

Frølund, S. (1990). Helhed og sygdom. In: Jensen, Jensen & Kim (eds.).  
*Grundlagsproblemer i sygeplejen*. (pp. 192-226). Århus: Philosophia.

Denne publikation stammer fra [www.livsverden.dk](http://www.livsverden.dk) - hjemstedet for:

*Forum for eksistentiel fænomenologi*

Et tværdisciplinært netværk af praktikere og forskere, som anvender eksistentiel-fænomenologiske grundlagstanker og perspektiver i deres arbejde.

Husk at angive korrekt kildehenvisning ved referering til denne artikel.  
Den korrekte reference fremgår øverst på denne side.

Læs mere om Forum for eksistentiel fænomenologi  
og download flere artikler på  
[www.livsverden.dk](http://www.livsverden.dk)

---

**English version:**

This publication is downloaded from [www.livsverden.dk](http://www.livsverden.dk) – the home page of

The Society for existential phenomenology

A Danish cross disciplinary society of practitioners and researchers who make use of existential phenomenological theory and perspectives in their work.

For more information and downloadable articles visit  
[www.livsverden.dk](http://www.livsverden.dk)

# Helhed og sygdom

*Sune Frølund*

## Indledning

### *(a) Helheden før delene*

Min artikel skal forsøge at indkredse begreberne sundhed og sygdom ud fra en analyse af, hvad mennesket er i sin helhed. Nu er der jo ikke mange, der længere vil bestride, at et sådant helhedssyn er påkrævet i medicin og psykologi. Spørgsmålet er dog, hvad man skal forstå ved "helhed", og der deler synspunkterne sig.

Vi har jo arvet den velkendte sjæl-legeme-dualisme, der beskriver mennesker som et væsen, der består af to dele. Når vi vil forsøge at samle sjæl og legeme til en helhed, er der grundlæggende to veje, vi kan gå. Den ene anerkender, at delene findes, og søger at forbinde dem til en helhed. Den anden benægter, at mennesket har en sjæl og et legeme, og søger i stedet en enhed, som ligger "bagved" el. "forud" for delene.

Det er den sidste vej, jeg vil betrede i min artikel. Mit grundpostulat er, at mennesker ikke "består" af dele, men er, hvad det er, som en enhed el. helhed. Og det betyder, at vi - hvis vi vil erkende, hvad mennesket er - må begynde med helheden, og først derefter har mulighed for at forstå, hvad "delene" kan være. Delene har nemlig ikke nogen egeneksistens, men er kun dele så længe de holdes sammen i helheden.

### *(b) Ingen psykosomatiske sygdomme*

Det er efterhånden almindeligt accepteret, at man ikke kan opretholde vandtætte skodder mellem psykiske sygdomme og somatiske sygdomme. Lidelser som mavesår, migræne og forstoppelse har en åbenlys sammenhæng med den syges situation og sjælelige tilstand. Derfor har man klassificeret sådanne sygdomme som en tredje type sygdom, som "psykosomatiske" sygdomme.

Med min artikels udgangspunkt må denne sygdomsklassifikation afvises, fordi den tager udgangspunkt i sjæl-legeme-dualismen. Når mennesket primært er en

helhed, giver det ingen mening at tale om sjælen og legemet, eller om deres forbindelse og interaktion. Og så giver det heller ingen mening at dele sygdommene op i de nævnte 3 klasser. Psykosomatikken repræsenterer netop den form for helhedstænkning ("holisme"), der ikke løsriver sig fra sjæl-legeme-dualismen.

(c) *Medard Boss*

Lægekunstens fader Hippokrates skal i det 5. århundrede f.kr. have sagt, at den gode læge også måtte være noget af en filosof. I nyere tid har lægekunsten droppet det filosofiske og fulgt naturvidenskaberne, både i metode og i ontologi - i opfattelsen af, hvad virkelighed (incl. menneskets) er. Lægekunsten har dermed udviklet sig til at være *lægevidenskab* (medicin). Men det har betydet, at lægen ikke mere behøver stille det grundlæggende spørgsmål om, hvad mennesket er i sin helhed og virkelighed, men ukritisk kan acceptere f.eks. sjæl-legeme-dualismen.

Min artikels forsøg på at bringe det filosofiske spørgsmål om menneskets væren ind i lægekunsten, bygger på den schweiziske læge og psykiater *Medard Boss* (f. 1903) arbejde.

Boss har siden 2. verdenskrig samarbejdet med filosofen *Martin Heidegger* (1889-1976) om at udvikle en lægekunst, der ikke kopierer naturvidenskabernes ontologi, men i stedet tager udgangspunkt i menneskets daglige virkelighed el. tilværelse.

Grundlaget for dette arbejde, har været Heideggers analyser af menneskets eksistens, hans såkaldte "Daseins-analyse". Ligesom Kierkegaard insisterer Heidegger på, at mennesket eksisterer på en radikalt anden måde end de "døde", materielle ting. Mennesket foreligger ikke som tingene, mennesket *lever*.

Når vi kombinerer denne erkendelse med mine bemærkninger om menneskets helhed, får det konsekvensen, at helheden ikke er en foreliggende helhed, men en fortløbende, *levende "heling"*. Og mennesket er kun i live, så længe denne "heling" til stadighed forener el. samler mennesket i sin eksistens.

Menneskets liv - altså dets levende heling - er ikke styret af biologiske naturlove, men er en meningsssammenhæng el. *betydningssammenhæng*, og det er om dette projekt - at få mening - den forenende heling samler sig. Det betyder så igen, at vores eksistens er "*fri*".

Hvor abstrakte disse ord nu end forekommer, hævder *Medard Boss*, at han arbejder "fænomenologisk", dvs. at han går bag om den traditionelle lægevidenskabs og psykologis ledeforestillinger om, hvad mennesket er, og i stedet bygger direkte på det levende og oplevede liv<sup>1</sup>. Når den fænomenologiske beskrivelse

virker fremmedartet, beror det på, at vi alt for længe har været under indflydelse af naturvidenskabens ontologi og har fortolket vores tilværelse ud fra dens dogmer om, hvad virkelighed er.

Derfor skal mit *første* afsnit handle om disse dogmer og ledeforestillinger og søge at stille den medicinske ontologis diagnose.

I *andet* afsnit vil jeg beskrive Boss' antropologi: Hans opfattelse af, hvad mennesket og dets væsenstræk er.

I *tredie* afsnit defineres sundhed og sygdom (patologi), og i *fjerde* afsnit beskrives analysens betydning for helbredelse og terapi<sup>2</sup>.

## Afsnit I

### Ledeforestillinger og fordomme

I første halvdel af vores århundrede har fysikken måttet modificere sin mekanicisme, fordi så grundlæggende begreber som tid, rum, kausalitet blev modereret, ja fysikken har endog måttet ændre sin opfattelse af, hvad naturen og materien er. Atomfysikeren Werner Heisenberg konkluderer, at det "naturvidenskabelige verdensbillede nu er ophørt med at være udelukkende naturvidenskabeligt"<sup>3</sup>.

Mærkeligt nok har medicinen og psykologien været relativt upåvirkede af fysikkens omvæltninger, til trods for at de arbejder med det mindst mekaniske i verden: med mennesket, ja endog med dets sjæleliv. Situationen ser dog nu ud til at ændre sig.

Fra ikke-lægelig side er der rejst radikal kritik af medicinens og psykologiens antropologi<sup>4</sup>, men også indenfor lægestanden selv er der en gryende erkendelse af, at mange sygdomme ikke kan forstås og behandles indenfor det mekanicistiske menneskesyn. Nye discipliner som socialmedicin, psykosomatik og psyko-neuroimmunologi forsøger at gøre oprør mod beton-mekanicismen. Men også indenfor klassiske discipliner som neurologi og kirurgi er der røster imod lægekunstens alliance med naturvidenskaben.<sup>5</sup>

Hvis det skal lykkes at udvikle en lægekunst, der kan forstå menneskets egenart, må der gøres op med alle de dogmer og forestillinger, der har ledt lægen i armene på en u-menneskelig antropologi.

Mig bekendt er dette opgør ikke grundigere gennemført end hos Boss og Heidegger, og det er deres kritik, jeg vil gengive nu.<sup>6</sup>

## A. Sjæl og legeme

### (a) Kausalitet

Dogmet om at virkeligheden er delt i psykisk og fysisk (materielt), fik sin klareste formulering af René Descartes (1596-1650). Han beskrev mennesket som borger i begge verdener: med sjælen var det en del af den psykiske og med legemet en del af den fysiske verden.

Descartes fik snart problemer med at forklare, hvordan de to dele kunne kommunikere, og den vanskelighed har den moderne, psykosomatiske forskning arvet.

En af de forestillinger, der hænger nøje sammen med den "psyko-fysiske dualisme", er *kausalitet*. Begrebet står for den opfattelse, at alt, hvad der sker, sker på grund af en årsag, som ligger forud i tid. Man spørger f.eks.: "Hvad er årsagen til at æblerne faldt ned fra træet?", og svarer: "Vinden".

Årsagsforklaringer bruges i adskillige sammenhænge, både i videnskaben og i dagligdagen. Hvis man analyserer æblets fald lidt nøjere, viser der sig flere forhold, der også har indvirkning på faldet. Hvis tyngdekraften ikke virkede på æblet, ville det ikke falde - er tyngdekraften så også årsag til æblets fald? Og hvis det ikke havde været efterår, havde æblerne ikke været modne og tunge, og ville ikke være faldet for den vind - er årstiden, æblernes størrelse el. stilkens tilstand så også årsager? Man kunne gå videre og inddrage flere ting på årsagssiden: manden, der plantede træet, hans hensigter, træets eksistens som sådan m.m.

Disse overvejelser skal blot vise, at kausalitetsbegrebet i det daglige ikke har nogen entydig anvendelse. I videnskabelig sammenhæng antages dog, at entydighed kan opnås.

Fra Aristoteles (4. årh. f.kr.) har vi den første analyse af kausalitetsbegrebet. Han beskriver hele fire aspekter af kausalitetsforholdet. Skulle han analysere æblets fald, ville vinden optræde som én af årsagerne, nemlig den "virkende årsag". Men også *formålet* med æblets fald ville optræde som en af årsagerne. Formålet kunne være, at det modne æble hører til på jorden, hvor frøene kan sætte frugt. Denne tankegang er noget fremmed for os, fordi vi mener, at kun mennesker kan have formål med deres handlinger, medens naturens gang skyldes naturlige mekanismer.

Når vi mener dette, beror det delvist på en indflydelse fra naturvidenskabelig tankegang. Det moderne kausalitetsbegreb blev født sammen med naturvidenskaben efter en elimination af alle andre opfattelser af, hvad "årsagen" kunne være. Kun den "virkende årsag" (vinden) accepteres nu som årsag. Og siden hen har

naturvidenskaberne haft det dogme, at alting sker ud af sin årsag. Selvom dogmet er ubeviseligt og i grunden en konstruktion, dominerer det alle naturvidenskaber. Ikke kun de "døde" videnskaber (fysik m.m.) men også videnskaben om det levende, altså biologien.

### (b) *Beregning*

Ved hjælp af matematiske modeller er det siden lykkedes at lave *beregninger* af kausalforhold. Hvis man kender energimængden i den virkende årsag, kan man beregne virkningen. Beregningen giver mulighed for at lave forudsigelser af, hvad der vil ske i nær fremtid, idet fremtiden antages at være bestemt af fortiden. Denne tankegang ligger *determinismen* snublende nær den idé, at alt i verden er bestemt efter kausale, mekaniske love. Virkeligheden ses som én lang ubrudt kausalkæde, begyndende med universets opståen. Kausallove er naturlove, og naturen anses herefter for at være en kausal mekanisme. Og derved har naturvidenskaben fået monopol på erkendelse af naturen som den "egentlig" er.

