

Sociokulturelle aspekter i diagnose og behandling af rygpatienter i Danmark

Ulla Hariet Jensen & Bjarke Paarup

Artiklen omhandler, hvorledes psykiske og sociokulturelle aspekter inddrages i den biomedicinske praksis, der udspiller sig på et rygambulatorium. På baggrund af feltarbejde i et rygambulatorium og blandt rygpatienter viser artiklen, at hvor ryglidelsen er tydelig diagnosticerbar med 'objektive fund', kan den diagnostiske og behandlende praksis i rygambulatoriet rumme psykiske, sociale og kulturelle elementer i sin forståelse af et sygdomsforløb. Hvor en ryglidelse ikke kan diagnosticeres med 'objektive fund', kan patientens psykiske, social og kulturelle forhold i behandlernes opfattelse af diagnose og behandling ikke indgå i en frugtbar dialog med patientens kropslige erfaringer. De psykiske, sociale og kulturelle forhold bliver i stedet tegn på noget andet, som regel psykisk konflikt, psykopatologi eller udtryk for patientens bevidste eller ubevidste interesser.

De senere år har man flere steder i sundhedssektoren set en stigende interesse for et psyko-socialt perspektiv på sygdom. Et af de steder, hvor denne ændring er særlig tydelig, er i det såkaldt nye paradigme for rygbehandling (Nachemson 1999). Her betragtes ryglidelse i almenhed som et naturligt kropsligt forløb, der ikke så meget er betinget af kropslige dispositioner eller arbejdsmæssig belastning som et resultat af sociale og psykiske forhold (Waddell 1999).

Også i forhold til en række andre biomedicinske fagområder såsom sundhedsfremme, psykiatriske lidelser og funktionelle lidelser får det psyko-socialt perspektiv stigende betydning. Denne udvikling kan bl.a. tolkes som et udslag af

det ændrede sygdomsbillede, vi har set de sidste 50 år, hvor tidligere tiders infektionssygdomme ikke længere spiller samme centrale rolle i sundhedssektoren. I dag er psykiske og psykiatriske problemstillinger, sundhedsfremme og de funktionelle lidelser en langt større del af sygdomsbilledet end tidligere (Fink 1997). Det stigende fokus på psyko-sociale aspekter kan også anskues som udtryk for et paradigmeskift indenfor dele af sundhedssektoren. Dette skift sker dog samtidig med, at der i andre dele af den biomedicinske praksis sker en øget biologisering af menneskelige forhold (f.eks. i genteknologien og i hjerneforskningen).

Udviklingen af et psyko-socialt sygdomsperspektiv ses måske endnu tydeligere i den samfundsmæssige brug af biomedicinske diagnoser. I den nye førtidspensionsreform, der trådte i kraft i 2003, er det biomedicinske grundlag for patientens sygemelding ikke længere det primære grundlag for borgerens rettigheder og muligheder. Her er en aktivering af patienten i centrum med henblik på at skabe en social proces mod en velfungerende og selvforsørgende borger. En tilsvarende social forståelse af sygdom kommer til udtryk i de sociale myndigheders initiativer overfor langtidssygemeldte borgere (samtale ved 8. sygeuge, rundbordssamtaler mm.), idet disse initiativer hviler på undersøgelser af den sociale interventions betydning for fortsat sygelighed. De sociale interventioner, der sker for at aktivere borgeren, bygger ikke på traditionelle socialmedicinske indsigter af f.eks. sammenhængen mellem fattigdom og sygelighed. I tråd med individualisering i det senmoderne samfund (Giddens 1996) er fokus på forhold af individuel psykosociale karakter, der kan indgå i de offentlige velfærdssystemer aktiveringsstrategi af syge medborgere.

Den medicinske antropologi har i sit udgangspunkt et socialt perspektiv på sygdom. En af de tidlige modeller i den medicinske antropologi er distinktionen mellem 'illness' og 'disease', hvor de to begreber karakteriserer to forklaringsmodeller nemlig patientens sygdomsopfattelse ('illness') og specialistens ('disease'). Patientens 'illness' blev i 80'erne det centrale antropologiske interessefelt. Udviklingen af studiet af 'illness' medvirkede til den opløsning af et snævert biologisk fokus, vi har set ved en række sygdomme, blandt andet fordi 'illness', forstået som patientens sygdomserfaring, ikke ophører ved en biomedicinsk korrekt diagnose. Som påpeget ovenfor er man i forhold til offentlige velfærdsydelser nødt til at inddrage patientens sygdomserfaring, hvad enten den betragtes som biomedicinsk legitim eller ej, fordi det er den, der former patientens muligheder og praksis.

I takt med at distinktionen mellem 'illness' og 'disease' blev populær og udbredt også i sundhedssektoren, har man i antropologien fokuseret på en række

problematiske forhold i denne model. Dels det forhold at distinktionen fastholder den Cartesianske skelnen mellem krop og sjæl (bevidsthed) og dels det forhold, at 'disease' og 'illness' blev anset som forhold, der var bundet til patientens krop og erfaringen af denne. Denne kritik har resulteret i diskussioner af forholdet mellem krop og samfund.

"The body mediates between the social and the inner world and therefore, becomes a means of both representing and expressing, in a more metaphorically sophisticated sense, not just bodily problems, but social problems" (Kleinman i Honkasala & Lindquist 1997:113)

Kleinman udtrykker dette skift i synet på kroppen gennem begrebet sociosomatik, der sætter focus på et dynamisk forhold mellem individ, krop og kultur (Kleinman 1986). Kleinman opfatter individet som placeret i et socialt og kulturelt net eller kontekst, hvorfra det ikke kan skilles. Skellet mellem den fysiske og den sociale/kulturelle væren er således blot en analytisk abstraktion, idet individet ikke kan adskilles fra konteksten. Fysiske symptomer har således ifølge Kleinman en social oprindelse såvel som en fysisk eller biologisk (Dalsgaard 2005:99).

