

Jörgen Malmquist, med dr, ämnesexpert i medicin, Nationalencyklopedin jorgen.malmquist@mailbox.swipnet.se
Christer Petersson, med dr, distriktsläkare, FoU-centrum Kronoberg christer.petersson@tkronoberg.se

Psyket som försvann – eller Helhetssynen som plattade till patienten

II En av sjukvårdens viktigaste uppgifter är att försöka avgöra vilken eller vilka orsaker patientens sjukdom eller symtombild har och vilka omständigheter som påverkar symptomens intensitet, karaktär, utveckling och varaktighet. En välgrundad uppfattning om allt detta är nödvändig bl a när lämplig behandling ska väljas, i en öppen dialog med patienten. När uppgiften är svår beror det inte sällan på svårigheten att bedöma vilken roll psykiska och sociala respektive biologiska och somatiska orsaksfaktorer spelar. Kropp–själproblemet är ständigt närvarande i mötet mellan läkare och patient.

Att fundera i sådana banor är minst av allt något nytt. Filosofer, religiösa tänkare och vanliga människor har i alla tider grubblat över hur relationerna mellan kropp och själ är be-ska-fade.

Om man arbetar inom medicinsk vård har man goda skäl att fundera på detta och att diskutera frågan, dels av ovanstående skäl, dels därför att den är nära förbunden med frågan om vad helhetssyn innebär inom vården.

Vad betyder helhetssyn?

Först måste vi konstatera att »helhetssyn« har blivit ett honnörssord. Detta har hämmat kritisk granskning och reducerat uppmärksamheten på att ordet kan användas i olika betydelser.

Inom sjukvården förekommer åtminstone tre olika användningsområden, som bara delvis överlappar varandra.

1. Varje människa är en helhet, alltså en konkret levande person i ett livssammanhang. Som läkare/vårdare är det just denna person jag måste gå till mötes före varje försök till analytisk uppdelning. Varje symptom eller problem som patienten presenterar måste ses och värderas utifrån hela den person jag möter. Endast med den utgångspunkten kan den terapeutiska relationen bli fruktbar.
2. Nästan varje möte inom vården initieras av någotslags (hälso)problem. Det problemet framstår primärt som en helhet. Men en optimal bedömning kräver oftast att man börjar med någon form av »sönderdelning«. Problemet måste betraktas ur olika synvinklar för att man ska kunna begrunda tänkbara orsaker till symptom och sjukdomsbilder. I den processen måste man vara öppen för alla möjligheter och alltså söka orsaksfaktorer i omgivningen, i sociala relationer, i personlighet och psyke och i primära kroppsliga avvikelser. Det man får fram kan ibland omgående, ibland efter en längre utredning, sammanfattas i en helhetsbild. Tillsammans med patienten försöker man få en så fullständig bild som möjligt av problemsituationen, troliga orsaker och åtföljande tänkbara åtgärder. Denna

Sammanfattat



Frågan om kropp och själ och samspelet mellan dem är central i bedömningen av orsaker till och åtgärder vid olika sjukdomstillstånd, och den hänger samman med den viktiga frågan om helhetssyn i vården.

Helhetssyn är sedan länge ett honnörsbegrepp som används i flera olika betydelser i texter med medicinsk anknytning. Vi tar upp tre rimliga betydelser av begreppet.

Vi är kritiska till en helhetssyn som helt vill upphäva distinktionen mellan kroppsligt och själsligt, vi anser att en sådan syn oftast är uttryck för en biologisk reduktionism. Vi ger exempel på hur psyket inom en sådan ram reduceras till neurobiologi, vilket skapar utrymme för avhumanisering och medikalisering.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

analytiska helhetssyn anser vi vara välgrundad och önskvärd.

3. Den tredje betydelsen av helhetssyn säger att människan är en helhet av kropp och själ. I sin mjukaste form är det en hållning som poängterar människans natur med kropp och själ i ständig växelverkan. I en rigid monistisk form är den främmande för varje form av begreppslig uppdelning av människan i kropp och själ. Konsekvensen av en sådan hållning blir att man får svårt att ge en rättvisande bild av människan ur olika aspekter: kroppslig, själslig och social. Vi kommer att ge exempel på detta.