### (c) *Beherskelse*

Tankegangen er udnyttet i *teknologien*. Der drejer det sig om at opnå en bestemt, kontrolleret virkning - f.eks. at udnytte energi, forøge en kraft, styre én proces osv. Og det kan man, hvis man forud har fået kortlagt nogle kausalitetsforhold igennem forudberegning og testning. Derpå kan man konstruere en teknik el. maskine, der virker. Man putter så at sige en bestemt årsag ind i maskinen (input), og får en bestemt, forudberegnet virkning ud (output). Moderne teknik som f.eks. computeren arbejder ganske vist ikke efter mekaniske love, men den er dog tænkt ud fra det samme natur- og virkelighedssyn som mekaniske apparater. For også ved konstruktionen af computere regnes der med kausalitet og med den principielle beregnelighed af virkningen.

### (d) *Alt kan måles*

En betingelse for den kausale beregning er, at de begivenheder og hændelser, vi vil undersøge og udnytte, kan sættes på tal. Uden tal intet regnskab og matematisk beregning.

Metoden til at sætte begivenhedsforløb på tal hedder *måling*. Og måling er da også blevet af så afgørende vigtighed for naturvidenskaben, af den slet ikke kan operere uden. Og bruddet med middelalderens naturerkendelse indledes netop med målingen.

Ved at måle i stedet for blot at skønne, kunne man med et slag frigøre sig fra

sine og traditionens fordomme og få syn for sagn. Fysikeren Galilæi's (1600-tallet) eksperimenter med måling af faldende legemer tog livet af 2000 års vranglære, og satte gang i en lidenskabelig målingsfeber.

Indenfor lægevidenskaben havde filosofen Cusanus allerede i 1400-tallet anbefalet, at lægen droppede skønnet til fordel for måling, når diagnosen skulle stilles. Men hjælpevidenskaberne - kemi og fysik - var da for uudviklede til at målingen fik større praktisk betydning. Idag er disse videnskaber (incl. biokemien) så avancerede, at lægens skøn må nøjes med andenpladsen i forhold til den eksakte måling.

### (e) *Forvekslingen*

Det ville være tåbeligt at benægte, at lægevidenskaben er kommet langt med disse redskaber: Måling og kausal beregning. Alligevel vækker teknificeringen af lægekunsten en diffus uro. Teknikken føles umenneskelig. Denne følelse affærdiges ofte med henvisning til at vores følelser jo er konservative og altid har ydet modstand mod tekniske fremskridt. Og følelser er jo blot "subjektive", hævdes det - de kan ikke måles og derfor ikke sige noget sandt om virkeligheden.

Overfor denne teknologiske fremskridts-religion er det vigtigt, at vi ikke bare ender i blind teknologi-fjendtlighed, men i stedet holder os klart, at teknologi nok giver "resultater", men alligevel ikke har patent på sandheden om menneskers sundhed og sygdomme.

For måling og kausal beregning er noget videnskaben "gør" ved virkeligheden for at få den til at tale et sprog, som videnskaben kan forstå og bruge. Faren ligger i, at man forveksler måleligheden og kausaliteten med virkeligheden selv og tror, at virkeligheden allerede er kvantificeret og kausalt forårsaget, før vi tager fat på den. Forvekslingen har nemlig den fatale konsekvens, at det, der ikke kan måles og beregnes, regnes for mindre virkeligt el. simpelthen for uvirkeligt. Og det er, hvad der er sket. Kunst og moral regnes ikke for rigtig videnskabelige, og følelser og fornemmelser regnes simpelthen for irrationelle. Kun naturvidenskaben kan afgøre sandheden - også synet på, hvad mennesket er.

## **B. Subjekt og objekt**

En anden ontologisk forudsætning, der har været bestemmende for vores menneskesyn, er distinktionen mellem *subjekt* og *objekt*. Den hænger nøje sammen med målingen.

For hvad gør en måling? Den *objektiverer*, den gør det målte til et objekt, til

en genstand. Dette gælder endog for noget så uskyldigt som temperatur-tagning. Når vi tager patientens el. vores egen temperatur, gør vi ham el. os selv til genstand, til et biologisk apparat. Det er der ikke noget ondt i, det er nyttigt i diagnostisk henseende, og det giver et eksakt måltal for feberen. Faren er atter den ovenfor omtalte forveksling, nemlig at man forføres til at overse, at feber også er andet end f.eks. 38,6 grader C.

Det lyder vel nok som en banalitet, men det er principielt vigtigt. Måltallet 38,6 grader C noterer man sig nemlig som noget "objektivt", medens *oplevelsen* af feberen kaldes "subjektiv". Og så ligger det snublende nært at mene, at de 38,6 grader C fortæller, hvad feberen virkelig er, medens oplevelsen bare er et godt skøn, der kasseres, når termometeret er aflæst. Eller - hvis lægen er humanistisk og moderne indstillet - noteres som en supplerende oplysning til de "objektive fund". Denne prioritering er en følge af dualismen mellem subjekt og objekt.

#### (a) *Jeg'et og omverdenen*

I dualismens lys tolkes mennesket som et *jeg* (subjekt), der står over for en *omverden*, som består af en masse genstande (objekter), der tilsammen udgør virkeligheden.

Når man skal fastlægge hvorledes jeg'et får en sand opfattelse el. erkendelse af omverdenen, må man indføre procedurer, der sikrer, at jeg'ets egne subjektive oplevelser ikke forplumrer erkendelsen. Og her er målingen midlet - med dens forudsætninger kausalitet og mekanisk naturopfattelse. Målingen antages at måle en kausal proces "derude", og den matematiske beregning fjerner det målende jeks subjektive fornemmelser.

#### (b) *Fornuft og følelse*

Mennesket antages at have en særlig erkendeevne, der tillader den eksakte, objektive erkendelse. Evnen kaldes den rationelle fornuft. De resterende sjælsevner - følelse, vilje, drift m.m. - giver nok subjektet visse oplysninger, men ikke af objektiv art, da de kun fortæller, hvordan subjektet selv er. Følelser regnes for private oplevelser, de kan såmænd være udmærkede, men erkendelse giver de ikke. Og vilje og drifter er blinde kræfter, der truer den rationelle fornuft, og slet ikke er til at (be-)regne med.

#### (c) *Subjektiv psyke, objektiv soma*

Sjælen el. psyken placeredes af Descartes straks på subjekt-siden. Senere modificeres denne placering (se afsn. II C) og kroppen el. soma har man siden



Descartes opfattet som en objektiv størrelse, som en naturmekanisme. der følger kausallove og derfor i princippet er beregnelig, hvis man blot kan finde en målemetode.

Denne opfattelse af, hvad kroppen er, er betingelsen for medicinens succes siden hen, og den dominerer stadigvæk uanfægtet. Medicinen har nok erkendt, at kropsmaskinen er mere kompleks end Descartes troede, og ikke kun arbejder mekanisk. Men bortset fra kompleksiteten ved de biologiske mekanismer, ser medicinen ikke nogen principiel forskel på menneskelegemet og "døde", materielle legemer.

#### (d) *Liv kontra mekanisme*

Jamen er kroppen da ikke en kompleks biologisk mekanisme? Er kroppen ikke materiel? Svaret er nej begge gange.

Kroppen *kan* gøres til genstand for en objektivende erkendelse og beskrives som en vital, biologisk mekanisme el. system. Men i sig selv er den det ikke. Hvad er den så? Den er *levende*.

Biomedicinen formår ikke at fastholde erkendelsen af kroppen som levende. Den vil i stedet forstå den levende krop ved at tage livet ud af den og reducere den til en mekanisme, der er udstyret med processer af en særlig art, nemlig "vitale" livsprocesser. Liv omdøbes m.a.o. til (elektro-kemisk) *livsproces*.

Også de nyeste biomedicinske modeller for kroppen, der erstatter strikte kausaltænkning med systemtænkning, feed-back, selvregulering og kybernetik, forstår ikke kroppens liv. Disse modeller opererer med gensidige eller cirkulære årsags-virknings-forhold, men kausalt-objektiverende er de lige godt.

At genoplive kroppen og forstå den som levende er en vanskelig, men uomgængelig opgave for en fremtid medicin. Men det betyder, at subjekt el. psyke-siden af dualismen må integreres i kropsopfattelsen. Og så er kroppen ikke længere et fysisk legeme som de andre naturobjekter, men *personal*. Kroppen er ikke længere et redskab, som en psyke, et subjekt el. en person har - den er personen *selv*.

#### (e) *Frihed og kausalitet*

Skismaet mellem opfattelsen af kroppen som levende contra som livløs biomekanisme kan også beskrives som problemet om *frihed*. I den biomekaniske kropsopfattelse er der ikke plads til frihed. Frihed og kausalitet er modsætninger, og Descartes tildeler da, konsekvent nok, kun sjælen frihed. Så render han ind i det uløselige problem om samarbejdet mellem sjæl og legeme, et problem som

psykosomatikken har arvet. For hvordan kan noget sjæleligt gribe ind i den legemlige, kausale nødvendighed? Hvordan kan f.eks. min vilje styre legemet, når dette allerede er bestemt af sine legemlige årsager? Og omvendt: Hvordan kan f.eks. en legemlig smerte trænge ind i bevidstheden uden at undertvinge friheden? Problemet er lige så uløseligt for den moderne psykosomatik som for Descartes. Og det kan kun opløses ved et radikalt brud med kausaltænkningen og objektivismen i menneskesynet.

### C. Naturalisering af det psykiske

#### (a) Sjælen som legemsdel

Det mekaniske verdensbillede og den nye naturvidenskab, der opstod i 15-1600-tallet, havde ikke megen plads til sjælen, fordi det ikke umiddelbart var til at se, hvordan man gennem måling og beregning skulle opstille objektive naturlove for sjælen.

Bortset fra filosofen Thomas Hobbes' materialistiske psykologi, skulle der gå ca. 150 år fra Descartes' mekanisering af legemet til sjælen led samme skæbne. Det skete, da den videnskabelige psykologi blev opfundet i slutningen af 1700-tallet.

Man kan beskrive psykologiens oprindelige projekt som et forsøg på at *naturalisere* det sjælelige, dvs. på at frigøre det fra den kristelige dogmatik. Det "åndelige" ved sjælen skulle elimineres; den skulle nu beskrives som en naturlig ting, som et stykke natur.

Den moderne psykologi udskifter endog helst ordet "sjæl" med "psyke" - som for at understrege, at psykologi er en objektiv videnskab med sin egen, vel afgrænsede genstand.

Prisen for objektiveringen af det sjælelige er en spaltning af det levende menneske i et såkaldt "subjekt" og en "psyke", hvor efter livet tolkes som en psykisk kausalproces ("psyko-genese"), der udspilles i et subjekt, analogt til de somatiske processer.

Psykologien insisterer selv på, at der er forskel på psyke og soma, men i princippet har den reduceret sjælen til legemsdel - ganske vist af overordentlig subtil art - og fjernet den fra det levende.

Psykologiens menneskesyn er idag trængt dybt ind i vores selvopfattelse og vokabular, med fremmedgørelse til følge. Vi har uden større modstand accepteret, at vi nu "har" en psyke, at den er delt i det bevidste og "det ubevidste", at psyken er fuld af "psykisk materiale", at vi har drifter, fortrængninger, komplekser, projektioner m.m., og at vi er styret af "psykiske mekanismer". Som om alle

disse begreber betegnede indiskutable og observerbare størrelse ude i virkeligheden!