"Sociosomatics is an idea of a constructed contextual historical process, inscribing or incorporating the social world into the body; as opposed to the psychosomatic idea, which [...] begins with a naturalistic idea of the body as an alternative presentation of psychological difficulties" (Kleinman i Honkasala & Lindquist 1997:113)

Denne artikel vil fokusere på, hvorledes et sociosomatisk perspektiv på sygdom integreres i en biomedicinsk praksis i forhold til sygdomme med og uden adækvat organisk patologisk grundlag. Artiklen vil undersøge, hvorledes i en konkret biomedicinsk praksis psykiske og sociokulturelle forhold ved sygdommen inkorporeres, og hvorledes det bliver et væsentligt epistemologisk problem, at sygdomme uden adækvat organisk patologisk grundlag kun kan defineres negativt indenfor det biomedicinske paradigme. Konkret vil artiklen undersøge de forklaringsmodeller, der bringes i anvendelse på et rygambulatorium i forhold til forskellige typer af diagnoser og specifikt, hvorledes psykiske, sociale og kulturelle aspekter af sygdommen integreres i behandlingen.

Artiklen fokuserer på rygpatienter¹, der er henvist af egen praktiserende læge til et rygambulatorium ofte efter længerevarende rygsmerter (min. 4 uger). Der er som nævnt sket væsentlige ændringer i behandlingen af ryglidelser i de senere år. Røntgenbilleder og scanninger er ikke længere det primære grundlag for diagnose

og behandling på grund af ny viden om pålideligheden af disse medier i forhold til ryglidelser. Diagnosen foregår primært på grundlag af patientens redegørelse og en undersøgelse af patientens kropslige funktioner. De fleste ryglidelser, herunder diskusprolaps, opfattes grundlæggende som en lidelse, kroppen selv helbreder indenfor nogle måneder. Helbredelsen understøttes med smertestillende behandling, fysioterapi og McKenzie øvelser. Operation er derfor normalt ikke på tale også på grund af et stort antal komplikationer ved operation.

”En helt almindelig ung mand”

Når en person med smerter i nakke, lænd, arme eller ben skal diagnosticeres på et rygambulatorium, sker det på baggrund af en konsultation hos en læge med speciale i reumatologi². Patienten bliver udspurgt om sine symptomer og sin sygehistorie og bliver fysisk undersøgt. Lægen vurderer, om det er nødvendigt med yderligere undersøgelser som f.eks. røntgen eller scanning for at fastsætte en diagnose, men de helt grundlæggende redskaber i diagnosticeringen er patientens symptom mønster, sygehistorie og den fysiske undersøgelse. Det er således både patients fysiske krop og patientens sygehistorie, der er objekt for lægens diagnosticeringsproces.

I det første møde mellem lægen og den rygsyge i rygambulatoriet interviewer lægen sin patient for at danne sig et overblik over personens sygehistorie. Spørgsmålene udformes forskelligt fra konsultation til konsultation - og fra læge til læge. Nedenstående case er et eksempel på forløbet af en dialog mellem en læge og en patient i en sådan første konsultation, og dermed hvilke elementer, som lægen finder relevante for at forstå patientens sygehistorie.

Case 1

Patientens sygehistorie

Lægen (L) sidder overfor sin patient (M) ved en lille bordklap, der er sat op på undersøgelsesværelsets ene væg. Ved siden af samtalebordet står en undersøgelsesbriks. Etnografen sidder på en stol på afstand af bordet, skråt bag ved lægen. M er mand, 32 år, 190 cm høj og vejer 69 kg.

M har haft problemer med sin ryg igennem de seneste 4-5 måneder: Han var i bedring, da han fik et tilbagefald 2 måneder før denne konsultation.

M er faglært og har arbejdet fuldtids på nuværende arbejdsplads i 7 år. I fritiden er han sportsfisker og underviser også unge i sportsfiskeri.

L opsummerer indledningsvis, at M er henvist fra sin læge, og at L har nogle baggrundsspørgsmål, før han vil undersøge M.

L spørger til, om der er nogle *rygproblemer i M's familie*.

M fortæller, at hans mor har nogle rygproblemer. Hun arbejder, men dør noget. Han kan dog ikke præcis redegøre for, hvad det er for nogle rygproblemer, moderen har.

L spørger til overfølsomhed overfor *lægemidler og til tidligere indlæggelser*. M er ikke overfølsom og har ikke tidligere været indlagt.

L spørger til rygning.

M fortæller, at han ryger omkring 30 cigaretter om dagen.

L giver udtryk for, at han er rystet. Spørger derefter til *alkohol*.

M siger, at "det holder jeg mig fra".

L spørger til M's *uddannelse*.

M fortæller, at han har gået i 10. klasse og er uddannet værktøjsmager.

L spørger, om M *bor alene*.

M fortæller, at han har en samlever, og at de ikke har børn.

L spørger, til om M har *fuldtidsarbejde*, og om han er sygemeldt pga. ryggen.

M fortæller, at han arbejder, men at han nu har været sygemeldt i 7½ uge og 2 måneder før det, havde han haft en *sygemelding* på 5 uger på grund af ryggen.

L spørger, om M har haft *rygproblemer* tidligere.

M siger: "Det har jeg sådan set, men aldrig hvor det er gået ned i benet".

M fortæller, at det har givet sygemeldinger, men han er ikke tidligere blevet røntgenfotograferet, men har været til fysioterapi.

L spørger, hvornår disse problemer med ryggen har været, og hvor gammel M var, da det startede.

M sjusser sig frem til, at det nok har været, da han var omkring 18 år.

L spørger, om det var problemer i lænden.

M svarer: "dernede omkring"

L stiller nu spørgsmål til de rygsmerter, som M havde 3-4 måneder tilbage og til, hvordan M mærkede dem.

L spørger, om det gik godt med arbejdet i mellem de to sygemeldinger.

M siger, at "det gik rimeligt godt i en måned" og forklarer, hvornår smerterne udviklede sig anden gang.

L spørger videre, hvordan smerterne var i anden omgang i forhold til første.

L opsummerer spørgende, om M er i bedring nu.

