

# Att ha eller uppleva – det är frågan

Om skillnaden mellan att uppleva sig sjuk och att ha en sjukdom



OLLE HELLSTRÖM, med dr,  
allmänläkare, Jakobsgårdarnas

Vårdcentral, Borlänge  
olle.hellstrom@ltdalarna.se

Allmänläkares biomedicinska kunskapskarta, vår inre bild av möjliga orsaker till patientens symtomupplevelse, är fylld av tecken som vägleder oss i förhållande till patienters fysiska tillvaro. Kartan saknar ännu symboler för hur vi kan förlösa en egentligen frisk patients möjlighet att ta sig ur sin ofta fjättrande upplevelse av att vara drabbad av sjukdom.

I patienters symtompresentation döljer sig ofta biomedicinskt obegripliga budskap. Det är bra om läkare kan avgöra om patientens ärende är sådant att biomedicinsk kunskap verkligen är tillämpbar. Tecken på kroppslig sjukdom kan vara uttryck för förtäckt existentiell ångest. Patienters försök att hantera ångest kan ta sig en rad olika uttryck. Existentiell ångest är lika ofrånkomlig för människan som ihållighet är för koppen [1]. En smärtupplevelse kan vara ett sätt att undkomma medvetenhet om ett svårt val i livet, en existentiell smärta [2].

Här belyser jag egna och andra läkares tillkortakommanden i en för oss vanlig situation: mötet med en upplevt sjuk människa, utan något betydelsefullt organiskt sjukdomstillstånd som grund. Texten hoppas jag kan få unga allmänläkare att tidigt utveckla förmågan att i sina möten med upplevt sjuka se under ytan, att se mer än biomedicinskt tillrättalagda »fakta«. Min förhoppning är också att texten ska belysa skillnaden mellan att uppleva sig sjuk och att ha en sjukdom. Med den insikten som grund kan tankar växa som vägleder läkares förhållande till upplevt drabbade patienter. Med sina sjukdomsupplevelser kan människor omedvetet avlasta sig sitt personliga ansvar för att bli den de är ägnade att vara [3]. Vem vill inte vara sig själv?

## Exempel på möte

Jag arbetar på Jakobsgårdarnas vårdcentral i Borlänge. Trots lång erfarenhet känner jag mig fortfarande ibland hjälplös i möten med friska patienter som upplever sig sjuka och som har långa datajournaler. Mötet med en 26-årig kvinna från Somalia får tjäna som exempel. Det kan få oss att bättre förstå också infödda svenskars möjlighet att gömma sig i kroppen när världen upplevs skrämmande. Texten har diskuterats med Fawsiya Omar, somalisk tolk, undersköterska och arbetskamrat. Hon tolkar mitt möte med »Bisharo«.

»Undersökningsrummet doftar palmolja och somalisk parfym. Bisharos blick är ängslig, hon har mycket ont och kan nästan inte röra sig.«

Undersökningsrummet doftar palmolja och somalisk parfym. Bisharos blick är ängslig, hon har mycket ont och kan nästan inte röra sig. Hon grimaserar, tar långsamt av sig sina kläder, lager efter lager och lägger sig försiktigt, jämrande. Hon rycker till när jag snuddar vid hennes hand.

Bisharo har tre flickor. Hennes man dog strax innan hon och barnen flydde. Hon har på två år fått ihop en datajournal på över 60 sidor. Många specialister har undersökt henne utan att finna några nämnvärda fysiska missförhållanden. De läkare hon hittills mött har tillsammans använt mer än tjugo olika beteckningar på hennes symtomupplevelser. »Diagnoserna« säger kanske mer om vår brist på humanmedicinsk kunskap än om Bisharos fysiska hälsotillstånd. Ingen har undrat över hennes tysta existentiella frågor. Jag har själv bidragit till hennes rika diagnosflora.

## Frågor och möjliga svar

Vill Bisharo verkligen bli undersökt? Hon är reserverad och milt avvisande. Kanske behöver hon sin sjukdomsupplevelse? Jag minns plötsligt hur jag själv gjorde som barn när jag hade funnit något som jag räknade med skulle väcka andras intresse. Som av en slump närmade jag mig mina två äldre bröder och gömde fyndet i händerna. De blev nyfikna. Så länge de inte visste vad jag dolde var jag uppmärksam, sedd och betydande. Intresset försvann när mina bröder tvingade mig att öppna mina sammanpressade, kupade händer. Jag var någon så länge de inte säkert hade sett och kunnat sätta namn på min hemlighet. Jag använde kroppen för att bli märkvärdig, värd att lägga märke till.