*(b) Freuds psykoanalytiske teori*

Freuds teori - "meta-psykologien" - har, om nogen, præget den moderne, videnskabelige psykologi, hvad der gør den relevant at diskutere her. Desuden har Freuds teori - for den medicinsk baserede, psykosomatiske forskning - været den mest spiselige psykologiske teori. Grunden til dette er, at Freud deler medicinens ontologi og menneskesyn.

Medard Boss (selv oprindelig freudianer) leverer en meget omfattende og radikal kritik af Freuds teori - og en respektfuld omtale af det, der i Boss' øjne er det virkelig skelsættende i Freuds værk: Indsigten i de psykiske fænomeners *meningsfuldhed* og indsigten i *talens* helbredende virkning for den syge. Jeg vil anføre nogle hovedpunkter i Boss' Freud-kritik.<sup>7</sup>

Freud forsøger - til trods for sit blik for psykiske fænomeners mening - at underbygge sine erfaringer ved at føre det psykiske tilbage til det somatiske, som han betragter som basis.<sup>8</sup>

Dette fører til, at bevidsthedslivet betragtes som følgefænomen til somatiske processer, og derved underlægges det kausalitet og kravet om beregnelighed. Hvis beregningen skal lykkes forudsætter det, at der i de somatiske processer findes noget kvantificerbart, der har en psykisk pendant, og det er iflg. Freud "libido'en" el. driften. *Driftsbegrebet*, der er en kopi af fysikkens "kraft"-begreb, er nemlig en "kvantitativ foranderlig kraft".<sup>9</sup>

Biokemien var dengang en ny videnskab, men Freud så dens fremtidige muligheder for at belyse driftsbegrebet og lave beregninger, der kunne afdække de psykiske processer, han hidtil selv havde søgt at afsløre med sin psykologiske fortolkningsmetode.<sup>10</sup>

Ud fra iagttagelsen af sjælelivet mente Freud det nødvendigt at antage eksistensen af et "psykisk apparat". Endnu i sin (tidlige) bog om drømmetydning erkender han, at dette "apparat" er en konstruktion, men efterhånden som metapsykologien tog form, fik apparatet status som realitet. Psyken bliver for Freud en beholderagtig genstand, hvor i de sjælelige fænomener udspiller sig efter (biokemiske) kausallove.

Teorien om "det ubevidste" når Freud til gennem en klassisk naturvidenskabelig forskningsmetode, der forløber trinvis:

a. Det bevidste materiale viser uforståelige brud og huller (fejlhandlinger,

fortællelser, tvangsforestillinger m.m.)

- b. En hypotese kan forklare disse huller: der må eksistere et særligt rum i det psykiske apparat, som Freud benævner "det ubevidste". (Tanken er, at hullerne skyldes de psykiske processers spring fra det bevidste til det ubevidste, hvor de løber videre, for evt. senere at dukke op i bevidstheden igen).
- c. Da vi kun kender det ubevidste fra det bevidste, må vi konstruere ("interpolere") de ubevidste processer ud fra det bevidste materiale. Her bevæger vi os ud over erfaringen, medgiver Freud.
- d. Det endelige "eksistensbevis" for det ubevidste har vi, når det er lykkedes at "øve indflydelse på de bevidste processers forløb".<sup>11</sup>

Medard Boss påpeger, at grundforudsætningerne for Freuds "bevisførelse" for eksistensen af det ubevidste er, at det psykiske liv er en (ubrudt) *kausalkæde*. Da denne forudsætning (kausalitet) er ubevislig i psykologien såvel som i fysikken (se afsn. I a), må Freud overtage naturvidenskabens og teknologiens sandhedsbegreb: En hypotese er sand, hvis man, ud fra den, kan manipulere processerne, hvis man kan få mekanismen til at "virke".

Boss benægter ikke eksistensen af de psykiske "huller", men han afviser Freuds kausal-objektiverende forklaring på dem, fordi den går ud over og gør vold på de psykiske fænomener.<sup>12</sup>

Freuds beskrivelse af *jeg'ets udvikling* fra et "autoerotisk" stade til et modent stade, med mere adækvate forbindelser med omverdenen, er efter Boss' mening styret af tankegods fra Descartes' tradition.

Hos Descartes er jeg'et centrum for erkendelsens udvikling. Fra "cogito'et" (jeg tænker) bevæger jeg'et sig fra erkendelse af sig selv og ud til omverdenens objekter, hvorefter det slutter sig til, at visse af disse også har et subjekt (dvs. også er mennesker), fordi deres opførelse ikke kan forklares på anden måde, end som menneskelignende.

Hos Freud hedder det: "Bevidstheden giver kun den enkelte indsigt i hans sjælstilstande. At et andet menneske også har en bevidsthed er en slutning vi drager *per analogiam* på grundlag af denne andens perciperbare ytringer og handlinger for at forstå hans adfærd".<sup>13</sup>

Freud deler m.a.o. Descartes' individualistiske og solipsistiske menneskesyn. Begge mener, at mennesket primært er narcisistisk isoleret i sig, og ikke umiddelbart har nogen viden om andre menneskers og verdens eksistens. Den opfattelse er absurd, og den kan ikke forklare, hvordan individer skulle kunne få den tanke, at de kan lave analogi-slutninger til andre. Tanken forudsætter nemlig,

at individerne altid allerede har en fornemmelse af, at de er i en verden sammen med andre mennesker (se afsn. II d). Desuden ville analogislutningen højest give en projektion af individets eget jeg. I Descartes og Freuds antropologi er mennesket dømt til evig indespærring i sit private jeg.

## Afsnit II

### Hen imod et menneskeligere menneskesyn

Efter kritikken af den lægevidenskabelige og psykologiske antropologis grundforestillinger, vil jeg nu beskrive den fænomenologiske antropologi, som Medard Boss opstiller.

Den fænomenologiske metode forsøger at komme på synshold af det fænomen, den undersøger, og erkende det som det umiddelbart er. Erfaringsmæssigt er dette en af de vanskeligste opgaver, man kan stille sig, og der er en stadig fare for at fænomenologien selv udvikler sig til en ny dogmatik.

For at minimere denne risiko, har Boss opbygget sin grundbog (GMP) over en ret enkel sygehistorie, og ladet den syges (og siden hen raske) selvopfattelse være prøvestenen på det menneskesyn, han opstiller.

Boss understreger, at hans antropologi ikke gør krav på at være komplet, endegyldig, endsige den eneste mulige, men på at være det - indtil videre - mest bæredygtige og brugbare grundlag for en ny medicin og psykologi.<sup>14</sup>

I et kapitel med overskriften "Grundzüge des Mensch-seins" (Den menneskelige værens grundtræk) beskriver Boss de aspekter af menneskets tilværelse, som en lægelig antropologi må omfatte. Kapitlet er baggrunden for nærværende afsnit.<sup>15</sup>

Det vil sikkert forekomme nogen besynderligt, at f.eks. tid og rum skal analyseres i en artikel om sygdomsbegrebet, og jeg håber naturligvis, at det vil fremgå af teksten hvorfor. Det vil sikkert også slå nogen, at det psykiske ikke optræder som et menneskeligt grundtræk. Det beror på, at psyko-soma-dualismen er opløst, og at dele af det gamle psyke-begreb så at sige gennemsyrrer alle grundtrækkene, uden at kunne lokaliseres til et bestemt. Soma, det fysiske legeme, er erstattet af "krop", der ikke er en materiel genstand, men en af de måder, mennesket viser sig på.

I afsnittets sidste del (h) redegøres nærmere for grundtrækkenes forening i det levende menneske. Det er værd at understrege, at grund- el. væsenstrækkene ikke er dele, som eksisterer "an sich" og uafhængigt, og som kan stykkes sammen til et helt menneske. Grundtrækkene er *måder*, som menneskets tilværelse udfolder

sig på, som mennesker lever.

Hvordan lever mennesker? De befinder sig altid i en verden, på en eller anden måde knyttet til stedet og tiden og til andre mennesker, indtil de dør. Det liv skal beskrives gennem grundtrækkene.

(a) *Rum*<sup>16</sup>

Mennesker befinder sig ikke i rummet på samme måde som de livløse ting gør, men har et ganske særligt, næsten personligt forhold til det rum, det eksisterer i.

Rummet er det frie el. åbne spillerum, som tingene, begivenhederne og de andre mennesker fremtræder i, og som giver disse fænomener en rumlig betydning, der er noget andet end fænomenernes position i et rumligt koordinatsystem. Det betyder noget for os, det gør en forskel, om noget optræder hér el. om det sker dér henne, om det sker foran mig el. om det sker bagved, om det sker til højre for mig el. til venstre, oppe el. nede. Og det betyder noget, om fænomenet træder frem af en åben horisont el. i et indsnævret rum, om fænomenet synes tæt og kompakt, el. luftigt, om det er påtrængende el. vigende, om det er tilgængeligt el. uden for mit råderum. Det er ud fra sådanne rumlige betydninger - som alt, hvad vi oplever, har - at vi finder vores egen rumlige orientering og vores "ståsted" i os selv og i verden. Og evnen til at finde "ståstedet" er betingelsen for vores selvstændighed er vigtig. Hvis ikke vi har disse elementære rum-oplevelser, kan vi ikke finde vores eget sted, og så udviskes selvstændigheden.

Det er klart, at grundtrækket "rum" ikke er identisk med fysikkens kvantitative rum el. med fysikkens rum-beholder<sup>17</sup>. Men det er heller ikke et "indre", subjektivt rum, som jeg fantaserer mig til. Det er en "rumlighed" ved enhver af mine oplevelser - ligegyldigt om oplevelsen er en sansning, en erindring, en drøm el. en tanke.

Når det er relevant at drage vores "rumlighed" frem her, skyldes det, at forståelsen af de primære rumoplevelser giver en bedre baggrund for forståelse af visse sygdomme, end naturvidenskabens traditionelle, betydningstomme rumbeholder giver.

Sygdommen "senilt orienteringstab" er ikke kun den tabte evne til at lokalisere f.eks. butikkerne i forhold til hjemmet i et fysisk rum, men tabet af evnen til at opleve de rumlige betydninger af det, der sker. Forståelsen af orienteringstabet nødvendiggør en indlevelse i den seniles rum og et særligt blik for hvilken betydning f.eks. butikken, hjemmet og vejen ud og hjem har. Men også indlevelse

i en svigtende evne til at opleve sit hjem som et hjem, til at opleve sin krop som sit sted el. måske den mistede evne til at opleve selvstændighed er vigtig.

Normalt forklarer man jo senilitet som et organisk forfald, der skyldes alderen. Men ingen kan forklare den sundes *rumoplevelse* ud fra fysiologiske faktorer. Og derfor kan den seniles svækkede rumoplevelse heller ikke forstås fysiologisk. Når sygdommen især rammer gamle, kunne det i stedet skyldes, at gamles tilværelse ofte er så meget anderledes end yngres og senilitet rammer jo hyppigt ældre ved skift i miljø, flytning, tab af den vante dagligdag el. af ægtefælle.

Storhedsvanvid el. klaustrofobi giver også mere mening, hvis man inddrager den syges rumoplevelse. Den, der lider af storhedsvanvid, har måske ingen fornemmelse for andre menneskers nærhed, og fylder tomrummet ud med sig selv - og ser derpå overalt kun sit eget værk. Den klaustrofobiske oplever sine omgivelser som påtrængende el. som så kvælende nære, at de så at sige ikke tillader ham el. hende at befinde sig i små rum med mange mennesker.