M siger, at det er han. "Nu er det mere træthed i ryggen" og noget ned i ballen. Men det er i bedring.

L spørger M: "*Hvad tror du selv, der er galt med dig?*"

M: "Jeg tror, jeg har en dårlig ryg. Jeg tror ikke, den holder til ret meget"

L spørger M, hvad han selv mener, der skal sker fremover.

M siger, at han nok skal have noget andet arbejde, hvor han ikke står fremoverbøjet.

L spørger uddybende til M's arbejde.

L spørger M, hvad han selv tror, der kan hjælpe ham fremover.

M siger, at han mener, det ville være godt med noget træning.

L spørger M, hvor længe han mener, han skal være sygemeldt endnu.

M siger, "jeg kunne starte nu, men hvor længe holder det. Det er det, jeg er bange for".

L: "Okay!"

M: "Der ryger 1½ måned ud af kalenderen hver gang [jeg bliver sygemeldt]".

L starter på den fysiske undersøgelse af M

Undervejs spørger han uddybende til karakteren af M's *arbejde*.

L spørger M, om han har været ved militæret.

M fortæller, at han sådan set godt ville have været inde, men at han er blevet kaseret pga. sin ryg, og siger, at det turde de ikke binde an med. Han var også blevet røntgenfotograferet, da han var på *session*.

Primært henvendt til etnografen siger L videre, at 40-50 % bliver kasseret på session, og at mange bliver kede af det.

L spørger, om M har taget noget *medicin*. M fortæller, hvilken medicin han tager for sine rygsmerter og om virkningen.

Efter den fysiske undersøgelse fortæller M: "Det, jeg fik at vide efter røntgen, var, at mine diskusskiver var meget tynde."

L tager en figur frem af en rygsøjle og forklarer M, hvad det vil sige, at en 'diskus er reduceret i højden'. Han forklarer, at det er helt normalt aldringsfænomen.

L forklarer videre, at man ikke kan se diskusskiverne på et røntgenbillede men kun knoglerne, så det er afstanden mellem knoglerne, man har kunnet se.

Lægen dikterer efter undersøgelsen til patientens journal, at manden har en diskusprolaps "i nederste lændehvirvel, der knapt er overstået". Lægen dikterer videre, at "patienten kan forvente videre bedring".

Diagnosen og prognosen er baseret på en kombination af de ting, som lægen ser og får kendskab til igennem den fysiske undersøgelse og patientens sygehistorie.

I rygambulatoriet inddrager man, som det fremgår, sociale, kulturelle og psykologiske faktorer i præciseringen af en diagnose sammen med den fysiske undersøgelses 'objektive fund'³ og patientens beskrivelse af det aktuelle sygdomsforløb (f.eks.: hvor, hvordan, hvornår og hvor længe det har gjort ondt).

Lægen fremhæver efter konsultationen fem elementer i mandens sygehistorie, som han fortolker som væsentlige i forståelsen af sygdomsforløbet og den måde rygambulatoriet skal behandle manden på. Sammen med den fysiske undersøgelse bliver sygehistorien således helt central for de behandlingstiltag, som lægen igangsætter⁴.

Lægens udpegning af centrale problematikker i sygehistorien

- 1) Patientens opfattelse af at rygproblemet udvikler sig fremadskridende.
- 2) Patienten bekymring for om han kan klare sit arbejde.
- 3) Patienten har en mor med rygproblemer.
- 4) Patienten har fået det første traume ved at blive kasseret fra militæret.
- 5) Langvarig sygemelding kan forværre problemet.

Når en patient anser sin ryglidelse for fremadskridende frem for stagnerende eller under afvikling, er det i lægens optik problematisk, fordi det skaber bekymringer hos den rygssyge, som kan forhindre, at den rygssyge er aktivt deltagende i de ordinære dagligdags gøremål.

Tilbagetrækningen er problematisk, dels fordi ryggen ikke bliver brugt aktivt, som rygambulatoriet anbefaler, og dels fordi behandlerne identificerer langtidssygemeldinger som u hensigtsmæssig sygeadfærd i sig selv: Behandlerne hæfter sig for det første ved statistikker, der har vist, at en stor andel af personer med langvarigt sygefravær ikke vender tilbage til arbejdsmarkedet⁵. Dernæst er forståelsen i rygambulatoriet, at jo længere en ryg syg holder sig ude af hverdagens ordinære gøremål, jo mere bekymret bliver den syge for ryggens sårbarhed, hvilket vil fastholde den ryg syge yderligere i en sygerolle.

Lægen fremhæver endvidere, at mandens mor har rygproblemer, og at manden er kasseret fra militæret pga. sin ryg som to personlige erfaringer, der er problematiske for en rygpatients sygdomsforløb, fordi der i disse erfaringer, i følge lægens fortolkning, lægges grobund for en forståelse hos manden af, at han har en svag ryg og er disponeret for rygproblemer.

Samlet set vil behandlerne i rygambulatoriet betegne de fem problematikker som *'vedligeholdende faktorer'* – i modsætning til en lidelses *'udløsende faktorer'*. De vedligeholdende faktorer består af forhold hentet fra personens sygehistorie, som behandlerne anser for at kunne fastholde en person i en opfattelse af sig selv som syg, længere end behandlerne mener, det kan begrundes fysiologisk.

Behandlerne i rygambulatoriet fokuserer således både i deres forståelse af og i den konkrete praksis omkring rygsygdomme på betydningen af sociale, kulturelle og psykologiske faktorer for udviklingen af en ryglidelse. Behandlerne opererer med alle tre begreber, men uden eksplicit skelnen mellem, hvad de betegner som henholdsvis psykiske, kulturelle eller sociale faktorer. Det *'psykiske'* betragtes dog som en overordnet kategori for både kulturelle og sociale faktorer, hvilket lægernes anvendelsen af termen *'psykosomatik'* også antyder. Identifikationen af *'psykiske'* faktorer sker samtidig med, at behandlerne fokuserer på den enkelte person og hans/hendes kapacitet til at mestre sin sygdom og sygdomssituation og de tiltag, der kan støtte vedkommende til (ifølge behandlerne) den mest hensigtsmæssige sygdomsadfærd. Her er rygambulatoriet i tråd med den teoretisk udvikling af sygdomsforståelse i dele af det danske sundhedssystem, som fokuserer på sammenhænge mellem individ, livssituation og sygdom ud fra et perspektiv om individuel mestring (Gannik 1999:52). Denne udvikling er bl.a. inspireret af Aaron Antonovskys (2003) idé om betydningen af den enkeltes *'oplevelse af sammenhæng'* (dvs. oplevelsen af: begribelighed, tilgængelige ressourcer og engagement) for mestringen af stressfaktorer som f.eks. sygdom.

