

Botande: placebo och självläkning

Glenn Hägerstam, med. dr., docent

Alla vet vi att om vi drabbas av influensa så finns det inte någon medicinsk behandling som påverkar sjukdomsförloppet. Blir vi friska så är det uppenbarligen det egna jaget som bemästrat infektionen. Feberkurvan ger en bild av sjukdomsförloppet och är därmed ett objektivet bevis på kroppens inneboende förmåga att bemästra infektionen: Kroppen har en självläkande potential som kan objektivet observeras. Men hur är det med självläkning av inre icke mätbara tillstånd som till exempel sorg? Om det rör sig om barnet vars marsvin dött; tonåringen vars flick- eller pojkvän gjort slut; den vuxne som drabbats av skilsmässa eller åldringen vars nära vän dött så läker sorgen normalt. Läkningprocessen kan ta olika lång tid och åtföljas av olika typer och grader av resttillstånd men i de allra flesta fall sker en läkning. Kroppen har således också när det gäller inre, det vill säga icke observerbara, fenomen en självläkande potential.

Syftet med denna essä är att belysa terapeutiskt verksamma endogena (inomkroppsliga) mekanismer. För att nå fram till detta mål kommer jag att beröra det mirakulösa botandet och botandets historia, jag kommer att studera ohälsa som objektivet mätbart och subjektivt upplevt fenomen för att slutligen belysa den endogena självläkningen och dess placebo- och nocebomekanismer.

Helande

Helande är ett sedan gammalt använt ord för att beteckna en process där det trasiga, och sjuka, blivit helt – ett uttryck som väl motsvarar det som dessa fyra texter (som

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

publicerats på Sigtunastiftelsens hemsida våren 2010) om vad det är som läker, handlar om. Redan ordets innebörd är, ur detta perspektiv, intressant: Om vi ser närmare på det engelska ordet *health* som kommer från det anglosaxiska ordet *hælb* som i sin tur kommer från *hæl* vilket betyder hel. Motsvarande ord *heal*, *hale*, *holy*, *whole* kan härledas ur samma stam: *hæl*. Det engelska ordet *salvation* har däremot sitt ursprung i det latinska ordet *salus* som betyder både hälsa och hel. På liknande sätt härstammar de grekiska orden för hälsa och räddare/frälsare – *saos* respektive *soter* – från samma rot *sozo* som betyder att göra hel. Ordet *belande* är således i och för sig ett relevant begrepp men eftersom det förekommit i en rad oseriösa sammanhang väcker det hos många människor en känsla av skepsis eller rent av obehag. Ordet *tillfrisknande*, som ofta användes i sjukvårdssammanhang, har också begränsningar eftersom det vanligtvis används för att beskriva hur en somatisk sjukdom upphört. För att uttrycka en mera allomfattande process av övergång från ohälsa till hälsa krävs ett mera obegränsat uttryck. För att beskriva en sådan process har jag slutligen stannat inför begreppet *botande*.

I detta sammanhang skall jag inte beröra hur störningar i olika fysiologiska processer leder till sjukdomsyttningar och hur sådana störningar korrigeras med hjälp av kirurgiska och farmakologiska metoder. I stället skall jag studera några mera kontroversiella typer av botande.

Botande i Lourdes

Låt mig börja med att studera vad som har hänt och fortfarande händer i Lourdes, en liten ort i franska Pyrenéerna. Under sökande efter ved får den fattiga mjölnardottern Bernadette Soubirous 1858 en uppenbarelse: Jungfru Maria visar sig i en grotta vid Gavefloden för den lilla flickan. Synen upprepades och sjuka människor börjar vallfärdas till Bernadette och den källa som började rinna fram vid grottan (Engelhart

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

1995). Här händer nu märkliga ting: Döva får sin hörsel tillbaka; blinda får sin syn och lama börjar gå. Sedan dess har 200 miljoner människor vallfärdats till denna källa. På bilder kan man se hur människor kommer dit i rullstol eller på kryckor och vandrar därifrån utan hjälpmedel. Av alla de som upplevt någon form av botade har Katolska kyrkan bara godkänt sextiosex fall som mirakulöst botande, det vill säga det har i dessa fall inte gått att finna medicinska eller andra naturvetenskapliga förklaringar till att sjukdomen upphört.

Enligt en sändning i Vatikanradions skandinaviska program (13 februari 1999) hade den Katolska kyrkan i Frankrike, två dagar tidigare, firat det officiella erkännandet av det sextiosjätte säkra mirakulösa botandet i Lourdes: Efter tolv års utredning har en internationell expertkommitté kommit fram till att den medicinska vetenskapen inte kan förklara hur den MS-sjuka Jean-Pierre Bely kunde bli botad. Förra gången ett botande godkändes som mirakel var 1989. Den gången hade det tagit tretton år för en expertgrupp att fastställa att försvinnandet av en malign tumör, hos en kvinna från Sicilien, inte kunde ges någon medicinskt vetenskaplig förklaring.

Den MS-sjuka Jean-Pierre Bely från Angoulême var femtioett år gammal när han av sina läkare fick beskedet att han led av en framskriden och allvarlig form av MS. När han som pilgrim 1987 reste till Lourdes kunde han inte längre gå. På en utomhusmässa som han deltog i hände något: "Det kändes som om jag drömde när det hände. Sedan kände jag en intensiv glädje, något som inte går att uttrycka. Det var en väldigt stark upplevelse. Jag skulle vilja förklara det, men det finns inga ord för att beskriva det." Därefter upplevde han först en känsla av köld och därefter en känsla av värme. Han upptäckte vidare att han kunde röra sina armar. Under den efterföljande natten vaknade han och det visade sig då att han kunde gå för första gången på tre år. I intervju med den välansedda franska dagstidningen *Le Figaro* berättar Bely att han inte kunde förstå varför detta hände just honom. Den internationella grupp av läkare, som är knuten till Lourdes för att kontrollera alla rapporter om oförklarliga

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

tillfrisknanden, har efter Belys tillfrisknande utsatt honom för ett stort antal undersökningar. Bely har undersökts av experter inom områdena medicin, psykologi och neurologi. Gruppens ledamöter var eniga om att tillfrisknandet var "plötsligt, fullständigt och varaktigt", det vill säga uppfyllde de kriterier som måste vara uppfyllda för att man skall kunna tala om ett mirakulöst botande. När den internationella läkarkommittén i Lourdes var färdiga med sitt utlåtande sändes detta till de religiösa myndigheterna inom Katolska kyrkan för slutgiltigt godkännande. Alla dessa undersökningar och kontroller har för Bely inneburit tolv mödosamma år: "Om jag har accepterat alla dessa år av undersökningar är det för att jag ville berätta vad som hänt och ge det vidare, detta tecken på Guds ömhet och kärlek till oss, till människorna, detta tecken på att han är mitt ibland oss. Jag ville ge det vidare. Jag kände att jag inte hade rätt att hålla det för mig själv."

Mirakulöst botande

Vi står här inför ett mirakel. Hur skall någon som är upplyst av den positivistiska vetenskapen förhålla sig till mirakel? Ett argument mot mirakel, som den medicinska vetenskapen använt, är att de inte går att reproducera; det går inte att upprepa dem under kontrollerade experimentella betingelser. I en artikel i *Nature* (Berry 1986) slår en rad prominenta brittiska forskare fast att vetenskap baserad på observationer av sådant som kan återupprepas, har inget att säga om mirakel. Gruppen hävdar att tro att mirakel inte kan inträffa är lika mycket en trosakt som att tro att de kan inträffa.

Jag kan hålla med den engelske filosofen Hume att om det föreligger en fullständigt överensstämmande erfarenhet att mirakel inte förekommer, då har de inte förekommit. Detta är givetvis mycket logiskt. Men, hans landsman CS Lewis har invänt, att en fullständigt överensstämmande erfarenhet mot förekomsten av mirakel kan vi ha endast om vi vet att alla rapporter om mirakel är falska. Men för att veta att

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

alla rapporter om mirakel är falska måste vi veta att något mirakel aldrig någonsin inträffat. Humes, till synes övertygande logik, visade sig alltså leda till cirkelargumentation. Således står vi alla mållösa inför ett objektivt dokumenterat mirakulöst botande.