Döljer Bisharo något utomkroppsligt med sina spända muskler? Upplevelsen av att vara drabbad gör kanske att hon slipper öppna sig och utsätta sin föreställning om sig och sin framtid i Sverige för andras värderingar. Försöker hon fylla en otänkbar tomhet med tänkbara föreställningar [2]?

På en direkt fråga svarar Bisharo att hon ingenting har att oro sig för. Svaret lugnar inte mig. Om smärtupplevelsen är framgångsrik som försvar mot självanklagelse, rannsakan och skuld [4] håller hon också sitt personliga dilemma fritt från intrång. Och då är hennes svar trovärdigt och ärligt.

Bisharo är troligen inte längre den person som hon en gång i Somalia slog an. Hon är inte sig själv. Den som inte kan fullfölja sitt anslag står i skuld till sig själv [5]. Det är inte lätt för Bisharo att avskryva sin skuld. Hennes somaliskt utvecklade självbild är impregnerad av värderingar med troligen svag resonans i Borlänge. Kanske känner hon att hennes barn inte är eller inte håller på att bli som hon tänkt sig? Vad vet jag? Tyngs hon av plågsamma tankar som kräver smärta för att hållas

## SAMMANFATTAT

**En frisk patient** kan uppleva sig fysiskt sjuk och därigenom omedvetet, undkomma personligt ansvar för sig själv.

**Läkare med enbart** naturvetenskaplig skolning kan drivas att se förbi människan i patienten.

**Med standardexempel** belyses läkares möjlighet att i praktiken se också det uttalade i upplevt sjuka patienters försök att hantera sina livsfrågor.

**Allmänläkare är mer än** »alltmöjligt-specialister«.

**Specialister kan vi** kalla oss när vi tillämpar vår specifikt humanmedicinska, hälsoför-lösande hållning och när vi använder vår biomedicinskt orienterade kompetens med omdöme.

**Hela vårdkedjan** kan bli effektivare om patienter initialt möts av allmänläkare med situationsanpassade verktyg.

tysta? Skyddad i sitt smärtsamma fångelse undgår hon självanklagelser. Hon är utan skuld så länge hennes smärtråvan- de muskelförsvaret håller stånd.

Jag söker innebörden i Bisharos minspel, i hennes kroppsspråk. Hon vet att jag inte förstår hennes ord. Hon använder dem kryddade med stark känsla. Tolken översätter ordens bokstav, inte deras innebörd. I samtal utan tolk kan det vara annorlunda. Patientens upplevelser löper risk att förbli ouppmärksammade när jag fäster vikt enbart vid ordens bokstavliga betydelse. I mötet med Bisharo försöker jag lita mer till magkänslan.

Bisharo visar intensivt fram sin bild av sig som lidande människa. Hon öppnar inte sina »kupade händer«. I dem ligger något ömt som ingen får avslöja. Mitt mål ska kanske inte vara att kartlägga ordens referens i faktavärlden [6]. Orden symboliserar hennes upplevda verklighet. Jag försöker i stället förhålla mig så förlösande att hon ser hopp och mening i att själv söka det smärtupplevelsen döljer. Jag försöker se henne som en som har kraft att ta ställning till och förmåga att rekonstruera den självbild som nu driver henne att söka bekräftelse på att hon är drabbad och därmed utan skuld och personligt ansvar [3].

Bisharo gör kanske omedvetet om sina mänskligt smärtsamma händelser till fysisk smärta som det ju, teoretiskt, finns hjälp för hos läkare. Om hon maskerar en unik personlig svårighet med sitt kroppsspråk bör jag försöka lyssna till ordens möjliga innebörder [2, 6]. Hon kan uppleva smärta fastän den kanske saknar kroppslig grund. Att vi inte kunnat finna några organskador kan kanske inte förklaras av att vi saknar adekvat biomedicinsk kunskap. Vi kan se att mänskliga upplevelser, vilken form de än tar sig, kan vara mer reella än naturvetenskapligt tillrättalagda föreställningar.

## Diskussion

Upplevelsekunskap ryms ännu inte i läkarutbildningen. Av journalanteckningar att döma verkar vi gärna omvandla upplevelser till biomedicinskt tillrättalagda och behandlingsbara tillstånd. Rädslan inför existentiella frågor kan få forskare och kliniker att klamra sig fast vid sitt biomedicinska perspektiv på mänskliga upplevelser. Smärtupplevelsen kan då i grunden uppfattas vara nociceptiv, neurogen, varken nociceptiv eller neurogen (sic!) och psykogen [7].

Med vår nuvarande utbildning riskerar vi att rikta vår uppmärksamhet mot patienters ord som symboler för en materiell verklighet, inte mot det som unika, subjektiva, specifikt mänskliga varelsers ord kan dölja eller betyda. Vi kan alla omedvetet låta oss fjättras av något som andra kan ha svårt att nå insikt i. Möjligheten att stänga in sig i och låta sig absorberas av något tänkbart, en krämpa, kan på kort sikt hjälpa patienter att hålla sina mest fruktansvärda tankar ifrån sig.

