

Sykdomsbegrepets betydning

5.årsoppgave i stadium IV – Medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø

Tonje Anita Melum
Kull -01

Veileder: Åge Wifstad, ISM

Tromsø, september 2006

Innholdsfortegnelse:

Resyme.....	side 2
Innledning.....	side 3
Materiale og metode.....	side 6
Hoveddel	
<i>Hva som menes med "sykdomsbegreper" og hvordan de inngår i en kontekst.....</i>	<i>side 7</i>
<i>Det skolemedisinske sykdomsbegrep.....</i>	<i>side 9</i>
<i>Kan empiriske studier støtte en teori om behov for et mer helhetlig sykdomsbegrep?.....</i>	<i>side 14</i>
<i>Alternativ medisin.....</i>	<i>side 16</i>
<i>Fenomenologien og hermeneutikken.....</i>	<i>side 20</i>
<i>Ulemper ved et utvidet sykdomsbegrep.....</i>	<i>side 29</i>
Konklusjon.....	side 31
Litteraturliste.....	side 32

Resymé

Kan det tenkes at et mer helhetlig syn på sykdom understøtter et system som i større grad ivaretar ”det hele mennesket”, noe som kan få konsekvenser for utfallet av behandlingen? Jeg har studert denne problemstillingen gjennom et litteraturstudium.

Dagens skolemedisinske sykdomsbegrep har vokst fram i sammenheng med en naturvitenskapelig tradisjon. Det er satt et skille mellom kropp og sjel, og kroppen oppfattes som en slags maskin hvor sykdom antas å skyldes en klart definert biologisk defekt. Denne ”maskinfeilmodellen” har vært grunnlaget for betydelige framskritt innenfor medisinsk forskning. Det er imidlertid vokst fram et spørsmål om den er for snever: mennesket er mer enn en maskin og medisinen er mer enn anvendt naturvitenskap.

Noen studier viser en sammenheng mellom psykososiale faktorer og sykdom. Dette kan delvis forklares ved atferdsmønstre og fysiologiske mekanismer.

Alternativ medisin oppfattes å ha et mer helhetlig syn på sykdom, og stadig flere benytter slik behandling. De fleste går også til lege for de samme plagene: de to sektorer blir brukt komplementært og de tillegges ulik kompetanse og legitimitet. Helsearbeidere som i forbindelse med akupunkturstudier lærer kinesiske kropps- og sykdomsbegreper opplever at de ulike modellene beriker hverandre snarere enn utelukker hverandre.

Fenomenologien representerer et alternativt filosofisk grunnlag. Det essensielle her er hvordan sykdommen oppleves for pasienten. Målet er at pasienten skal kunne føle seg hjemme i sin kropp. Begrepet ”levd kroppslighet” innebærer at man kan avspalte negative erfaringer, som blir liggende som sovende ”innskifter” som før eller senere kan gi seg utslag i fysisk eller psykisk sykdom. Hermeneutikken beskriver hvordan man gjennom kommunikasjon kan hjelpe pasienten til å føle seg hjemme i sin kropp.

En utvidelse av sykdomsbegrepet kan også ha negative implikasjoner.

Kanskje kan økt åpenhet overfor ulike modeller gi nye perspektiver som kan hjelpe oss å på en bedre måte behandle det hele mennesket?

Innledning

I valgfri periode på fjerde året skrev jeg en oppgave om helse- og sykdomsbegreper i forhold til arbeidsmetoder i skolemedisin og homøopati, basert på intervjuer med en norsk lege, en norsk homøopat og en argentinsk legehøopat. Jeg fant da at homøopaten så sykdom som en forstyrrelse i en energi eller en balanse, som henger sammen med kropp og sjel, omgivelser, fortid og framtid. Ulike personer beskytter seg mot ulike forstyrrelser på ulik måte og vil derfor få ulike symptomkombinasjoner som igjen krever ulik behandling. Homøopaten definerte helse som en tilstand av fysisk og psykisk helhet, og brakte det opp på et eksistensielt nivå som involverte mer enn enkeltmennesket. Han la stor vekt på potensialet som ligger i sykdom ved at det, for en del mennesker, gir oss muligheten til å lære noe om oss selv og kan lede til noe positivt. Dette positive kan igjen kanskje være hele årsaken eller meninga med sykdommen.

En lege ser en sykdom som et resultat av en patologisk fysiologisk eller biokjemisk mekanisme. Samme mekanisme vil gi samme sykdom, og dermed et sett typiske symptomer som leder til en diagnose av sykdommen, og til et tilhørende sett av behandlingsalternativer. Legen jeg intervjuet vektla pasientens egen opplevelse av sin helsetilstand. Hun mente også i likhet med homøopaten at folk kan finne noe positivt i situasjonen som syk. Etter hennes utsagn er imidlertid dette et svar for dem selv og det er ikke viktig hva det er. Det er et svar som gjør situasjonen lettere å takle for pasienten.

I sin definisjon av sykdom brukte legehøopaten den homøopatiske modellen, og han mente at homøopatisk behandling var det beste med to unntak:

- Hvis den vitale energien hadde vært forstyrret så mye og så lenge at en irreversibel skade var skjedd, for eksempel ved kreft, var skolemedisin nødvendig. Han ville i disse tilfellene bruke allopatisk (homøopatens navn på vestlig medisin) medisin som supplement til den homøopatiske behandling for å understøtte pasienten.
- Hvis sykdommen var akutt, for eksempel ved alvorlige infeksjoner, ville han bruke skolemedisin for å redde pasienten fra krisen, for så å kunne lete etter den homøopatiske behandling som kunne kurere den underliggende forstyrrelsen. Dette fordi det tar mer tid å finne den homøopatiske behandling, noen ganger to-tre måneder.

Den grunnleggende forskjellen i arbeidsmetode går på at homøopatien vektlegger de individuelle sære symptomene og pasientens personlighet ved valg av behandling. Legehøopatien rangerte viktigheten av ulike symptomkategorier i denne rekkefølgen:

- 1) Personlig historie
- 2) Mentale symptomer (hva man er redd for etc.)
- 3) Generelle symptomer (som om man foretrekker kulde eller varme)
- 4) Fysiske symptomer

I skolemedisinen kommer punkt fire på en suveren førsteplass, og to og tre er helt irrelevante. Dette forklarte han med at mens skolemedisinen ser på symptomene og behandler dem, behandler homøopatien den bakenforliggende forstyrrelsen i vital energi.

Den argentinske legehøopatien fortalte meg hva han oppfatter er forskjellen mellom homøopater og leger når det gjelder den grunnleggende forståelsen av syn på helse og sykdom. Han delte legestanden inn i tre grupper: den første er teknomedisinerne, som ser mennesket som en maskin og behandler dem deretter. Den andre er den humanistiske doktor, som også kan se den mentale eller spirituelle dimensjonen. Til sist de holistiske doktorene, som ser menneskelivet og verden som en helhetlig energi, og hvor han plasserte de alternative medisinerne.

Jeg gjorde på bakgrunn av dette følgende betraktninger: Legehøopatens bilde av den mekanistiske doktor stemte ikke med mitt intervjuobjekt. Bildet han ga av den humanistiske doktor stemmer mye bedre. En kan kanskje si at det skolemedisinske paradigme er i ferd med å forandre seg litt. Mange har skjönt at man må bli flinkere til å se hele mennesket. Men her kan vi kanskje ennå lære noe av alternativmedisinerne, som har arbeidet mer med dette aspektet i lang tid.

Det er i en studie påvist at behandling hos homøopat ga signifikant bedre effekt på øvre luftveissymptomer hos barn, sammenlignet med bruk av homøopatmedisin som var valgt ut av barnas foreldre ut fra en rekke kriterier. Dette samsvarer med resultater fra andre studier. Det ble ikke funnet statistisk signifikant forskjell mellom selvvalgt homøopatmedisin og placebo (1). Det ser altså ut til å være et mulig scenario at homøopatisk behandling gir effekt, mens effekten av homøopatmedisin er lik placebo. Hva er det da som gir effekten? Her sitter

man med flere muligheter: interaksjonen mellom pasient og behandler, det faktum at pasientene betaler av sin egen lomme, effekten av lenger konsultasjoner. Kan det tenkes at homøopatien har en måte å tenke om sykdom på som har betydning?