När till exempel en blind människa kommer till Lourdes och där får sin syn tillbaka uppfattar den troende kristne detta som ett Guds ingripande medan positivistiskt influerade människor avfärdar det som bara placebo eller i värsta fall att den blinde bluffar, att han kunde se hela tiden. Vad man kan vända sig emot i en sådan argumentation är den förutsatta polemiken mellan objektiv vetenskap och tro, det vill säga en subjektivt upplevd visshet. Låt mig belysa denna polemik med hjälp av en bok. Vi kan till exempel betrakta bokens sidor och säga: Det du har i din hand är:

- 1) inget annat än cellulosa sammanpressad till tunna ark på vilka det finns pigmentpartiklar arrangerade i mönster
- 2) en bok i vilken det finns ett kapitel som handlar om såväl subjektivt som objektivt botandet
- 3) en bok i vilken det finns ett kapitel där det hävdas att mirakel förekommer

Det första påståendet (1) är ett exempel på ett reduktionistiskt synsätt. Det enda man med absolut säkerhet vet och fullständigt objektivt kan observera är det till tunna ark sammanpressade cellulosan med applicerade pigmentpartiklar. I det andra påståendet (2) har man accepterat att de till mönster arrangerade pigmentpartiklarna innehåller ett budskap som med hjälp av subjektiva mentala processer kan tolkas. Det sista påståendet (3) innebär ett subjektivt ställningstagande: Genom att läsa detta kapitel har läsaren visat sig villig att, i viss mån förutsättningslöst, ta ställning till det presenterade budskapet. Vi måste således konstatera att den renlärige positivisten har stora svårigheter att ta ställning till innehållet i detta kapitel. På samma sätt är han förhindrad att ta ställning till om det finns ett mirakulöst botande eller inte. I det andra

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

(2) påståendet har man redan tvingats acceptera att det i allt informationsutbyte finns ett subjektivt moment. Har man väl accepterat detta blir det svårt att förneka förekomsten av sådana erfarenheter som förutsätter en subjektiv tolkning.

Det kan vara klokt att behålla detta i minnet, då vi diskuterar alla de hundratusentals människor som har upplevt en dramatisk förbättring i sitt sjukdomstillstånd eller handikapp efter ett besök i Lourdes. Vad är det som gjort att just besöket vid Bernadettes grotta orsakat en upplevd förbättring i sjukdomstillståndet? Till denna fråga kommer jag att återkomma längre fram då jag diskuterar placebo och självläkning.

I hur stor utsträckning den subjektivt upplevda boten bekräftats av patienters egen läkare eller utomstående läkare vet vi inget om. Men man måste anta att ett stort antal människor blivit inte bara subjektivt utan också objektivt friska. I annat fall blir det svårt att förklara varför ett så stort antal människor (200 miljoner) under loppet av 150 år valt att söka hjälp i Lourdes. Men å andra sidan om merparten av de sjuka som sökt sig till Bernadettes grotta för att bli botade hade blivit objektivt sett symtomfria skulle detta ha inneburit en enorm medicinsk sensation. Något uttryck för en sådan sensation har inte förekommit vare sig i medicinska läroböcker eller vetenskapliga tidskrifter.

Vi står inför frågan hur vi skall förklara det mirakulösa botandet. För att besvara denna fråga måste vi först besvara frågan: Vad är det som skall botas? Det objektivt mätbara eller den subjektiva upplevelsen? Låt mig börja med det objektivt mätbara.

Objektivt botandet

Den naturvetenskapligt baserade medicinen intresserar sig i princip enbart för objektivt observerbart botande. På senare tid har detta konkret formulerats som

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

Evidence Based Medicine (EBM). Begreppet introducerades 1972 av läkaren Archie Cochrane. Syftet var att sjukvårdens åtgärder skulle grunda sig på vetenskapliga studier och beprövad erfarenhet, det vill säga ett försök att utifrån vetenskap och beprövad erfarenheter finna underlag för välgrundade beslut inom medicinsk vård. (Cochrane 1999) Så länge EBM används som ett hjälpmedel vid framtagning av objektiva behandlingsmetoder är allt gott och väl. Men det har blivit allt vanligare att detta ekonomioptimerande hjälpmedel kommit att användas för att värdera olika vetenskapliga utfall, det vill säga EBM-kriterier används för att bedöma vad som är god och dålig forskning. Konsekvensen av detta har blivit att endast positivistisk forskning – forskning baserad på objektivt mätbara data framtagna i reproducerbara kontrollerade experiment – anses vara god forskning (Nordemar, Bullington, Haegerstam 2008). Men den medicinska verkligheten är aldrig så enkel att en viss process eller fenomen alltid ser ut på samma sätt: Varje människa (patient) är unik och den sjukdom som drabbar henne är aldrig resultatet av en enda mekanism. Bakom varje sjukdom ligger flera olikartade processer som sällan är de samma trots att patienterna lider av tillsynes samma sjukdom. Med andra ord: sjukdomen i det enskilda fallet är också unik. Därför leder en stereotyp behandlingsstrategi orsakad av ett stereotypt synsätt ibland till ett otillfredsställande resultat, i synnerhet om besvären är av subjektiv art. Om läkaren med sina åtgärder vill hjälpa människor att uppleva en känsla av att vara frisk – att ha hälsa – måste alla faktorer bakom lidandet beaktas. Det räcker inte att åtgärda en kroppslig defekt, vilken eventuellt kan vara ett symptom på ett icke-kroppsligt missförhållande (psykosomatik), också psykologiska, sociologiska, kulturella, ekonomiska och religiösa faktorer måste beaktas. Det är inte en bestämd sjukdom som råkar finnas hos en viss människa utan en unik människa som lider av en i viss utsträckning unik sjukdom.

Vi måste konstatera att endast sådana sjukdomsyttningar som går att objektivt registrera och mäta beaktas av den naturvetenskapligt baserade medicinen: till exempel kan nivån på blodtryck, hjärtverksamhet och kroppstemperatur registreras. Likaså kan

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

numera en rad kemiska föreningar i blod och andra kroppsvätskor med stor noggrannhet mätas. Det objektiva botandet bedöms så gott som uteslutande utifrån denna typ av mätbara variabler. Endast de sextiosex fall som Katolska kyrkan godkänt som mirakulöst botande finns inom ramen för sådant objektivt botande. Botandet av dessa fall uppfyller med andra ord de krav som den naturvetenskapligt baserade medicinen ställt. Men hur skall vi förstå det faktum att ytterligare hundratusentals människor upplevt botande i Lourdes?

Vi har nu kommit till insikt om nödvändigheten av att behandla hela människan och ställer oss då frågan: Har sjukvården alltid fokuserat huvudsakligen på den kroppsliga delen av den hjälpsökande? För att hjälpligt besvara denna fråga skall jag göra en mycket summarisk tillbakablick på sjukvårdens utveckling under de senaste 2400 åren.

Botandets historia

Låt mig börja denna summariska översikt över botandets historia med en inblick i grekisk medicin 300 – 400 år före Kristi födelse. Denna var i stor utsträckning relaterat till den tidens grekiska gudsbegrepp. Helandets gud framför andra var Asklepios. Till de tempel (*asclepieion*) som var uppförda till hans ära färdades sjuka och skadade människor. I ett sådant *asclepieion* underkastade sig den sjuke såväl kroppslig behandling som religiösa och kulturellt influerade riter. En sådan behandling resulterade ibland i ett botade medan de som inte blev botade ändå kände sig hoppfulla, lugnade och tröstade. Hur kunde det vara så? Den kirurgiska och medicinska behandlingen var visserligen det bästa som då kunde erbjudas. Men framför allt involverades hela människan i botandet: inte bara kroppen utan själ och ande behandlades. (Sevensky 1983)

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

Medicin i modern mening började emellertid med Hippocrates och hans lärjungar. Det hippokratiska konceptet utgick också ifrån en religiöst grundad uppfattning, nämligen idén om varat som bestående dels av naturen (*physis*) och dels av principerna (*arché*) för organisationen av elementens (*isonomía*) förening till en enhet (*kosmos*). Detta synsätt föranledde de hippokratiska läkarna att uppfatta sjukdom, det vill säga kroppslig svaghet, som ett varats obalans (*monarchía, dyskrasia*) och oordning (*chaos*). Lidandet var en konsekvens av denna varats obalans och oordning. Enligt denna världsbild fanns det två typer av sjukdomar: Sådana som befann sig inom ramen för den naturliga ordningen och sådana som drabbade patienten av en ren tillfällighet, det vill säga ett varats obalans och oordning. Läkarens primära uppgift var att skilja dessa två typer åt. Naturliga sjukdomar skulle inte behandlas eftersom det dels var utsiktslöst och dels därför att det var mot naturens gudomliga ordning att försöka ingripa i en i grunden naturlig process. Den andra typen av sjukdomar och det lidande de medförde var däremot det professionella målet för den seriöse hippokratiska läkaren. Det är mot denna bakgrund man skall se de berömda uppmaningarna ur den hippokratiska regelboken: ibland bota, ofta lindra men alltid trösta. När det gällde de botbara sjukdomarna skulle läkaren inte spara några ansträngningar i sin strävan att bota sjukdomen och att eliminera eller lindra lidandet. För de patienter som drabbats av en naturlig och därmed obotlig sjukdom var läkarens uppgift att trösta. (Conde 2008, Panchón 2007)

I och med kristendomens genombrott som statsreligion inom romarriket genomgick omhändertagandet av sjuka och nödställda en revolutionerande förändring. Men vad var det för en teologisk grund som Kyrkan baserade den nya sjukvården på?