Men selv når det drejer sig om noget så banalt som et benbrud har man kun fået en forståelse af, hvad benbruddet betyder for patienten, hvis man går ind i hans el. hendes oplevelse af den begrænsning, som benbruddet sætter for bevægelsesfriheden og for patientens rum. Også den intense smerte ændrer patientens rumoplevelse: den fylder det ud, så der ikke er plads til andet, før smerten trækker sig tilbage.

### *(b) Tid<sup>18</sup>*

Vores primære oplevelse af tid afviger en del fra naturvidenskabens opfattelse af tiden som en uendelig række af tidspunkter, der afløser hinanden. Oplevelsen af tiden er knyttet til vores gøremål, til det vi skal, til det der sker. Dette kunne man udtrykke ved at sige, at tiden primært er en tid-til ... et el. andet. Tiden er ikke bare abstrakt tid, men opleves måske som langsom, hvis jeg er i gang med noget kedeligt, og hurtig, hvis jeg er opslugt af mit forehavende. Tidens kvalitet ændrer sig med min situation.

Tidens betydning afhænger også af, om noget er forestående, om det er i gang nu el. om det allerede er sket. Disse betydninger, der kan udtrykkes med ordene "senere", "nu" og "før", eller med ordene "imorgen", "idag" og "igår", forstår vi, fordi vores eksistens er tidslig. Vi er ikke bare i tiden til et bestemt tidspunkt men har alle 3 tidsdimensioner med i alle oplevelser. Oplevelsen af nu'et er ikke oplevelsen af et uudstrakt punkt, men oplevelsen af et øjeblikks tid. Fortiden og fremtiden er præsent i øjeblikket: Det netop skete farver oplevelsen af nu'et - det samme gør forventningen om, hvad der vil indtræffe straks efter.<sup>19</sup>

En mere omfattende analyse af tiden, end den just givne, er nødvendig, hvis vi vil søge at forstå, hvad det vil sige at være levende, og hvad det vil sige at være fri. I denne henseende indtager fremtiden en afgørende plads, fordi livet leves "fremad" mod de livsmuligheder, der dukker op ud af fremtiden. Og vores frihed er betinget af at disse muligheder træder frem. I modsætning hertil, har den dominerende biologiske fortolkning af liv tildelt fortiden den dominerende rolle. Det skyldes, at den levende organismes nuværende tilstand antages at være et kausalt produkt af det, der forelå forinden. Og af samme grund kan biologien ikke rumme et begreb som frihed.

I sygdomsoplevelsen finder man ændringer i tidsligheden, og forskellige sygdomme har forskellig tid. Hvis vi igen tager "senil demens", finder vi ofte problemer med tidsoplevelsen. Det er især rækkefølgen og dateringen af hændelser, der ombyttes. Men også her når man længere med at forstå problemet, hvis man ser på hele situationen. De gamle skal ikke længere noget, deres tid er næppe længere tid-til ... De har "for meget" tid, de har problemer med at få "slået tiden ihjel". Hvem bliver ikke i længden syg af det?

Den epilepsi-lidende har en egen ekstatisk tidsoplevelse, som det er essentielt at få fat i, hvis man vil forstå sygdommen. Det gælder også andre lidelser, hvor tidsoplevelsen er ændret, f.eks. visse former for skizofreni. Børns særlige "leven i nu'et" er også en vigtig side af deres oplevelse af sygdom.

Mere alment kan man sige, at opleves fremtiden som en trussel el. som tilintetgørende i stedet for som nye livsmuligheder, svækkes sundheden og den syges evne til at komme sig. Det må derfor være relevant for sundhedspersonalet at beskæftige sig mere med patientens tidsoplevelse, end der er tradition for.

### (c) *Kroppen*<sup>20</sup>

Vi oplever umiddelbart kroppen som *vores* krop, som en *levende* el. bevægelig krop, og oplevelsen ændrer sig med vores totale tilstand.

Kroppen er en af de måder, vores tilværelse udfolder sig på. Men den er ikke den eneste, afgørende basis for vores tilværelse, sådan som vi er vant til at tænke. Vores liv er et kropsligt liv i alle dets aspekter, men kropsligheden er ikke mere grundlæggende end rumligheden og tidsligheden eller de andre grundtræk. Uden tidsligheden f.eks. ville vi ikke kunne være i live, og så ville kroppen være en livløs ting.

Vi må derfor skelne mellem "krop" og "legeme", hvor sidstnævnte er medicinens fysikalske "soma". Den krop, jeg beskriver her, er altså noget andet end soma, ja den er oven i købet grundlaget for, at videnskaben har kunnet



konstruere et begreb om soma. Hvordan det gik til, at soma sidenhen fik prioritet som grundbetingelse for vores liv, har jeg beskrevet i Afsnit II.

Soma-begrebet tillader udforskning af enkelte livsprocesser i kroppen, men det tillader ikke en helhedsforståelse af kroppens liv. Man kan isolere faktorer, der er nødvendige for livets opretholdelse - f.eks. blodets iltning. Og man kan sige, at der ikke var liv uden disse faktorer. Men man kan ikke forklare, hvorfor det netop er disse faktorer, der er nødvendige, og man kan ikke aflede el. forklare, hvad liv er ud fra faktorerne. Somatiske processer er nødvendige, men ikke tilstrækkelige betingelser for liv. Vil man forstå, hvad det vil sige, at vi er levende, må man begynde med oplevelsen af vores tilværelse som helhed. Først efter dette giver det mening, at benævne visse biokemiske processer "livs"-processer. På dette punkt er det afgørende at indse, at der intet er i vores krop, der kun er rent fysikalsk. Selv det mindste hormonmolekyle er indordnet vores eksistens - så længe vi er i live.

Vores krop er ingen genstand, ja den er strengt taget ikke en krop (navneord), men er "kroppen" (udsagnsord). Med dette kunstord søger jeg at fremhæve det tidlige el. dynamiske ved vores krop. Kroppen forandrer sig nemlig i takt med tilværelsen, og det er min eksistens som helhed, der "kropper sig".

Det kropslige findes i alle kroge af vores tilværelse. Erindringen, drømmen el. den mest abstrakte tankegang er kropslig. Naturligvis er en erotisk fantasi anderledes kropslig end den geometriske anskuelse af et platonisk legeme, men kropsligheden er også et moment i sidstnævnte anskuelse. Hvis jeg står og peger på en fjern bjergtop, er jeg kropsligt henne ved bjergtoppen. Men legemet strækker sig selvfølgelig ikke længere end til fingerspidsen, og holder sig altid inden for epidermis grænse. Legemet forandrer sig i det hele taget ikke meget, men ved fedme el. afmagring sker der en ændring, der igen hænger sammen med den overvægtiges el. den magres oplevelse af sin tilværelse og af sin "kroppen".

Vores krop er ofte uden for fokus, og vi lægger ikke mærke til den. Især når vi lever "mest", altså er levende optaget af det, vi gør, bemærker vi den ikke: den er der bare. Men i det øjeblik det kikser for os - når vi snubler, får sidesting, får åndenød el. føler smerte - træder kroppen frem. Næsten genstandsagtigt el. som en klump dødvægt.

Lægen stifter naturligvis oftere bekendtskab med syge, mindre funktionsdygtige og "genstandsagtige" kroppe, end med de sunde og "selvfølgelige" kroppe. Måske er det grunden til den hyppige fortolkning af sygdom som fejl i soma-apparatet?<sup>21</sup>

#### (d) *Sam-væren i verden*<sup>21</sup>

En sten kan ligge alene på vejen, men ingen ville finde på at sige, den var "ensom". Men et menneske kan kaldes "ensomt", både når det er alene, men også når det befinder sig i en stor folkemængde. Ensomheden er med andre ord noget andet end, at der ikke er andre mennesker tilstede. Det beror på at menneskets væren er en væren-sammen, på at mennesket basalt ikke er ensomt i sin egen verden. Dette grundtræk ved menneskets tilværelse kalder jeg "sam-væren". Ensomhed er en indskrænkning af den grundlæggende sam-væren.

Med grundtrækket sam-væren i en fælles verden, brydes der med denne individualisme-tro. Mennesket er ikke primært et individ, ikke et isoleret subjekt, er ikke bygget på en jeg-kerne. Mennesket er sammen-med *før* det kan fortolke sig selv som et "jeg".

På denne baggrund er det lettere at forstå, at det nære samvær i mødet med andre mennesker kan forandre os, ja kan ændre vores liv. Samværet kan nemlig (som bærende grundtræk) bære os, hvis vi tør lade det ske, og ikke insisterer på - hver for sig - selv at bære det. Derfor ligger der en skabende kraft i samværet - en kraft, der også er virksom i det terapeutiske møde mellem behandler og patient. Forudsætningen er, at de to parter virkelig mødes, og ikke lader sig nøje med at observere hinanden el. med at kommunikere forskellige informationer om sygdommen (Se afsn. IV).

#### (e) *Stemthed*<sup>23</sup>

Mennesket er altid stemt på en bestemt måde, hver enkelt tilstand er stemt i en egen "tone". I denne stemthed har mennesket adgang til sin tilstands helhed. I glæden erfares helheden som fylde og alt opleves i fyldens farve: de andre mennesker, sansningerne, rummets rummelighed, tidens fylde osv. I angsten står det anderledes magert til med helheden, og alt opleves gennem fraværets blege lys. Også nøgternheden, hvor vi er lidenskabsløse, er stemt. Ja selv følelseløsheden er en stemning.

Når jeg har valgt kunstordet "stemthed" for dette grundtræk, i stedet for "stemning", "følelse" el. "affekt", er det for at komme bort fra gængs filosofisk og psykologisk tolkning af, hvad følelser er.

Traditionelt deles psyken op i fornuft, følelse og vilje, hvor følelser får den tvivlsomme rolle at være frakendt fornuftens erkendeevne og rationalitet. Følelser kaldes blinde og irrationelle.

Hele psyken opfattes som "indre", men i modsætning til følelserne har fornuften en erkendende adgang til den "ydre" verden. Følelseslivet skyldes indre rørelser

og forklares som kausalt produkt af mødet mellem drifterne "indefra" og det input udefra individets omverden, som sansningen formidler. Derved bliver følelserne mekaniske og meningsløse.

Grundtrækket "stemthed" skal vi holde fjernt fra disse idéer. Stemtheden er *karakteren* af menneskets åbenhed el. modtagelighed, og derfor også karakteren af det, der fornemmes.

For enhver konkret følelse - og følelser har vi, fordi vores eksistens er stemt - betyder det, at den åbner for visse erkendelser og er kold og lukket overfor andre.

Samtidig med at føle noget, er enhver følelse en *følen-sig*. Den er ikke rettet mod et objekt udenfor, men omfatter både det, man føler, og den følendes *befindende* i ét hug.

Følelser er ikke forårsagede, men *foranledigede* af det, der dukker op i min verden. Begivenhederne dikterer ikke følelser el. stemninger, men kan motivere dem, hvis åbenheden er stemt for det. Det betyder, at enhver ny stemning er en om-stemning af stemninger, der var der i forvejen. Mennesket er stemt fra begyndelsen.

Det er oplagt, at en analyse af vores stemthed må være betingelse for at forstå de sygelige stemningsforstyrrelser i f.eks. manien og i melankolien. I behandlingsmæssig henseende betyder dette, at terapeuten må gå ind på betydningen af stemningerne, for at se, hvad patienten ikke kan føle el. føle sig som.

#### (f) *Hukommelse og historiskhed*<sup>24</sup>

Vores oplevelser er altid præget af vores historie, både den private livshistorie og den overleverede historie. Vi er ikke bare anbragt et sted i historien, men bærer den med os. Og vores livshistorie er ikke bare passé, men er bevaret i hukommelsen som min historie, som levende historie.