Dualism och monism

Den franske filosofen René Descartes (Renatus Cartesius, 1596–1650) brukar schablonmässigt göras till syndabock för att ha klivit människan i två skilda entiteter. Descartes utvecklade sin kropp–själmodell med en pregnans som påverkades av hans aktiva intresse för den begynnande naturvetenskapen med dess betoning av materiella och kvantitativa företeelser. Han ville framhålla att själen inte kunde höra till den kroppsliga världen, utan att den måste vara en separat icke-

Den franske filosofen René Descartes (Renatus Cartesius, 1596–1650) brukar schablonmässigt göras till syndabock för att ha kluvit människan i två skilda entiteter.

materiell substans (i ordets filosofiska mening). Han framhöll dock att kropp och själ ömsesidigt påverkade varandra. I medicinsk debatt har »cartesianism« och »dualism« blivit till utnötta klichéer på grund av långvarigt missbruk i syfte att skapa den nämnda rigida »helhetsbilden«.

Den något yngre filosofen Baruch Spinoza (1632–1677) hävdade gentemot Descartes att kropp och själ är två sidor av samma substans. Han hävdade alltså en konsekvent monistisk syn (allt är ett och odelbart!) och kom därmed undan Descartes problem om hur två väsensskilda substanser (ande och materia) kunde utöva ömsesidig påverkan. I stället öppnade han för en del andra grundläggande problem. Spinozas värld blev t ex strikt deterministisk. Där fanns ingen plats för den fria viljan i den mening vi vanligen använder begreppet.

Förhållandet kropp–sjel har fortsatt att vara ett viktigt område för analys och diskussion inom filosofin, och fortfarande existerar såväl dualistiska som monistiska modeller. Vi tar inte upp mer utrymme om detta, men kan peka på en omsorgsfull genomgång där filosofen David Chalmers delar in aktuella lösningar av problemet »mental–physical« i sex klasser som representerar tre grundåskådningar: materialism, dualism och monism [1].

Vi anser det fullt rimligt, till och med naturligt, att betrakta det själsliga och det kroppsliga som två olika aspekter av människan som ömsesidigt påverkar varandra. Denna aspekt-dualism kan i någon mån sägas vara i Descartes' anda och är även förenlig med Spinozas tankar [2], men egentligen är det inte nödvändigt att i det här sammanhanget hänvisa till filosofin. Det räcker bra med sunt förnuft och vardagsempiri. Synsättet är i harmoni med hur man i dagligt liv ser på sig själv och sina medmänniskor. Det är giltigt också för dem som arbetar inom människovårdande yrken, men det behöver kompletteras: en allsidig bild av människan inkluderar hennes interaktioner med andra människor, den sociala miljön och naturen. Därav ordet »psykosocial« i den mening vi använder det: ett samlingsbegrepp för psykiska skeenden och den påverkan på dessa som livssituation och livshändelser utövar.

Den medicinska facklitteraturens artiklar framhåller ofta hur viktigt det är i diagnostik och behandling att beakta både biologisk-somatiska och psykosociala orsaksfaktorer (alltså kropp och själ och omvärld). Men den anticartesianska tanke-schablonen är så stark att författare av sådana texter ofta för säkerhets skull lägger till en paradoxal och något komisk förmanande formulering om att dualism måste undvikas! Det

Den något yngre filosofen Baruch Spinoza (1632–1677) hävdade gentemot Descartes att kropp och själ är två sidor av samma substans.

finns alltså ett motsägelseproblem som uppfattas som plågsamt och som därför sällan diskuteras öppet.