Rygambulatoriet fokuserer på sociale og kulturelle faktorer, der har betydning for ryglidelsens udvikling men ikke i traditionel socialmedicinsk forstand som

den egentlige årsag til lidelsen. Derimod forstår behandlerne disse erfaringer som grundlæggende for, hvilket kognitiv beredskab personen antages at være udstyret med, og som behandlerne mener, har betydning for personens sygdomsforståelse og sygdomsadfærd og hermed for mestringsen af sygdom.

Den læge, der i eksemplet ovenfor undersøger, diagnosticerer og henviser patienten til fysioterapeutisk træning, fortæller, at han tidligere ville opfatte en ryglidelse hos en patient som denne mand som noget, der skulle behandles psykologisk:

”men det vil jo ikke hjælpe at sende sådan en person til psykolog. Han er en helt almindelig ung mand.”

I stedet for psykologisk behandling henviser lægen ham altså til et træningsforløb hos rygambulatoriets fysioterapeuter for at styrke mandens tillid til sin krop og dermed hans kapacitet til at håndtere sin sygdomssituation.

Lægens udsagn om, at patienten er ”en helt almindelig ung mand”, opsummerer en generel forståelse blandt behandlerne i rygambulatoriet om, at en fysisk lidelse ikke kan ses uafhængig af psykiske reaktioner på lidelsen. En sådan psykisk reaktion kan være bekymringer, der kan resultere i, at den rygsyge er mere forsigtig med sin brug af kroppen end rygambulatoriet finder tilrådeligt. I en situation som den der er beskrevet ovenfor, tilbyder rygambulatoriet fysisk træning, som skal støtte manden såvel fysisk som psykisk i sin tilbagevenden til en ordinær livsførsel.

I dialogen mellem manden og lægen fremgår det, at det er en behandling, manden selv anser for at være relevant. Manden har ikke fuldt kendskab til de problemstillinger, som lægen udpeger i hans sygehistorie, men lægens behandlingsforslag korresponderer med mandens egen opfattelse af, at hans ryg har brug for at blive styrket, for at han kan genoptage et aktivt hverdagsliv og bl.a. gå på arbejde. Med Mattingly (2005) kan man sige, at der ud af dialogen mellem lægen og patienten opstår et

”handlende narrativ [der] forbinder det kliniske liv med en ønskefortælling, som [den lidende] af al magt forsøger at få mulighed for at leve på trods af [...] tab” (ibid:34).

Rygambulatoriets opmærksomhed på vedligeholdende faktorer i et sygdomsforløb resulterer altså her i behandlingstiltag og vejledning, som motiverer manden til træning og genopretter hans tro på, at han kan vende tilbage til arbejde. Han giver i sidste del af sin kontakt med rygambulatoriet selv udtryk for, at han har genvundet tilliden til sin ryg og er glad for at være tilbage på arbejde.

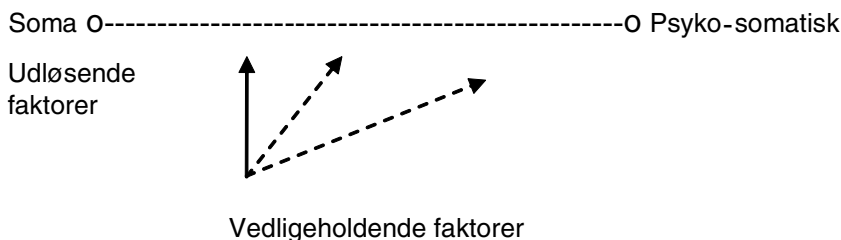
Psyke – soma som et kontinuum

I lægens undersøgelse af en patients sygehistorie opererer behandlerne i rygambulatoriet altså med en forståelse af forholdet mellem psyke og soma som to adskilte dele af den menneskelige krop men to dele, der kan påvirke hinanden. Manden i eksemplet ovenfor har i biomedicinsk forstand en objektiv definerbar fysisk årsag – den udløsende faktor – til sin (somatiske) lidelse. Han har også en sygdomsforståelse, som behandlerne anser for at være (kulturel, social og) psykisk funderet. Patientens sygdomsforståelsen opfattes som en reaktion på den aktuelle ryglidelse og som udtryk for mandens mere generelle opfattelse af sin ryg. I behandlernes forståelse kan soma påvirke psyken, og ved at styrke soma med et træningsprogram vil psyken ligeledes blive styrket, og de vedligeholdende – psykiske – faktorer i sygdomsforløbet vil blive nedbrudt.

Lægen fortæller, at han tidligere ville have set patientens bekymringer og sygeadfærd som psykiske, hvorfor den relevante behandlingen ville være placeres hos en psykolog. I dag udskiller lægen behandlingsmæssigt ikke psykiske processer fra somatiske, men betragter derimod sammenspillet mellem soma og psyke som velkendt.

Man kan sige, at når ryglidelsen er tydelig diagnosticerbar med 'objektive fund' i den kliniske undersøgelse, kan den diagnosticerende og behandlende praksis i rygambulatoriet rumme psykiske, sociale og kulturelle elementer i sin forståelse af sygdomsforløb. Psykosomatiske dimensioner er således i denne forståelse en (potentiel) del af en hver ryglidelse. Psyke og soma betragtes som et kontinuum som illustreret i figur 1.