Det faktum att Jesus under sin vandring i Galiléen och Judéen vid ett stort antal tillfällen botade sjuka människor har alltid stimulerat de kristna till liknande gärningar. Men den kristna synen på sjukdom och lidande vilar också på en rad konkreta teologiska förutsättningar: För det första är människan skapad av Gud och till hans

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

avbild. Gud ser på sin skapelse och bedömer den vara god, vilket innebär att såväl den mänskliga kroppen som dess själ och ande är god. Detta betyder inte att människa är alltigenom god men inte heller i grunden ond. Vidare har människan visserligen anförtrotts förvaltningen av hela skapelsen men måste också inför Gud stå till svars för sin förvaltning. Människan har skapats med ett förnuft men också med basala drifter. I konflikten mellan dessa drifter och förnuftet är det den fria viljan som avgör hur hon handlar. Varje människa har inom vissa gränser ett fritt val och är följaktligen fullt ansvarig för sina handlingar inom de rådande gränserna. Ingen är skapad med en perfekt kropp (eller perfekt själ) men det är upp till var och en att besluta hur denna mer eller mindre perfekta kropp skall hanteras. Detta gäller också för själen.

När föregångarna till dagens sjukhus började byggas under 1100-talet var syftet i första hand att ta hand om fattiga, sjuka och nödställda pilgrimer. Några av denna tids sjukhus var däremot avsedda för isolering och omhändertagande av leprasjuka ("spetälska") medan andra var hem för samhällets fattiga och gamla. En väsentlig grund för den sjukvård som Kyrkan bedrev var kristna människors – prästers, munkars, nunnors och frivilligas – vilja att självupppoffrande och förbehållslöst engagera sig i arbetet med sjuka och skadade medmänniskor.

Låt mig nu peka på vilka hjälpmedel, förutom kirurgi och örtmediciner, som stod till buds för den medeltida botaren. Bönen spelade en dominerande roll då som nu. Bönen erbjöd möjligheten att klaga inför Gud över sin situation. Till och med förebråelser, ilska, besvikelser och frustration kunde läggas fram inför Gud (se Jobs bok). När ord inte kändes meningsfulla kunde den lidande i ordlös bön (meditation, kontemplation och lovprisningar) ställa sig inför Gud, det vill säga ett sätt att höja sig över det jordiska lidandet. Slutligen, vilket säkert är och var det vanligaste, kunde bönen vara en förmedlan av önskemål om förlåtelse för begångna synder, om hälsa, om frihet från smärta och lidande, om ett materiellt bättre liv och om ett fördelaktigt mottagande på andra sidan döden.

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

För människan under forn- och medeltiden betydde de sociala sammanhangen mycket – social isolering kunde medföra ett avsevärt lidande. I det sammanhanget kunde en aktiv församlingssamfund bidra till reduktion av lidandet för den sjuke.

Kyrkan kunde dessutom erbjuda den sjuke en rad rituella handlingar. För den troende kunde dessa i många fall vara av större värde än de botemedel som den tidens sjukvård kunde erbjuda. Den svårt sjuke eller döende kunde finna stor lättnad och befrielse i bikten och avlösningen (förlåtelsen) förmedlad av en präst. Det lidande, som den medeltida människan kunde uppleva på grund av medvetandet om sina oförlåtna synder, kan dagens sekulariserade västerlänningar knappast föreställa sig. På samma sätt kunde mottagandet av nattvarden (eukaristin) skänka en betydande lättnad av lidandet. (MacNutt 1974)

Som vi berört tidigare hade det ursprungliga kristna omhändertagandet ett vidare perspektiv än dagens sjukvård: Förutom att man ägnade sig åt alla typer av nödställda så inriktade man sig, inte som idag enbart på den sjuka kroppen, utan också på människan i sin helhet. Även om begreppet psykologi, i modern bemärkelse, inte var känt på den tiden ägnade man sig åt att påverka känslor och attityder för att uppnå ett mera balanserat psyke. Behandlingen avsåg också att återupprätta en god relation mellan patienten och sig själv; mellan patienten och medmänniskor och mellan den sjuke och Gud. Resultatet av behandlingen kunde bli att till och med den mycket allvarligt sjuke kunde uppleva inte bara frid och ro utan också hopp. (Sevensky 1981)

I avsnitten om lidandet (se nedan) kommer jag att diskutera ett stort antal olika tänkbara orsaker till lidande. Mot en sådan bakgrund kan man förvänta sig att en behandling som åtgärdar huvuddelen av dessa orsaker är framgångsrik.

Ingen medicinskt bildad människa kan på fullt allvar förneka att den medicinska utvecklingen i sin naturvetenskapliga skepnad varit mycket framgångsrik när det gäller objektivt botande. Ett stort antal sjukdomar som tidigare orsakade en omfattande

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

dödlighet, till exempel infektionssjukdomar, kan idag framgångsrikt behandlas. Samtidigt som man måste hålla i minnet att förbättrad kvalitet på dricksvatten, mera näringsrik mat, bättre bostäder, bättre hygien, och andra liknande faktorer kan ha betytt lika mycket som de medicinska framstegen. Men den moderna sjukvården har också vissa brister. Den moderna medicinen förfogar således över mycket kraftfulla objektivt verksamma verktyg som till exempel läkemedel. Att sådana verktyg också orsakar skadliga biverkningar är allmänt bekant. Jag skall längre fram beröra kopplingen mellan sådana biverkningar och negativ placeboeffekt (noceboeffekt). Men först skall vi se på ett exempel som belyser hur en medicinsk åtgärd som är avsedd att hjälpa en ung människa får katastrofala följder:

En sextonårig skolflicka har under de senaste åren utvecklat ett tillstånd av smärtor i buk-bäckenregionen. Omfattande undersökningar har inte visat någon orsak till smärtorna. Man har vid flera tillfällen gjort laparaskopi ("tithålsundersökning") och vid den senaste blev såret infekterat. Det visade sig vara en multiresistent stafylokockinfektion (MRSA). Hon är nu inneliggande på infektionsklinik i mycket dåligt skick. Under den tid hon varit inlagd har det under samtal med personalen kommit fram att hon under flera år varit utsatt för sexuella övergrepp av sin far. Med all säkerhet har buksmärtna varit relaterade till övergreppen. Om omhändertagandet varit mindre naturvetenskapligt inriktat och mera fokuserat på patientens mentala och sociala villkor hade förmodligen den verkliga orsaken tidigt och utan kirurgiska ingrepp fastställts. Flickan har nu, förutom det subjektiva trauma som övergreppen medfört, också ådragit sig en iatrogen (av läkarvården orsakad) stafylokockinfektion, som svarar dåligt på antibiotikabehandling.

Detta exempel pekar på skillnaden mellan objektiva fynd och subjektiva upplevelser: Avsikten med laparaskopiundersökningen var att hitta objektiva fynd som kunde förklara flickans smärtupplevelse. Omedvetet döljer sig bakom detta förhållningssätt den föreställningen att det alltid finns en objektivt fastsällbar orsak till varje

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

smärtupplevelse. Om man istället tidigt undersökt flickans psykosociala status hade det kanske räckt med en enklare kroppslig undersökning, det vill säga utan några kirurgiska ingrepp, för att utesluta somatiska orsaker.

Den subjektiva upplevelsen av ohälsa är egentligen det som i andra sammanhang rubriceras som lidande. När vi nu skall se lite närmare på detta lidande ställer vi oss frågan: Vad är det som orsakar lidandet? (Haegerstam 2008).

Lidandets kroppsliga orsaker

Eftersom begreppet lidande används på olika sätt vill jag klargöra vad jag i detta sammanhang menar. En i vida kretsar accepterad definition lyder: Lidande är en negativ affektiv reaktion genererad i högre nervcentra (CNS) orsakad av upplevd smärta eller andra situationer som förlust av kär anhörig, stress, ångest och liknande (Fordyce 1978). Förutom smärta i dess somatiska form (sådan som gör ont i kroppen) finns det en lång rad andra upplevelser som orsakar en affektiv reaktion av negativ karaktär. Exempel på kroppsligt baserade orsaker till lidande är trötthet, törst, hunger, klåda och illamående. Denna typ av orsaker kännetecknas av att vara inre upplevelser, det vill säga de kan inte göras till föremål för någon utomståendes bedömning.