En skenbar och vilseledande lösning har emellertid dykt upp på senare år. Dess kärna är att man kan bortse från psykosociala faktorer, eftersom man kan betrakta alla psykiska processer som neurobiologiska och inte behöver beakta inverkan av personens livssituation. Enligt denna rigida och konstruerade helhetssyn innebär ett biopsykosocialt synsätt att man avstår från att försöka bedöma betydelsen av var och en av de tre aspekterna – en åsikt som motsäger sig själv och som är verklighetsfrämmande.

Symtom – kroppslig eller psykisk karaktär

Ett symtom kan vara av kroppslig (fysisk, somatisk) karaktär eller av psykisk karaktär. Den distinktionen är såvitt vi förstår okontroversiell. Vissa symtom kan dock sägas ha en mellanställning. Trötthet och yrsel är exempel på symtom som kan anses ha både kroppslig och psykisk karaktär.

Ett symtom av kroppslig karaktär kan vara orsakat av psykosociala faktorer eller av biologisk-somatiska faktorer, eller av båda orsaksformerna i samverkan. Läkare som är »antidualister« tycks tro att s k dualister har försvurit sig till ett antingen–eller, dvs till att i varje enskilt fall välja den ena av de båda huvudtyperna av orsaksfaktorer. Vi anser att denna ogrundade föreställning är den viktigaste bakgrunden till de egendomliga återkommande angreppen på »cartesianism« och »dualism«.

I en medicinsk kommentar i Läkartidningen om psykiska besvär i somatisk skepnad [3] påpekade Ingemar Sjödin att man måste undvika att blanda ihop en symtombilds karaktär med dess förmodade orsak. Psykiska symtom behöver inte vara psykogena, dvs ha psykosocial orsak. Somatiska symtom behöver inte vara somatogena, dvs ha biologisk-somatisk orsak. Termerna »somatiskt symtom« och »psykiskt symtom« ska i klarhetens intresse enbart gälla symtomets karaktär och inte innehålla någon innebörd av förmodad orsak.

Orsaker till symtom och sjukdom

För enkelhetens skull använder vi de närliggande begreppen »psykisk« och »psykosocial« som synonyma. Detsamma gäller »somatisk« och »biologisk-somatisk«.

Att klarlägga om en symtombild har huvudsakligen psykosociala eller huvudsakligen biologisk-somatiska orsaker kan vara av väldig vikt, särskilt när det gäller att föreslå lämplig behandling. Några exempel:

- Vissa symtom av neurologisk karaktär kan utgöra ett dissociativt syndrom (tidigare kallat hysteri). Självfallet måste diagnostikern försöka förvissa sig om att symtomen inte beror på organisk-neurologisk sjukdom. En kombination av båda orsaksmekanismerna är också tänkbar.
- En person som har hypertoni börjar få attacker av ångest och hjärtklappning. Orsaken kan bli en eller flera av följande: livsproblem/kris, missbruk, ångestsyndrom, feokromocytom.
- Intoleranssymtom av vissa födoämnen kan bero på psykisk aversion med självdiagnostiserad överkänslighet eller på allergi med immunologiskt betingad överkänslighet, eller på båda orsaksmekanismerna.

Exemplen åskådliggör att orsaker av biologisk-somatisk och av psykosocial natur kan samverka. Detta innebär inte att de artificiellt kan slås ihop till en orsak.

Den rigida helhetssynens vådor

Den förlamande »antidualismen« innebär alltså att man inte får överväga psykosociala faktorer separat från biologisk-so-

matiska, i syfte att sedan eftersträva en syntes. Den åskådningen kan ge kuriösa resultat vid särskilt svårbedömda symtombilder, framför allt en undvikande hållning när det gäller orsakstänkande. Ett par exempel följer här.

