

Medicinens mänskliga språk

Kroppsempati förenar diagnostik och förståelse

Medicinens språk är i första hand ett mänskligt språk. I symtompresentationerna berättar patienterna om besvärande eller hotfulla förändringar i upplevelsen av den egna kroppen. Budskapet är personligt och privat: min kropp, mig själv, mitt liv. Kroppsempati förenar diagnostik och förståelse. Sjukdom och patient kräver inte skilda uppmärksamheter för det finns inget viktigare eller verkligare än det patienten vill berätta.

»I can't hear you while I'm listening!» utbrister den undersökande läkaren irriterat [1]. Patienten pratar på när stetoskopet berör huden men det läkaren vill höra är sjukdomens ordlösa och entydiga språk [2].

Varför tystas patientens språk? Under sin utbildning stod läkaren på tå i kön på rondan med sina unga sinnen på helspänn i sitt sökande efter sanningen om patienten. Men ju mer han eller hon sträckte på sig för att se och höra, desto tätare blev den skymmande skogen av vita rockar och desto mer avlägsen den ängsliga gestalten i sjuksängen. Bedside-undervisningen visade inte vägen. Det gjorde i stället vetenskapen. I »offside-undervisningen» i lektions- och laboratoriesalarna och läroböckerna tog sanningen så småningom teorins, och därmed sjukdomens, gestalt. Patienten blev en bifigur i sin egen sjukhistoria med plikt att ha de rätta symtomen; de som bekräftar läkarens kunskaper. Vändan över att inte ha de rätta symtomen har neurologen och tillfällige ortopedpatienten Oliver Sacks skildrat i sin bok »Ett ben att stå på» [3].

Läkarutbildningen är också en betingning

I sitt sökande är den blivande läkaren formbar. Ungdomlig öppenhet och am-

bition leds in i en vetenskapligt tvärsäker och fyrkantig kunskapshierarki. Du ska inga andra gudar hava jämte objektiviteten. I sin läraktighet tas den blivande läkaren gradvis upp i gemenskapen. De rätta kunskaperna är inte bara nyckeln till patienternas sjukdomar; de kan också vara nyckeln till karriär och framgång. Fel och misstag däremot är endast fel och misstag. Få är de utbildningspass som ägnas den oundvikliga ofullkomligheten. Läkarutbildningen handlar därför inte bara om att ge läkaren kunskaper utan i hög grad också om att ge läkaren åt kunskaperna i en fortlöpande betingning. Kunskaperna blir sina egna imperativ. När patienten presenterar sitt symptom sprattlar läkaren bildligt till i sin biomedicinska reflex. Medicinska diagnoser hoppar strömhopp i medvetandet under konsultationens första sekunder, och det är svårt att byta spår, när väl valet är gjort [4].

Den patientcentrerade kliniska metoden kan betraktas som en samtalskonst för den kliniska medicinen [5]. Den balanserar den biomedicinska reflexen. Samtidigt kan man fråga sig om läkaren verkligen ska behöva särskilda metoder för att hitta fram till patienten. Vad handlade allt egentligen om?

Symtompresentationen unik bedömningsgrund

Symtom kliver aldrig själva in på mottagningen, åtminstone har det aldrig rapporterats att så skett. Läkare bedömer symtompresentationen [6]. Det kan tyckas självklart, men distinktionen gör det lättare att skilja den kliniska praktiken och den naturvetenskapligt medicinska teorin åt. När vi säger »symtompresentationen» refererar vi entydigt till den verkliga situation där patient och läkare möts och interaktionen tar sin början. Symtompresentationen gäller en unik människa vid ett unikt tillfälle.

Symtompresentationen är en kommunikativ handling. Patienten berättar om sin upplevelse och söker i samma andetag förståelse, besked och ofta dessutom konkret hjälp [7]. I handlingen är form och innehåll oskiljbara. Patienten som har svårt att finna ord för sin kroppsupplevelse uppfattas ha »diffusa

symtom», den ångestladdade uppfattas gärna ha mer intensiva symtom, medan i den lågmälda och överslätande symtompresentationen allvarliga sjukdomssignaler kan gömma sig. Läkaren kommer inte patientens upplevelse närmare än vad symtompresentationen tillåter.