Jeg vil i denne oppgaven gå videre med disse spørsmålene. Kan det tenkes at et mer helhetlig syn på sykdom understøtter et system som i større grad ivaretar "det hele mennesket", noe som kan få konsekvenser for utfallet av behandlingen? Jeg vil starte med en redegjørelse for hva som menes med "sykdomsbegrep" og hvordan det inngår i en kontekst. Jeg vil så ta for meg det skolemedisinske sykdomsbegrep slik det har utviklet seg fram til i dag. Deretter vil jeg vise til empiriske studier som jeg mener kan støtte en teori om at en mer helhetlig tankegang i forhold til hva sykdom kommer av og hvordan syke mennesker bør behandles kan være hensiktsmessig. Jeg vil så vise til den økte bruk av alternativ medisin og diskutere hvilken betydning dette har. Jeg vil også diskutere sykdomsbegrepene i lys av fenomenologien og hermeneutikken. Til slutt vil jeg diskutere om det kan være noen ulemper ved å utvide sykdomsbegrepet.

Materiale og metode

Jeg har gjort et litteraturstudium. Jeg har funnet litteratur ved søk i bibsys og i *Tidsskrift for norsk legeförening*, ved anbefalinger fra veileder og andre, og ved å følge referanser.

Jeg har valgt å ikke følge malen for vitenskapelig artikkel da jeg ikke oppfatter den som hensiktsmessig til denne typen studium.

Hoveddel

Hva som menes med "sykdomsbegreper" og hvordan de inngår i en kontekst

Med "sykdomsbegrep" mener jeg oppfatningen av hva sykdom kommer av og hva som skal til for å helbrede eller lindre den. Hilden peker på hvordan dette ikke er uavhengig av kultur: den kulturelle oppfatningen av hva et menneske er vil ligge til grunn for hva som oppfattes som "sykdom", og disse oppfatningene vil igjen sette sitt preg på kulturens oppfatning av mennesket:

"Gjennom beskrivelsene av det syke mennesket, og forståelsen av sykdommens årsak og rette behandling, kommer implisitte og eksplisitte antagelser til uttrykk om hvilke kvaliteter, betingelser, tilbøyeligheter og muligheter som kjennetegner også det friske mennesket, og hva som avgrenser et individ i forhold til menneskelige, sosiale, materielle og eventuelt åndelige eller andre omgivelser" (2)

Hilden henviser til Kleinmans teorier om at det er medisinske systemer eller helseomsorgssystemer som anviser hva som er friskt, hva som er sykt, hva som forårsaker sykdom, og hvilke behandlinger og praksiser som kan helbrede det syke (2). Alver & Selberg beskriver nærmere hva dette helseomsorgssystemet er:

"sosialt og kulturelt system som integrerer de komponenter i samfunnet som relateres til helse. Disse komponentene utgjør til sammen et system av oppfatninger og forestillinger om årsaker til sykdom, normer som styrer valg og evaluering av behandling, sosialt legitimerede statuser, roller og maktrelasjoner, interaksjonsrammer og institusjoner. Helseomsorgssystemet innbefatter kunnskap og forestillinger om, og vurdering av helse, sykdom og behandling, både blant lekfolk og blant spesialister. (...) I alle samfunn er sykdom, reaksjonene på sykdom og helseinstitusjoner av ulike slag relatert til hverandre, og som helhet utgjør de helseomsorgssystemet (3)."

Modellen inneholder tre sektorer i helseomsorgssystemet: 1) leksektoren (popular sector), 2) den profesjonelle sektor (professional sector) og 3) den folkelige sektor (folk sector). Leksektoren består av forestillinger og atferd på individ-, familie-, sosialt nettverk og lokalsamfunnsnivå. Det er her sykdommen defineres for den enkelte og her det bestemmes

om det skal gjøres noe med problemet og i så fall hva. Leksektorens kunnskaps- og verdisystem utgjør forankringen for valg av såkalte folkelige eller profesjonelle behandlere. Den profesjonelle sektor består av de organiserte behandlingsinstitusjoner, i vårt samfunn den vestlige skolemedisin. Den folkelige sektor omfatter det som vi ofte omtaler som alternativ medisin, og her skiller Alver & Selberg mellom kloke folk som har medfødte evner, som for eksempel healere, og naturleger som har utdannet seg til for eksempel homøopat eller akupunktør.

Sykdomsbegrepet bestemmes altså av flere ulike sektorer og det er påvirket av samfunnet og kulturen rundt.

Det skolemedisinske sykdomsbegrep

Hippokrates regnes i den vestlige verden som legekunstens far. Imidlertid er hans sykdomsbegrep fundamentalt forskjellig fra det som råder i dag. Den tids grekere oppfattet sykdom som en ubalanse i kroppen, som etter deres oppfatning var dannet av de fire elementer jord, luft, ild og vann med egenskapene varmt og kaldt, vått og tørt (4). Det har altså mer til felles med den helhetsorienterte tankegangen som preger den alternative medisinen.

Forestillingen om sykdom som ubalanse i kroppens elementer ble stående fram til 1600-tallet. I denne perioden vokste det fram et nytt filosofisk system, hvor Rene Descartes var en av grunnleggerne. Descartes søkte svar på to grunnleggende problemstillinger: vår erkjennelses sikkerhet, og forholdet mellom sjel og legeme. Disse spørsmålene nærmet han seg ved systematisk å tvile på alle forestillinger, en framgangsmåte han kalte metodisk tvil. Til slutt satt han igjen med den ene forestilling at ettersom han var i stand til å tvile var han også i stand til å tenke, altså var han et tenkende vesen. Jeg'et består for Descartes i det å ha bevissthet, og er forskjellig fra den kroppen som jeg'et er forbundet med. Begrunnelsen for dette er at ettersom han samtidig kan ha absolutt sikkerhet for sin eksistens som bevissthetsvesen og like mye betvile eksistensen av sin kropp, må disse to være forskjellig fra hverandre. Han kommer med dette til den konklusjon at kroppen tilhører den utstrakte verden (res extensa) og sjelen den åndelige (res cogitans), og at disse ikke har noe med hverandre å gjøre. Her finner vi opprinnelsen til den dualismen som har satt sitt preg på medisinen utvikling. Man begynner å obduere døde mennesker og med dette utvikles kunnskap om anatomi og patologi. På slutten av 1800-tallet er medisinen alminnelig kjent som en naturvitenskap (5). Den såkalte apparatfeilmodellen utgjør grunnlaget for sykdomsbegrepet: mennesket sees på som en avansert maskin, og sykdom har sin årsak i en klart definert biologisk defekt. Dette er på mange områder en svært fruktbar modell, og man går inn i en stabil produktiv fase. Det har skjedd og skjer fortsatt store framskritt innenfor fagfelt som mikrobiologi og biokjemi som har stor behandlingmessig betydning.

Den medisinske virkelighetsforståelse er tett sammenvevd med virkelighetsforståelsen i samfunnet og kulturen rundt. Den medisinske vitenskapens høye prestisje må sees i sammenheng med den sterke tro på vitenskapen generelt, som har preget det industrialiserte samfunn. Dette har gitt grunnlag for framveksten av en erkjennelsesteoretisk oppfatning som

har fått navnet positivisme: en forestilling om at det bare er erfaringsvitenskapene som kan bibringe erkjennelse, og at filosofiens oppgave alene er å samordne og generalisere vitenskapens resultater. Naturvitenskapen tar kun sikte på å finne regelmessigheter og lovmessigheter mellom positivt gitte størrelser, uten å søke etter de "egentlige" og metafysiske forhold bak disse, og dette blir idealet for all forskning. Det aksepteres ingen høyere virkelighet enn den erfaringsmessige. Det vitenskapelige arbeidet består i nøyaktig ordning av empiriske data, hypotesetesting og påvisning av lovmessigheter, med forutsigbarhet og kontroll av naturen og samfunnet som resultat. Positivismen innebærer en forestilling om at forskning gir sikker viten, og at det er en lovbestemt utvikling i historien som gjør at det i en overskuelig fremtid er mulig å forutse et humant og opplyst menneskelig samfunn (6, 7).

