

# De eksistentielle områder er overset i det moderne sundhedsvæsen

Cand.psych. Peter la Cour



Klinisk psykolog med ti års hospitalexperiens. Højskolelærer på Krogerup Højskole. Uddannet præst efter folkekirkens § 2. Har gennem mange år undervist eksternt ved Medicinsk Psykologi på Panum Institutet. For tiden titel af forskningsadjunkt på Sundhedspsykologi, hvilket er det nye navn for den medicinske psykologi på Panum.

Lægefaget er i vid udstrækning et fag, der udøves, hvor eksistentielle problemstillinger er accentueret. Livets største eksistentielle spørgsmål: Fødsel, lidelse og død er i dag institutionaliserede hospitalsfænomener, når det drejer sig om konkrete.

Dette er måske ikke noget epokegørende udsagn, men det er alligevel et besynderligt fortiet og ureflekteret forhold, når det drejer sig om den lægelige synsvinkel. Begreber som livsmød, meningsfylde, livsværdi og dødsangst indgår kun yderst sjældent i medicinsk litteratur. Et opslag i den medicinske litteraturlitteraturdatabase Medline på ordet »existential« giver bestemt ikke imponerende resultater. Men ved almindelig samtale med læger får man derimod indtryk af, at sådanne begreber i virkeligheden fylder en hel del i den mere globale vurdering af patienterne, der ikke bliver ført til journal. De eksistentielle spørgsmål tilhører *lægekunsten*, mens *lægevidenskaben* i højere og højere grad nærmer sig en ren positivistisk kultur. Det er åbenbart kun lægevidenskab, der skal stå i journalerne.

I den nyudkomne bog »Placebo« (1) stiller *Asbjørn Hróbjartsson* det besynderlige paradoks op, at »de fleste videnskabsmænd vil acceptere placebo-fænomenet uden at blinke, samtidig med at de vil rynke på

næsen af spekulative teorier om sindets indvirkning på kroppen« (p. 12). Man godtager med andre ord den store relevans af andre faktorer end de rent naturvidenskabelige, men man ønsker ikke at tale om dem. *Hróbjartsson's* morale er, at den gode læge må gøre sit ypperste for at udnytte placeboeffekterne i sin omgang med patienterne, mens ren placebo-behandling (at »snyde« patienterne med fx sukkertabletter) naturligvis bør undgås som uetisk. Placeboeffekterne består i, at en hvilken som helst behandling, der gives i god kontakt med patienten, med venlighed, optimisme og myndighed vil virke bedre. Dette er den enkle konklusion fra placebo-forskningen. Derudover, kunne man tilføje, er en god kontakt med patienterne en naturlig selvfølge i alt godt lægearbejde.

Det lyder jo selvindlysende, nærmest banalt. Alligevel dækker udtrykket »god kontakt med patienterne« nok over et af de mest problemfyldte områder i det moderne sundhedssystem.

Nogle patienter er nemme at være i god kontakt med. Det er som regel dem, der ligner behandleren eller hans bekendte mest. Det vil almindeligvis være nemmere for en læge at sætte sig ind i karriererelaterede stressproblemer hos en akademiker, end hvis de samme symptomer opstår i forbindelse med kønsrollebaserede familieproblemer hos en indvandrerkvind. Det vil også være nemmere at være i god kontakt med de patienter, hvis problematik man kan overskue og være bevidst om. Det er langt vanskeligere, hvis problematikken på en eller anden måde virker truende på lægen, eller hvis problemet tilhører et område, der er ubevidst, fortrængt eller uarticuleret for lægen.

Sådan et område kan tilværelsens eksistentielle temaer meget let gå hen at blive. Det er klart, at patienter, der er ude for meningsløs lidelse, uudholdelige smerter, nærtstående død mv., kræver en anden slags nærvær fra lægens side, og at sådanne patienter er langt sværere at være i god kontakt med. Lægen er i sin empati med patienterne nødt til at trække på erfaringer fra sit eget eksistentielle univers – med alt hvad



det rummer af begreber om meningsfylde, angst, livsmål og bevidsthed om egen dødelighed. Og her synes den store fortilse at starte i sundhedsvæsnet.

Det er et praktisk, klinisk problem, og ikke et rent teoretisk, hvad fx den nyligt meget omdiskuterede kronik af *Peter Kemp*: »Arrogancen, der dræber« (2) er et tydeligt eksempel på. Problemstillingen består her i, at kommunikationen og indlevelsen fra behandlerssystemet omkring en terminal patient (*Peter Kemps* kone) lader meget tilbage at ønske. Lægekunsten bliver fortrængt af lægevidenskaben.

Forstår vi lægekunst som den disciplin, der beskæftiger sig indgående med patienternes globale velbefindende, ligner den nok noget af det, man gennem de sidste tiår har forsøgt at indfange i det efterhånden helt umulige begreb »livskvalitet«. Stik mod intentionen synes den danske udvikling omkring livskvalitetsbegrebet at have forkludret og forsinket den tiltrængte humanisering af de dele af lægearbejdet, der trænger mest til det. Interessen for patienternes globale velbefindende, »livskvaliteten« er blevet slået i hartkorn med uvidenskabelighed, metodekaos og uproduktiv, blødsøden humanisme – med andre ord et område, som lægevidenskaben ikke kan tage alvorligt.