Den dualistiske tankegang, som er biomedicinens epistemologiske præmis, hvor den menneskelige krop forståelsesmæssig opdeles i en psyke og et soma, er ofte i antropologiske litteratur kritiseret for at være en barriere for at inkorporere betydningen af sociale, kulturelle og psykologiske elementer i forståelsen af



Figur 1: Psyke – soma som et kontinuum i ryglidelser

sygdomsforløb (se f.eks. Cohn 1999; Csordas 1994; Kleinman i: Honkasalo & Lindquist 1997; Kirmayer 1987; Leder 1990; Ware 1992).

For behandlerne i rygambulatoriet synes distinktionen mellem psyke og soma af den menneskelige krop imidlertid ikke at være en forhindring for at inkorporere disse faktorer i forståelsen af somatisk sygdom. Forståelsen af forholdet mellem psyke og soma i rygambulatoriet lægger sig derimod umiddelbart tæt op af det antropologiske perspektiv, der fremfører, at psykosomatik er en almen proces i en hver lidelse (Se f.eks.: Kirmayer 1987: 122; Kleinman i: Honkasalo & Lindquist 1997: 113).

”Det hang slet ikke sammen”

Situationen er dog anderledes, når en patient præsenterer et smertemønster og en sygdomshistorie, som ikke modsvares af objektive fund i lægen fysiske undersøgelse af patienten.

En fysioterapeut ved rygambulatoriet illustrerer problemstillingen i forhold til en kvinde, som tidligere er blevet behandlet for ’diffuse smerter’:

”Det hang slet ikke sammen”.

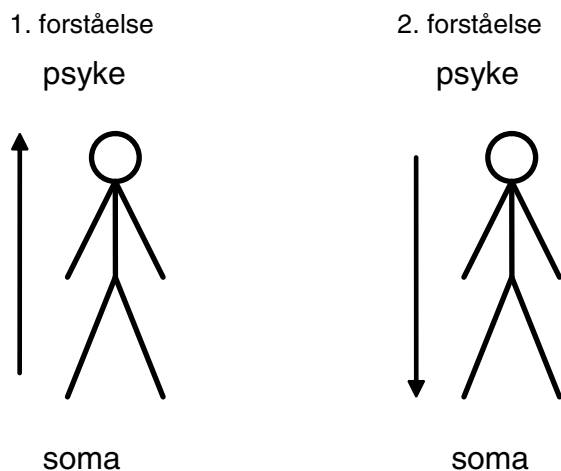
Kvinden skulle have et træningsprogram, men fysioterapeuten startede behandlingsforløbet med at give hende massage i nakken for at få hende ”skudt i gang”.

Fysioterapeuten fortæller, at efter nakkemassage havde kvinden ligget i sengen i tre dage med udstrålende smerter i benene.

Fysioterapeuten siger om episoden, at det ikke hænger sammen: Massage i nakken kan ikke give udstråling i ben. ”Men det kan da godt være, at jeg er gået ind og har pillet ved hendes panser”, som så har sat en reaktion i gang.

I den biomedicinske forståelse af kroppen, som fysioterapeuten er uddannet i og praktiserer ud fra, kan en påvirkning af nakken *ikke* give smerteudstråling ned i benene. Det kan den ikke, fordi de nerver, der giver udstråling i benene, er hæftet ved rygsøjlen i lænden, mens de nerver, der kan forårsage smerter i arme og hænder, er hæftet ved rygsøjlen i nakken.

Fysioterapeuten kan ikke forklare kvindens smertemønster ud fra sin biomedicinske kropsforståelse, men forklarer kvindens erfaring ved, at massagen har pillet ved patientens ”panser”. Fysioterapeutens forståelse af det panser, som mennesket kan have, er ikke en objektiv definerbar fysisk del af kroppen men i højere grad et art psykologisk, socialt og/eller kulturelt skjold. Hvis der bliver pillet ved dette skjold, kan personen reagere med fysiske smerter. Forholdet mellem psyke



Figur 2: To forståelser af relationen mellem psyke og soma

og soma opfattes her således, at psykiske, sociale og kulturelle problemer, omskifteligheder eller sygdomme kan give somatiske reaktioner.

Der er i rygambulatoriets forståelse tale om to forskellige relationen mellem psyke og soma. I den første case giver en somatisk lidelse en psykisk reaktion, i den anden case giver en psykisk lidelse en somatisk reaktion (illustreret i figur 2).

Når behandlerne i rygambulatoriet udpeger en patients smerter som en kropslig manifestation af psykiske problemstillinger, slår de biomedicinske forståelses- og behandlingsmuligheder ikke til. Det er ikke muligt at stille en præcis diagnose, når lægen ikke kan udpege lidelsens udløsende faktor i den legemlige krop, og dermed er det også svært for lægen at ordinere målrettet behandling.

For at behandlerne kan håndtere 'psykosomatik' i ryglidelser, er 'objektive fund' altså nødvendige. Det har eksempelvis Ware (1992) peget på som et grundlæggende vilkår i biomedicinen:

"The definition of 'medically invisible' bodily complaints as psychogenic and therefore imaginary is a direct reflection of scientific materialism, which accords primacy to substance, equate the real with the physically observable" (Ware 1992:356)

Når lidelsen er 'usynlig' for behandlerne i rygambulatoriet i den forstand, at man ikke har fysiske forklaringer på lidelsens udløsende faktorer, henviser man i stedet til psykiske forklaringer. Man kan se inddragelsen af begrebet 'psykosomatik' i diagnosticeringsarbejdet som en måde, hvorved behandlerne søger et perspektiv, der kan medtage patientens subjektivt erfarede symptomer. Herved søger be-

handlerne nok at anerkende, at den lidende har fysisk ondt men gør det indenfor biomedicinen velkendte dualistiske kropsforståelse. Det psykosomatiske perspektiv reproducerer dermed den biomedicinske distinktion mellem psyke og soma. Herved opretholdes hvad Cohn har kaldt "biomedicine's dominant paradigm of causation" (1999:199). De biomedicinske behandlere opnår således ingen nye redskaber og har dermed fortsat svært at inkorporere den 'psykosomatiske' patients fysiske smerter og deres årsag i den biomedicinske forståelse af den fysiologiske krop.