På andre fagområder fikk man et oppgjør med positivismen i tiden rundt studentopprøret i 1968, noe som resulterte i en økt pluralisme. Medisinen er imidlertid blitt kritisert for ikke å ha tatt et oppgjør med positivismen. Men også innenfor den medisinske verden begynte noen å rette blikket i andre retninger. Det var på 60-tallet den såkalte "kritiske kliniske skole" påpeker at den virkelige verden ikke er noe laboratorium. Man ser i økende grad behovet for å dokumentere effekt av behandling i den faktiske kliniske hverdag, og med dette blir empirisk forskning viktig. I samme periode vokste det fram en økt interesse for etikk. De store framskrittene har satt oss i stand til å påvirke kroppen og livet, og grensene for hva som er mulig å gjøre har flyttet seg så mye at det reises spørsmål om hva som er riktig å gjøre. Det er også etiske implikasjoner ved kliniske forsøk. Medisin er ikke bare anvendt naturvitenskap. Svenaenus hevder at interessen for medisinsk etikk er et uttrykk for den medisinske humaniora, men at denne omfatter mer enn etikk (8). Kanskje er disse tingene et uttrykk for at noe er i ferd med å skje, at tiden begynner å modnes for å revurdere hvilket grunnlag man skal bygge videre på. Sykdomsbegrepet utgjør en del av dette grunnlaget.

Jeg erfarte i mitt intervju med legen om begrepene helse og sykdom at spørsmålsstillingene "hva er helse" og "hva er sykdom" var vanskelige å forholde seg til. Jeg tolket dette til å komme av at hun som lege og jeg som medisinstudent befinner oss innenfor samme paradigme og disse spørsmålene inngår i dette paradigmet. Det vil si at vi nok begge to antok at jeg hadde omtrent det samme svaret som henne på mange av spørsmålene. Det ble dermed helt unaturlig for oss å diskutere spørsmålet "hva er sykdom", og vi gled raskt over i en samtale om ulike måter pasienter takler sin sykdom på.

Begrepet paradigme ble innført av Thomas Kuhn på 1960-tallet og omfatter alle de ting utøvere av samme disiplin er enige om uten å snakke om det. Dette inkluderer betydningen av de mest fundamentale begreper (som for eksempel sykdom), vitenskapens gjenstandsområde (som hvilke problemer som faller innenfor legevitenskapens område), de grunnleggende teorier (for eksempel apparatfeilmodellen) og de anerkjente forskningsmetoder og verdinormer. Som regel undervises det ikke i disse begreper på det abstrakte nivå, det er noe man gradvis sosialiseres inn i (5). Det setter rammen for hvordan vi tenker og hvordan forskerne jobber, de brillene man ser gjennom. Dette innebærer en begrensning, men allikevel en nødvendig forutsetning for vitenskapelig arbeid. Det lar seg ikke gjøre å løse problemer som ligger utenfor paradigmets rammer, men det er en forutsetning for å arbeide med de problemer som ligger innenfor rammene. Hvordan skulle man komme noe vei i medisinsk forskning hvis man skulle fortape seg for alltid i diskusjonen om hva sykdom egentlig er?

Kuhn brukte uttrykket normalvitenskap om en periode der paradigmet er stabilt, og vitenskapsmennene gjør framgang i sitt arbeid innenfor det. En slik periode kan imidlertid ikke vare evig, i følge Kuhn vil det før eller siden oppstå en krise på grunn av en opphopning av problemer som ikke lar seg løse ved hjelp av det gjeldende paradigmets briller, og et paradigmeskifte tvinger seg fram. Innenfor medisinen har det gjennom historiens løp vært en rekke paradigmeskifter som for eksempel da det oppstod en ide om at sykdommer kunne skyldes anatomiske lesjoner. Karl Popper aksepterer Kuhns teorier om at vitenskapen forutsetter et visst tankesett, men i motsetning til Kuhn oppfatter han ikke normalvitenskap som noe ønskelig og han tillegger vitenskapsmannen en mulighet og et medansvar for en gradvis justering av tankesettet (5).

Er vi kommet inn i en periode med paradigmatisk ustabilitet? Wulff, Pedersen, Rosenberg mener det er berettiget å påstå det:

”der kan heller ikke være tvivl om, at det paradigmatiske grundlag for praktisk lægegerning er mere omdisputeret i dag end for blot nogle årtier siden (5).”

Det kan neppe settes spørsmålstegn ved om apparatfeilmodellen har en berettiget plass innenfor det medisinske paradigmet. Spørsmålet er om denne modellen er for snever. Wulff, Pedersen, Rosenberg sier det på denne måten:

”Vi aksepterer naturligvis, at det biologiske sygdomsbegreb (apparatfejlsmodellen) er en uundværlig *del* av sygdomsbegrebet, og vi argumenterer kun mod den påstand, at den tillader en *fuldstændig* beskrivelse af begrebet sygdom. (...) Alligevel er det ikke biologiske organismer, men mennesker, som er syge, og selv sygdomme som fx ulcus duodeni og cancer, der er udtryk for en klart defineret biologisk defekt, har årsager, manifestationer og virkninger, som rækker langt ud over biologiens grænser. Af disse grunde er klinisk medicin mere end anvendt biologi. (...) Reduktionen af ikke-biologiske fænomener til biologiske er i bedste fald omsonst, og i værste fald medfører den et forvredet og uacceptabelt menneskesyn (5).”

Det snakkes i mange sammenhenger stadig mer om en helhetlig, pasientsentrert tilnærming.

”Det er i dag ingen som bekjenner seg til kropp/sjel-dualismen, som sier at de er for en oppsplitting av kropp og erfaring, kropp og tenkning, kropp og person. Men kropp-sjel-dikotomien er nedfelt i begreper, tankemodeller og teorier. Og nettopp fordi vi tenker gjennom språket, fordi vi ordner og strukturerer vår verden ved hjelp av språklige begreper og kategorier, er de bestemmende for vår virkelighetsoppfatning (9).”

Man har innført begreper som ”biopsykososial”, men hva legger man egentlig i det?

”En bindestrek er kun et lingvistisk fenomen (10).

”Begrepet ”biopsykososial” ble som en slags trekantet modell eller et multifaglig konsept lansert av Engel. Modellen er ikke tuftet på en konsistent teori, og begrepet er intet annet enn en språklig konstruksjon. Likevel anvendes det innenfor medisinen som om det representerte en fruktbar forståelsesramme for det som unndrar seg biologiske forklaringer. Ordet skaper inntrykk av en slags likevektig integrasjon av viten fra tre ulike kunnskapsområder (...) Hvis ”biopsykososial” er et slags akronym for en syntetiserende tenkning, hvilke(n) av de tallrike psykologiske teorier om menneskers emosjoner og hvilke(n) av de ulike sosiologiske modeller om menneskers samliv inngår i så fall i den? Hvis begrepet skal tilkjennegi at visse – og vel og merke bare visse – kroppslige plager krever tilnærming ut fra det faktum at mennesker føler

og er sosiale vesener, hvorfor blir de medisinsk verifiserbare menneskelige lidelser ikke inkludert i en slik forståelse? Er disse beviselig uavhengig av emosjoner og sosial tilhørighet? ” (11)

Dagens skolemedisinske sykdomsbegrep har altså vokst fram i sammenheng med en naturvitenskapelig tradisjon. Det er satt et skille mellom kropp og sjel, og kroppen oppfattes som en slags maskin hvor sykdom antas å skyldes en klart definert biologisk defekt. Denne såkalte maskinfeilmodellen har vært grunnlaget for betydelige framskritt innenfor medisinsk forskning. Det er imidlertid vokst fram et spørsmål om denne modellen i en del sammenhenger er for snever: mennesket er mer enn en maskin og medisinen er mer enn anvendt naturvitenskap. Tiden er kanskje moden for å revurdere det paradigmatisk grunnlag medisinen bygger på. I følge Popper har aktørene mulighet til og et ansvar for en gradvis justering av tankesettet. Maskinfeilmodellen og skillet mellom kropp og sjel er i dag mer omdiskutert enn tidligere, men systemet er fortsatt preget av den dualistiske måte å tenke på.

Kan empiriske studier støtte en teori om behov for et mer helhetlig sykdomsbegrep?

Det er vist at tradisjonelle risikofaktorer for koronar hjertesykdom bare delvis forklarer forskjeller i risiko for slik sykdom (12). Psykososiale faktorer kan også være skadelig for hjerte/karsystemet, både gjennom fysiologiske forandringer og ved den betydning de har for livsstil (13).