En annan i detta sammanhang väsentlig inre kroppslig upplevelse, som kan medföra olika grader av lidande, är en påträngande känsla av att vara sjuk. Ibland kan en sådan sjukdomskänsla vara tecken på ett tillfälligt sjukdomstillstånd, som till exempel infektion, men känslan kan också vara uttryck för en allvarlig sjukdom, som till exempel cancer. Dessutom förekommer det, hos ett betydande antal människor, att sjukdomskänslan är idiopatisk, det vill säga representanter för den medicinska professionen kan inte hitta någon medicinsk förklaring. Den drabbades reaktion kan i ett sådant fall vara av två olika slag: Antingen uppfattas frånvaron av medicinsk

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

diagnos som ett tecken på att sjukdomskänslan är banal och kan förbises. Läkare och den hjälpsökande är överens om att någon sjukdom inte föreligger. I det andra fallet är den hjälpsökande övertygad om sin sjukdom och anser att de representanter för sjukvården som patienten mött är allt för inkompetenta för att fastställa vilken sjukdom som föreligger. Den upplevda oron och ångesten inför det odiagnostiserade tillståndet bidrar i ett sådan fall väsentligen till ökat lidande.

Många av de här uppräknade upplevelserna medför ångest av olika grad, vilken i sin tur bidrar till lidandet. Men få, om ens någon annan, upplevelse orsakar så intensiv ångest som andnöd. Således orsakar andnöd ett uttalat lidande: dels är andnöd i sig orsak till lidande och dels indirekt genom den uttalade ångesten. Hur oro och ångest kan orsaka lidande återkommer vi till under nästa rubrik.

Vi kan således konstatera att en rad av de olika kroppsrelaterade upplevelser som kan förekomma i samband med sjukdom ger upphov till lidande. Denna bild kompliceras ytterligare genom att ett flertal psykologiska faktorer tillkommer.

Lidandets icke-somatiska orsaker

Vid sidan av sådana psykologiska – eller låt oss säga själsliga – orsaker till lidande som ilska och frustration är ångest ett av de mera prominenta. Vad menar vi då med ångest? Enligt en definition är ångest en oro som utlöses av ett hot mot något värde som individen uppfattar som väsentligt för sin existens som person (May 1980). Detta hot kan gälla den fysiska existensen – dödshot, eller den psykologiska existensen – hot mot friheten och autonomin. Ångesten kan, i likhet med den närbesläktade rädslan, uppfattas som en reaktion på människans negativa förväntningar inför framtiden eller reaktion på utsikten att förlora något väsentligt. Ångest kan vara primär (är inte sekundär till något annat) men också sekundär, det vill säga en följd av en rad

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

kroppsligt betingade fenomen som till exempel smärta, andnöd och sjukdomskänsla. Dessutom finns det en lång rad emotionella fenomen som kan orsaka ångest. Den kanske i särklass kraftfullaste orsaken till mänskligt lidande är den ångest vi känner inför döendet och döden. Dödsångesten med sina komponenter av separations- och förintelseångest är en påtaglig orsak till lidande. Denna form av ångest är inte sjuklig utan bör i de flesta fall betraktas som något djupt mänskligt och naturligt.

En annan kraftfull orsak till lidande är depression. Begreppet depression har i dagligt tal en diffus innebörd. När man i sådana sammanhang till exempel säger ”Han är så deprimerad därför att han inte fick den löneförhöjning som han så väl behövde” eller ”Min sjuttonåriga dotter är så deprimerad därför att hennes pojkvän har gjort slut” är det vanligtvis snarare fråga om en nedstämdhet, det vill säga en normal reaktion som är relativt väl avgränsad från den medicinskt strängt definierade depressionen. Att det är ytterst viktigt att skilja på dessa båda tillstånd, när det är fråga om diagnos och behandling, säger sig självt. När vi däremot diskuterar inverkan på lidandet är det mera tveksamt om det föreligger någon kvalitativ skillnad: Såväl nedstämdhet som klinisk depression bidrar till lidandet, dock föreligger vanligen en kvantitativ skillnad.

Integritet är relaterat till den mödosamt förvärvade känslan av att vara en hel och okränkbar människa. ”Varje människas liv är ett stycke världshistoria. Varje människa lever ett liv som ingen annan har levt, varken före henne eller efter henne” (Brattgård 1995). En sådan känsla är ytterst väsentlig för varje människa, vilket innebär ett lidande då den går förlorad. På samma sätt leder förlorad identitet till att individen lider. Det genom dessa förluster orsakade lidandet kan vara så omfattande att individen anser livet vara meningslöst. För att undvika onödigt lidande måste varje patient bibringas känslan av att vara en unik person – en människa med värdighet som i egenskap av att vara just människa har samma värde som alla andra människor. Att bli behandlad som ett opersonligt objekt orsakar däremot lidande. (Haegerstam 2008)

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

Förutom somatiska och psykologiska orsaker till lidande kan en rad existentiella, det vill säga i en diffus mening andliga, orsaker nämnas.

Existentiella orsaker

Skuldkänslor är något som praktiskt taget alla drabbas av och som hos de flesta orsakar lidande, framför allt om skuldkänslorna inte kan kanaliseras och bearbetas eller i bästa fall förlätas. Skuld är en insikt eller diffus känsla av att ha gjort något fel – att ha brutit emot moraliska, religiösa eller sociala normer. Om något går snett i livet eller man blir sjuk är det lätt att drabbas av skuldkänslor: ”Hade jag gjort så eller så istället hade detta inte hänt”. Denna typ av skuldkänslor är svårt att hantera. Vem ber man om förlåtelse när man drabbas av lungcancer och är medveten om att man rökt två paket cigaretter per dag sedan tonåren? Var vänder sig nutidsmänniskan med sina skuldkänslor? Oförlättna obearbetade skuldkänslor leder till ett betydande lidande även, eller snarare i synnerhet, om de förträngs till det omedvetna.

Skam är ett annat fenomen som orsakar lidande, ibland ett betydande lidande. Att lida av någon psykiatrisk sjukdom kan i vissa kretsar fortfarande vara skambelagt. Att vara bärare av någon venerisk sjukdom är alltid skambelagt. Eftersom vi i vår kultur har stora svårigheter att formulera och yttra våra känslor är risken stor att de akuta skuld- och skamkänslorna med tiden övergår i en omedveten, kronisk och betydligt mera svårhanterlig form.

Syndbegreppet kan i princip definieras som olydnaden mot Gud och avståndstagande från medmänniskor. Medvetandet om att ha syndat – om det är emot Gud, medmänniskor eller sig själv – orsakar lidande även om den i det sekulära samhället inte längre är ett allmänt och av alla accepterat begrepp. I huvuddelen av samhället saknas former för hantering av syndrelaterat lidande.

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

Sorg, som förr eller senare drabbar alla, har flera olika orsaker och skepnader och medför alltid ett lidande: Sorgen över att ha förlorat sitt arbete är inte av samma slag som sorgen över att en nära anhörig dött. En annan form av sorg är den som orsakas av förlusten av hälsa, smärtfrihet eller någon viktig funktion. Även sorg kan låsas in och blir på så sätt obearbetad och permanent.

En mycket vanlig orsak till lidande hos dagens svenska befolkning är ensamhet. Framför allt drabbas äldre och ensamstående människor av detta lidande, som på intet sätt är direkt relaterat till något speciellt sjukdomstillstånd.

Meningssökandet är en av människans basala strävanden vilket medför att meningslösheten blir ett trauma i sig och därmed ett bidrag till lidandet. En känsla av meningslöshet bidrar till att göra en i övrigt tung livssituation ännu svårare att uthärda. Det har ibland hävdats att hoppet är det sista som lämnar människan. Men även om de allra flesta, hur sjuka de än är, hoppas på att överleva till nästa dag så finns det hos många ändå en form av hopplöshet. Människor med vissa personlighetsdrag och vissa sjukdomstillstånd, som ångest och depression, kan uppvisa en ökad benägenhet till, en utifrån sett obefogad, hopplöshet. Vad orsaken än må vara så är hopplöshet i sig alltid en orsak till lidande. (Haegerstam 2008)

Lidandets yttringar

Det av flera orsaker formade totala lidandet måste yttras på något sätt för att omgivande personer skall kunna få kunskap om detta. En av de olika yttrandeformer som står människan tillbuds är det emotionella språket, det vill säga det relativt primitiva språk – exempelvis joller, skrik och gråt – som spädbarnet använder för sin kommunikation med närstående. Också den vuxna människan, som sedan lång tid

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

tillbaka utvecklat ett elaborerat (väl utarbetat) verbalt språk, kan till exempel då lidandet överskrider en viss nivå återgå till detta emotionella språk.

