hallberg, Mogens Hey, Jörgen Malmquist och författarens f d handledare Peter Olsson, har bidragit med värdefulla synpunkter på texten, stimulerande diskussion och uppmuntran till publikation.

Referenser

- Malmquist J. Somatisering – en viktig orsak till svårbegripliga symtombilder. *Läkartidningen* 2001;98:5852-76.
- Johannisson K. Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter. Stockholm: Norstedts; 1990. p. 99-125.
- Hellström O. Health promotion and critical dialogue. *Patient Educ Couns* 1995;25:247-56.
- Leonhardt T. Fibromyalgi – nytt namn på gammal »sjuka«. Trötthets- och smärtsyndrom med historisk bakgrund. *Läkartidningen* 2000;97:2618-24.
- Olin R. Trötthet och värk. Fibromyalgi och andra neurosomatiska sjukdomar. Karlstad: Rafael; 2002. p 67.
- Ekelund AG. Kognitiv beteendeterapi vid elöverkänslighet. *Läkartidningen* 1998;95:3285.
- Nygren Å, redaktör. Nacksador efter bilolyckor. Whiplash associated disorders. Lund: Studentlitteratur; 2001. p. 98.
- Malmquist J. Föreställningar om sjukdom. Somatisering, medikalisering, prioritering. Lund: Studentlitteratur; 2001. p. 82-5.
- Illerström K. Efterbliven skadereglering bakom ökning av whiplashskadorna. *Läkartidningen* 2001;98:2643-6.
- Björkman Å, Joneborg N, Klingberg Larsson S. Stress och utmattningsreaktioner. Stockholm: Liber; 2002. p. 15.
- Rosenqvist P. Stressrelaterade utmattningstillstånd – några behandlingserfarenheter. *Läkartidningen* 2001;98:5549-53.
- Daun Å. Svensk mentalitet. Stockholm: Rabén Prisma; 1998. p. 92-109.
- Lidbeck J. Somatisering? En personlig betraktelse från smärtans horisont. *Svensk Rehabilitering* 2002;(2):42-4.
- Morén Hybinette I. Rehabilitering inom allmänmedicinen. En vägledning för allmänläkare. Lund: Studentlitteratur; 2001. p. 61.

- Olin R. Somatisering – en oftast missvisande förklaring till svårbegripliga symtom. *Läkartidningen* 2002;99:815-6.
- Hellström O. Patienten som person. Om mening och dialog i allmänmedicinsk praktik [dissertation]. Umeå: Umeå universitet; 1999. p. 95-6.
- Haugli L, Finset A. Lege-pasient-forholdet ved funksjonelle lidelser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122:1123-5.
- Helman C. Culture, health and illness. London: Arnold; 2002. p. 88.
- Crafoord C. Psykiatrins slagsidor: Ett historiskt, men subjektivt, perspektiv. *Läkartidningen* 2000;97:3765-7.

I Läkartidningens elektroniska arkiv <http://larkiv.lakartidningen.se> är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.



= artikeln är referentgranskad