Gallo et al viser i artikkelen *Emotions and Cognitions in Coronary Heart Disease: Risk, Resilience, and Social Context at*

”a growing body of large, methodologically sound epidemiological studies, provides substantial evidence that negative emotions and cognitions, including hostility and related constructs, and sub-facets of negative affectivity (e.g., depression, anxiety) contribute to the initiation and progression of CHD (14).”

De etterlyser en mer helhetlig forståelse av årsaken til koronarsykdom:

” the literature would benefit from a more integrative conceptualization of cognitive/emotional and social factors, to better understand how each variable contributes to coronary disease (14).”

Negative psykososiale faktorer gir altså en større risiko for koronarsykdom, som bare delvis forklares ved at dette kan bidra til en livsstil med tradisjonelle risikofaktorer som for eksempel røyking.

Ved en studie på effekter av strukturert psykiatrisk intervensjon overfor pasienter radikalt operert for malignt melanom uten spredning, er det blitt funnet at aktiv mestring predikerte en trend for mindre tilbakefall (7/34 mot 13/34 i kontrollgruppen), og signifikant lavere dødsrate (3/34 mot 10/34 i kontrollgruppen) etter 5-6 år (15).

I en studie av pasienter med metastatisk brystkreft som i ett år fikk psykososial behandling i gruppe, med fokus på mestring av frykt, smerter og symptomer og kommunikasjon med familie og helsepersonell, fant man at intervensjonsgruppen (50 pasienter) hadde en gjennomsnittlig overlevelsestid på 36,6 måneder mot 18,9 i kontrollgruppen (36 pasienter).

Forskjellen var signifikant også når det ble justert for andre forskjeller, som sykdommens stadium og gjennomgått behandling. Forfatterne foreslår at sterkere sosial støtte kan være en av årsakene til denne effekten, og de nevner nevroendokrine eller immunologiske mekanismer som mulige mediatorer (16).

Det finnes også studier som ikke har funnet at psykologisk intervensjon har hatt effekt på overlevelse blant kreftpasienter. En lignende studie av gruppepsykoterapi til pasienter med metastatisk brystkreft påviste ingen økt overlevelse (17).

Empiriske studier viser at psykososiale faktorer kan ha betydning både for utvikling og helbredelse av sykdom. En del av dette kan forklares ved at psykososiale faktorer påvirker atferd, som røyking og compliance. Det finnes også studier som ikke påviser noen signifikant sammenheng mellom psykososial behandling og levetid.

Alternativ medisin

Jeg vil i det følgende avsnitt vise til den økte bruk av alternativ medisin og diskutere betydningen av dette.

De siste 20 årene har det skjedd en økning i bruk av alternativ behandling i Norge. I 1977 hadde 1/5 av de spurte benyttet alternativ behandling, i 1998 hadde dette steget til 37 %. To tredjedeler av de som ikke har benyttet alternativ behandling kunne tenke seg å gjøre det. Homøopati, akupunktur og soneterapi er i nevnte rekkefølge de terapiformer med størst omfang. Når det gjelder hvem som benytter slik behandling, ble det i Aarbakke-undersøkelsen funnet at ca 60 % er kvinner. 64 % av kvinnene i undersøkelsen hadde benyttet alternativ terapi mot 36 % av mennene. I gruppen med høyest utdanning oppgir 33 % at de en eller annen gang har benyttet alternativ behandling, mens andelen i gruppen med lavest utdanning som oppgir det samme, er på 28 prosent. Det er små forskjeller i inntekt. 68 % av de som hadde benyttet alternativ behandling karakteriserte sine plager som kroniske (18).

Hva skyldes det at bruken av alternativ medisin har økt fra 1/5 til 1/3? Kan dette ha sammenheng med at pasientene føler seg mer helhetlig ivaretatt i alternativmedisinen? Eli Berg kommenterer i sin bok *Det skapende mellomrommet...* at befolkningen muligens viser en gryende mistillit til det norske helsevesenet, og at mange tar konsekvensen av dette ved å vende seg til alternative behandlere hvor de opplever å bli lyttet til, møtes som hele personer og får den tiden de trenger (19). Kan det tenkes at de alternative sykdomsbegreper understøtter et system som bedre ivaretar hele pasienten?

Det er blant brukerne en høy andel med kroniske sykdommer. Det er også en høyere andel av kvinner, og av folk med høyere utdanning. Har disse gruppene andre sykdomsbegrep eller en annen helsekultur? Har de plager som skolemedisinen ikke har hjelp for? Kan det tenkes at høy utdanning gir råd til å bruke alternativ terapi, eller vitner om mindre respekt for legens eneautoritet på sykdom og ressurser til å gå utover skolemedisinske legers råd?

I sitt kapittel om valg av behandlingstilbud henviser Alver & Selberg til medisinsk antropologi hvor forklaringer på sykdom, den måten sykdomserfaringer blir gjort meningsfulle, enten i det biologiske eller kulturelle felt, omtales som "explanatory models" (20). Slike forklaringsmodeller er i følge Kleinman knyttet til bestemte sykdomsepisoder, og

”are formed to cope with a specific health problem”. Ulikheter i oppfatninger og opplevelser av sykdom kan være årsaker til at den syke vil søke alternativ hjelp. Ifølge Kleinmans teorier vil folks egne forklaringsmodeller være så diffuse at de kan gi rom for sykdomsforklaringer og erfaringer både i den folkelige sektor og den profesjonelle sektor:

”The diffused nature of popular medical knowledge contrasts to the ”institutionalized” nature of professional and specialized folk medical knowledge. For this reason popular Ems (explanatory models) are rarely invalidated by experience. They are plastic enough to cover a wide range of experiences and imprecise enough not to be refuted by specific happenings (21).”

”I et pluralistisk samfunn som vårt eget finner vi flere forestillingsverdener, knyttet til ulike grupperinger, og også hos en og samme person (3).”

Steinsbekk har i sitt doktorgradsarbeid tatt for seg en rekke internasjonale studier på brukere av homøopati, og fant som et fellestrekk at de fleste pasienter har forsøkt konvensjonell behandling før de oppsøkte homøopaten (1). Alver & Selberg tar for seg denne såkalte dobbeltbruken. De henviser til antropologen Irwin Press, som har funnet tre mønstre i såkalt dobbeltbruk av profesjonell og folkelig medisin. Den første muligheten er konkurranse, som innebærer at begge har kompetanse til ta seg av en hvilken som helst sykdom. Den andre muligheten er oppdeling, hvor pasienten tiltrer legen og den kloke ulik kompetanse i forhold til forskjellige sykdommer. En tredje mulighet er utnyttning, hvor pasienten bruker enten legen eller den kloke som en demonstrasjon mer enn for behandlingens skyld, for eksempel i forhold til sosial status, subkulturell eller etnisk identitet. Det er den andre muligheten, oppdeling, som er mest utbredt i vår kultur. De to sektorer blir tillagt ulik kompetanse og har helt ulik offisiell legitimitet. (3)

Alver & Selberg poengterer et fundamentalt skille mellom skolemedisin og folkemedisin gjennom begrepene kur og helbredelse. De baserer seg her på Hastrup og Kleinmans skille mellom de engelske begrepene curing og healing. Disse knyttes opp mot de to ulike ordene man på engelsk har på sykdom, ”disease” og ”illness”. Man oppfatter det slik at skolemedisinen forholder seg til ”disease”, og at formålet er ”to cure”. Folkemedisinen forholder seg til ”illness”, med ”healing” som mål.

”En sykdoms*kur* retter seg mot den biologiske forstyrrelse med adekvate midler som for eksempel medikamenter eller kirurgiske inngrep. *Helbredelse* av en ”illness” vil rette seg mot den sykes sosiale problem og spørsmål om sykdommens mening (3).”

Man ser her hvordan skolemedisin og folkemedisin kan fylle forskjellige behov. Dette sammen med den såkalte dobbeltbruk hvor alternativ medisin og skolemedisin har ulik legitimitet kan kanskje tyde på at det kan være tjenlig med to ulike sektorer. Kan man allikevel være tjent med mer åpenhet overfor og kunnskap om alternativmedisinske retninger?