Når vi husker el. erindrere, har vi ikke sluppet nutiden, men vi er - som nutidige - sat i forbindelse med det, der skete. Vi *er dér*, hvor vi erindrere os hen - det er virkeligt, og det taler ind i nutiden.

Vores barndom har bestemmende indflydelse på min oplevelse af verden. Men indflydelsen er ikke determinerende, for min livshistorie er ikke en kausalkæde. Bestemmelsen sker gennem det erindredes motiverende betydning.

Den gængse fortolkning af hukommelsen som opbevaring af tidligere sanseindtryk i hjernesubstansen, reducerer hukommelsen til et data-lager (analogt til computerens lagring med så og så mange kilobytes). Derved bliver det ubegribeligt, hvordan erindringen kan *betyde* noget.

Glemslen tolkes på tilsvarende måde, som analog med sliddet på gram-mofonpladens riller. Dette modbevises dog af de hukommelsespræstationer, som folk kan opnå under hypnose el. som kan vækkes af voldsomme begivenheder el. stærk sindsbevægelse. Grammofonplade-analogien modsiges også af visse stærkt slidte hjerners tilbøjelighed til "at gå i barndom" og oversvømmes af dugfriske erindringer fra barnekammeret, medens der er sort dér, hvor menuen fra i middags stod prentet,

Hukommelse og glemsel er kvalificerede, d.v.s. at hvad der huskes, og hvad der glemmes beror på, hvordan min tilværelse iøvrigt er, på hvad der sker i den.<sup>25</sup>

Hukommelse og bevarelsen af det historiske er af særlig interesse for psykoanalysen og for psykosomatikken, der ofte søger patientens personlighed i hans eller hendes biografi (se afsn. III d).

### (g) *Død*<sup>26</sup>

Vi ved, at livet ikke varer evigt, vi ved, vi er endelige, og vi ved, at med døden er livet færdigt og fuldendt.

Døden hører med til livet som den grænse, der først gør livet til, hvad det er, ja på en vis måde muliggør det. Vi er kun dødelige, så længe vi lever, og derfor findes dødens betydning i enhver af vores oplevelser. Enhver stræben, enhver vilje til det ene eller det andet, enhver prioritering, ethvert valg el. handling, er muliggjort og nødvendiggjort af døden. Varede livet evigt, var der ingen grund til at gøre noget - der ville jo være tid nok. På den baggrund er døden bærende og foruroligende livgivende - vi kunne ikke leve uden døden.

Man kan tolke døden som noget, der kun skal ske en gang ude i fremtiden, som noget, der i al fald ikke sker nu og derfor ikke betyder noget i øjeblikket. Denne tolkning er en flugt fra døden - og en flugt fra livet. Den modsatte tendens - at leve i konstant rædsel for at dø - er i grunden også en flugt fra døden.

Den dødelighed, der er tale om i dette kapitel, er naturligvis ikke biologiens død. Død kan, lige så lidt som liv, forstås på biologisk grund. Biologien vil forklare liv ud fra visse elektrokemiske processer i hjernen, og død som disse processers udskiftning med nogle andre processer, kaldet "dødsprocesser". Men at ville forklare vores levende bevidsthed ud fra kemiske processer, er at tro, at de materielle ting er levende. På dette punkt deler naturvidenskaben de såkaldte "primitives" animisme.

Den aktuelle debat om døds-kriterier afspejler disse absurditeter. Døden kan ikke defineres el. måles biologisk. Men når det alligevel kræves, må døden omdefineres til "dødsproces", og så skal vi bare blive enige om, *hvor* i processen, vi kan

tillade os at erklære personen død. Fra naturens side er dette ikke givet "Stedet" for dødens indtrædelse fastsættes udelukkende ud fra den aktuelt eksisterende teknologi og vil derfor forskydes i takt med teknologiens udvikling. Hvad mon man forestiller sig denne forskydning vil ende med? At fremtidens måleteknologi vil gøre det muligt at observere selve "livs-atomet" el. "livs-genet" inde i hjernesubstansen?

Problemet skærpes til stadighed med opfindelsen af nye dødsforhalende teknikker, og med biomedicinens utopi om en "Endlösung" på problemet: afskaffelsen af døden ved genteknologiske indgreb.

For en biolog er døden en tom negation af livet Følgen er, at enhver målelig forlængelse af somas liv i sig selv regnes for at være et gode. De senere års diskussion af livskvalitet og begrebet om en værdig død, er første famlende forsøg på generobringen af døden til livet Måske kan vi med tiden lære at hjælpe selv de dødeligt syge til en sund død.

Det er indlysende, at sundhedspersonalet er bedre rustet i arbejdet med et mere dybtgående forhold til døden og med blik for dødelighedens livgivende betydning. Jeg tænker ikke kun på terminalplejen (et udtryk, der selv skjuler døden), men på arbejdet med enhver type patient der har et sygeligt forhold til døden - fra hypokonderen og den overbekymrede til den suicidale. Men også på arbejdet med andre patienter, der - måske p.g.a. en banal sygdom - har oplevet, at døden findes.

*(h) Den fri, forenende "heling" af væsenstrækkene til et selvstændigt menneske<sup>27</sup>*  
Menneskets grundtræk er bærende træk i vores eksistens el. liv. Men de er ikke bærende på samme måde som husets fundament bærer huset De bærende grundtræk er ikke en fast grund "nede under" el. "bagved" vores eksistens, men grundlæggende måder vi *udfolder* vores liv el. eksistens på. Der er ikke nogen fast ubevægelig kerne i livet - det ville standse livet gøre det til en ting. At vi er levende betyder, at vi er *selv-bærende* el. selv-stændige.

Væsenstrækkene kan ikke afledes el. føres tilbage til hinanden. De er lige grundlæggende og findes kun i foreningen. Den forenende helhed af grundtrækkene har derfor alle de nævnte træk: rumlighed, tidslighed, samværen, stemthed, hukommelse og dødeligheden. Det betyder, at der ikke findes et eneste menneskeligt fænomen, der ikke rummer alle trækkene. I alle vort livs oplevelser, tanker, handlinger m.v. kan man finde alle væsenstrækkene. Vægtingen er forskellig - nogle træk dominerer i forgrunden, andre bemærkes dårligt nok. Men de er der og kan ikke falde ud af helheden.<sup>28</sup>

At væsenstrækkenes forening er *fri*, betyder for det første, at foreningen er fri for kausal forårsagelse. Foreningens tilstand er ikke et produkt af årsager uden for foreningen selv. Men - for det andet - frihed er ikke kun frihed-fra, men også *frihed til selv at være* den forenende "heling" af væsenstrækkene. Derfor er friheden det samme som vores mulighed for at være et *selv*. Og det, vi selv kan være, er det, der giver mening for os.

Men friheden kan indskrænkes.

Konkret vil det sige, at jeg somme tider ikke formår at gøre alle væsenstrækkene til mine i foreningen, at jeg ikke kan finde mening i dem. Nogle af dem forbliver indskrænkede, andre er måske overbetonede, og jeg er ude af harmoni. Følgelig er der aspekter af tilværelsen, som jeg har svært ved at få øje på, og andre jeg holder mig for fastlåst til.

Indskrænkningen kan blive så stor, at jeg bliver næsten "blind" og ikke ser muligheden for at blive fri igen. Men dén mulighed er der altid, fordi frihed er primær i forhold til ufrihed.

Der kan ikke gives forklaringer el. årsager til at vi bliver ufrie og ikke kan finde os selv i alle væsenstrækkene. Dén, der kunne kaste lys over dette spørgsmål, kunne også fortælle hvorfor det onde findes i vores tilværelse.

Nærværende afsnit har leveret et bud på et menneskesyn, der bygger på menneskers *oplevelse* af tilværelsen, istedet for på begreber og forestillinger, der er hentet fra naturvidenskaberne.

Det ville være rimeligt at diskutere, hvad der har ført Medard Boss til netop at udvælge disse grundtræk. Kunne der ikke være grundtræk, der var mere relevante at bygge en patologi på? Kunne man ikke udelade nogle af de nævnte grundtræk, el. slå nogle af dem sammen under en hat?

Der er imidlertid ikke plads til den slags overvejelser her. Læseren må derfor godtage det beskrevne menneskesyn som et kvalificeret bud på en antropologi, der i al fald kommer godt omkring i menneskets tilværelse. Det afgørende er, at sundhed og sygdom med denne antropologi knytter sig til kategorierne liv, eksistens, frihed og mening, og ikke til begreberne soma og psyke.

## Afsnit III

### Sygdom

#### (a) Definition

Vi føler os syge, når vi er ude af stand til det, vi som ikke raske kunne. Sygdommen er en slags mangeltilstand. Når vi fejler noget, kan vi ikke gribe de muligheder, vores liv giver. Sygdom kan derfor defineres som en mangel på frihed el. begrænsning i friheden til at respondere på mulighederne.<sup>29</sup>

Som mangeltilstand er sygdom kun erfarbar ud fra det, der mangles, altså sundhed. Det betyder, at sundhed i en el. anden forstand stadig er der, selv i den mest syge. Sagt på en anden måde: hele registret af livsmuligheder gives stadig, men den syge formår ikke at besvare dem el. tilegne sig dem. Og - afhængigt af, hvor ondartet sygdommen er - kan den syge ofte ikke selv se disse muligheder. Den terapeutiske opgave er derfor at hjælpe den syge til at se muligheder igen, finde en mening.

Det er vigtigt at hæfte sig ved denne prioritering af sundhed over sygdom, som ikke bare er et spørgsmål om ordenes definition. Prioriteten hænger nøje sammen med frihedens primat over ufriheden (se afsn. II (h)). Hvis ikke sundheden, altså friheden til at tilegne sig el. *være* sine livsmuligheder, stadig fandtes i den syges verden - mere el. mindre tilsløret - ville helbredelsen være umulig. For frihed er ikke et individuelt subjekts ejendom el. præstation - så ville sygdom og sundhed være valg, vi kunne træffe, som det passede os - men den karakteristiske måde, vi er til på som levende væsener. Den "mangel" på helhed, som sygdom er, kan vi komme ud af, fordi helheden stadig er virksom og kan helbrede el. "hele" den syge.

Den definition af sygdom, jeg har givet, gælder fra skizofreni til det brækkede ben. Den skizofrenes frihed er så indskrænket at han el. hun dårligt kan tilegne sig en eneste af de livsmuligheder, der dukker op. Og så svækkes muligheden for at være "hel", for at være et selv i en meningssammenhæng.

Et benbrud er mindre graverende, men benbruddets sygelighed består også her i begrænsningen af patientens frihed og kunnen.

Den traditionelle skelnen mellem det "objektive fund" og den "subjektive reaktion" kan ikke opretholdes, for sygdommen er primært oplevelsen el. betydningen af tilværelsens begrænsning, ikke en række objektive facts.

Da vores eksistens - i modsætning til de "døde" tings væren - er en fortløbende dannelse af sig selv ud fra de givne muligheder, rammer sygdommen ikke kun

en bestemt *del* af os (f.eks. sindet el. benet), men rammer *os selv*. Det er *mig*, der er syg, ikke bare det el. det organ. Og derfor er det afgørende *hvem*, der er syg, somme tider endda mere afgørende, end hvad sygdommen er i en traditionel diagnostik.

De veldokumenterede erfaringer med tuberkuløse vidner om, at der er lige så mange sygdomme, som der er syge. Naturligvis kunne tuberkelbacillen konstateres i alle de syge, men sygdommen artede sig uens fra patient til patient - fra hyperseksualitet til passivt: sanatorieliv. Tilsvarende iagttagelser gøres idag med vor tids store sygdomme, f.eks. kræft. Skal sygdommen virkelig forstås, er bacille-testen el. identifikationen af en anden "agens" ikke nok. Man er nødt til at gå ind på patientens helhed, og d.v.s. patienten selv.