»*Elöverkänslighet*«. Bengt Arnetz har framfört följande bedömning [4]: »Flera studier har diskuterat 'elkänslighet' som en rent psykologisk eller psykosomatisk företeelse. [---] Det saknas dock övertygande forskning som stödjer den rent psykosomatiska eller psykologiska förklaringsmodellen. Vidare bygger mycket av den diskussion som pågått om 'elkänslighet' och psykosomatik på en gammaldags bild av människan från Descartes tid med en dualism mellan kropp och själ.«

Detta är enligt vår mening ett exempel på att antidualism-schablonen kan medföra allvarlig tankeblockering. Arnetz kommenterar inte huruvida forskningen stöder hypotesen att symtombilden »elöverkänslighet« orsakas av fysikaliska effekter på människokroppen av elektromagnetiska fält och/eller strålning. Något nämnvärt stöd finns inte oss veterligt. Ett annat synsätt är att symtomen uppkommer som följd av ångest som initieras och vidmakthålls av psykosociala påverkningar, t ex symtom hos arbetskamrater, diskussioner på arbetsplatsen och larmsignaler i massmedierna. Det är skäligen att se ett stöd för den tolkningen i det faktum att kognitiv beteendeterapi ibland kan medverka till varaktig lindring av symtomen. Enligt Arnetz framställning skulle läkaren undvika att bilda sig en uppfattning. Man kan fråga sig på vilket sätt en sådan läkare ska kunna diskutera saken allsidigt med patienten och göra något av värde för honom/henne.

Som läsaren redan sett blandar det rigida helhetstänkandet ihop etiologi med patogenes. När det gäller etiologi måste bl a läkare verkligen anstränga sig att skärskåda olika tänkbara möjligheter. Resultatet av den tankeprocessen kan vara av avgörande betydelse för patienten, eftersom etiologin har ett starkt samband med prognosen och med den mest adekvata behandlingen. När det gäller patogenes (skeenden som ligger mellan etiologi och organiska skador och/eller symtom) är däremot psykiska och biologisk-somatiska skeenden ofta så sammanflätade att det kan vara svårt, ibland omöjligt, att skilja dem åt.

Fibromyalgi. I fallet fibromyalgi gäller det, till skillnad från elöverkänslighet, inte huvudsakligen att välja mellan en orsak i den fysiska miljön och en psykosocial orsak. I stället är frågan: Beror symtombilden mest på en »neurosomatisk« störning eller mest på psykosociala faktorer? Benämningen fibromyalgi skapades 1981 som en uttrycklig ersättare för den gamla termen fibrosit. Denna triviala namnändring kom att missuppfattas som ett vetenskapligt framsteg och har inspirerat till biologiska hypotesbyggnader, inte minst i Sverige.

Kort formulerat kan fibromyalgi betraktas ur två olika synvinklar. Den ena är att alla människor då och då har värk som uppfattas komma från muskler. En person som har stor sårbarhet och/eller känner distress (se nedan) får sina smärtsensationer förstärkta och upplever ett »culturally shaped idiom of distress« [5], nämligen långvarig värk, som i detta fall fått det arbiträra namnet fibromyalgi. Den andra synvinkeln är att fibromyalgi är resultatet av primära komplexa kroppsliga processer som framkallar smärtsensationer. En beskrivning av en sådan hypotetisk patofysiologi levererades 1995 av Robert Olin [6]. Sjukdomen föreslogs kunna vara ett neuroimmunendokrinologiskt syndrom.

De ömsesidiga påverkningarna mellan de stora allomfattande systemen i kroppen har studerats länge. Termer som »psyko-neuro-endokrin-immunsystemet« och »psyko-neuro-immuno-endokrinologi« har skapats. Olins artikel om

fibromyalgi saknar som synes elementet »psyko«. Texten eftersträvar mycket riktigt att framställa psykosociala element som föga väsentliga för besvärens uppkomst och långvarighet. Helhetssyn på sjukdomen innebär enligt Olin enbart att den är följden av irreversibla störningar i det neuroimmunendokrina systemet. Diagnosens komponent av social konstruktion beaktas t ex inte.

Fibromyalgi tillhör det större problemkomplexet långvarig smärta, som vi nu går över till.