Den syge som erfaringssubjekt

Det er behandlerne meget magtpåliggende at forklare, at de ikke betvivler, at den patient, som siger han/hun har ondt, har fysiske smerter, men årsagen kategoriseres som psykisk, social eller kulturel – ikke fysisk. Der er dog alligevel en tendens til, at disse problemstillinger omkring sygdom omtales som besværlige og med skepsis blandt behandlerne. Overlæge Birket-Smith, Frederiksberg Hospital har som diagnosticeringsredskab opstillet tre karakteristiske træk hos de patienter, hvis smerter han betegner som psykosomatisk

"1. [Patienten har s]omatiske symptomer uden organisk forklaring. 2. [Patienten f]astholder, trods relevante undersøgelser, at tilstanden må være organisk betinget. 3. [Patienten har e]t stort forbrug af ydelser i sundhedsvæsenet." (Birket-Smith 1994:5)

Samtidig med at Birket-Smiths karakteristika skal være et redskab til den kliniske diagnosticering, henleder disse træk også opmærksomheden på den 'støj' patienter uden objektive organiske fund giver i sundhedsvæsenet.

Den overordnede logik, som Birket-Smith fremfører, er altså; hvis lægen ikke kan henlede en persons smerter til 'objektive fund', så har smerterne en psykologisk oprindelse. Behandlerens distinktion mellem psykosomatisk og organisk sygdom er således en pragmatisk skelnen (Kirmayer 1987:122), der sker på baggrund af lægens kliniske observationer og erfaring med patienten. Som Birket-Smith nævner i sit andet punkt, er psykosomatik ikke en etikette, som patienten selv nødvendigvis bifalder. Når patienten og lægen ikke er enige om, hvad der er årsag til patientens smerter, og patienten fastholder, at smerterne har en fysisk oprindelse, udgør patienterne et problem i behandlingssystemet. 'Doctor-shopping' er i forlængelse her af et begreb for patienters anvendelse af sundhedssystemet, som behandlerne i rygambulatoriet udpeger som en særlig slags sygdomsvedli-

geholdende adfærd. Det er en begrebsliggørelse af patienter, der netop fastholder, at årsagen til deres symptomer og smerter er fysiske, og som ikke vil stille sig tilfreds med den beskrivelse eller diagnose, de har fået hos en læge, og derfor søger videre til andre behandlere for at søge andre svar og måske derfra videre til endnu en behandler. Det er således patienter, der fastholder kontakten til behandlingssystemet længere, end den enkelte behandler kan mene, det er relevant.

Casen nedenfor beskriver, hvordan en mand med rygsmerter oplever beskeden om, at der ikke er nogen organisk forklaring på hans smerter.

Case 2

“Hvordan kan jeg så have ondt i ryggen?”

Manden (M) i dette eksempel slår under arbejde sin ryg ind i et metalstativ. Efter denne episode begynder hans rygsmerter. Han fortæller i et interview foretaget af etnografen (E) hjemme hos sig selv efter 2 måneders rygsygdom:

M: Da jeg var oppe til fysioterapeuten, siger han, “det er nok bare, at du har været syg så længe nu - i to måneder. Så er du blevet noget slap i ryggen, så det er musklen, der ikke er optrænet. Det er derfor, du har ondt i ryggen”, siger han. Men det er det ikke [...]. Det er jo efter det slag der, jeg har fået ondt, jo.

E: Det lyder lidt som om, de prøver at finde nogle andre forklaringer på det eller hvad?

M: Ja, sådan set, det vil jeg holde på. Men [...] de siger, at smerten den er velkendt, men...

E: Hvad betyder det? ‘Velkendt’ for dig, eller...?

M: For dem. De får mange ind med rygsmerter, men de kan ikke finde ud af, hvad der er galt med dem. Altså som jeg fortolker det, og det diskuterede jeg med ham fysioterapeuten [...]. Der sagde han, at ud fra den beskrivelse der, der [...] kunne [de] ikke finde nogen steder i ryggen, hvor det var henne fra. Det er på sådan en mærkelig omformuleret måde der jo.

E: Okay. Hvad lyder det som, i den måde de skriver det, synes du?

M: Der er for mange [...], der har ondt i ryggen, og der er mange, der prøver på at svindle sig til erstatning og sådan noget.

E: Men føler du, at de tror, du gør det?

M: Ja, på en måde, på den måde det stod på det blad der - altså den skrivelse [journalark], han lavede ham lægen der.

[...]

E: Hvad tror du selv det her, det er. Ved du det?

M: Jeg ved det ikke. Derfor håber jeg, at den scanning [jeg skal til] vil vise det. Derfor var jeg også noget overrasket med røntgenbilledet, da de kom og sagde, at jeg fejler ingenting. Jamen, hvordan kan jeg så have ondt i ryggen?

Manden oplever, at hans smerter og egen sygehistorie underkendes i kommunikationen med behandlerne. For det første oplever han, at fysioterapeuten banaliserer hans symptomer, ved at forklare dem som "bare" muskulære. Samtidig oplever han, at gyldigheden af hans egne erfaringer diskvalificeres, når fysioterapeuten fortolker hans sygehistorie, så den får et andet oprindelsessted end han selv fastholder. Manden finder at dette, kombineret med – eller som et resultat af – at han har anmeldt episoden på sin arbejdsplads som en arbejdsulykke, stigmatiserer hans smerter og sygehistorie hos behandlerne. Han føler sig miskrediteret.

Som behandlet ovenfor er længerevarende sygefravær og uafklarede sager om økonomisk kompensation som for eksempel en arbejdsulykke forhold, som behandlerne i rygambulatoriet er yderst opmærksomme på som sygdomsvedligeholdende faktor. De indgår i en sygdomsadfærd, man anser for at kunne bevæge en lidelse fra at være ren somatisk funderet til i overvejende grad at blive psykosomatisk.