De siste årene har akupunktur funnet veien inn i det norske helselandskapet. Det finnes nesten 2000 personer som har gjennomført opplæring i akupunktur og blant disse er det en stor andel leger, fysioterapeuter og jordmødre (22). Mange av disse praktiserer i tråd med kinesiske prinsipper. Gry Sagli har studert hva som skjer med begrepene når tradisjonell kinesisk medisin og vestlig skolemedisin møtes på denne måten. Hun tar utgangspunkt i begrepet qi (uttales chi), som er et essensielt begrep innenfor kinesisk medisin. Kort beskrevet er qi ”alt”, både masse og energi, men det oversettes ofte til ”livsenergi” eller lignende begreper. Det at qi på denne måten beskrives som både substans og funksjon brukes også til å forklare fraværet av dikotomien, skillet mellom kropp og sjel, i den kinesiske begrepsverden (23).

”I dette ligger videre at psykiske og fysiske dimensjoner ikke lider under denne todelingen mellom ånd og materie som vår kultur og medisin har arvet fra Descartes. Som vi senere skal se bidrar dette til en mer naturlig helhetlig psykosomatisk tenkning (24).”

Sykdom forklares i kinesisk medisin som ubalanse i qi, som kan arte seg på ulike måter. Sagli stiller følgende spørsmål: Forklares eller fortolkes qi på en måte som passer inn i den vestlige forestillingsverden? Har utøverne konvertert til kinesisk virkelighetsforståelse? Etter observasjon på norske akupunkturskoler og intervjuer med lærere og elever, konkluderer hun med at motsetningene mellom de skolemedisinske og de tradisjonelle kinesiske begrepene ikke kommer til syne når folk med bakgrunn som helsepersonell gjennomgår utdanning i akupunktur og tradisjonell kinesisk medisinsk tankegang.

”Det at utøvere av akupunktur brukte fortolkninger av qi som bryter med skolemedisinske oppfatninger, kan tyde på at de har utvidet sin forståelse av hva som

utgjør medisinsk virkelighet. Men det betyr ikke at de har vendt ryggen til skolemedisinsk forståelse. Analyse basert på finitisme-tesen har gjort det mulig å vise at slike fortolkninger blir brukt komplementært, og ikke istedenfor skolemedisinske og andre begreper (23).”

Lærerne i Saglis studier understreker at det ikke er nødvendig å tro på de kinesiske virkelighetsteorier for å lære dem og bruke dem. Imidlertid viser hun hvordan

”på den ene siden ble begrepene anvendt som praktiske veivisere for klinisk praksis, på den andre siden konstituerte de kinesiske begrepene et nytt og annerledes kroppslandskap. Dette er i tråd med det mange kulturforskere hevder; at begreper både konstituerer og reflekterer virkeligheter (23).”

”Det nye kinesiske kroppslandskapet tilbød nye perspektiver for å se og forstå pasientens plager og symptomer. Enkelte utøvere hevdet at de opplevde dette som en større berikelse for praksisen sin, enn det terapeutiske utbyttet knyttet til selve nålingen (23).”

Dette viser at det er mulig å åpne for flere måter å forstå verden på, hvor de beriker hverandre snarere enn utelukker hverandre.

”Finitismen vektlegger at begrepsdannelser er sosiale og psykologiske prosesser, og denne tesen innebærer at det er ingenting ved mennesket, kroppen eller naturen som tilsier at *en* fortolkning er mer riktig eller fornuftig enn andre fortolkninger som er i bruk. Dette står i motsetning til en utbredt oppfatning om at etablering av medisinske begreper dreier seg om å gi eksakte definisjoner av fenomener som eksisterer i menneskekroppen, uavhengig av kulturell og sosial kontekst (23).”

Fenomenologien og hermeneutikken

Jeg har beskrevet hvordan skolemedisinen har utviklet seg i sammenheng med den naturvitenskapelige tradisjon. Kan det tenkes at et annet filosofisk grunnlag kan åpne for nye måter å tenke om sykdom og behandling på?

Fenomenologi betyr foreteelselære (25), altså læren om foreteelsene i motsetning til læren om tingene i seg selv. Det avgjørende her er en oppfatning om at all bevissthet er kjennetegnet ved en intensjonalitet, det vil si rettethet mot en gjenstand, og at det er fenomenologiens oppgave å beskrive hvordan gjenstander av forskjellige typer er knyttet sammen med bevissthetsakter av bestemte typer (6). Det vesentlige ved et fenomen kan ikke skilles fra bevisstheten til den som iakttar det. Det settes spørsmålsteget ved "tallenes tale" og vitenskapens ideal om objektivitet, validitet og reliabilitet. I motsetning til det positivistiske synet fastholder fenomenologien at subjektet ikke står utenfor den vitenskapelige verden, vi har en førvitenskapelig erfaring gjennom sansene og våre kroppslige handlinger. Menneskets bevissthet har en intensjonal dimensjon. Vi forholder oss gjennom et aspekt av mening som holder oss og verden sammen. De fenomenologisk orienterte filosofer interesserer seg for problemene omkring menneskets eksistens, og deres tilgang til disse problemer er filosofisk refleksjon snarere enn observasjon (5).

Som fenomenologiens grunnlegger regnes Edmund Husserl, som mente at filosofien og vitenskapen var i en slags krise fordi den manglet en "forenende kraft og første filosofi" (8). Han mente at man gjennom en fenomenologisk reduksjon må renske bort alle forkunnskaper og teorier og dermed sitte igjen med opplevelsen og den direkte erfaring. Dette ikke for å redusere verden, men for å kunne se den på en ny måte. Det grunnleggende standpunkt er at verdens objekter bare kan tre fram for meg fra mitt eget perspektiv. Hensikten er ikke å beskrive den fysiske verden, men meningen, som ikke finnes ute i verden uavhengig av oss, men nedstammer fra vår egen aktivitet. Objektene som utgjør vår verden, bygges opp gjennom en serie av bevissthetshandlinger som henger sammen i en bevissthetsstrøm. Den kraften som holder denne bevissthetsstrømmen sammen er mitt jeg, min identitet som preges av disse handlingene men også utgjør deres forutsetning. Svenaeus bruker en kaffekopp som eksempel: dens viktigste egenskap er ikke dens kjemiske struktur av porselen eller papp, men dens funksjon. Reduksjon som metode finner vi også hos Rene Descartes i hans søken etter et forutsetningsløst fundament for kunnskap. Ideen om nødvendige former som går forut for

enhver mulig erfaring med verden møter vi hos Immanuel Kant. Husserl videreutviklet dette men mente seg å beholde relasjonen til empirien gjennom den fenomenologiske metodens forutsetningsløse beskrivelser av konkrete erfaringer: det opplevde. Mens naturvitenskapen bestreber å abstrahere deler av sin erfaring for å rendyrke andre, så Husserl livsverdenen som meningsmønsteret som hele tiden utgjør bakgrunnen for våre bevissthetshandlinger.

Eksperimentsituasjonen er en forenkling av den mangefasetterte virkeligheten og kontroll med den. Den har dermed frigjort seg fra livsverdenen. Husserl mente at å klippe trådene til livsverdenen gjør vitenskap ubegripelig og til og med farlig for mennesket. Resultatene fra vitenskapen må heller tilbakeføres til livsverdenens meningsmønster.

Vitenskapen må kunne forsvares noe mot Husserls kritikk, i og med at disse to verdener aldri i realiteten vil kunne være helt uavhengig av hverandre. Forskerne kan aldri helt løsrive seg fra livsverdenen. Det er dessuten fra livsverdenen forskningen henter sin mening og legitimitet.

I et kroppslig perspektiv innebærer fenomenologien at vår kropp er ikke objektiv for oss, tvert imot er jeg bevisst verden gjennom min kropp. God helse vil etter denne filosofien kunne defineres som å føle seg hjemme i sin egen kropp. Et menneske med handikap har en tilvent kropp, og kan derfor være hjemme i sin kropp. En forverrelse vil imidlertid føre til hjemløshet. Martin Heidegger snakket om den menneskelige tilværelsens alminnelige "væren i verden". Vi er situert i en livsverden, noe som bestemmer hva vi ser etter og hvorfor. Å være frisk er å glemme vår endelighet. Sykdom innebærer at man blir klar over sin tidsbegrensning og avhengighet av andre. Som frisk har man en grunnstemning hvor vi her og nå kan ha en rettethet mot framtiden, basert på fortiden, og føle oss hjemme i nåtiden. Dette forandres ved sykdom. Målet for helbredelsen er å gjenopprette erfaringen av å være hjemme i verden. Det er ikke nødvendigvis noen direkte sammenheng mellom sykdom og erfaringen av å være syk (19). Slik kan en med alvorlig kronisk sykdom betrakte sin helse som god, mens en som har en mindre alvorlig sykdom men som ikke har forsonet seg med denne, kan føle at han har dårlig helse.