Den existentiella anatomin – kroppen en del av jaget

I upplevelsen är kroppen på ett självklart sätt en del av jaget [6, 8, 9]. Det blir inte mycket kvar av den egna personen när man försöker tänka bort kroppen. Den finns som en bakgrund och centrum för upplevelsen i varje ögonblick utan att normalt vara i dess fokus. Kroppens delar och olika funktioner får sin betydelse genom den betydelse de har i individens liv. Tillsammans bygger de upp den existentiella anatomin, där hjärtat slår för livet, benen är att gå och att vara oberoende, handen är att gripa, gestikulera eller sätta en sutur, ögat att se eller att gråta, könsorganen ger den sexuella identiteten och så vidare.

I språket finns den existentiella anatomin som en självklar insikt. Man tänker så det knakar, biter i hop för att hålla självkontrollen, känner en klump i halsen när man är ledsen, en sten i bröstet vid sorg, ett tryck över bröstet vid ångest, fjärilar i magen och knädar vid nervositet.

Den existentiella anatomin är också sammanhang. En hand på axeln i en kärleksfull situation och utan förvarning på en mörk gata om natten är olika verkligheter även om den ursprungliga retningen av nervändarna i axelns hud är densamma. Hjärtklappning när man plötsligt blir skrämmd mäter rädslan, medan hjärtklappning utan yttre anledning har helt annan innebörd – »Är det något fel på hjärtat?»

Symtom – brott i den kroppsliga jagupplevelsen

Medvetenheten om den egna kroppen som just kropp väcks när man blir betraktad av någon annan och i situationer när kroppen genom sina begränsningar eller viljeoberoende funktioner ger sig till känna [9]. Symtom är på det

Författare

CARL EDVARD RUDEBECK
husläkare, med dr, Kvartersakuten
Matteus, Stockholm.

ANNONS

ANNONS

ta sätt brott i den självklara och kroppsligt förankrade jagupplevelsen. Genom att vara irriterande, plågsamma, begränsande eller hotfulla, och dessutom inte bara helt flyktiga lyfts de upp i medvetandet. De tolkas mot bakgrund av tidigare erfarenheter och värderas, ofta tillsammans med människor i den nära omgivningen [7]. I botten finns dock hela tiden den ursprungliga upplevelsen av förändrat jag. Symtompresentationer är existentiella utsagor. De är obotligt subjektiva. Därmed inte sagt att livets mening är något som ska dryftas vid varje förkylning. Det finns dock klara skäl för läkare att hålla i minnet var deras diagnostiska bedömningar tar sin utgångspunkt.

Kroppen som identitet och intighet

Den genetiska koden är unik liksom dess uttryck i människans fysiska gestalt. Bundenheten i det kroppsliga gör det omöjligt att vara någon annan än man är. Erfarenheten och erfarenhetens rynkor är samma identitet. Människan är, och är någon, genom sin kropp.

Men kroppens molekyler och atomer har också genom tidsåldrar vandrat i olika kretslopp innan de hittade vägen in i min kropp och ingen vet var de är om miljarder år. Samtidigt som kroppen är jag själv är den ett stycke natur underkastad naturens lagar.

I sjukdomsupplevelsen blir detta påtagligt. Det finns något skrämmande i att tvingas se sin egen kroppslighet i ögonen. Utsattheten och sårbarheten kan bli påtaglig. Mycket av det som sker rör man inte på, ändå mer har man inte en aning om att det sker. »Kroppen som fysik» är också »kroppen som icke-jag» [9]. När Oliver Sacks' skadade ben svek honom och blev ett ingenting utanför kontakt och kontroll, erfor han hur hela identiteten sattes i gungning [3]. I det opersonliga och obevekliga ligger också som yttersta konsekvens medvetenheten om den egna döden. Biomedicinens aktionsfält är »kroppen som fysik». Den rör vid det mest personliga men sätter samtidigt identiteten inom parentes. Intigheten drar genom undersökningsrummet, och den avklädda patienten fryser dubbelt.