I Wares analyse (1992) af forholdet mellem behandlere og patienter med kronisk træthedssyndrom betegner hun den proces, hvor patientens erfaring underkendes i relationen til professionelle behandlere som 'de-legitimation'

"What, then is the illness reality that emerges from these two forms of delegitimation? The trivialization of symptoms serves to characterize the sufferer as not sick. To classify complaints as part of normal life in effect disqualifies them as symptoms. The implications of the psychosomatic label are slightly different. In popular conceptions, a psychosomatic illness is an illness that exists, but as a product of the mind. [...] Part of the popular cultural meaning of psychosomatic illness is that its symptoms are defined as "imagined". Thus [sufferers] find themselves judged to be either not sick or suffering from an imaginary illness." (Ware 1992:352)

Den de-legitimering, manden oplever af sine symptomer og sin sygehistorie, sker, selvom rygambulatoriets behandlerne ønsker at anerkende såvel somatiske som

psykosomatiske funderede smerter. Kommunikationen vanskeliggøres af, at den lidende og behandlerne mangler en fælles meningsfuld forståelsesramme, der legitimerer den lidendes erfaring i de biomedicinske behandleres viden og faglige erfaring:

” [...] the biomedical discourse denies the possibility for any reconciliation between the sufferer as object of illness and the subject of experience.” (Cohn 1999:197)

Behandlernes tilsidesættelse af mandens symptomer og sygehistorie giver i eksemplet ovenfor ikke mening for manden selv, hvorfor han spørger: ”Jamen, hvordan kan jeg så have ondt i ryggen?”. En situation hvor ikke blot mandens symptomer underkendes i dialogen med rygambulatoriets behandlere, men også oprigtigheden af hans mål nemlig at blive rask og vende tilbage til arbejdsmarkedet. Her mislykkedes det i Mattinglys forstand med andre ord at forbinde den kliniske praksis (symptomvurdering, diagnose og behandlingstiltag) med de ønsker og perspektiver, patienten har for sin fremtid. Det handler ikke simpelt om god eller dårlig kommunikation men i højere grad om, at de forskellige fortolkninger tager afsæt i en kamp om en ’rigtig’ definition af realiteterne (Ware 1992:356) som i denne situation ikke lader sig forene i de behandlingstiltag, rygambulatoriet tilbyder.

Definition af realiteterne tager ifølge Hahn for den lidende og for den biomedicinske behandler afsæt i forskellige ideologier, der er virkelige og sammenhængende i mennesker tankegang og handling (1984:18). For den rygssyge ovenfor er der fornuft og konsistens imellem de smerter, han har i ryggen og hans sygemelding. Det hænger for så vidt også logisk sammen for fysioterapeuten, men årsag og virkning bytter plads. Det gør det, fordi den diagnostiske og behandlende praksis i rygambulatoriet fokuserer på psykologiske (inkl. sociale og kulturelle) mekanismer som såvel udløsende som vedligeholdende faktorer for rygssygdom. Rygambulatoriets praksis må derfor ses som en del af den ideologi, behandlingsstedet opererer ud fra og har betydning for de metoder og redskaber, man her vælger (og ikke vælger) at tage i anvendelse og de problemstillinger, man tillægger særlig vægt i arbejdet.

”[I]t can be said that the diagnosis is a summary of, or an expression of, a specific clinical practice, or in other words: the diagnosis is socially constructed.” (Gannik 2000:13)

Formålet med at betragte diagnosen som socialt konstrueret er ikke at vurdere, om diagnosen er dækkende, eller om metoderne til at stille diagnosen er de mest re-

levante. 'Den social konstruerede diagnose' placerer derimod det diagnostiske arbejde i menneskelig handlinger og i menneskers interaktion med hinanden. Når diagnosen analyseres som en social praksis, må den sættes i relation til den lokale ideologi i rygambulatoriet og mere generelt; i strømninger i det lægevidenskabelige 'samfund', som er baggrund for den enkelte behandlers praksis. Den kliniske ideologi er således både kontekst for det diagnostiske arbejde og resultatet af den.⁶

Når lægen udpeger en patients symptomer og smerter som 'psykosomatiske', hvad enten sociale, kulturelle eller psykologiske faktorer er de vedligeholdende eller udløsende årsager til den somatiske lidelse, sker det som vist på baggrund af en undersøgelse og interview af patienten. Patientens sygehistorie bliver et objekt i lægens diagnosticeringsarbejde, hvorimod – som fremført af Cohn ovenfor – patienten som et erfaringssubjekt udskilles af processen. Patientens erfaring og sygehistorie bliver et objekt for lægens analyse, på samme måde som patientens krop er det. Det er f.eks. alene lægens opgave at udpege og fortolke risikoelementer i patientens sygehistorie. De betydninger, som patienten tilskriver de selv samme elementer, har ikke nogen plads i diagnosticeringsarbejdet. Som Kirmayer (1987) har påpeget i sit arbejde med psykosomatik, er behandleren derved kulturelt isoleret fra patientens livsverden:

"The clinician, as cultural outsider, cannot read the social context to supply the information absent in speech, and so misses the allusiveness that turns terse comments on self and family into an eloquent narrative" (Kirmayer 1987: 127).

Når den biomedicinske diagnosticeringsproces ikke rummer mulighed for at inddrage patienten som erfaringssubjekt, er der risiko for, at elementer eller begivenheder i patientens sygehistorie får status af markører, som behandleren er opmærksom på, og hvis betydning på forhånd er fastlåst i behandlerens fortolkning. En begivenheds, en histories eller en adfærds betydning bliver uafhængig af både den kliniske sammenhæng, hvor den er fortalt og den livsverden, den er en del af. Det er således en tendens, der ignorerer;

"... the central importance of context in communication. In accordance with the general Western Tendency to provide explanations of action in terms of personal dispositions rather than social context [...] [it] is seen as a personality trait rather than as the result of a conflict in goals or communication style between patient and clinician." (Kirmayer 1987:125)

Lægen hæfter sig i det første af de ovenstående eksempler ved, at patienten svarer (direkte adspurgt), at han er blevet kasseret på session. Lægen er opmærksom på,

at sådan en begivenhed kan have konsekvenser for en mands opfattelse af sig selv og sin krop. Derfor tilskriver lægen begivenheden betydning som vedligeholdende faktor for mandens sygdomsforløb – dog uden at den betydning, patienten evt. selv tillægger episoden, inddrages i diagnosticeringsarbejdet. Lægen fortolker derimod patientens erfaring med sin abstrakte/teoretiske viden ind i en bestemt – allerede eksisterende - narrativ fortælling om vedligeholdende faktor i somatiske ryglidelser.