Smärta – ett problemkomplex

Smärta som uppfattas komma från rörelseapparaten är sedan länge den dominerande orsaken till sjukskrivning och förtidspension i vårt land. I massmedierna är »kronisk smärta« ett ofta återkommande ämne, och det presenteras ständigt högre siffror på hur många personer som är drabbade. Detta utgör en mäktig socialpsykologisk kraft, som förstärks av att »smärta« har slagit ut de mindre intensiva orden »ont« och »värk«. Ibland kan man finna orsaker till smärtan, men många gånger är orsakssammanhangen dunkla eller helt okända. Under senare år har vi fått veta mycket om vad som anses hända i CNS vid långvarig smärta, men hur mycket klokar har vi blivit i orsaksfrågan? Här blir åter frågan om psykosociala faktorerers betydelse viktigt och intressant.

Den multidimensionella synen, som innebär att sådana faktorer kan ha stor betydelse på olika plan, håller möjligen på att ge vika för en renodlat neurobiologisk modell, som har svårt att hantera bl a orsaksfaktorer i omgivningen och därför förnekar dem. Det som inte gärna accepteras i den modellen är alltså att en persons symptomupplevelser kan påverkas av hennes föreställningar, vilka i sin tur kan formas av beskrivningar i medier eller från vänner och bekanta med liknande symtom, av gruppinflytanden från tex patientföreningar och ibland av möjligheter till ekonomisk kompensation m m.

En bra sammanfattning av begreppet smärta är den som härstammar från International Association for the Study of Pain (IASP): »Pain is a multidimensional phenomenon that is a function of sensory, emotional, motivational, and evaluative processes.«

En bok som nyligen utgivits av IASP [7] ägnas helt åt psykologiska faktorerers betydelse för smärtupplevelande och smärtbehandling. Att långvarig smärta har viktiga kognitiva, emotionella och beteendemässiga aspekter som måste beaktas i all behandling löper som en röd tråd genom boken. Ett av kapitlen, skrivet av den svenske smärtpsykologen Steven Linton, gäller de starka miljö- och inlärningsfaktorer som är verksamma i uppkomsten av långvarig smärta. Texten är en utvidgad version av Lintons beskrivning (i SBU:s rapport om ryggvärk) av hur akuta smärtor kan övergå till långvarig värk [8]. SBU-rapporten underströk att psykosociala faktorer har stor betydelse för smärtupplevelande och för förloppet vid sådana värk.

Distress – ett vitt begrepp

All upplevelse av smärta (liksom upplevelse av andra symtom) förstärks av distress. Distress är totaliteten av upplevelser av traumatiska minnen, trängd livssituation, konflikter, omgivningens tryck och brist på positiva förväntningar. Långvarig stress kan vara en komponent i det vidare begreppet distress. Farhågor om hälsoskadande effekter av något i den fysiska miljön kan skapa eller förstärka distress.

Symtomförstärkning (somatosensorisk förstärkning), som ofta också innebär att symtomens varaktighet förlängs, kan bli särskilt markant hos personer med stor sårbarhet (begränsad bemästringsförmåga). Naturligtvis är neurohormonella skeenden en länk mellan distress och symtom – lika väl som det finns ett neurohormonellt underlag till allt kognitivt

och emotionellt, inklusive upplevelsen av distress. Men att betrakta det hela som ren neurobiologi innebär en förminskande och mekanistisk människosyn. Det ligger i monismens natur.

Psykiskt deformeras till neurologiskt

I medicinska texter finns nu en tydlig trend att neurologisera psyket. Ordet »centralnervös« används t ex som ersättning för ordet »psykisk«. Psykiska skeenden beskrivs med neurofysiologiska och biokemiska begreppsapparater, och många förefaller anse att psykiska processer inte är relevanta eller intressanta på något annat sätt. Detaljbeskrivningar kretsar gärna kring nivåer av transmittorsubstanser och hormoner, och sådana framställningar tycks ofta kritiklöst anammas som både fullständiga och kliniskt relevanta.