Diagnosen ställs i två led

Klåda, yrsel och värk är ingenting som går att ta och peka på. Den enda mening de har, har de som upplevelser. En medicinsk diagnos ställs i två led, där det första är ett försök att förstå den upplevelse patienten presenterar och det andra innebär en tolkning av upplevelsen som läkaren förstår den, ofta utifrån sjukdomsklassifikationen. Det första ledet bygger på intersubjektivitet

och det andra på en strävan efter objektivitet. Ju bättre läkarens uppfattning stämmer överens med det patienten faktiskt upplever, desto troligare är det att den diagnostiska bedömningen blir korrekt. Förståelsens väg mellan människor är empati.

Kroppsempati en förening av diagnostik och förståelse

Empati är att sätta sig in i en annan människas situation och i själva inlevelsen få insikter i den andras upplevelser, tankar och känslor [10, 11]. I vårdssammanhang betonas förståelsen av känslor, medan ursprungsbetydelsen – *Einfühlung* – är bredare. Empatis mekanism har uppfattats som alltifrån specifik och översinnlig till enbart inomspråklig [12]. Perceptionen tillmäts numera allmänt en central betydelse. Samverkan mellan affektiva och kognitiva element är nödvändiga, eftersom känslor alltid har en saklig sida; de handlar alltid om något. Den kunskap som vinnas genom empatin kan i ett andra steg bli föremål för tolkningar och bedömningar.

Att skilja på empati för känslor och kroppsupplevelser i detta sammanhang är inte dualism i ny tappning. Medvetandet förenar alltid perception, kognition och affekt men betonar samtidigt i de flesta ögonblick en av dem. När glädjen spritter i kroppen är glädjen det primära liksom smärtan kommer före smärtans gråt.

Kroppsempati förenar diagnostik och förståelse. Från läkarens sida kan den diagnostiska dialogen bli mer än en intellektuell registrering av utsagor som kan tänkas passa in på definierade sjukdomssymtom. Patienten och sjukdomen kräver därmed i utgångsläget inte skilda uppmärksamheter. Det finns ingenting verkligare eller viktigare än det patienten vill berätta.

Läkarens kunskaper ökar förståelseberedskapen

När man blir vittne till att en annan människa gör sig illa är kroppsempatin omedelbar och konkret. Det gör ont i den egna kroppen. Denna allmänmänskliga erfarenhet visar hur kraftfull kroppsempatisk kommunikation kan vara, även om inlevelsen oftast inte är lika bokstavig i det kliniska sammanhanget.

Läkaren delar i väsentliga avseenden de kroppsligt existentiella villkoren med sina patienter. Med denna fond av egen erfarenhet, tillsammans med de tusentals symtompresentationer som lagrats under det kliniska arbetet, kan läkaren erbjuda genomsnittspatienten en förståelseberedskap som vida överträffar lekmannens.

Under kurser om läkar- patientkom-

munikation med allmänläkare ges gång på gång slående exempel på hur lätt de har att i rollspel vara sina patienter. De hittar inte på, utan symtompresentationerna har slagit rot i den egna upplevelsen; i den egna existentiella anatomin.

Kunskaperna om den topografiska och funktionella anatomin och om fysiologin är från läkarens utgångspunkt inte bara kunskaper om »något annat» utan också om »mig själv». Vem minns inte hur varseblivningen inåt skärptes och hur ängsliga händer sökte över kroppen när nya sjukdomar hotfullt bredde ut sig under läkarutbildningen. När väl oron lagt sig kan läkare på ett sakligare sätt tolka upplevelser i ljuset av kunskaperna om den egna kroppen. Kroppsempatin har också en biologisk dimension.