Den intellektuellt mest kraftfulla yttrandeformen är emellertid det verbala språket. Detta mänskliga kännetecken är starkt förknippat med hennes egenskap som social varelse. Att den verbala kommunikationen är kraftigt påverkad av en rad faktorer som minnen, känslor, föreställningar och kunskaper är uppenbart. Att den också är påverkad av motiv och önskningar – och i sällsynta fall också manipulativa ansatser – skall inte förbises. Eftersom det verbala språket är nära sammanvävt med den kultur och religion som råder där kommunikationen äger rum förutsätts insikter i den kulturella och religiösa kontexten för att det kommunicerade budskapet skall vara fullt begripligt (Fabrega, Tyma 1976).

Den tredje typen av yttrande som kan användas för att kommunicera ett sådant lidande är kroppsspråket. Till skillnad från det verbala språket är kroppsspråket i huvudsak omedvetet – såväl den kommunicerande själv som den som mottar information via kroppsspråket, om till exempel lidande, är i stort sett omedvetna om kommunikationens innehåll. (Haegerstam 2008)

Efter att ha studerat lidandet och konstaterat att vi därmed i huvudsak definierat den subjektiva upplevelsen av ohälsa kommer jag till frågan: Hur botar man lidandet?

Lidande och botande

Att upplevelsen av det totala lidandet är i det närmaste synonymt med den subjektiva sjukdomsupplevelsen kan betraktas som uppenbart. Lika uppenbart är det att botandet måste reducera, eller i bästa fall helt eliminera, det totala lidandet för att patienten skall uppleva sig vara subjektivt frisk. Med andra ord: hur effektiv sjukvården än må vara i

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

att avlägsna objektivt fastställda sjukdomsorsaker, så leder inte behandlingen till att det subjektivt upplevda lidandet påtagligt reduceras. Därmed kommer inte patienten att känna sig botad.

För att ge dessa teoretiska aspekter en praktisk-klinisk förankring presenteras jag ett delvis konstruerat patientfall:

Eva F. är en fyrtiotvårig svenskfödd fränskild kvinna. Av de tre barnen, två döttrar (tjugotre och tjuogoett) och en son (arton) bor ingen hemma. Eva drabbades av bröstcancer 1979. Tumören tillsammans med resten av bröstet samt innehållet i den vänstra armhålan (fyra lymfkörtlar innehöll metastaser) avlägsnades en vecka efter diagnos. Under de aktuella sju år som berörs av denna fallbeskrivning behandlades Eva med såväl strålbehandling, cytostatika ("cellgift") som olika hormonkurer. Under det sista halvåret var behandlingen enbart palliativ (lindring av symtom). Eva led av så kallade fantomsmärtor i det bortopererade bröstet. Eftersom smärtan var lokaliserad till ett organ som inte längre fanns var den svår att hantera. Den påminde henne hela tiden om att en för hennes kvinnliga identitet viktiga kroppsdel inte längre fanns. Eftersom ingreppet inte hade gjort henne frisk ansåg hon att detta hade varit en onödig och meningslös stympning av hennes kvinnlighet. Trots att hennes man hade lämnat henne ett halvt år före bröstamputationen gjorde hon ofta en koppling mellan skilsmässan och den traumatiska upplevelsen av att bli stympad. Förnuftsmässigt var hon medveten om det ologiska i denna koppling men hon kunde inte låta bli att på ett känslomässigt och ologiskt sätt koppla ihop skilsmässan och bröstamputationen. Hon upplevde sig vara stympad, kasserad och kränkt. Dessutom var hon besviken på sin älsklingsson som inte hade kommit på besök så ofta som tidigare. Att döttrarna så gott som dagligen besökte henne tycktes inte kunna kompensera sonens frånvaro. Till allt detta kom en alltmera panikartad rädsla för den död som hon visste var nära förestående. Vid ett tillfälle nämner hon att hon

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

hade varit aktiv kristen i ungdomsåren, men att hon hade tappade sin tro när hon gifte sig: Mannen hade inte haft någon förståelse för hennes kyrkliga engagemang.

Vid jultid 1986 – hon var då inneliggande – inträffade en vändning i Evas situation: En sjuksköterska (syster Anna), som Eva hade förtroende för, hade en kväll tagit en kaffebricka med sig och satt sig ner hos henne för att Eva i lugn och ro skulle få tillfälle att prata om sin situation. Efter en längre stunds tystnad medan sköterskan höll Evas hand började hon omväxlande prata och gråta. Hon berättade om hur hon kände sig dumpad och kränkt av sin före detta man; om att sonen inte besökte henne längre och att hon var rädd för den annalkande döden. Under flera timmar (långt efter det att sköterskans tjänstgöring var slut) berättade hon om dessa saker om och omigen. Varje gång med någon ny detalj tillfogad. Syster Anna berättade då att sonen hade brutit ihop inför personalen efter senaste besöket hos Eva. Detta fick Eva att förstå att sonen alls inte hade övergivit henne, istället visade han sig vara allt för fäst vid henne för att kunna se hennes allvarliga sjukdomstillstånd. Som av en underlig tillfällighet kom exmaken för första gången på besök tre dagar senare. Efter en och en halv timma långt besök var Eva gladare och mera avspänd än man sett henne tidigare. På uppmaning av syster Anna hade sjukhusprästen gjort ett besök. Han hade inte kunde eliminera Evas dödsångest men hon hade fått hjälp att arbeta med denna. Fantomsmärtan, som tidigare orsakat daglig klagan och förebråelser om medicinens oförmåga att behandla den, nämndes överhuvudtaget inte längre. När övriga orsaker till lidande kunde hanteras var lidandet orsakat av fantomsmärtan uthärdligt. Hon kände sig nu så mycket bättre att hon under några timmar kunde fira jul med sina barn (exmaken hade också under någon timma varit närvarande). Den 6 januari 1987 dog Eva lugn och utan vare sig påtaglig smärta eller uttalad ångest.

Det för förståelsen av upplevd ohälsa viktigaste är inte kunskapen om hur lidandet yttrar sig utan insikten om hur den kan upplevas. Fokusering på en enda orsak till lidandet leder inte till någon fullständig förståelse av den lidande patienter. Behandling

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

av bara en av de olika orsakerna till lidandet, till exempel smärta, leder ofta till att patienten fortfarande upplever ett lidande och känner sig därmed fortfarande sjuk, det vill säga har inte återfått hälsan.

Subjektivt botandet

Den sjuka människan är i många fall omedveten om det som är objektivt mätbart (blodtryck, kroppstemperatur, sockerhalt i blodet, och så vidare). Däremot upplever hon, ofta mycket starkt, sådant som inte är objektivt mätbart: smärta, ångest, depression, illamående, yrsel, törst och så vidare. Detta är orsaken till att en människa vars blodtryck är alarmerande högt kan anse sig må förhållandevis bra, medan en annan människa förklarar sig må extremt dåligt trots att allt mätbart är inom normalgränserna: Många av oss har mött människor som har grava fysiska handikapp (till exempel människan med ledgångsreumatism vars händer är fullständigt deformerade och som har stora svårigheter att ta sig från sängen till toaletten) men som anser sig ha hälsa, det vill säga säger sig vara friska. Vi har också mött människor som upplevt sig vara svårt sjuka men som saknat varje objektivt tecken på sjukdom (Haegerstam, Allerbring 1995). Vid ett ytligt betraktande kan detta förefalla märkligt. Men låt oss för att bättre förstå denna skenbara märklighet blicka tillbaka på det subjektivt upplevda lidandet.

Lidandet påverkas, som vi har sett ovan, av en rad faktorer. Hos den av reumatism handikappade människan kan det kroppsliga handikappet vara en orsak till lidande som man med tiden lärt sig leva med. Medan människan i det senare exemplet lider av en lång rad inte objektivt registrerbara orsaker till lidande. Detta lidande kan vara för mångfacetterat och dynamiskt för att det skall gå att lära sig att leva med. För att belysa hur komplex bakgrunden till ett lidande kan vara vill jag ta fram ett annat fall:

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

Maria är en fyrtioårig kvinna från forna Jugoslavien som söker till smärtkliniken för diffusa smärtor i nacke och skuldror samt huvudvärk. Trots upprepade extensiva (omfattande) utredningar har ingen kroppslig orsak till smärtorna gått att finna. Maria är ensamstående sedan fem år: Mannen återvände till hemlandet och hörde sedan aldrig mera av sig. Hon är arbetslös sedan lika många år tillbaka. Hon arbetade nämligen i sin svågers restaurang. När denne lämnade Sverige samtidigt med hennes man lades restaurangverksamheten ner. Orsaken till att de båda bröderna så hastigt lämnade landet vill hon inte berätta. Missbruk av alkohol och smärtläkemedel är en bidragande orsak till Marias situation.