En omfattande artikel av smärtläkaren Jan Lidbeck om »nya kunskaper« om långvarig smärta [9] nämner nästan inget alls om att människan påverkas av sin omvärld (med inlärning som ett viktigt skeende). Människan skildras som ett helt isolerat, slutet system. Psykiska faktorer omtalas enbart för att betecknas som patofysiologiskt oväsentliga. Långvarig smärta, t ex vid fibromyalgi, skildras som resultatet av enbart neurobiologiska processer: sensitisering (överretbarhet) och defekt smärtinhibering. Att kognitiv beteendeterapi kan ha gynnsam effekt förklaras bero på att sådan behandling har neurobiologisk effekt. Om man skulle acceptera den krystade formuleringen krävs naturligtvis det viktiga tillägget att allt som påverkar personens psyke har neurobiologisk effekt: livserfarenheter, livssituation och den påverkan på personens föreställningar som medmänniskor och massmedier utövar.

Lidbeck har vidare skrivit [10]: »Som jag ser det är bryggan mellan soma och psyke biologisk och därmed potentiellt begriplig.« Man kan först och främst undra varför det behövs en brygga om soma och psyke är ett och detsamma. Ytterligare tre frågor uppstår: 1. Vad menas här med »biologisk«? 2. Är psykiska processer inte i något avseende »biologiska«? 3. Är det verkligen bara sådant som är »biologiskt« som är »potentiellt begripligt«?

Vi har svårt att tänka oss någon som håller med om det sistnämnda. Vi kan lätt konstatera att Shakespeare visste väldigt mycket om psyke, känslor och mänskliga konflikter, men vi vet att han ingenting visste om neurotransmittorer.

Som en välgörande kontrast vill vi nämna en artikel av Monica Löfvander [11] som behandlar kulturella aspekter på smärta och som verkligen ger en mångsidig bild, bl a inkluderar insikten om att det dominerande i symtomet smärta kan vara att själva livet är smärtsamt.

Om man anser att psyket är något enbart kroppsligt, vad anser man då om det sociala fältet kring varje människa? Detta kan ju inte anses vara en del av kroppen. Och det kan knappast göras gällande att människan inte påverkas av sociala miljöfaktorer, kanske det mest multiforma och kraftfulla av allt det vi kallar miljö. Socialpsykologen Johan Asplund uttrycker detta på ett tillspetsat sätt i en givande bok [12]: »Politiska beslut fattade i Stockholm ger förr eller senare upphov till individuella kroppsliga symtom i Tomelilla.«

Att tas på allvar

Ingen relation kan fungera om inte parterna tar varandra på allvar. Det gäller i högsta grad patient-läkarrelationen. Därför är det naturligt att detta med att »ta på allvar« ofta återkommit i Läkartidningen under årens lopp. Framställningen är dock alltför ofta att om psykosociala faktorer förs fram som orsaksfaktorer vid svårtolkade symtombilder innebär detta att patienten eller sjukdomen inte tas på allvar. Denna kliché är intressant på ett oroväckande sätt. En läkare som säger att en »elflykting« lider av ett svårt ångestsyndrom som gravt be-

gränsar hans/hennes liv skulle alltså inte ta personen och hans/hennes sjukdom på allvar?

Vi menar tvärtom att man som läkare mycket väl kan ta patientens lidande på allvar, och förhålla sig konstruktivt till detta, utan att nödvändigtvis instämma i patientens orsaksförklaringar (alltid det enklaste) men också utan att psykologisera. Med det sistnämnda menar vi att läkaren, efter att summariskt och oengagerat ha uteslutit somatiska orsaker till patientens symtom, presenterar en viss psykologisk förklaring som den enda orsaksfaktorn. En förutsättning för att undvika denna negativa psykologisering är en rak och öppen kommunikation mellan patient och doktor, där man lyssnar på varandra och också vågar erkänna vad man inte är överens om. I det praktiska livet är detta oftast, men inte alltid, möjligt. Konflikter om olika terapiformer, sjukskrivning m m kan ibland visa sig olösbare och måste då accepteras som sådana.