Språket den viktigaste kommunikationsvägen

Kroppsupplevelser är hemligare än känslor. De flesta har inga specifika yttre uttryck. Språket blir därför i allmänhet den viktigaste kommunikationsvägen. Begreppen är ofta betydelsemättade, eftersom det handlar om upplevelser som för alla människor är nära och påtagliga. Fanns inte en grundläggande överensstämmelse mellan individer i hur begreppen förankras i egen erfarenhet, skulle kommunikation om kroppsupplevelser vara omöjlig. Piaget beskriver hur språket blir till i det lilla barnets sensomotoriska erfarenheter [13]. Ordens rötter griper ner i en förspråklig, kroppslig erfarenhet. Detta gäller för såväl konkreta som abstrakta begrepp [14]. Begrepp för kroppsupplevelser har därför, åtminstone i ett utvecklingsperspektiv, en mer direkt förankring i sitt ursprung än andra. Det är därför tänkbart att de också på ett mer direkt sätt förmår förmedla erfarenhet från ett subjekt till ett annat.

Kroppsspråket förstärker kommunikation

Det faller sig naturligt att kroppsspråket spelar en viktig roll i symtompresentationen. Rollen är egentligen flera roller eftersom kroppsspråket inte är ett eget språk utan förstärker, förtydligar och nyanserar mellanmänsklig kommunikation i alla dess aspekter [15].

Det semantiska kroppsspråket fungerar som talspråkets bokstavsstorlek, stilformat, understrykningar och interpunktioner. Det berättar vad som är viktigt, vad som är tydliga besked och vad som är ovisst eller frågor. I kroppshållning markeras också övergångar mellan olika teman och om patienten vill tala eller vill att läkaren ska fråga.

Symtompresentationens affektiva

innehåll är nödvändigt för att patientens upplevelse ska bli läkarens inlevelse. Enligt Silvan Tomkins har affekterna avgörande inflytande över våra upplevelsers innebörder, och detsamma gäller rimligen för att upplevelsorna ska behålla sin klangfärg när de beskrivs [10]. En knastertorr beskrivning sprider sig som singlande löv i rummet. Läkaren förnimmer ingen samlad riktning eller substans. Empati för känslor ingår i, eller bidrar till, kroppsempatin och det är framför allt i röstläget och kroppsspråket med minspel, gester och hållningar som affekterna kommer till uttryck [11]. Påtagligt starka affekter gör dock inte självklart tolkningen lättare. Det kan vara svårt att urskilja vad som representerar själva upplevelsen och vad som är annat i presentationen.

I symtompresentationen finns också ett »symtomnära» kroppsspråk där patienten genom att visa med händerna på kroppen, eller med rörelser och kroppsställningar, ger bild åt sina upplevelser. »Magsårsgesten» med ett finger mitt i mellangärdet har klassisk status även om inte alla som utför den har magsår. Som gest är den dock inte mindre talande för det.

Inåtvändhet vid svår sjukdom

Vid svåra sjukdomstillstånd är alarmsymtomen i första hand budskap till patienten själv, som mobiliserar inåt i biologins självklara strategi för att överleva. Känslorna är inåtvända och symtompresentationen därmed »introvert». Känslouttrycken vid svår smärta är mer ett naturgivet sätt att avlasta smärtan och hårda ut än ett försök att till varje pris bli förstådd. Gör det tillräckligt ont grimaserar man även i sin ensamhet.