Enligt smärtklinikens bedömning är smärtorna orsakade av muskulära spänningstillstånd som i sin tur är orsakade av ångest. Det upplevda lidandet kan härledas till en lång rad ickekroppsliga orsaker: En ständigt återkommande övertygelse om att huvudvärken är symtomet på hjärntumör skapar en tidvis förödande ångest. Vid sådana tillfällen är hon övertygad om att hon skall dö ensam övergiven i sin lägenhet. Sedan mannen, svågern och hans familj lämnat Sverige har hon varit mycket ensam. Hon sörjer över att hon inte fick några barn. I och med att mannen och svågern lämnade landet blev hon arbetslös, vilket förutom ekonomiska problem medförde förlorad identitet (Hon hade varit den som serverade och därmed var den person gästerna kände bäst). Det finns något som hade att göra med mannens och svågerns hastiga återvändande till hemlandet som ger henne både skuld känslor och rädsla. Beroendet av socialhjälp har skadat hennes självkänsla (förlorad integritet). Hon känner skam över sitt alkohol- och läkemedelsmissbruk. Nedstämdheten (uppfyller inte kriterierna för diagnosen depression) är påtaglig hos denna ensamma och isolerade kvinna utan hopp om någon upprättelse eller att någonsin få uppleva en känsla av värdighet. Om alla dessa orsaker till lidande (ångest, ensam, sorg, ekonomiska problem, förlorad identitet, skuld känslor, rädsla, förlorad integritet, skam, nedstämdheten, utan hopp, förlorad värdighet) beaktas är

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

det inte svårt att inse lidandets omfattning hos denna kroppsligt sett förhållandevis friska kvinna.

Eftersom denna kvinna är objektivt sett frisk har inte den naturvetenskapligt baserade sjukvården något att erbjuda henne. Den multidisciplinära smärtkliniken, med olika medicinska specialister, sjukgymnast, psykolog, kurator och sjukhuspräst, har däremot större förutsättningar att hjälpa henne. Psykologen kan till exempel med hjälp av kognitiv beteendeterapi (KBT) få henne att inse att huvudvärken inte är symtom på tumör och därmed reducera hennes ångest. Genom terapin kan hon återfå en positiv syn på framtiden och därmed hopp om en bättre livssituation. Kuratorn kan hjälpa henne att hitta ett nytt arbete så att hon därmed får en bättre ekonomisk situation och en identitet som värdig samhällsmedborgare. Professionella insatser kan få henne att sluta missbruka alkohol och läkemedel. Genom sjukhuskyrkans försorg får hon kontakt med en präst som företräder hennes hemlands serbisk-ortodoxa kyrka. För denne kan hon, under sekretess, berätta vad som föregått makens och svågerns återresa till hemlandet och hennes del i detta. Hon kan få förlåtelse för de misstag hon begått och därmed upprättelse. Tillsammans kan de olika insatserna reducera hennes lidande. Eftersom hon inte var objektivt sett sjuk före behandlingen gör dessa insatser inte henne objektivt sett friskare. Men till exempel upprättelse och upplevd värdighet är av livsavgörande betydelse för denna i grunden stolta kvinna.

Vi har nu konstaterat att undanröjandet av orsakerna till den subjektiva upplevelsen av ohälsa, det vill säga lidandet, är den primära ambitionen. Men när orsaker till lidandet inte undanröjs, vad händer då? Kan människan själv hantera den situationen? Besitter människan endogena (inomkroppsliga) mekanismer för självläkning?

Självläkning

Till att börja med bör vi ställa oss frågan vad som här avses med begreppet självläkning: Med självläkning avser jag en genom endogena (inomkroppsliga) processer återställd objektivt fastställbar och/eller subjektivt upplevd hälsa. Exempel på en sådan självläkande potential har vi inledningsvis berört: En virusinfektion som med hjälp av jagets egna resurser fullständigt bemästras. Som exempel på ett subjektivt tillstånd som vanligtvis också bemästras med hjälp av endogena resurser har sorg nämnts. De fenomen vi här har att göra med kan indelas i två typer: Dels sådana där den underliggande patologiska orsaken är opåverkad men upplevelsen förändras. Dels sådana där den underliggande patologiska orsaken förändras genom en aktivitet som helt och hållet ägt rum inom jaget. Som exempel på den första typen kan smärtupplevelsen nämnas. Det är välbekant hur smärtupplevelsen under extrema betingelser helt kan utebli trots omfattande skador: David Livingstone berättar i sin bok *Missionary Travels* (1857) om hur han upplevde attacken av ett lejon:

... lejonet fick under sitt språng tag i min skuldra och vi hamnade båda på marken under oss. Medan han röt fruktansvärt alldeles intill mitt öra skakade han mig som en terrier kan göra med en råtta. Chocken orsakade ett omtöcknat tillstånd ... ett drömtillstånd i vilket det inte fanns vare sig någon upplevelse av smärta eller någon känsla av skräck trots att jag var fullt medveten om vad som hände.

Det som Livingstone här upplever kan ges en neurovetenskaplig förklaring:

Undertryckandet av smärta är möjligt genom att vårt nervsystem är så konstruerat att olika nivåer inom ryggmärgen och hjärnan står i ömsesidig kontakt med varandra. Det finns nervbanor som förmedlar information om skador på kroppen upp till delar av hjärnan som är väsentliga för smärtupplevelsen. Samtidigt finns det nervbanor som förmedlar information från sådana delar av hjärnan som bearbetar känslor och tankar. Dessa banor kan öppna eller stänga en ”grind” för informationen om skador på

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

kroppen. På så sätt kan känslor och tankar genom att påverka ”grinden” förstärka eller hämma smärtupplevelsen. Hos Livingstone ledde chocken till att smärtorna uteblev trots skador orsakade av lejonets attack.

När det gäller den typ av självläkning, där den underliggande patologiska orsaken förändras genom en aktivitet inom det egna jaget, måste vi söka efter någon form av kommunikation mellan kognitiva processer som utspelar sig i nervsystemet och den del av kroppen där förändringen av den patologiska orsaken äger rum. Att sådan kommunikation verkligen äger rum är numera neurofysiologiskt underbyggt (Enck 2008). Den hitintills bäst undersökta kommunikationen mellan centrala nervsystemet (CNS) och sjukdomsrelaterade system utanför CNS är kommunikationen med immunsystemet. Denna koppling är så omfattande och så exakt att den kommit att rubriceras som ett sjätte sinne, det vill säga som en typ av sinnesorgan (Blalock 2007). Man har till exempel funnit att inflammatoriska sjukdomar i huden och inre organs slemhinnor påverkas av förväntningar och liknande kognitiva CNS-aktiviteter (Pacheco-López 2006). Dessa endogena mekanismer kan också verka i en negativ riktning – leda till icke önskvärda resultat. Man talar då om noceboeffekter.

Nocebo

Det är sedan urminnes tider känt att magiska riter, utan något intag av någon substans eller ingrepp i kroppen, kunde resultera i sjukdom och död. Detta kallas *voodoo* eller numera – som motpol till placebo – vanligen *nocebo*. Att placebo och nocebo är kraftfulla verktyg har med andra ord varit välkänt i de flesta kulturer sedan urminnes tider och är numera föremål för vetenskapliga studier.

Vad är då skillnaden mellan placebo och nocebo? Den grundläggande skillnaden är att vi i fallet placebo bestämt oss för att effekten skall uppfattas som positiv och i fallet

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

nocebo negativ. Den mesta forskningen har gjorts på hur nocebo påverkar smärtupplevelsen: Det har då visat sig att negativ suggestion kan förstärka experimentell utlöst smärtupplevelse men också göra så att normalt icke smärtsamma stimuli uppfattas som smärtsamma (Colloca et al. 2008). Men symtombilden vid sjukdomstillstånd som Parkinsons sjukdom har också visat sig påverkas av negativ suggestion (Benedetti 2007).