Maurice Merleau-Ponty så mennesket som et kroppslig vesen: erfaringsbevisst kroppslighet og levd kroppslighet på et førbevisst nivå (8). I sitt arbeid med helsefølger av overgrepserfaringer viser Anne Luise Kirkengen mer konkret hvordan en kan se sykdom i et fenomenologisk perspektiv. Hun bruker Merleau-Pontys begrep om levd kroppslighet. Hun presenterer sine teorier ved hjelp av historier, hvor det tydelig kommer fram hvordan

sammensatte, komplekse og mangeartede sykehistorier blir logiske når man ser dem i lys av personens levde erfaringer. Hun henviser også til grundig dokumentasjon på sammenheng mellom negative erfaringer, stress og avmakt på den ene siden og senere sykdom og død på den andre siden. Blant disse er en studie av Vincent Felitti sammenfattet under tittelen "Turning gold into lead" som blant annet viser hvordan depresjon og avhengighet står i et dose-respons-forhold til forutgående leveerfaringer. Kirkengens hovedfokus er på erfaringer med vold og misbruk, men hun peker også på at annen krenkelse kan "forvandle gull til bly":

"Det er i utgangspunktet uvesentlig å skille mellom ulike typer krenkelser eller grenser. Alle former for grensekrenkelser forårsaker smerte hos den krenkede. Det ligger i krenkelsens vesen (10)."

Hvordan henger så negative erfaringer sammen med sykdom? Dels skjer dette gjennom atferd, som når misbrukte barn får spiseforstyrrelser, har uansvarlig sex eller blir rusmisbrukere. Det er også sterk dokumentasjon for hvordan nevrologiske, hormonelle og immunologiske mekanismer inngår i årsakskjeden mellom vonde opplevelser og sykdom. En konstant alarmberedskap har blant annet negativ virkning på immunsystemet og fører til økt kortisolnivå. Det understrekes at opplevelse av avmakt versus kontroll spiller en viktig rolle i disse mekanismene. Personer som utsettes for stress i form av støy utvikler disse forandringene hvis de opplever støy som de ikke kan kontrollere, men ikke hvis de har fått beskjed om at de har mulighet til å slå av støyen (10).

Kirkengen referer til den franske filosof og psykiater Pierre Janets teorier knyttet til traumeforskning: krenkede mennesker prøver å tilpasse seg en for andre usynlig virkelighet.

"Når tilpasningsevnen er uttømt, bryter mennesket sammen og da er sykdommen et faktum (26)."

Mennesker kan beskytte seg mot krenkende avmaktserfaring ved å dissosiere erfaringen eller sansefølelser knyttet til denne. Istedenfor å integrere det man har opplevd, forblir erfaringen et isolert uromoment som skaper angst. De

"blir til rent kroppslige minner, det vil si plager eller helseproblemer uten medisinsk påvisbare årsaker. Det samstemmer med de nyeste resultater innen nevrofysiologisk

og nevroendokrinologisk traumeforskning (10).”

Disse innskriftene kan i varierende grad være ”sovende”, for senere å kunne vekkes under utløsende omstendigheter som har noe tilfelles med krenkelseserfaringen. Ettersom minnet er avspaltet kan det imidlertid ikke erkjennes som et minne, men utløser reaksjoner i form av for eksempel angst, pustebesvær eller kramper.

Kirkengens utgangspunkt er de krenkede, og som jeg her har beskrevet viser hun tydelig hvordan de havner mellom det hun kaller den somatiske og den psykiatriske stolen.

”Et menneske erfarer sitt liv som et kroppslig, sansende og fornemmende jeg. Å skille mellom fysisk og metafysisk smerte er feil. Krenkelsessmerte er ingen hodeøvelse (10).”

”Smerten er en følge av å ha blitt gjort til en gjenstand, en ting (10).”

Dette i strid med til Kants prinsipp om å handle slik at du alltid bruker menneskeheten i din egen person, og i enhver annen person, samtidig som et formål og ikke bare som et middel. I helsevesenet skjer en utbredt tingliggjøring i objektivitetens navn. I følge Kirkengen skjer med dette en ”revictimisation”.

”I sin anvendelse av en stadig mer sofistikert teknologi for å synliggjøre eventuelle feil i den objektiverte menneskekroppen eller det objektiverte menneskesinnet, gjør biomedisinen samtidig det syke mennesket usynlig (10).”

Kirkengen hevder at det er uetisk av helsevesenet å overse disse sammenhengene. Gjennom å ignorere familievolden lar vi de onde sirklene fortsette. Samtidig er denne ignoreringen en konsekvens av vårt mekanistiske menneskesyn hvor livserfaring ikke har noen plass.

Vonde opplevelser gir opphav både til biofysiologiske ubalanser og til uhensiktsmessig atferd, som igjen gir kroppslig patologi. Kirkengen viser også hvordan smerten antar nye former hos disse personene hvis de gamle formene kureres. Dette leder mine tanker til homøopatens analogi om hvordan vi i den vestlige medisin maler over den vannskadde veggen uten egentlig å gjøre noe med selve problemet.

Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og den begynte som en metode for fortolkning av bibelen. Senere ble dette utvidet til å omfatte alle tekster eller åndsprodukter. Imidlertid mistet tekstene i denne sammenheng sin status som formidlere av sannheten og ble isteden oppfattet som uttrykk for forfatterens psyke, liv og historiske epoke. Hermeneutikken ble dermed en lære om hvordan leseren kan forstå en tekst ved å leve seg inn i den, og gjenoppleve den i sin bevissthet. Dette overbygges av en metafysisk teori om at forfatter og leser begge er uttrykk for ett og samme overindividuelle liv (ånden). Heidegger og senere Gadamer utvider hermeneutikken ytterligere ved at all viten betraktes å bli bygget ut i en utlegning av det vi vet noe om. Heidegger knytter fenomenologien til den hermeneutiske tradisjon med sitt fokus på det konkrete menneskelige livets uttrykk i handling og språk. I og med at språket, kulturen og historien ledes til sentrum av det fenomenologiske studiet blir fenomenologien hermeneutisk (8).

Det sentrale i Gadamers hermeneutikk er at forståelse skjer ved en sammensmelting av forståelseshorisonter, hvor den ene tilhører den som skal forstå og den andre den person, den bok eller det uttrykksmønster som skal forstås. Mellom mennesker skjer denne sammensmeltingen ved dialog, i den såkalte hermeneutiske sirkel. Bildet av de to forståelseshorisonter passer som hånd i hanske til strukturen i det medisinske møtet. Dette påpekes av Gadamer selv i "Den gåtfulla helsan", han sier at medisinenens essens gjenfinnes i dialogen mellom lege og pasient, hvilket settes til side dersom man bare tar utgangspunkt i den biologiske undersøkelsen (8). De to forståelseshorisontene det skal bygges bro mellom er legens ekspertise på den generelle kroppen og pasientens ekspertise på sitt eget liv, og de ulike måtene sykdom forstås fra disse perspektivene. Svenaeus beskriver hvordan den amerikanske legen og filosofen Drew Leder nærmer seg den hermeneutiske sirkel ved hjelp av tekstbegrepet: kroppsteksten (pasientens opplevelse av sin kropp, som tilhører henne men bare delvis, siden den bare delvis styres av hennes vilje, noe som særlig kommer til uttrykk under sykdom) og labteksten (blodprøver, blodtrykk, røntgen og så videre) utgjør undertekster som legen nærmer seg fortolkningen av gjennom den narrative teksten (fortellingen som vokser mellom legen og pasienten). Det påpekes imidlertid at pasienten ikke er en tekst: det medisinske møtet karakteriseres av gjensidighet.

Ricœur tar dette med forståelse gjennom dialog videre i en litt annen retning ved å legge vekt på objektiveringen, det vil si den prosessen at mennesket kommer på avstand fra seg selv ved

å uttrykke seg i en ytre sammenheng. Ved å gå omveien om den ytre sammenhengen av kulturelle symboler og sosiale institusjoner det lever i kan det forstå seg selv og sine egne frembringelser (6). På denne måten kan dialogen bidra til økt forståelse av seg selv i tillegg til å bli forstått av den andre. I følge Gadamer er både det å forstå seg selv, og å bli forstått, sentralt i det å føle seg hjemme i verden og være frisk. På denne måten kan sykdom sees som en mulighet, ved at man kan gjenfinne den tapte likevekt gjennom refleksjon. I en slik sammenheng taper man kanskje noe ved å tilstrebe symptomfrihet fordi dette kan hindre refleksjonen. Gadamer glemmer imidlertid ikke at lidelse legger begrensninger på refleksjonen (19).