Det är inte harmlöst att i praktiken uteslutande låta sig vägledas av biomedicinska karttecken. Vi kan lära oss förstå skillnaden i att uppleva och att ha en fysisk obalans. Vi kanske kan göra mer nytta genom att lägga kunskapskartan åt sidan, leta mindre efter fakta och koncentrera oss på patienternas dolda avsikter och ordrika upplevelser.

Med våra nödlösningar, remisser, piller och råd riskerar vi att bekräfta friska patienters föreställning att de har en sjukdom. De kan då få missriktad stöd att göra om sina existentiella plågsamma upplevelser till medicinskt åtgärdbara fakta.

Vi allmänläkare kan välja att sätta vår egen trygga, faktaori-

**»Bisharo visar intensivt fram sin bild av sig som lidande människa. Hon öppnar inte sina 'kupade händer'.«**

**»Det är viktigt att vi använder vår värdefulla, ofrånkomliga och nödvändiga biomedicinska kunskap bara där den är tillämpbar.«**

enterade hållning inom parentes [6] och visa att vi vågar [4] och vill se patientens personliga livssituation. Vi kan tillsammans söka drag i deras berättelser som får dem att i förekommande fall själva ompröva sina omedvetet mobiliserade, syntombaserade nödlösningar. Vi kan också ompröva tron på den biomedicinska kunskapen som den enda rätta läran och våga närma oss en kunskapsform som handlar mer om patienternas personliga upplevelser än om biomedicinskt tillrättalagda fakta. Det existentiella draget att ständigt hålla ett öga på egna tankar och föreställningar skiljer oss radikalt från andra daggdjur.

Det är viktigt att vi använder vår värdefulla, ofrånkomliga och nödvändiga biomedicinska kunskap bara där den är tillämpbar. I annat fall kan den råka i vanrykte. I möten med patienter kan vi vara öppna för deras och vår egen möjlighet att fly från ansvar för att välja adekvat hållning i relation till personliga och mänskliga frågor. I bästa fall kan vi då förlösa patienters kraft att själva få syn på det som får dem att förvandla sin existentiella ångest till känslan av att vara drabbade av smärta, depression, och annat påtagligt, medicinskt åtgärdbart. Som läkare kan vi undra om vi på olika sätt försöker dölja tanken att vi i möten med människor saknar kunskap för allt utom det som kan förklaras biomedicinskt.

Om vi lär oss att förhålla oss också till människors möjlighet att omedvetet lura sig själva kan vi kanske oftare undvika att lotsa in dem i mänskligt förödande patientkarriärer. Också organspecialister kan då få ökat utrymme att tillämpa sin djupare faktakunskap. Onödiga utredningar kan reduceras, mediciner förskrivs mer sällan, remisser bli färre, väntetider minska, irrelevanta sjukskrivningar undvikas och vårdarbetet effektiviseras. Nybildningen av pseudodiagnoser kan upphöra.

Allmänläkare har en nyckelfunktion i vården. Låt oss gemensamt försöka ta reda på vad det är som gör oss till specialister! Till att börja med ska vi kunna hantera biomedicinskt begripliga fakta och utveckla vår särskilda humanmedicinska kompetens. Vår nya hållning kan få patienter att se det möjliga och hoppfulla i att själva utveckla mod och kraft att revidera sina känslor av att vara oskyldigt drabbade av sjukdom [4]. Deras medvetenhet om att var och en är ensamt ansvarig för sin personliga tillvaro kan öka. Med en mer verklighets-trogen, humanorienterad hållning inför patienter och deras upplevelser kan vi allmänläkare känna oss säkrare och mer nöjda med vår arbetsinsats.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Kommentera denna artikel på [lakartidningen.se](http://lakartidningen.se)**

## REFERENSER

1. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Medicinens filosofi. Göteborg: Daidalos; 1992.
2. Hellström O. Patienten som person. Om mening och dialog i allmänmedicinsk praktik. Umeå: Umeå universitet; 1999. Umeå University Medical Dissertations. New Series No 585.
3. Tillich P. Modet att vara till. Lund: Studentlitteratur; 1977.
4. Harris T, Lagerström A. Konsten att leva innerligt. Stockholm: LevNu/W&W; 2008.
5. Kierkegaard Søren. Antingen – eller och Begreppet ångest. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 1986.
6. Karlsson G. Psychological qualitative research from a phenomenological perspective. Stockholm: Almqvist & Wiksell International; 1993.
7. Mannheim C. Ny serie: Smärta och smärtlindring en försummad specialitet. Läkartidningen. 2001;98:1634-7.