Det börjar bli allt mera accepterat att personer som behandlas med ett aktivt läkemedel får ospecifika biverkningar – biverkningar som inte orsakas av det i läkemedlet verksamma substansen (Barsky et al 2002). Låt mig nu åskådliggöra detta med hjälp av ett tänkbart scenario:

Ulla som är sjuttio två år söker på vårdcentralen för en besvärande hosta som hon lidit av sedan hon hade influensa för tre månader sedan. Vid underökning av lungor och luftvägar finner man inget anmärkningsvärt. Den rutinmässiga kontrollen av blodtrycket visar däremot allt för höga värden. Den behandlande läkaren skriver ut ett preparat som han sedan många år har god erfarenhet av. Han ger sig tid att berätta om hur många patienter med högt blodtryck han framgångsrikt behandlat med detta preparat och hur få biverkningar han noterat. Vid nästa besök har trycket gått ner till en för patientens ålder normal nivå. På frågan om hon noterat några biverkningar svarar hon nekande. När Ulla den tredje gången kommer till vårdcentralen får hon träffa en annan och mycket yngre läkare. Denne uttrycker, trots att blodtrycket nu ligger på en normal nivå, skepsis beträffande det preparat som kollegan skrivit ut: ”Vid nästa besök skall vi ta ställning till om vi ändå inte skall byta ut den där gamla smörjan mot något modernare. Det moderna preparatet ger inte så mycket trötthet.” Ulla har inte märkt någon besvärande trötthet under den tid hon behandlats med detta preparat. När Ulla kommer tillbaka en månad senare berättar hon nu om den förskräckliga tröttheten hon lidit av den senaste tiden. Det

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

gamla preparatet byts därför ut mot ett modernare. Läkaren försäkrar henne att hon inte skall uppleva någon trötthet, vilket hon heller inte gör.

Att noceboeffekter verkligen förekommer blir nu allt svårare att förneka. Men hur kraftfulla är dessa effekter? Denna fråga vill jag besvara med att återge en fallbeskrivning som publicerats av Reeves och medarbetare (2007):

En tjugosexårig man ingår i en klinisk prövning av ett antidepressivt läkemedel. Han sväljer tjugonio kapslar i den tron att han därmed intar en stor överdos av ett det aktiva läkemedlet. I verkligheten innehåller kapslarna placebo. Strax efter intagandet får han ett så kraftigt blodtrycksfall att man tvingas sätta in vätskedropp för att stabilisera blodtrycket. Han befinner sig i ett kritiskt tillstånd ända tills han görs uppmärksam på att det han intagit var placebo. Efter denna information stabiliseras blodtrycket och övriga tecken på förgiftning avtar momentant.

Vi har nu kunnat konstatera att förväntningar – farhågor – kan orsaka negativa, både objektivt registrerbara och subjektivt upplevda reaktioner. Vi måste mot denna bakgrund fråga oss om inte till exempel informationen om en dålig prognos given till en sjuk människa i sig påverkar sjukdomsförloppet: Det förefaller rimligt att noceboreaktioner aktiveras hos den allvarligt sjuke, som får beskedet att inget mer finns att göra och att det återstående livet kommer att kännetecknas av svåra handikapp. Inom den biomedicinska sfären bygger uttalanden om prognos oftast på övertygelsen att alla materiella fenomen är identiskt lika: Om erfarenheten säger att liknande sjukdomsförlopp hos andra patient utvecklats på ett visst sätt kommer också det aktuella fallet att utvecklas så. Men man har då förbisett att varje patient är unik och att sjukdomen har ett antal olika facetter, som varierar från fall till fall. Detta gör att också sjukdomen är unik. Dessutom förbises så gott som alltid att sannolikhetsangivelser i läroböcker och vetenskapliga publikationer inte säger något

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

om det enskilda fallet. Om endast en av tusen överlever ett visst sjukdomstillstånd så kan den aktuella patienten vara just den som överlever. Mot en sådan bakgrund ter det sig bättre att istället för en negativt färgad prognos lyfta fram hoppet. Om patienten stärks i sitt hopp om bot ökar också förutsättningarna för ett fördelaktigt utfall. Att förutsättningarna för ett sådant utfall förbättras om den behandlande personalen talar uppskattande om varandra säger sig självt. Att lyfta fram den behandlande kollegan som kompetent stärker placeboeffekten. Att däremot inför patienten uttala sig kritiskt eller nedlåtande reducerar placeboeffekten och förstärker noceboeffekten. Kan det också vara så att ett läkaruttalande av typen: ”Den som har så höga nivåer av blodfetter, lever ett så stressigt liv och är så överviktig som du löper stor risk att få hjärtinfarkt” via noceboeffekter bidrar till att inducera (framkalla) en infarkt? Nyligen publicerade data antyder att så kan vara fallet (Colloca et al. 2008).

Vi kan fortsätta med att fråga oss om inte den massmediala informationen, om de sjukdomsframkallande egenskaperna hos vissa vanligt förekommande fenomen, i sig leder till sjukdom: Är det inte möjligt, eller kanske rent av troligt, att den som ständigt informeras om den sjukdomsframkallande egenskapen av till exempel rökning, blir sjuk av den informationen – att informationen inducerar noceboeffekter? Hur är det då med det som kan benämnas genetisk determinism? När genetikerna säger sig ha hittat den gen som bestämmer en viss sjukdom eller personlighetsdrag leder detta till en form av fatalism: ”Vad spelar det för roll vad jag gör. Det är ju ändå kört!” Kanske är det så att genom aktivering av nocebomekanismer blir genetikernas uttalande en självuppfyllande profetia – deras hypotes bekräftar sig själv.

Placebo

Låt mig nu peka på den verkliga självläkningen. Under hela vår mänskliga historia har medicinmän och läkare behandlat olika sjukdomar på ett eller annat sätt. Oftast har

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

resultatet varit förvånansvärt bra: redan neandertalmänniskan hade kunskapen om de läkande egenskaperna hos vissa växter; under stenåldern utförde man avancerade kirurgiska ingrepp som till exempel trepanationer och i Afrika genomfördes ”kejsarsnitt” med gott resultat för både moder och barn långt före den vita mannens ankomst hit (Rudgley 1999). Av äldre litteratur framgår det att gamla tiders läkare, trots ur vårt perspektiv sett bristande kunskaper om fysiologi och patologi samt bristfälliga terapeutiska metoder, ändå kunde visa upp goda behandlingsresultat (Panchón 2007). Dessa läkare var dock beroende av placeboeffekter för att uppnå acceptabla behandlingsresultat och visste också hur de kunde använda sig av placebo.

Genom sin bok *Measurement of Subjective Responses* (1959) gjorde Henry Beecher vetenskapssamfundet uppmärksamt på att en behandlings effekt var sammansatt av dels en objektiv komponent och dels av en subjektiv komponent som var relaterad till behandlingssituationen: Det visade sig nämligen att läkarens och patientens tilltro till effekten hos den aktuella behandlingsmetoden var av en avgörande betydelse.

Dessutom blev det uppenbart att den magiska komponenten i konsten att bota, det vill säga förmågan att skapa en helande miljö, var väsentlig för botandet. Baserat på sin kunskap och på medvetandet om sin förmåga måste läkaren övertyga patienten om att behandlingen var effektiv och att prognosen därmed var god. (Gracely 2000)

Varje behandlingssituation innehåller alltså ett placebomoment. Således har det visat sig att behandlingsformer som omfattar ett visst mått av dramatik, som till exempel kirurgiska ingrepp, medför störst placeboeffekt. Injektioner åtföljs också av en påtaglig placeboeffekt. En stor mängd injektionsvätska och en för kroppsvätskor onaturlig färg på denna ger en mera uttalad placebo- eller noceboeffekt än en liten mängd klar vätska. När det är fråga om tabletter spelar också färg och form en avgörande roll för placebo- eller noceboeffekten. (Gracely 2000) En nyligen publicerad undersökning (Waber 2008) visar att de placebotabletter som ges mot smärta är mera verksamma om försökspersonen bibringats uppfattningen att tabletterna är dyra. Av dessa fakta kan man dra slutsatsen att tanke- och känslomässiga processer hos den behandlade spelar

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

en icke obetydlig roll för utfallet av behandlingen: Subjektiva upplevelser har således betydelse för behandlingsresultatet. (Haegerstam et al. 1982)

Den påverkan som läkaren genom sin utstrålning och agerande utövar på patienten benämns *iatroplacebogenes (IPG)*. När en sådan påverkan är medveten kallas den *direkt IPG*. Ett exempel på en sådan kan en noggrann beskrivning av behandlingen och de förväntade effekterna vara. Den omedvetna *indirekta* IPG kan omfattas av läkarens kroppsspråk som i sin tur kan vara färgat av läkarens tilltro till behandlingen eller hans uppfattning om sjukdomens prognos. Den omfattas också av sådana faktorer som läkarens personliga utstrålning (karisma) och attityd till patienten. Dessutom spelar miljön där behandlingen äger rum en icke oväsentlig roll. (Gracely 2000) För att belysa hur placeboeffekten kan verka skall vi se på ett fall som Pascual-Lozano och medarbetare publicerade 2005:

En sjuttiosexårig man som tidigare behandlats för migrän söker nu för en mild till måttlig pulserande huvudvärk. Han har en uppenbar överförbrukning av migrän- (ergotamin-) och smärtstillande läkemedel. Dessa läkemedel sätts ut och patienten klagar över en ickepulserande, diffus men konstant huvudvärk. Han sätts nu över på kapslar innehållande verkningslöst pulver, det vill säga placebo. Huvudvärken upphör under två till tre dagar efter intagandet av en placebokapsel. Behandlingen pågår med lika god effekt i flera år. Under en period behandlades patienten med fentanyl (ett morfinliknande preparat) för ett annat smärttillstånd. Under denna period sattes placebobehandlingen ut varvid huvudvärken återkom trots fentanylbehandling.