Det vegetativa kroppsspråket styrs inte av viljan

Förutom det kroppsspråk som direkt ackompanjerar talet och lyssnandet i dialogen, och som till stor del står för det känslomässiga innehållet, finns ett vegetativt och långsammare kroppsspråk som viljan i viktiga delar inte kontrollerar. Med formuleringar som »Du ser inte riktigt pigg ut» och »Hon ser ut som hälsan själv» demonstrerar vi vår beredskap och förmåga att tolka sådana signaler som närmast kommer ur krop-

FOTO: KARL GABOR, DIMEDI



Figur 1. Också händerna är organ för förståelse. »Även om läkaren inte känner några tydliga kroppsliga förändringar skapas en konkret kontakt med det patienten är upptagen av.»

pen själv. De sänds i den samlade gestalt som träder fram i hållningen, rörelsernas tempo, röstens klang, hudens färg och fuktighet, blickens vitalitet och närvaron i samtalet. Längs en intuitiv skala övergår mer subtila mönster i det kroppsliga uttrycket i tydliga tecken på sjukdom. I övergångsområdet gör läkare sina bedömningar av patienters allmäntillstånd, en specifik och vital tillämpning av kroppsempatisk kompetens.

Allmäntillståndet har inte bara en akut aspekt. Scholom-Gertz Feigenberg har beskrivit hur patienten själv, ibland månader innan döden inträffar, är den första att inse att sjukdom övergår i döende [16]. De nära anhöriga förstår det snart också, och med en god relation till patienten kan även läkaren få insikten i ett tidigt skede.

Händerna också organ för förståelse

Symtompresentationen är inte bara ett ensidigt budskap. Den växer fram i dialogen, och inte sällan behöver läkaren hjälpa patienten att skulptera fram sin upplevelse. Symtompresentation fortgår i dialogens form också under kroppsundersökningen, som inte bara handlar om att läkaren med påtagliga fynd försöker bekräfta det patienten be-

rättar. Händerna och sinnena är också organ för förståelse – både känsel- och känslloorgan [17]. Även om läkaren inte känner några tydliga kroppsliga förändringar skapas en konkret kontakt med det patienten är upptagen av. Upplevelsen bekräftas, samtidigt som välörer bortom orden kan framträda. Det är mycket sällan som kroppsundersökningen inte ger något utbyte för vare sig läkare eller patient.

Sammanfattningen »oklara fynd» kan vara ett utslag av att läkarens sökare har för snäv vinkel.

I den direkta kroppskontakten förändras relationen [2]. Läkarens händer känner hur patienten känner sig. Närheten behöver dock inte alltid innebära förtrolighet. Kontakten kan väcka försvaret. Undersökningen kan i sig vara obehaglig, men den kan också på ett för läkarens arbete unikt, och mycket direkt, sätt beröra zoner av konflikt, smärta och trauma

hos patienten [17]. Läkarens sätt att närma sig patienten i dessa situationer, och förmåga att uppfatta reaktionerna, har stor betydelse. Undersökningen kan antingen bli terapeutisk, och för bägge parter förklarande, eller av patienten erfaras som ett övergrepp.

Biomekanisk förklaringsmodell begränsar sinnesintrycken

Ett stadigt och samtidigt känsligt handlag kännetecknar många sjukgymnaster. Mycket av diagnostik och behandling bedrivs med händerna i kontakt med patienten och som ett kropparnas samarbete. Mobiliserande behandling kan bara göras om patienten är med på noterna, och att läsa dessa noter är en kroppsempatisk förmåga.

I den förtroliga situationen blir det också naturligt att patienten släpper fram känslor och berättar om bekymmer. Anekdotiskt vet vi att detta sker. Samtidigt finns omständigheter som begränsar kroppsempatins aktiva tillämpning. I svensk sjukgymnastik dominerar den tradition som med biomekanisk utgångspunkt utvecklat olika manuella tekniker för undersökning och behandling. I en studie baserad på videoinspelningar hade manuella sjukgymnaster en »sjukgymnastcentrerad» samtalsstil med slutna frågor och kontroll över samtalets innehåll [18]. Undersökningen avgränsades till symtomgivande områden och leder. Kropp och

ANNONS

ANNONS

person skildes tydligt åt i de delar sjukgymnasten utövade sitt expertkunnande.

Många smärtproblem blir begripliga först i helheten. En strikt biomekanisk förklaringsmodell styr och begränsar vad ögonen ser och händerna känner.