### *(b) Sygdom og død*

Helbredelse er altid mulig fordi sundheden "lever" i selv den sygeste. Jamen, findes der da ikke "dødelige sygdomme"? Dette spørgsmål sætter lys på det mærkelige forhold mellem sygdom og død.

Lægen, der udfærdiger dødsattesten, kan ikke skrive: "N.N døde en naturlig død" - ikke engang hvis afdøde er over 100 år. Det hænger sammen med lægevidenskabens fremmedgjorte forhold til døden. Døden er en fiasko for videnskaben, den er unaturlig og må i alle tilfælde skyldes sygdom, d.v.s. en fejl i apparatet.

Men døden selv er ingen sygdom, og forhindringen af den er derfor ikke i sig selv sundhed. Sundhed er noget andet end opretholdelsen af biologisk liv (hvorfor man ikke kan identificere længere levetid med øget folkesundhed). Derfor findes der ingen sygdomme, der i sig selv er dødelige. At dette er rigtigt, ser man også af, at vi enten ikke får mange af forrige århundredes "dødelige" sygdomme el. rammes så hårdt af dem mere, p.g.a. forbedrede leveforhold el. takket være lægevidenskaben.

Det er ikke sygdommene selv, der er uhelbredelige, men patienterne, vi ikke har kunnet hjælpe. Det terapeutiske arbejde består i at hjælpe den sundhed, der findes i enhver syg, til at vokse. Og det gøres ved at hjælpe patienten til andre livsmuligheder, end de begrænsede, han lever i.<sup>30</sup>

Når det kommer til stykket er dødelighed en af vores livsmuligheder, så måske skulle man atter give plads for begrebet "en naturlig død" el. "en meningsfuld død".<sup>31</sup>



(c) *Sygdomme har ikke årsager*

Mennesket er ingen kausal mekanisme og determineres ikke af sin fortid. Det "skaber" sig selv; ikke suverænt el. egenmægtigt og ud af det blå, men ud fra sin evne til at tilegne sig de givne muligheder. Sagt på en anden måde betyder det, at omstændighederne kun kan bestemme vores tilværelse *motivisk*.

Konsekvensen er, at sygdomme ikke skyldes "årsager", i naturvidenskabens betydning af ordet. Forskellige "patogene faktorer" el. omstændigheder kan være anledning til sygelighed, kan være motiv el. *bevæggrund* til sygelig indskrænkning af livudfoldelsen i de forskellige grundtræk. Bevæggrunden kan foranlede sygdom el. fastholde en syg i sin sygelighed med næsten tvingende styrke, men ikke bevirke el. determinere sygdomme.<sup>32</sup>

Det er lettere at acceptere disse påstande, når talen er om "psykiske" sygdomme, end om kropslige sygdomme. Kroppen er vi vant til at opfatte som en kausal-mekanisme, som soma, og de terapeutiske resultater ud fra dette kropssyn er svære at overse. Og kroppen *kan* - som det eneste grundtræk-i stort omfang fortolkes (og derfor behandles) kausal-mekanisk (se afsn. II c). Men fortolkningen kan ikke gennemføres modsigelsesfrit for kroppen som helhed<sup>33</sup>, hvilket betyder, at somatisk terapi har begrænset anvendelighed.

Medicinen har indset manglerne ved det gamle årsagsbegreb (én sygdom - én årsag), og den har opstillet det "multifaktorielle" årsagsbegreb. Herved har medicinen frigjort sig fra en streng, lineær determinisme, til fordel for en "soft" kausaltænkning, som tillader flere somatiske betingelser, miljøet, psykiske forhold m.m. som "patogene faktorer". Idéen er, at alle faktorerne er knyttet systemisk sammen i vekselvirkningsforhold o.lign. Men et multifaktorielt, systemisk sygdomsbegreb er stadig kausalt<sup>34</sup>, og det vil lide under de samme mangler, som det gamle, nemlig en begrænset anvendelighed til dele el. delsystemer, der betragtes isoleret - og ikke til helheden.

Det beror på, at et system er en "falsk" helhed og ikke adskiller sig principielt fra et summativt helhedsbegreb (helheden er summen af delene), og så gentages fortolkningen af kroppen som en "død" genstand. Med det systemiske, multifaktorielle sygdomsbegreb overses, at det er levende mennesker, der bliver syge, ikke "levende systemer".

I terapeutisk henseende vil de forskellige kausale sygdomsbegreber få negative følger på lang sigt, hvis ikke allerede nu. Deres succes bliver måske en parentes i lægekunstens historie<sup>35</sup>. Terapien kan nok fjerne sygdomsfaktorerne og måske den aktuelle, specifikke sygdom. Men prisen er en forskydning af sygeligheden til andre organer, andre systemer el. til en såkaldt generel, non-specifik sygelighed.

Her kan man måske tale om "iatrogenese" (lægeligt fremkaldte sygdomme) og finde forklaringen på historiske forandringer i sygeligheden; afskaffes el. reduceres kan sygelighed i al fald ikke med en kausal sygdomsopfattelse.

*(d) Patientens biografi; anamnese og prognose*

Psykosomatikken og psykologien interesserer sig meget for sygdommens forhistorie (anamnese) og analyserer derfor patientens tidlige biografi. Særligt sygdommens første optræden tillægges afgørende; Værdi for det senere forløb<sup>36</sup>. I Freuds psykoanalyse tales endog om en "urscene", som skal være en bestemt traumatisk begivenhed i barnets liv og ubevidst en fremkalder af sygdommen.

Men her har kausal-tænkningen atter sneget sig ind - nemlig når patientens livs- og sygehistorie reduceres til en lang årsagskæde, fra barndommens urscene til idag.

Selvfølgelig er sygehistorien relevant, men den kan ikke forklare, hvad den aktuelle sygdom er. Man er, omvendt, nødt til at gå lige til sygdommen selv og analysere dens helhed, før man kan afgøre, om anamnesen har patogen betydning.

Af de samme grunde kan man ikke opstille naturlove for hvilke begivenheder, levemåder el. omstændigheder, der fører til bestemte sygdomme. Der vil altid være undtagelser, for sygdomme udvikles ikke efter beregnelige kausallove, men efter hver enkelt patients egenartede og mangelfulde måde at forene sine grundtræk.

; Opstilling af prognoser er ligeledes behæftet med stor usikkerhed. Ikke fordi lægen ikke kan overskue alle patogene faktorer, men fordi sygdommens fremtid ikke determineres af dens nuværende skikkelse.

Dårlige prognoser kan i tilgift være fatale, fordi de forleder læge og patient til at opgive ævred. For en patient, der tror på lægens videnskab - og gør vi ikke det, når vi er syge? - er det direkte de-motiverende at få at vide, at den statistiske prognose er dystre. Det gør patienten magtesløs, ufri og fremmed for sin sygdom. Og lægen, der fokuserer på den statistiske prognose og ligesom glemmer, at visse patienter alligevel har overlevet af "ukendte årsager", forleder sig selv til at betragte sin patient som en, der allerede er døende, længe før han dør.

Jeg slår ikke til lyd for en hemmeligholdelse af prognosen, men for en afskaffelse af prognose-mageriet, fordi det negligerer, at det er en person, der er syg, ikke et anonymt subjekt, der tilfældigvis "har" en sygdom. Prognosen kan forhindre lægen i at gøre sin gerning: at hjælpe patienten til at se nye livsmuligheder el. mening - eller til at se meningen med at dø.<sup>37</sup>

*(e) Klassifikation af sygdomme; sygdomsfænomenologi*

En fænomenologisk sygdomslære som Medard Boss', klassificerer selvsagt hverken sygdomme i psykisk/somatisk/psykosomatisk, el. ud fra sygdommens ætiologi og patogenese. I stedet klassificeres sygdomme ud fra grundtræk (se Afsn.II), der især er blevet indskrænket, og hvori den syge dårligst kan tilegne sig de givne muligheder - kort sagt er mest ufri.

Det betyder ikke, at Boss opstiller et entydigt katalog over sygdomstyper, for i princippet er to sygdomme aldrig ens, og ingen sygdom kan - takket være helhedens "primat" over de forskellige grundtræk - begrænse kun et væsenstræk, men berører dem alle.

Forskellene mellem sygdommene beror på forskellig vægtning af begrænsningen fra grundtræk til grundtræk. Enhver sygdom må forstås som en mere el. mindre udpræget tilbage- el. fremtræden af et el. flere grundtræk i forhold til de andre.<sup>38</sup>

En fænomenologisk sygdomsbeskrivelse kræver derfor, at alle patientens sygelige træk beskrives gennem den antropologi, som jeg har skitseret i beskrivelsen af grundtrækkene.

Medard Boss giver i GMP adskillige sådanne beskrivelser hist og her, og vier et afsnit til en fænomenologisk beskrivelse af sygdomme, der særligt har ramt kroppen, tidslighed og rumlighed, stemthed og frihed.<sup>39</sup>

Det er klart, at det lader sig gøre at kurere banale sygdomme som f.eks. benbrud, uden en analyse af patientens helhed el. liv, men det ville muligvis gå lettere med en analyse og kræve kortere rekreation. I al fald ville analysen kunne spore begrænsninger i de andre væsenstræk end lige "kropsligheden". Patientens råderum og mobilitet indskrænkes (hans "rum" begrænses), hans tidshorisont indsnævres p.g.a. smertens ekstreme nu-tidslighed og fordi sygelejet tvinger hans tid til at være tid-til nogen andet end ellers. Også grundtrækket "sam-væren" ændres - måske "forsvinder" de andre helt for patienten - og "stemtheden" ligeså (smerten, angst, utålmodighed etc). Endelig kan sygdommen sende patienten ud i forlængst glemte erindringer ("hukommelse") eller lade ham erfare sin egen endelighed ("dødelighed").

En fænomenologisk sygdomsforståelse må tage udgangspunkt i patientens univers, da han var rask, og bevæge sig derfra til det sygelige. Ellers er det ikke muligt at forstå, hvad sygdommen egentlig er.

*(f) Kan sygdomme undværes*

Patologens \$1000-spørgsmål lyder: Hvorfor bliver vi overhovedet syge? - Hvorfor er vi ikke bare raske altid?

Spørgsmålene stilles vel ikke i den gængse patologi, og det anses i al fald for at være besvaret for længst, nemlig ved henvisning til de forskellige patogene faktorer, vi møder.

Men det svar er jo ikke noget svar, for straks lyder det næste spørgsmål: Hvorfor har evolutionen, der påstås at have skabt mennesket gennem en omhyggelig husholdning med de genetiske plus-varianter, hvorfor har denne evolution efterladt mennesket så sårbart, som det er? Skulle sårbarheden ligefrem være godt for noget?

Den slags overvejelser er måske baggrunden for filosofen Nietzsches spørgsmål: Kan vi overhovedet undvære vores sygdomme?

Ifølge Medard Boss er det fordi vi er frie væsener, at vi kan blive syge. Det betyder, at fjerner vi *muligheden* for sygdom, fjerner vi friheden. Men den slags betæneligheder lider lægevidenskaben ikke af, den vil tværtimod tage fat der, hvor evolutionen slap.

I USA har man (med statstilskud) søsat et projekt, der skal kortlægge alt menneskeligt genmateriale. Formålet er - ad gen-kirurgiens vej - at afskaffe menneskets sårbarhed, så de patogene faktorer ikke længere kan få patogen virkning. Hvis dette projekt engang lykkes, ville prisen være fjernelse af den menneskelige frihed, altså af menneskets liv.