Utebliven bot?

Som vi sett ovan (Botandets historia) var antikens läkare väl medvetna om att alla sjukdomstillstånd inte går att bota. När botaren då såväl som i vår tid många gånger står maktlös inför det obotbara lidandet måste frågan formuleras: Har detta lidande någon mening? Inom den biomedicinska sfären möter man ofta förnekande av lidandets mening (Vidman 1992). Detta är – kan det tyckas – en oreflekterat synsätt, som kanske reflekterar en världsbild där allt är möjligt för den naturvetenskapligt baserade sjukvården: När en vetenskapligt grundad ansträngning misslyckas är detta något vetenskapligt oförklarligt och därmed definitionsmässigt något meningslöst. Om vi trots allt söker svaret på frågan om lidandets mening måste vi inse att lidande är en krissituation. Alla människor kommer med all säkerhet att förr eller senare drabbas av lidande i en mer eller mindre uttalad form. Samtidigt som lidandet är en kris är också krisen i sig ett lidande, det vill säga under vissa förutsättningar är kris och lidande närmast oskiljaktigt förbundna fenomen. När vi sedan konstaterar att kris ofta leder till utveckling – ja det hävdas till och med att utveckling inte är möjlig utan kriser – inser vi att också lidandet kan leda till utveckling. I många sammanhang hävdas det med bestämdhet att lidande leder till att en människa – om hon tar lidandet på rätt sätt – mognar, eller som det ibland beskrivs: Människan förädlas av lidandet (Johannes Paulus II 1984). Med andra ord: Insikten om att lidandet har en mening kan leda till bot av det obotbara!

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

Sammanfattning

Jag har i denna essä kommit fram till att det mänskliga lidandet har både objektivt observerbara och subjektivt upplevda orsaker. När lidandet yttrar sig, det vill säga personen rapporterar sitt lidande, är dock denna yttring alltid subjektiv oavsett vad som orsakat lidandet. När vi studerar botandet kommer jag fram till att det finns objektiva tecken på bot och det finns subjektivt upplevd bot. För den biomedicinskt baserade medicinen är i huvudsak de objektivt observerbara och mätbara utfallen av den terapeutiska insatsen intressant. För den människa som upplever sig vara sjuk, det vill säga inte har hälsa, kan den subjektiva upplevelsen av att ha återfått hälsan vara viktigare än det objektivt mätbara utfallet av den terapeutiska insatsen. Jag har också konstaterat att människan besitter självläkande mekanismer bland vilka placeboeffekten och dess negativa motsvarighet noceboeffekten utmärker sig.

Litteratur

Barsky AJ, Saintfort R, Rogers MP, Borus JF. Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *JAMA*. 2002 Feb 6;287(5):622-7.

Beecher HK. *Measurement of Subjective Responses, Qualitative Effects of Drugs*. New York, Oxford University Press, 1959.

Benedetti F, et al. When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*. 2007 Jun 29;147(2):260-71.

Berry RJ. What to believe about miracles. *Nature* 1986;322:321-2.

Bingel U, et al. Mechanisms of placebo analgesia: rACC recruitment of a subcortical antinociceptive network. *Pain*. 2006 Jan;120(1-2):8-15.

Brattgård D. Om konsten att dö – etiska aspekter. I *Palliativ medicin* Ed. B Beck-Friis, P Strang. Falköping: Almqvist & Wiksell Medicin/ Liber utbildning. 1995:41-52.

Cochrane AL. *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. (Reprinted in 1989 in association with the BMJ, Reprinted in 1999 for Nuffield Trust by the Royal Society of Medicine Press, London (ISBN 1-85315-394-X).

Colloca L, Sigauco M, Benedetti F. The role of learning in nocebo and placebo effects. *Pain*. 2008 May;136(1-2):211-8.

Conde J. Suffering and the meaning of life. *Dolentium Hominum*. 1996;31:127-32.

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

Enck P, Benedetti F, Schedlowski M. New insights into the placebo and nocebo responses. *Neuron*. 2008 Jul 31;59(2):195-206

Engelhart A. *Helgonkalender*. Vejbystrand: Bokförlaget Catholica. 1995

Fabrega H, Tyma S. Culture, language and the shaping of illness: An illustration based on pain. *J Psychosomatic Research*. 1976;200:323-337.

Fordyce WE. Learning processes in pain. In *The psychology of pain*. Ed. RA Sternbach. New York: Raven Press. 1978:49-72.

Gracely RH. Charisma and the art of healing: Can nonspecific factors be enough?. In: *Proceedings of 9th World Congress on Pain*, Vol. 16, Eds. M Devor, MC Rowbotham, Z Wiesenfeld- Hallin, Seattle, IASP Press, 2000:1045–67.

Haegersam G et al. Placebo in clinical trials: a multidisciplinary review. *Meth and Find Expl Clin Pharmacol* 1982;4:261–278.

Haegerstam G, Allerbring M. Lack of disability in patients with chronic orofacial pain. A retrospective study. *Acta Odontol Scand*. 1995 Dec;53(6):345-8.

Haegerstam G. *Smärta hos äldre*. Lund: Studentlitteratur. 2007.

Hægerstam G. *Smärta – ett mångfacetterat problem*. Lund: Studentlitteratur. 2008.

John Paul II. Christian Meaning of Human Suffering. Apostolic Letter of His Holiness Pope John Paul II. 1996.

MacNutt F. *Healing*. Notre Dame: Ave Maria Press, 1974.

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

May R. *Ångest, en utmaning*. Stockholm: Bonniers Grafiska Industrier AB, 1980.

Nordemar R, Bullington J, Haegerstam G. Evidensbaserad medicin räcker inte!
Läkartidningen 2008;105:797-8.

Pacheco-López G, Engler H, Niemi MB, Schedlowski M. Expectations and associations that heal: Immunomodulatory placebo effects and its neurobiology. *Brain Behav Immun*. 2006 Sep;20(5):430-46.

Panchón AC. The history of the treatment of infectious diseases. *Dolentium Hominum*. 2007;64:16-21.

Pascual-Lozano AM, Chamarro-Lazáro R, Láinez MJ. Placebo response in a patient with chronic migraine and ergotic overuse. *Cephalalgia*. 2005 May;25(5):391-4

Reeves RR, Ladner ME, Hart RH, Burke RS. Nocebo effects with antidepressant clinical drug trial placebos. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 May-Jun;29(3):275-7.

Rey R. *History of Pain*. Paris: Éditions la Découverte, 1993.

Rudgley R. *Lost civilisations of the Stone Age*. London: Arrow Books Limited , 1999.

Rørbye B. Allmän etnomedicinsk översikt. I *Botare*. En bok om etnomedicin i Norden. Ed.: BG Alver et al. Stockholm: LT's förlag, 1980:155-210.

Sevensky RL. Religion and Illness: An outline of their relationship. *Southern medical journal* 1981;74:745-750.

Vad är det som läker: Människans väg från hälsa till sjukdom och sjukdom till hälsa

Sevensky RL. The religious foundations of health care: a conceptual approach. *Journal of medical ethics*. 1983;9:165-9

Spjut C, Risö Bergerlind L-L. Psykiatrin behöver mer än projektpengar. *Läkartidningen*. 2007;34:2301-2.

Waber RL, Shiv B, Carmon Z, Ariely D. Commercial features of placebo and therapeutic efficacy. *JAMA*. 2008 Mar 5;299(9):1016-7.

Widman B. Ohälsa och sjukdom. I *Lidandets mening*. Ed Kjell Kallenberg. Stockholm: Natur och Kultur, 1992:34-45