Önskan att undgå risken att vara psykologiserande kan få läkare att avstå från att bedöma patientens personlighet och ta upp hans/hennes livsproblem. Vid långvariga svårbedömda symtom är detta inte någon god professionell hållning. Men det är bekvämt, eftersom läkaren slipper vanskliga och potentiellt konfliktskapande diskussioner. Därför kan det kännas lockande att ersätta det psykosociala med neurobiologi. Men acceptabelt är det inte.

Stark medikaliseringstrend

Biologiserande resonemang ger ett slags »otillräknelighet«. Richard Levi har gett en intressant kommentar [13] som kan sammanfattas så här. Psykiatrin har de senaste decennierna både neurologiserats och biologiserats. Om allt är synapser och transmittorsubstanser finns ingen fri vilja. Då är det biologiskt att inte vilja arbeta, och den oviljan är en acceptabel anledning till sjukskrivning.

Kropp-själmonismen medför determinism. Levis beskrivning gäller inte bara psykiatrin, synsättet är tyvärr ganska utbrett inom all medicinsk verksamhet. Det går hand i hand med politikernas och journalisters starka tendens att beskriva människan som »drabbad«.

Neurologen Antonio Damasio gav 1994 ut boken »Descartes' error« [14]. Den är underhållande, men något repetitiv, och den då och då återkommande kritiken av Descartes är ibland missvisande formulerad. Värdefullt är att Damasio deklarerar att människans egenskaper, emotioner och beteende inte kan beskrivas och förstås enbart genom neurobiologi. Slutavsnittet tar upp vad neurobiologi och medicin bör försöka göra för mänskligheten. Där adderar han: »But how to deal with the suffering that arises from personal and social conflicts outside the medical realm is a different and entirely unresolved matter. The current trend is to make no distinction at all and utilize the medical approach to eliminate any discomfort.«

En värdefull kritik av den starka medikaliseringstrenden.

»Människan är ingen neurobiologisk ö!«

Vi har försökt visa på en del konsekvenser av den rigida helhetssyn, grundad i neurobiologisk monism, som vill avvisa varje distinktion mellan kropp och själ. Som den framstår i texter och debattinlägg är den, enligt vår åsikt, oförenlig med en humanistisk syn på människan som meningssökande varsel, en person som lever sitt liv under frihet och ansvar. Försöken att reducera »allt till samma«, dvs göra kropp, och i sista hand fysik och kemi, av själen innebär att människan blir en neurobiologisk automat.

Den typ av helhetssyn vi argumenterat emot tenderar att se varje mätbar cellulär, kemisk eller fysiologisk avvikelser som en säker orsak till associerade symtom eller sjukdomsbilder. Det är lika listigt som att se febern som orsak till infektionen,

och det sätter ensidigt fokus på biologin, när personligheten och livssituationen kanske vore väl så intressant att skärskåda.

Vi förnekar inte värdet av att veta mera om neurobiologiska processer. I bästa fall kan kunskapen bidra till ökad förståelse för hur omvärlden sätter avtryck i människans biologi och till utveckling av bättre läkemedel. I sämsta fall drar den uppmärksamheten från verkliga orsaksfaktorer i omvärlden: exempelvis alla (motstridiga) krav som ställs på människan i det (post)moderna samhället inom arbetsliv, hemmaliv och i konsumtionssfären. Krav som sammantagna kan orsaka olika former av sviktillstånd som snabbt medikaliserar i en kultur, där avvikande värden i kroppskemin ges status av orsaksförklaringar och där de lidande människorna successivt skolas in i ett tänkande som tolkar symtom som trötthet, olust och relationsproblem i sjukdomstermer. Det är lätt att hitta exempel. En stor andel av intervjuade svenskar anser idag att t ex trötthet eller vantrivsel på arbetet är helt acceptabla grunder för sjuknämnan och sjukskrivning.

Människan är ingen neurobiologisk ö! Hon är en extremt social varelse, som varje sekund påverkas av miljö och socialt samspel. Modern stressforskning visar detta med all önskvärd tydlighet. Vi vet att såväl människor som möss kan stressas till döds. Skillnaden är att i människans fall kan detta ske med hjälp av enbart tankar, känslor och föreställningar (dvs psyket). Av detta och andra skäl tycker vi att psyket måste ses som en relativt kraftfull aktör på hälsoarenan.