Sentralt i hermeneutikken er et syn på selvet som en del av mennesket, sammen med legemet og sjelen. Det er dette selvet som skiller oss fra dyrene og det omtales som "det positive tredje". Angst, fortvilelse og depresjon er grunnstemninger, de er blant menneskets konstituerende egenskaper (altså det som gjør oss til mennesker, annerledes enn dyrene). De åpner muligheter for personligheten på samme måte som adrenalin for den biologiske kroppen. I følge Heidegger er gjenstandsløs angst ikke primært et sykdomstegn, men en privilegert erkjennelsessituasjon som baner veien for selverkjennelse. Man ser altså potensielt store muligheter i sykdom, noe man også finner i homøopati.

Fredrik Svenaeus fremstiller i sin bok sykdommens mening hermeneutikken som en naturlig fortsettelse av fenomenologien. Han sier at

"det å forstå et sykt menneske handler ikke bare om biologi og kjemi, men også om å nærme seg et kompleks av følelser og tanker som bunner i en unik identitet og personlighet. Det handler om å etablere en forståelse for en konkret væren-i-verden som har antatt hjemløse former (8)."

det vi er på jakt etter er en

"forståelsesstruktur der den medisinske praksisens ulike deler kan skjelnes fra og relateres til hverandre. Strukturen vil la oss se deler av den medisinske tolkningsprosedyren som ikke er primært naturvitenskapelige, men snarere humanistiske eller fenomenologiske i den betydning at man behandler det syke mennesket som en person som er blitt rammet av sykdommen (8)."

”Forskjellen mellom å betrakte medisinen som en biologisk virksomhet og en hermeneutisk hendelse der biologien har sin bestemte plass, er likevel betydelig. I det første tilfellet vil interessen for pasientens opplevelse av og perspektiv på sykdommen for det meste spille en sideordnet rolle. Legen er så å si human ut over det at hun er en god biolog. I det andre tilfellet får pasientens opplevelse en grunnleggende betydning og kobles til biologien på en gjennomgripende måte (8).”

Svenaesus bemerker at ordet psykosomatisk ikke innebærer at det ikke kan finnes biologiske prosesser i kroppen som har sammenheng med lidelsen. Det betyr snarere at de primære årsakene til lidelsen gjenfinnes på et psykisk nivå, ettersom de henger sammen med tanker og følelser. Tolkingsarbeidet må da fokuseres på livsførsel og selvforståelse.

”Tolkningene som gjøres i helsevesenet, står i direkte forbindelse med pasientens syke, hjemløse tilværelse på den måten at de handler om den syke og tar utgangspunkt i ambisjonen om å hjelpe ham. Men det er viktig å notere seg at disse tolkningene er så kraftfulle at de kan forårsake direkte forandringer i pasientens væren-i-verden uten at noen biologisk behandling finner sted. Den helende kraften som finnes i selve møtet er velkjent (...) Det virker rimelig at bedringen, forandringen i pasientens væren-i-verden, i mange tilfeller finner sted ved at legen tilbyr pasienten nye måter å forstå og tolke sin livssituasjon på. Ens egen tolkning av livssituasjonen utgjør den artikulerte, tydeliggjorte siden av væren-i-verden, der språket står i sentrum (8).”

Ettersom vår erkjennelse av tingene er avhengig av våre fortolkningsrammer vil sykdommen være noe helt annet for pasienten enn for legen, og de vil i realiteten snakke om to forskjellige ting. Kay Toombs tar opp denne problematikken i sin bok *The meaning of illness: a phenomenological account of the different perspectives of the physician and patient*. Hun understreker at

“this inability to communicate does not, for the most part, result from inattentiveness or insensitivity but from a fundamental disagreement about the nature of illness (27).”

Ethvert individ vil oppleve verden på en unik måte. Hvordan er da den intersubjektive verden mulig? Hvordan kan vi ha et felles forhold til den?

”Such a communicative common environment is possible because the familiar world is interpreted by means of typifications, a stock of knowledge which is socially and culturally derived (27).”

Vellykket kommunikasjon forutsetter altså samsvar i de kommuniserendes forståelsesrammer, som er oppnådd gjennom sosialisering. Imidlertid vil en smerte som sitter i vår egen kropp, i meg selv, oppfattes fundamentalt forskjellig fra en annens smerte. I tillegg vil pasientens verden skille seg fra legens fordi legen gjennom sine studier har lært å oppfatte symptomer som ledetråder, som til sammen kan lede til en diagnose. Legen er også sosialisert inn i en profesjonell verden, hvor den enkelte sykdom i følge Toombs vil være et eksempel på en diagnose og dermed ikke tenkes på som noe i seg selv. I følge Toombs bemerker Eric Cassel at en lege ikke prøver å finne ut hva som er i veien, men hva som er den rette diagnosen. Dersom objektive kriterier ikke peker ut en diagnose hevdes det at pasientens plager ikke er en ordentlig sykdom. Kløften utvides videre ved at begge antar at man snakker om det samme: pasienten at legen skal forstå hans plager slik han selv forstå dem, legen at pasienten forstår sykdommen i lys av de objektive data. Toombs påpeker at mens legen ser pasientens sykehistorie i lys av sine kunnskaper om anatomi, fysiologi, patologi og klinikk, for dermed å finne fram til diagnose, behandlingsmuligheter og prognose, ønsker pasienten et svar på hva dette vil ha å si for akkurat henne. Toombs sier at legen har et smalere målområde enn pasienten og bare ser på en undergruppe av pasientens mål.

”The importance of understanding the patient lived experience should not be underestimated. Therapy is less likely to be successful if the physician fails to take into account what the illness means to the patient (28).”

For pasienten oppfattes smerten på et pre-refleksive nivå (selve sansingen, vondt i brystet) og et reflektert nivå (dette kan være et hjerteinfarkt). Pasientens forklaringsmodell inkluderer spørsmål som hva er dette, hvorfor har det skjedd meg, hvorfor nå, hvordan vil det gå videre, hva slags behandling ønsker jeg, hva skremmer meg ved sykdommen og behandlingen, og så videre.

Til Toombs påstand om at legen kun er ute etter å finne fram til diagnose, mens pasienten ønsker et svar på hva dette vil ha å si for akkurat henne, må det kunne bemerkes at det er

nødvendig for legen å gå denne veien nettopp for å finne ut hva dette vil ha å si for pasienten. Det å få en konkret diagnose kan også være viktig for pasienten, fordi det kan gi en bekreftelse og opplevelse av forståelse for sine plager, og dessuten er inngangsport til behandling, sykemelding og trygderettigheter.

Ulemper ved et utvidet sykdomsbegrep

Et sykdomsbegrep som inkluderer psykososiale mekanismer i årsaken til sykdom reiser en del spørsmål:

Det synet på omsorgsarbeid som dominerer både i sykepleieforskning og på sykepleiehøgskolene er basert på den filosofi som blant annet Heidegger og Husserl stod for. Bjørgulf Claussen stiller spørsmål ved om denne omsorgsmoralen bidrar til å slite ut dagens sykepleiere i en anmeldelse av sykepleier, filosof og historiker Kari Martinsens bok *Omsorg, sykepleie og medisin*

”Den stiller store krav til omsorgsarbeidere, annerledes enn kallsmoralen, men kanskje like bydende. Antropologiprofessor Halvar Vike og medarbeidere fant i en ny studie om hjemmesykepleie, sykehjem og sykehus at en stor del av sykepleierne stiller så store krav til egen innsats overfor pasientene at de regelmessig jobber et par timer ubetalt overtid hver dag. Antropologene opplevde så mye fortvilelse over arbeidsforholdene at de tror denne situasjonen ikke kan fortsette. Sykehusene tar inn stadig flere pasienter, særlig dem de kan tjene penger på, uten at pleiepersonalet har noen innflytelse. Hvis ikke de får noe å si over pasientstrømmen, sier forskerne, tror de at omsorgsmoralen må senkes. Tåler dagens sykepleieskoler det? Tåler omsorgsfilosofien til Kari Martinsen særlig fattigere sykehus enn vi har i Norge i dag?
(29)

Hva er helsevesenets oppgave? Et utvidet sykdomsbegrep vil kunne utvide medisinenes ansvarsområde og dermed bidra til en økende medikalisering.