Så måske skulle man istedet slå ind på en anden terapeutisk vej ...

## Afsnit IV

### Helbredelsen

#### (a) *Hvad er den helbredende handling?*

Det fænomenologiske menneskesyn og syn på sygdommens væsen, som Medard Boss beskriver, må også forandre vores syn på, hvad helbredelse er, og på hvad behandling er.

Boss beskriver det terapeutiske arbejde som *handling* - som en bestemt slags handling, der *hjælper* den syge til at genvinde en sundere el. friere stilling overfor sine livsmuligheder.

#### (b) *Teknisk vs. menneskelig handling*

I den gængse medicin og i visse psykologiske retninger opfattes den terapeutiske handling som en særlig slags *teknik*, der kan gøre en syg sund. Lægen, der griber ind i patientens soma el. psyke, antages at kunne fjerne "agens" (den sygdomsbe-

virkende årsag) og genetablere de kausalprocesser, der kaldes sunde. Meget forenklet ansues terapeutens arbejde som analogt til urmagerens, når denne reparerer gangværket (altså smører el. udskifter tandhjul, lejer m.m.)

Det er lettest at se, at de somatiske terapier er tekniske, bl.a. fordi lægen bruger teknik og instrumenter, når han arbejder. Men det er ikke anvendelsen af materielle instrumenter som skalpeller el. scannere, der gør den somatiske terapi teknisk. Også mange psykoterapier arbejder teknisk. Instrumenterne er mere luftige - de benævnes "analyseteknik", "samtaleteknik", "følelsesforløsende teknik" m.m. - men de er der.

Det karakteristiske ved den tekniske terapi er, at patientens person bliver helbredelsen uvedkommende - han el. hun er blot den, der "har" sygdommen. Og forsåvidt bliver lægens egen person også uvedkommende, blot han el. hun mestrer sin teknik.

Konsekvensen af denne terapeutik er, at det menneskelige i mødet mellem terapeut og patient nedprioriteres, for det er helbredelsen uvedkommende. De to parter mødes simpelthen ikke. Ganske vist priser man den læge, der også var sine patienter en menneskelig støtte. Men prisen går til hans el. hendes humane indstilling og høje lægeetik. I *terapeutisk* henseende tillægges det menneskelige ingen betydning.

Hvis man derimod opgiver kausal- og objektivitetsdogmerne (se afsn. I) i sygdomsbegrebet, - rykker det menneskelige møde ind i centrum for den terapeutiske handling. Så bliver selve *mødet* det bærende for helbredelsen. Og det egentligt virksomme i terapien er ikke længere en teknisk handling, der udgår fra en læge, men er en menneskelig handling, der udgår fra en grundlæggende sam-væren mellem læge og syg.<sup>40</sup>

### *(b) Både terapeut og patient er handlende*

Hvis helbredelsen skal lykkes, skal patienten selv handle, ikke kun behandles. Ingen lægelig anstrengelse kan hjælpe en syg, der ikke selv begiver sig ind i et el. andet mindstemål af handlende samvær med sine helbredere. Patienten skal ikke bare lægge sit fysiske legeme på operationsbordet el. krænge sin psyke ud hos terapeuten, uden *selv* at være der, og være tilstede, sammen med den, der hjælper.

Og terapeuten må sætte ind på at dreje patienten fra at være lidende til at være handlende, ved at hjælpe denne til at finde de livsmuligheder, der har mistet tiltrækning el. slet ikke dukker op i patientens horisont, p.g.a. den sygelige indskrænkning af hans el. hendes verden. Det kan kun gøres ved menneskelig

åbenhed og nærvær.

(c) *Årsag vs. anledning*

Hverken sygdomme el. sundhed har årsager, hvorfor ingen kan være årsagen til at nogen bliver rask. Lægen el. sygeplejersken kan være *anledningen*.<sup>41</sup>

Terapien består i at foranledige helingens generobring af magten i den syge, og den kan ikke bevirkes af nogen forårsagende (teknisk) handling (heller ikke patientens egen).

Hos Hippokrates og lægesønnen Aristoteles (fra hhv. 5. og 4 årh. f. Kr.) kan man finde lignende opfattelser af lægens rolle. Den første anbefaler, at lægen skal følge og understøtte den syges "fysis", fordi det er "fysis", der helbreder.<sup>42</sup> Dette græske ord (som vi kender fra "fysik") oversættes normalt med ordet "natur". Men oversættelsen har den uheldige konsekvens, at man tolker Hippokrates som foregangsmand for den moderne, naturvidenskabelige sygdomsbehandling. Ordet "fysis" er for Hippokrates ikke en kausal, somatisk proces, men snarere noget i retning af en skabende kraft el. livskraft, der kan bringe den syge hen til sin rette skikkelse.

Hos Aristoteles hedder det, at lægens "techne" (omtrent: teknisk kunnen) aldrig kan erstatte "fysis", da det er fysis, der er grund el. anledning (græsk: "arche") til sundheden.<sup>43</sup>

For Aristoteles kan nogets sande form el. skikkelse være årsag til dets udvikling. Denne type forårsagelse - som ikke kan rummes i det moderne, naturvidenskabelige årsagsbegreb - har mange lighedspunkter med Boss' opfattelse at grundtrækkenes forening i helheden, hvor helheden er skabende el. levende, og altså er det, jeg har kaldt "heling" (se afsn. II h).

Hvis ikke denne helbredende helhed (jvf. "fysis") altid fandtes i enhver syg, ville al lægegerning være forgæves. Ikke engang et så somatisk indgreb som kirurgens knoglereposition kunne lykkes uden. Kirurgen kan lette, men ikke bevirke knoglens sammenvoksning - den sker "af sig selv", som man siger. Og det "selv", der tales om, er ikke en somatisk automatik, men *patientens selv*. (jvf. afsn. II h, og III a)<sup>44</sup>

(d) *Diagnostisk vs. fænomenologisk sygdomsforståelse*

Den gængse medicin og psykiatri identificerer forståelse af en sygdom med at stille dens *diagnose*; dens forståelsesmodel kan derfor kaldes "diagnostisk".

Forudsætningen for den diagnostiske forståelsesmodel er subjekt-objekt-skellet og troen på at virkeligheden kan erkendes på afstand - uden at subjektet kommer

i kontakt med el. påvirker den (jvf. afsn. I b).

Atomfysikerne (Bohr, Heisenberg) har forlængst indset, at erkendelsen påvirker det, der skal erkendes. Men i medicinen og psykiatrien lever illusionen videre, at diagnosen kan levere et billede af sygdommen, som den er "an sich" - uden at lægen påvirker el. kommer i kontakt med den syge.<sup>43</sup>

Overfor den ikke-påvirkende, diagnostiske sygdomsforståelse stilles så den terapeutiske behandling. Først her antages påvirkning og kontakt at finde sted - og vel at mærke at finde sted som en teknisk-kausal handling, hvor lægen forårsager den sunde effekt i patienten (se afsn. IV a)

Den *fænomenologiske* sygdomsforståelse anerkender ikke en skarp sondring mellem forståelse og behandling af sygdomme. Her er "forståelse" ikke afstand, men en særlig måde at gå op i" el. være "henne ved" det, der skal forstås. Og når det drejer sig om et menneske, er "forståelse" en særlig måde at "*være sammen med*" det; ikke for at identificere sig med dette menneske, men for at være "*sammen-om*" det, den anden oplever i sin verden (sml. afsn. II d)<sup>46</sup>. Dette samvær påvirker naturligvis patienten, griber handlende ind i hans verden. Og derfor er den fænomenologiske sygdomsforståelse en *handlende forståelse*.

Lægens forhold til patienten skal være båret af denne forstående-handlende holdning allerede fra første konsultation. Hvis forståelsen reduceres til kun at være en indledende manøvre (altså en "diagnose"), forfalder handlingen til at være en behandlingsteknik, der måske nok kan fjerne sygdomssymptomerne, men ikke helbreder, fordi lægen er trådt ud af den syges verden, og ikke mere kan respondere på det, der sker der.

Sigmund Freuds psykoanalytiske praksis ligger nær fænomenologiens beskrivelse af den handlende forståelse. Medard Boss kritiserer dog Freuds teori om "overførslen", der skal være det egentligt virksomme i den psykoanalytiske terapi.

"Overførslen" beskrives af Freud som patientens "projektion" over på terapeuten af de "indre forestillingsbilleder", som patienten har af sine forældre. Lykkes denne projektion, kan terapeuten få helbredende indflydelse på patienten.

Imidlertid sker der så meget mere i mødet mellem terapeut og patient, end begrebet "overførsel" kan ramme. Og hvis situationen skal blive helbredende for den syge, er det ikke nok, at projektionerne "mødes".

For mange patienter er den terapeutiske situation måske den første chance nogen sinde, for at tale frit om sig selv og dele sin verden med en anden, uden at resultatet bliver afstand og isolation. Og det er dette samvær med en anden, der virker i analysen - uanset hvad psykoanalytikeren er skolet til at mene.<sup>47</sup>

### (e) *Det terapeutiske grundspørgsmål*

Sygdom er en art mangelfuld sundhed, en slags fravær el. negation midt i patientens helhed og væsen. Med en lidt tilspidset formulering kan man sige, at sygdom er noget, der *ikke er*, og denne "ikke-væren" har gennemtrængt den syges væsen (med varierende vægtning i de forskellige væsenstræk).

Lægens indledende spørgsmål til patienten - "Hvad fejler du?" - peger netop på sygdommens karakter af mangel ("fejle" betyder her ikke "tage fejl", men "mangle", "være forkert"). Det forstående "samvær-med" (som jeg beskrev før) den syge i dennes verden er på en måde "negativt", fordi det ikke må fortabe sig i den, men se "gennem" mangelfuldheden til helheden.

Det er denne ejendommelige måde at se helheden midt i sygdommens ikke-væren, der så at sige "benægter" sygeligheden og kan handle *mod* lidelsen, fordi den insisterer på, at den syges levende, virksomme "heling" altid findes bag symptomerne.

Det terapeutiske grundspørgsmål er følgelig også negativt, udfordrende. Det lyder: "Hvorfor egentlig ikke ....?"<sup>48</sup>. Det er sjældent et spørgsmål, lægen udtaler, og det kræver ikke et verbalt svar. Og spørgsmålet udbeder sig slet ikke informationer eller forklaringer på sygdommens årsagsforhold (det ville låse patienten fast i kausal logik). Grundspørgsmålet ligger i det handlende samvær mellem læge og patient. Det spørger i fremtid og efter livsmuligheder og mening. Det udspørger ikke patienten, men efterspørger friheden.

Lægens kunst er at kunne holde balance i denne blanding af gåen-ind-i patientens mangelfuldhed og en gåen-forbi manglen til patientens selv og helhed.

### (f) *Terapi og pleje*

Få er mere indlæggelsesangste end hospitalsansatte. De ved bedst, hvor ringe chancer hospitalerne giver det menneskelige samvær, i al fald mellem læge og patient.

Har man ikke på forhånd det menneskelige nærvær med sig selv, der kaldes selvtillid, er man ilde stedt: som patient på sygehuset. Derfor er det også vise ord, der hævder, at det kræver et godt helbred at blive syg nu omstunder.

At helbredelse sommetider alligevel lykkes, beror dels på, at besiddelsen af et u-menneskeligt sygdomsbegreb ikke har udryddet al lægelig menneskelighed. Men nok især på, at den indlagte møder menneskelighed fra andre sider på hospitalet nemlig fra plejepersonalet. Hvor mange netop udskrevne roser ikke sygeplejerskerne i høje toner - netop for deres menneskelighed: "Tænk at de gad gøre alt det for mig!", medens lægen krediteres for sin ekspertise ("da han/hun endelig fik tid



til mig").