En konsekvens av vår uppfattning är att medicinen alltid måste se två aspekter av människan, vilka inte är reducerbara i förhållande till varandra. En aspekt är människan som naturvarelse, ett komplext biologiskt system; en annan aspekt är människan som subjekt i samhället och kulturen, dvs i en värld av mening och sociala sammanhang. Eftersom vardera aspekten rymmer många dimensioner kan det sägas att den bästa tillämpningen av »dualism« i medicinen innebär en pragmatisk pluralism!

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Chalmers DJ. Consciousness and its place in nature. www.u.arizona.edu/~chalmers/papers/nature.html
2. Damasio AR. Looking for Spinoza: joy, sorrow, and the human brain. Orlando: Harcourt; 2003.
3. Sjödin I. Psykiska besvär i somatisk skepnad. *Läkartidningen* 1990;87:1233-7.
4. Arnetz B. Elkänslighet, bildskärmar, elektromagnetiska fält. In: From witchcraft to science. Rapport från två forskarseminarier om »Annans överkänslighet«. Stockholm: Vårdalstiftelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2001. p. 65-73.
5. Hadler NM. Fibromyalgia: could it be in your mind? http://www.rheuma21st.com/cutting_index.html (artikeln finns under »Reports from 1999«).
6. Olin R. Fibromyalgi. Ett neuroimmunendokrinologiskt syndrom? *Läkartidningen* 1995;92:755-63.
7. Price DP, Bushnell MC, editors. Psychological methods of pain control: Basic science and clinical perspectives. Progress in Pain Research and Management Vol 29. Seattle: IASP Press; 2004.
8. Linton SJ. Psykologiska faktorerets betydelse. I: Ont i ryggen, ont i nacken. Volym 1. Stockholm: SBU; 2000. p. 117-55.
9. Lidbeck J. Centralt störd smärtmodulering förklaring till långvarig smärta. Nya kunskaper förändrar synen på den problematiska smärtpatienten. *Läkartidningen* 1999;96:2843-51.
10. Lidbeck J. Somatisering – uttryck för en förläggad sjukdomssyn. *Läkartidningen* 2002;99:1505-6.
11. Löfvander M. Kulturella aspekter på smärta: Smärtbeteende – symtom eller kommunikation? *Läkartidningen* 1998;95:1112-8.
12. Asplund J. Det sociala livets elementära former. Göteborg: Bokförlaget Korpen; 2002. p. 177.
13. Levi R. *Dagens Medicin* 2002;(17):25.
14. Damasio AR. Descartes' error. Emotion, reason, and the human brain. New York: G.P. Putnam's Sons; 1994.



=artikeln är referentgranskad

|| Rubrikens ord fälldes av evangelisten Lukas och står att läsa i evangelium enligt Lukas.



»Läkare, bota dig själv«

Lukas, en bildad grek, läkare till yrket och författare av det tredje evangeliet i Nya testamentet och Apostlagärningarna var inte en av lärjungarna – han träffade faktiskt aldrig Jesus och han blev kristen långt efter Jesu död.

Han var född i Antiokia i det sydvästra hörnet av Turkiet och dog martyrdöden mot slutet av det första århundradet, men hade då hunnit bli 84 år gammal.

Symbolen för Lukas är tjuren, ingalunda några medicinska attribut. Rubrikens citatet »Läkare, bota dig själv«, förekommer i 4:e kapitlet, där Jesus frestas av djävulen som provocerar honom att visa sina övernaturliga krafter. Citatet handlar om Jesu predikoturnéer i Judéens synagogor och kapitlet berör också det faktum att »ingen är profet i sitt eget land«, ett annat berömt citat.

Egenvården finns alltså dokumenterad sedan långt tillbaka i historien!

Stephan Rössner
professor, Karolinska
Universitetssjukhuset Huddinge

annons