Kan et holistisk sykdomsbegrep trekkes for langt? Enkelte tolker all sykdom og alle ulykker i et overordnet eksistensielt perspektiv. Dette nærmer seg en slags skjebnetro og kunne implisere at det ikke er noen vits i å forsøke å helbrede sykdom.

Hvis psykiske mekanismer er en stor del av årsaken til sykdom, er det da din egen feil at du er syk? Man skal trø varsomt når man vil hentyde at sykdom kan ha sammenheng med psyke. En medstudent med jobb på psykiatrisk sykehus bemerket at der er det enkelte som tror at selv hjerteinfarkt kommer av psyke. En annen medstudent kommenterte at ”er det liksom din egen skyld, da?” Dårlig psyke er stigmatiserende. Mange pasienter vil foretrekke å ha en

”ordentlig”, fysisk sykdom framfor hentydninger om at problemet kan ha med psyken å gjøre.

Kan noen livsproblemer være så store at det er bedre å ha dem i ryggen enn å forholde seg til dem? Er det i alle tilfeller ønskelig å grave i alt? Har man noen forsvarsmekanismer og omtolking av smerte rett og slett fordi man trenger det?

Hvis alle var lykkelige, ville vi leve evig da?

Konklusjon

En eventuell sammenheng mellom psykososiale faktorer og sykdom kan kanskje forklares dels ved atferdsmønstre, dels ved nevroendokrine eller immunologiske mekanismer. På den måten motsier en slik sammenheng ikke nødvendigvis maskinfeilmodellen. Ikke desto mindre innebærer dette at det er viktig å åpne for måter å tenke om sykdom og behandling på som i større grad inkluderer hele mennesket, og her har den vestlige medisin fortsatt en vei å gå.

Det finnes flere modeller som oppfattes som mer holistiske. Det er ikke nødvendigvis slik at noen har helt rett. Men kanskje kunne økt kunnskap og åpenhet for ulike modeller gi nye perspektiv? Pasienter bruker skolemedisin og alternativ medisin komplementært: deres sykdomsoppfatning er plastisk nok til å omfatte ulike sykdomsbegreper. Sagli har funnet at vestlige helsearbeidere som i forbindelse med akupunkturstudier også lærer om de kinesiske kropps- og sykdomsbegreper opplever at de ulike begrepene beriker hverandre snarere enn utelukker hverandre.

Kanskje vil økt åpenhet overfor ulike modeller kunne gi nye perspektiver som kan hjelpe oss å på en bedre måte behandle det hele mennesket?

Litteraturliste

- 1) Aslak Steinsbekk: Homeopathy in the prevention of upper respiratory tract infections in children. Doktoravhandling. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, Medisinsk fakultet, NTNU, 2003.
- 2) Per Kristian Hilden: Diabetiske grensetilfeller – risiko, individualitet og selvstendighet. I: Harald Grimen, Benedicte Ingstad: Kulturelle perspektiver på sykdom og helse. Universitetsforlaget 2006, kapittel 7.
- 3) Bente Gullveig Adler og Torunn Selberg: Det er mer mellom himmel og jord, Vett & Viten 1992.
- 4) Roberto Margotta: Medisinens historie, Notabene forlag 1996.
- 5) Wulff, Pedersen, Rosenberg: Medicinsk filosofi. Danmark, Special-Trykkeriet Viborg a-s, Viborg 2001.
- 6) Lübcke P, red. Filosofileksikon. Oslo: Zafari forlag 1996.
- 7) Else Marie Lingås: Positivism
http://www.hf.uio.no/ikos/ariadne/Idehistorie/framesettogm.htm?metode/metode_positivisme.htm (06.09.06).
- 8) Svenaeus, Fredrik: Sykdommens mening –og møtet med det syke mennesket. Gyldendal 2005.
- 9) Eline Thornquist ifølge Anna Luise Kirkengen: Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Universitetsforlaget 2005.
- 10) Anna Luise Kirkengen: Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Universitetsforlaget 2005.
- 11) Anne Luise Kirkengen: Begrepet ”funksjonelle lidelser” vitner om biomedisinens dysfunksjonelle teorigrunnlag. Tidsskrift for Den norske lægeforening nr 27, 2002;122.
- 12) Futterman & Lemberg, 1998; Spence, Barnett, Bulman, & Hegele, 1999 I følge : Linda C. Gallo, Shiva G. Ghaed and Wendy S. Bracken: Emotions and Cognitions in Coronary Heart Disease: Risk, Resilience, and Social Context. Cognitive Therapy and Research nr 5, 2004; 669–694.
- 13) Haines, Cooper, & Meade, 2001; Krantz & McCeney, 2002; Steptoe, 2000 I følge Linda C. Gallo, Shiva G. Ghaed and Wendy S. Bracken: Emotions and Cognitions in Coronary Heart Disease: Risk, Resilience, and Social Context. Cognitive Therapy and Research, nr 5 2004; 669–694.

- 14) Linda C. Gallo, Shiva G. Ghaed and Wendy S. Bracken: Emotions and Cognitions in Coronary Heart Disease: Risk, Resilience, and Social Context. *Cognitive Therapy and Research*, nr 5 2004; 669–694.
- 15) F. I. Fawzy; N. W. Fawzy; C. S. Hyun; R. Elashoff; D. Guthrie; J. L. Fahey; D. L. Morton: Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry*, nr 50 1993; 681-689 .
- 16) Spiegel D, Bloom J, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, nr 2 1989; 888 - 91.
- 17) Cunningham AJ, Edmonds CVI, Jenkins GP, Pollack H, Lockwood GA, Warr D. A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, nr 7 1998; 508 - 17.
- 18) Helsedepartementet: Ot.prp. nr. 27 , kapittel 5: Bruk av og holdninger til alternativ behandling, <http://www.odin.no/hod/norsk/dok/regpubl/otprp/042001-050013/hov005-bn.html> (07.09.06)
- 19) Eli Berg: Det skapende mellomrommet mellom pasient og lege. Gyldendal akademisk, 2005.
- 20) Chrisman 1977, Kleinman 1980 i følge: Bente Gullveig Alver og Torunn Selberg: Det er mer mellom himmel og jord : folks forståelse av virkeligheten ut fra forestillinger om sykdom og behandling. Vett og viten, 1992.
- 21) Kleinman 1980 i følge Bente Gullveig Alver og Torunn Selberg: Det er mer mellom himmel og jord : folks forståelse av virkeligheten ut fra forestillinger om sykdom og behandling. Vett og viten, 1992.
- 22) Sosial- og helsedirektoratet: Utredning om utdanning i akupunktur og homøopati: delrapport 1 - akupunktur, 2004.
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/Akupunkturutdanning_1003a.doc (07.09.06)
- 23) Gry Sagli: Kinesiske akupunkturbegreper i norsk helselandskap: En studie fra akupunkturundervisning i Norge. I: Harald Grimen, Benedicte Ingstad: Kulturelle perspektiver på sykdom og helse. Universitetsforlaget 2006, kapittel 4.
- 24) Heyerdahl og Lystad i følge Gry Sagli: Kinesiske akupunkturbegreper i norsk helselandskap: En studie fra akupunkturundervisning i Norge. I: Harald Grimen, Benedicte Ingstad: Kulturelle perspektiver på sykdom og helse. Universitetsforlaget 2006, kapittel 4.

- 25) Bjarne Berulfsen; Dag Gundersen: Fremmedord og synonymer blå ordbok, Kunnskapsforlaget 2001.
- 26) Pierre Janet ifølge Anna Luise Kirkengen: Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Universitetsforlaget 2005.
- 27) S. Kay Toombs: The meaning of illness: a phenomenological account of the different perspectives of the physician and patient. Kluwer Academic publishers 1993.
- 28) Kleinmann 1988, Cassel 1982 i følge S. Kay Toombs: The meaning of illness: a phenomenological account of the different perspectives of the physician and patient. Kluwer Academic publishers 1993.
- 29) Bjørgulf Claussen: Omsorgens filosofi. Anmeldelse av boken Kari Martinsen: Omsorg, sykepleie og medisin. Tidsskrift for Den norske lægeforening nr 123 2003; 2913-4.