Fordelingen af menneskelighed og teknisk kunnen, af pleje og terapi på to forskellige personalegrupper, er selvfølgelig uhensigtmæssig, for ikke at sige skadelig for patienten. Blandt andet fordi plejen ikke anerkendes som terapeutikum, men blot er noget, der skal til *medens*, og ikke *for at* patienten bliver rask. Og fordi fordelingen gør den tekniske side af behandlingen endnu mere umenneskelig, og udstyrer plejepersonalet med følelsen af manglende autoritet og kompetence.

## Afsnit V

### Den tænkende behandler

"Det er af yderste nød, at der er brag for *tænkende* læger, der ikke er til sinds at rømme valpladsen for de videnskabelige teknikere"

Heidegger. Zollikoner Seminare s. 134

Heidegger-citatet kan passende udvides til at omfatte alle behandlingsgrupper og ikke kun lægerne. Så udtrykker citatet den syges utopi, der må være et sundhedsvæsen, hvor den tekniske behandling udelukkende er et middel i den menneskelige helbredelses tjeneste.

I min artikel har jeg forsøgt: at forklare, hvorfor utopien ikke bare er en køn drøm, men er en nødvendighed, hvis sundhedsvæsenet fremover skal kunne helbrede og ikke blot fjerne sygdomme.

Utopiens krav om et menneskeligt forhold mellem behandler og patient, *kan* beskrives som et etisk krav. Men først og fremmest er det et *sagligt* krav. Det kommer nemlig ikke "udefra" i forhold til behandlernes arbejde, men udspringer af den sag, der arbejdes på.

Det etisk-menneskelige i lægegerningen kan ikke (som traditionen gør) adskilles fra det faglige; det er en integreret del af behandlerens kompetence. Den menneskelige læge, sygeplejerske el. sygehjælper er bedre - også rent fagligt.

Medard Boss' fænomenologiske sygdomslære er mest af alt et forsøg på at berede vejen for en ny *måde at se*, der lader sygdomme fremstå som det, de er, i deres konkrete, menneskelige helhed. Med den leverer ikke en fiks og færdig teori el. synsteknik, som behandlere derpå blindt kan betjene sig af. Både lægen, sygeplejersken og sygehjælperen må selv *tænke*; ikke for at blive filosof, men for at kunne *se*.

# Noter

1. Boss' hovedværk (se note 2) er bygget over én eksemplarisk sygehistorie.
2. Medard Boss' hovedværker en "Grundriss der Medizin und der Psychologie. Ansätze zu einer phänomenologischen Psychologie, Patologie, Therapie und zu einer Daseinsgemässen Präventivmedizin in der moderne Industrie-Gesellschaft", Verlag Hans Huber, Bern 1971, 2.udg. (udvidet) 1975. Forkortes GMP. Desuden: "Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse", Europaverlag, München 1979. (En samling af Boss' artikler fra 1937. til 1977) Forkortes VPD. "Praxis der Psychosomatik. Krankheit und lebensschicksal", Bentili, Bern 1978.  
Martin Heidegger Zolikonere Seminare", Klostermann, Frankfurt a.M., 1987 Forkortes ZS. "Sein und Zeit", Niemeyer Verlag, Tübingen, 1927, 1967. Forkortes SZ.  
Alle titler er oversat til hovedsprogene, incl. japansk. Medard Boss har stiftet Daseinsanalytische Institut für psychologie und Psychosomatik, Zürich. Institutet udgiver tidsskriftet: "Daseinsanalyse, phänomenologische Anthropologie und Psychotherapie", Karger, Basel 1984.
3. Werner Heisenberg, *Fysik og humanisme*. Gad, 1959, s.22
4. Se f.eks. Knud Michelsen, *"Synålejomfruen og lægevidenskabens menneskeopfattelse"*, Munksgård, 1989 el. Ivan Illich, *"Grænser for lægevidenskab"*, Gyldendal, 1977
5. Oliver Sachs: *"Manden, der forvekslede sin hat med sin kone"*, Borgen, 1987.  
Bernie Siegel: *"Kærlighed, medicin & mirakler. En kirurges erfaringer"*, Munksgård, 1988  
Thure von Uexküll: *"Grundfragen der psychosomatischen Medizin"*, Rowohlt-Taschenbuchverlag, Hamburg, 1963, specielt side 42.
6. Afsnittet bygger især på M. Boss: GMP, IV kap: "Der Grundcharakter der naturwissenschaftlichen Forschungsmethode und die Grenzen ihrer Anwendung in der Medizin und der Psychologie", s.127-146. Artiklerne: "Modell und Antimodell in der psychosomatischen Medizin", "Die psychosomatische Medizin und der Kausalitätsprinzip"; begge fra VPD.
7. Freud-kritikken se GMP s 147-157, 329-374 og 512-522. Desuden artiklerne: *"Sigmund Freud und die Naturwissenschaftliche Denk-Methode"* og *"Daseinsanalytische Bemerkungen zu Freuds Vorstellung des "Unbewussten"*, begge i VPD. Boss' bøger om drømmetydning og perversioner rummer naturligvis også kritik af Freud.
8. Se f.eks. Freud: *"Drifter og driftsskæbner"*, Metapsykologi I, Reitzel, Kbh. 1975, s. 124-128. Og: *"Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie"* Studiaausgabe bd.V, Fischer Verlag s. 145
9. "Drei Abhandlungen.." s.121
10. - Samme s. 145
11. Freud: *"Det ubevidste"*, metapsykologi I s. 168
12. Se Boss' fænomenologiske alternativ til Freuds begreb om bevidsthed, ubevidsthed, drift og psykiske instanser. GMP, s. 332-363.
13. *"Det ubevidste"*, s. 169-171.
14. GMP, s. 14, 16

15. GMP, s. 237-320. Baggrunden for disse "grundtræk" er Heideggers "eksistentialer" fra *"Sein und Zeit"* fra 1927. Mellem denne bogs udgivelse og GMP's udgivelse er der gået 44 år. Derfor er der ikke noget nøje sammenfald mellem grundtræk og eksistentialer.
16. "Räumlichkeit des Daseins", GMP, s.239
17. Fysikkens rum er en abstraktion, der er opnået ved at neutralisere rummets betydning til en homogen beholder, der består af et uendeligt antal punkter el. lokaliteter. Sigtet med denne abstraktion er at gøre rummet måleligt, for så kan positioner bestemmes eksakt og gøre opstillingen af beregnelige kausallove mulig, f.eks. faldlovene.
18. "Zeitlichkeit des Daseins", samme s. 253
19. Fysikkens tidsopfattelse er konstrueret analogt til rumopfattelsen. Tidens betydning, dens kvalitet, er elimineret til fordel for en kvantificerbar tid bestående af tids-punkter.  
Udviklingen i tidsopfattelsen kan illustreres med den historiske ændring af tidsmålerne, altså urene. Viseuret behøver ikke længere solen for at gå, men visernes cirkelbevægelse viser hen til dagens cyklus. På digitaluret er denne tilknytning til verden droppet tiden bevægelse og liv er opløst i pulserende punkter i en endelig talrække.
20. "Leiblichkeit des Menschen", samme s. 271
21. Om instrumental fortolkning af kroppen, se min artikel: *"Liv i kroppen"*, i tidsskriftet Paradigma, 4.årg., dec. 1989
22. "Miteinandersein der Menschen in einer gemeinsame Welt", GMP, s. 285
23. "Gestimmt-sein", samme s. 288
24. "Gedächtnis und die Geschichtlichkeit des Menschen", samme s. 299
25. Oliver Sachs er leveringsdygtig i omhyggelige beskrivelser af patienter med patologisk forstørret el. svækket hukommelsesevne. Det spændende ved hans beskrivelse er, at de har øje for det berigende ved det sygelige og for patienternes følelse at, at have mistet noget værdifuldt, takket være helbredelsen.
26. "Tod und das Sterblich-sein des Menschen", samme s. 309
27. "Gleichursprünglichkeit der tragenden Wesenszüge des Daseins und ihre Entfaltung zur Freiheit eines eigenständigen Menschen", samme s. 314
28. Samme, s. 314
29. s. 442
30. Jvf. Bernie Siegel: *"Kærlighed, medicin & mirakler. En kirurgs erfaringer"*.
31. Samme, s. 55
32. GMP, s. 430-433
33. JVF *"Liv i kroppen"*, Paradigma

34. Jvf. afsn. I Bd. Her har medicinens sin komplementaritetensproblematik, analogt til fysikkens. Kausal-tænkningens succes er også i medicinen betinget af en nøje afgrænsning af synsvinklen. Til erkendelsen af kroppen som helhed, endsige erkendelse af mennesket som helhed, rækker kausal-erkendelse ikke (Jvf. Heisenberg, s. 135).

35. Antibiotika-behandling kunne være et eksempel. Hvor mange nye resistente bakteriestammer får fremtidens sundhedsvæsen at bekæmpe? Og får denne behandling negativ, immunologisk virkning på lang sigt (eller allerede) ?

36. Bräutigam & Christian: *"Psykosomatische Medizin"*, Thieme Verlag, Stuttgart 1986, s. 68-69

37. Jvf. Siegel, s. 53: "Lægens vane med at lave prognose over hvor lang tid en patient har tilbage er en skrækkelig misforståelse. Det er en selvopfyldende profeti. ... Mennesker, der kan lide deres læger og som er passive, dør tit lige på klokkeslæt, som om de gerne vil give dem ret".

38. GMP, s. 442-443

39. GMP, 3. del, kap. 3: "Allgemeine daseinsgemässe Phänomenologie des Krank-seins", s. 440-511. Yderligere sygdomsbeskrivelser findes i f.eks. Boss: *"Praxis der Psychosomatik"* og i tidsskiftet "Daseinsanalyse".

40. GMP s. 530. Her ligger forklaringen på den såkaldte "placebo-effekt": At mennesker kan blive raske selv om de snydes for den rette medicin, det rette kirurgiske indgreb m.m. (se Lindahl & Lindwall: *"Lægevidenskaben i nyt perspektiv"*, Reitzel, kbh. 1979

Bernie Siegel kender den menneskelige kontakts helbredende virkning: "Min kærlighed og mine omfavnelser kan måske se fjollede ud på hospitalet, men de er videnskabelige", s. 82

41. GMP, s. 557

42. Edv. Gotfredsen: *"Medicinens historie"*, Nyt Nordisk forlag, Kbh. 1973, s. 65

43. Aristoteles: *"Fysika"* 192 b 25-33

44. Siegel, der er kræftkirurg, giver en karakteristik af, hvad det er, den tekniske terapi kan gøre: "Medicin og kirurgi kan købe tid, og muligvis kurere, medens patienterne bestræber sig på at lægge deres liv om", s. 109

45. Når vi går til læge med en banal sygdom, er kontaktløsheden mellem læge og patient blot stødende. Handler det om alvorlig legemlig sygdom el. psykisk sygdom, er kontaktløsheden ødelæggende.

46. Jvf. Kierkegaards kritik af den diagnostiske holdning som en kontra-indiceret, distance til patienten: "Den som ikke har denne ydmyge Hengivelse, Taalmod Kjerlighed til at ville udholde den Lidelse, trenende at sætte sig ind i den Anden: han helbreder Ingen". (Citeret efter Michelsen, s. 173)

47. Boss' kritik af "overførsel" og "Projektion", GMP, s. 542-553 & 512.

48. GMP, s. 564