Förutsättningarna liknar dem som gäller för en läkare som drivs av sin biomedicinska reflex. En gissning är att många manuella sjukgymnaster därför upplever en obalans mellan vad de anar om sina patienter och de behandlingsmöjligheter de har att erbjuda dem.

Helhetsperspektiv i sjukgymnastiken

I »Basal kroppskännedom» [19] riktar sjukgymnasten uppmärksamheten mot de kroppsliga »jagfunktionerna», som, när de är väl utvecklade, innebär att ha god kontakt med underlaget, vilket ger balans och motverkar muskelspänning, en balanserad och energibesparande orientering av kroppen kring dess mittlinje, ett centrerat rörelseflöde utan blockeringar samt en fri andning.

Behandlingsmetoderna är mer inriktade på att hjälpa patienten att hitta tillbaka till och utveckla de kroppsliga jagfunktionerna än att avlägsna patologi. Kroppens och jagets enhet är den teoretiska grundidén och kroppsempatin därför bejakad i behandlingsrepertoaren. Basal kroppskännedom ersätter inte det biomekaniska synsättet men kan precisera dess tillämpningsområde.

Den psykomotoriska sjukgymnastiken utgår från Freudlärjungen Wilhelm Reichs teori om hur ett »kroppsspansar» av spända muskler och återhållen andning förkroppsligar det neurotiska försvaret [20].

Förändringar i kroppshållningen, låsningar i andningsmönstret och förändringar i musklernas tonus och kvalitet ses här i många fall som direkta uttryck för psykiska konflikter. Empatin är därför via patientens kroppsjag i första hand riktad mot känslorna. I uppmärksamheten på kroppsjaget har dock den psykomotoriska sjukgymnastiken och basal kroppskännedom en gemensam utgångspunkt.

Forskning pågår om kroppsempatins betydelse

Kroppsempati är ingen teknik, ingen knapp att trycka på när läkaren känner för det. Den kan snarare liknas vid språkförståelse. När man väl lärt sig ett språk ges inget annat val än att förstå det. Det som kan variera är uppmärksamheten och vilket avseende man fäster vid upplevelsens språk jämfört med yttre sjukdomstecken eller medicinskt tekniska undersökningar.

Kroppsempatins betydelse för diagnosen är rimligen större ju mindre av

entydiga kliniska fakta läkaren har att väga in i sin bedömning. Det spelar då ingen roll om det är en allvarlig sjukdom med otydliga symtom eller ett illabefinnande som inte beror på sjukdom. Det räcker emellertid inte att läkaren har en diagnostisk förståelse. Att försöka sätta sig in i det patienten upplever är varje läkares uppgift även när diagnosen är ställd. Läkare–patientrelationen är inte ett tekniskt förhållande utan en mellanmänsklig relation inom vilken medicinen utövas och får sin verkan. Att säga »Jag förstår» när man egentligen inte förstår är ett subtilt övergrepp. Att visa sin vilja att närma sig patientens upplevelse med att säga »Jag förstår inte, berätta mer» är en kroppsempatisk ansats och en inbjudan till samarbete. Patienten blir läkares lärare i existentiell anatomi, vilket ger relationen nya möjligheter och läkaren större kompetens.

Så länge som patienten besvärar av kroppsliga symtom är en rent känslomässig empati inte bara otillräcklig; den är omöjlig. Känslan löper inte i en egen kanal skild från det som väcker den. Läkaren måste sträva efter att förstå just det som gör att patienten går till en läkare och inte väljer att söka någon annanstans. Det borde vara hela medicinens angelägenhet att göra denna kroppsempatiska förmåga till var läkares tillgång, ännu mer specifik och kraftfull än den biomedicinska reflexen. Genom den svenska empatiforskaren Ulla Holm vet vi att känslomässig empati varierar mellan individer och mellan yrkesgrupper. Det är sannolikt att kroppsempati på liknande sätt är villkorlig. Det är ett angeläget projekt att empiriskt försöka identifiera läkares kroppsempatiska förmåga och att spåra dess effekter i kliniskt arbete och dess betydelse för patienters tillfredsställelse och tillfrisknande. Forskning inom området pågår.