Lægekunsten har hermed lidt et knæk – i den forstand, at patienternes velbefindende som helhed, betragtet situationsafhængigt, subjektivt, musik og individuelt, som det jo altid vil være – forbliver ureflekteret

og fortiet. At reflektere og at sætte tal på er imidlertid ikke det samme. Man kan sige, at hele livskvalitetsmålingernes ide om at operationalisere rent humane data er forfejlet – en teknificering af områder, der per definition er uden for teknisk rækkevidde. Livskvalitetsmålingernes evindelige problem består da også i at skulle forholde sig til inkommensurable størrelser: Hvordan lægger man boligstandard og livsmod sammen? Skal de adderes, multipliceres eller måske divideres?

Et andet problem er, at man i kvantificeringsmaskinen meget let kommer til at overse væsentlige perspektiver i helhedsbilledet af patienterne. Man glemmer ganske enkelt de eksistentielle områder. Selv blandt bløde data er det nemmere at forholde sig til »grad af depression« end til »formål med livet«.

En undersøgelse af *Cohen et al* (3) forsøger at tage denne skævhed op. *Cohen* taler uden blusel om »eksistentielt velbefindende« og forsøger at indplacere dette i lægelig sammenhæng. Han konkluderer tørt fra sit materiale, at for de syge – især livstruede syge – bliver eksistentielle spørgsmål kraftigt accentueret.

*Cohen* forsøger at bestemme, i hvor høj grad de eksistentielle problemfelter betyder noget for patienternes selvvruderende velbefindende. Han opbygger et spørgeskema, hvor bl.a. kræftpatienter først skal svare på, hvordan de generelt har det<sup>1</sup>). Dernæst er der formuleret 16 spørgsmål fordelt på fire områder: Det fysi-

ske (symptomer), det psykiske (symptomer), det eksistentielle<sup>2)</sup> og fornemmelsen af social støtte.

Resultatet af hans undersøgelse er, at patienternes besvarelse af de eksistentielle parametre har større udsigelseskraft om det generelle velbefindende end nogle af de andre områder. Rækkefølgen for de betydningsfulde områder er: 1) eksistentielt velbefindende, 2) psykologiske »symptomer«, 3) fysiske symptomer.

Tankevækkende. Graden af opmærksomhed under fx et hospitalsophold må siges at være lige omvendt: Størst opmærksomhed på fysiske symptomer af enhver slags, dernæst på det psykologiske (der jo nok til dels varetages af plejepersonalet, idet faguddannede psykologer som bekendt stort set ikke er ansat på somatiske afdelinger) og endelig det eksistentielle. Som rosinen i pølseenden det område, som åbenbart for patienterne er væsentligst, men som ingen aner, hvad de skal stille op med.

Det gælder hele vores postmoderne kultur, at det eksistentielle er et vanskeligt, nærmest tabuiseret område. Det synes efterhånden mere privat og udleverende at tale om tro og død og de store sammenhænge end om detaljer fra seksuallivet. Især hvis det eksistentielle område knyttes til religiøsitet, synes den store forskrækkelse at melde sig<sup>3)</sup>. Religionsforskrækkelsen har på en eller anden måde medført, at hele det eksistentielle område er medinddraget. Spørgsmål om mening og tro er blevet langt mere individuelle og ensomme spekulationer end tidligere, hvor den kristne kulturarvs indflydelse var stærkere, og hvor dens sprog- og billeddannende funktioner var tydeligere. Vores kultur synes nu at mangle *sprog* for eksistentielle samtaler og udvekslinger. Sådanne samtaler er på en besynderlig måde blevet blufærdighedskrænkende.

Alt dette skal på ingen måde ligge lægefaget til last. Faget følger her den almindelige kulturudvikling, som man må forvente. Det uheldige i denne sammenhæng er imidlertid, at lægefaget som nævnt foregår, hvor der er en ophobning af eksistentielle problemer til stede. Der er ingen vej udenom, så at sige. Følger man blot samfundets almindelige eksistentialforskrækkelse, bliver resultatet dårligt lægearbejde.

De eksistentielle spørgsmål og problemer tilhører nu engang ethvert menneskeliv, og sådan har det været lige så længe, som vi kender til menneskelig kul-

tur. Lægen er af profession humanist. At være i kontakt med patienterne betyder, at man kan være i kontakt med de tanker, følelser og problemer, patienterne har. Og heri indgår de eksistentielle spørgsmål altså. At det drejer sig om videnskabelig set udefinerlige begreber, gør dem ikke mindre gyldige eller sande. Det samme kan siges om begreber som sundhed, trivsel og velbefindende.

Den humanistiske side af lægegerningen må være under konstant bevidstgørelse, refleksion og forandring, før den kan udvikle sig til lægekunst. Her lader dagens aktuelle situation nok en del tilbage at ønske.

#### Litteratur

1. Andersen LO et al. Placebo. Historie, biologi og effekt. København: Akademisk Forlag, 1997.
2. Kemp P. Arrogancen, der dræber. Politikens kronik 14.6.1997.
3. Cohen S et al. Existential well-being is an important determinant of quality of life. Evidence from the McGill quality of life questionnaire. Cancer 1996; 77: 576-86.

1) Besvarelsen foregår på en visuel analog skala fra 0 til 10, spørgsmålet er formuleret som »min livskvalitet de sidste to dage«.

2) De eksistentielle spørgsmål går på: a) fremtidsyn, b) meningsfylde i den personlige eksistens, c) opfyldelse af livsmål, d) værdi af eget liv, e) grad af kontrol over livet og f) om dagligdagen ses som en byrde eller en gave.

3) Det er måske tankevækkende, at areligiøsitet historisk set er et fænomen, der er knyttet til de sidste 25-30 års udvikling i den vestlige verdens største byer. Der er sandsynligvis ikke tale om nogen stor omvæltning af verdensbevidstheden, men om en lokal krusning.