Referenser

1. Baron RJ. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. *Ann Intern Med* 1985; 103: 606-11.
2. Mattsson B. Beröringen – en förbisedd faktor i relationen mellan patient och läkare. *Läkartidningen* 1988; 85: 1692-3.
3. Sacks O. Ett ben att stå på. (Originalets titel: A leg to stand on). Stockholm: Brombergs förlag, 1996.
4. Barrows AS, Norman GR, Neufeld VR, Feightner JW. The clinical reasoning of randomly selected physicians in general practice. *Clin Invest Med* 1982; 5: 49-55.
5. Stewart M, Belle Brown J, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centred medicine. London: Sage Publications, 1995.
6. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice – on symptoms, symptom presentations, and bodily empathy. *Scand J Prim Health Care* 1992; Suppl 1.

7. Lunde IM. Patienters egenvurdering – ett medicinsk perspektivskift. Köpenhamn: FADLs förlag, 1990.
8. Merlau-Ponty M. Phenomenology of perception. London: Routledge & Kegan Paul, 1962.
9. Toombs SK. The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient. London: Kluwer Academic Publishers, 1992.
10. Karterud S, Monsen T, red. Selvspsykologi – utviklingen etter Kohut. Oslo: ad Notam Gyldendal, 1997: 213.
11. Holm U. Empati i läkar–patientrelationen. En teoretisk och empirisk analys [dissertation]. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1985.
12. Loizzo J. Intersubjectivity in Wittgenstein and Freud: Other minds and the foundation of psychiatry. *Theoretical Medicine* 1997; 18: 379-400.
13. Elkind D. Child development and education. A Piagetian perspective. London: Oxford University Press, 1984.
14. Johnson M. The mind in the body. The bodily basis of meaning, imagination, and reason. London: The University of Chicago Press, 1988.
15. Hedberg C. Kommunikationen vid det medicinska mötet mellan läkare och patient. I: Rudebeck CE, red. Konsultationen som arbetsform. Södertälje: Astra, 1994.
16. Feigenberg SG. Terminal care. Friendship contracts with dying cancer patients. New York: Brunner/Mazel, 1980.
17. Wijma B. Kroppsundersökningen och dess plats i den kliniska dialogen. I: Rudebeck CE, red. Konsultationen som arbetsform. Södertälje: Astra, 1994.
18. Thornquist E. What happens during the first encounter between patient and physiotherapist? *Scand J Prim Health Care* 1990; 8: 133-8.
19. Roxendal G, Nordwall V. Tre BAS-skalar. Lund: Studentlitteratur, 1997.
20. Thornquist E, Heir Bunkan B. What is psychomotor therapy? Oslo: Norwegian University Press, 1991.

Summary

Medicine's human dialogue; the interplay of diagnostics and empathy reveals the patient's needs

Carl Edvard Rudebäck

Läkartidningen 1998; 95 4500-7

The article consists in a review of the clinical encounter in terms of existential anatomy and bodily empathy. Making a diagnosis and understanding the patient are not seen as discrete, mutually exclusive endeavours. In addition to relying on their biomedical expertise, doctors need to be attuned to their patients' symptom presentations as living, experiential expressions of the body, existential anatomy. By 'sharing' his patients' basic bodily conditions, the doctor accumulates abundant knowledge throughout his professional life. Diagnosis is preceded, and its accuracy enhanced, by grasping the experiential essence of the patient's symptomatology. The doctor's ability to communicate with the patient within the realm of existential anatomy is what is referred to as bodily empathy. It is proposed that satisfactory management is dependent on interplay between diagnostic expertise and bodily empathy.

Correspondence: Dr. Carl Edvard Rudebeck, Kvartersakuten Matteus, Surbrunnsgatan 66, SE-113 27 Stockholm, Sweden.