Objektiveringen af patientens sygehistorie og egen erfaring i diagnosticeringsprocessen har i forhold til de to inddragede cases i denne artikel forskellige konsekvenser. I den første case (med manden der er kasseret på session) har den manglende dialog mellem læge og patient om betydningen af de markører, lægen udpeger i mandens sygehistorie ingen betydning i det efterfølgende behandlingsforløb. Ikke fordi læge og patient nødvendigvis har kongruente fortolkninger af sygehistorien (det kan de ikke vide, om de har), men fordi de deler forståelse af, hvad der skal til, for at den rygssyge mand kan få styrket sin ryg og sin tillid til sin ryg.

I den andet case (med manden der har slået sin ryg under arbejde, men hvor lægen ikke kan udpege fysiologiske objektive fund) placerer behandler og patient sig med stor afstand i fortolkningen af mandens smerter og sygehistorie. Lægen bliver i Kirmayers forstand en 'kulturel outsider' (1987), hvor det manglende rum for dialog om betydning og fortolkning mellem behandlere og patient i diagnosticeringsprocessen resulterer i kamp om realiteternes definition (Ware 1992). Her er det ikke muligt at etablere det handlende narrativ, hvis potentiale er at motivere og bygge bro mellem behandling og den ønskefortælling, personen ønsker at leve (Mattingly 2005). Den helt fundamentale grund er, at manden oplever, at han af behandlere tillægges andre strategier i sin sygdom og sygemelding end ønsket om at blive rask nok til at genoptage sit ordinære hverdagsliv.

Konklusion

Den biomedicinske epistemologi er grundlagt på det cartesianske skel mellem soma og psyke. Foucaults beskrivelse af klinikkens fødsel viser, hvorledes en række læger omkring det 18. århundredes afslutning dissekerede døde kroppe indenfor hospitalets eller klinikkens rammer for at finde sygdommes sande årsager og sande natur. Sygdomme blev herved placeret i dybet af det anatomiske krop, og lidelse var herefter reduceret til en patologisk læsion. Patientens krop snarere end patienten var i fokus for det medicinske blik (Foucault 2000). Hermed blev det et

grundlæggende træk ved den medicinske sygdomsforståelse, at kroppen er den primære kilde til viden. Det er en model, der har været overordentlig produktiv i forhold til en lang række sygdomme, men i forhold til sygdomme uden adækvat patologisk grundlag (de såkaldte funktionelle lidelser) bliver dette udgangspunkt problematisk, fordi det ikke er muligt at forbinde patientens lidelser med et somatisk grundlag. Dermed er lidelsen defineret negativt ved et fravær af somatisk og hermed reelt grundlag.

I forhold til de fleste sygdomme vil patientens erfaring med sin lidelse være lægens indgang til diagnosticeringen af en underliggende 'disease'. Når der ikke kan etableres en relation mellem patientens erfaring af sin lidelse og lægens diagnose, bliver patientens lidelse tegn på andre forhold, hvad enten lidelsen ses som udtryk for en psykologisk konflikt, som udtryk for en bestemt psykopatologi, som udtryk for kulturelle tolkninger af distress og mere alment af erfaringer eller symptomerne kan forstås som en social positionering eller som en social kommentar eller modstand (Kirmayer & Young 1998: 426). Som det er tilfældet i vore eksempler, understreges det her, at symptomer, der ikke indikerer en underliggende 'disease', er at betragte som udtryk for noget andet; som kommunikation, en forståelse der ikke gælder en lidelse med et somatisk grundlag. I ovenstående eksempler på biomedicinsk praksis er det opfattelsen, at kommunikation sker kropsligt (patienten somatiserer), fordi patienten ikke evner andre kommunikationsformer, eller fordi der for patienten er bevidste eller ubevidste interesser forbundet med et kropsligt udtryk.

Vi ser altså, at lægen, hvor der er et somatisk grundlag for patientens lidelse, kan operere med et kontinuum mellem soma og psyke (mellem en kropslig og en psykosocial forklaring), mens behandleren, hvor et sådant grundlag ikke er til stede, opererer med en diskontinuitet mellem soma og psyke, idet lidelsen betragtes som kommunikation med udgangspunkt enten i en psykologisk konflikt, som udtryk for en bestemt psykopatologi, som udtryk for generel eller konkret distress eller som et ønske om at opnå bestemte resultater såsom økonomisk kompensation.

Disse lidelser sætter således fokus på den dualisme, der gør sig gældende i den biomedicinske opfattelse af en person, en opfattelse der er gældende i store dele af den vestlige kultur. I forhold til den biomedicinske praksis er denne dualisme både epistemologisk og ontologisk.

"Epistemologically, biomedicine sharply distinguishes objective evidence of disease through physical signs and laboratory testing from patients' subjective reports of distress. Patients who complain of somatic symptoms in the absence of physi-

ological confirmation is then suspect. This difference in the source and credibility of information supports a more radical ontological distinction between physical disease and psychological disorder. (Kirmayer & Young 1998: 427)''

Så selv om dette ontologiske skel måske er under nedbrydning som påpeget i indledningen, så integreres de to kun, når der er et fysiologisk grundlag for patientens lidelse. Når sådan et grundlag mangler, fastholder den biomedicinske praksis derimod en radikal skelnen mellem psyke og soma. Som vi så i det første af de to eksempler, kan der i den diagnostiske proces skabes om ikke en fælles forståelse så dog et fælles narrativ, hvor lægen kan overskride skellet mellem soma og psyke. Men i forhold til patienter, hvis diagnose ikke baserer sig på et klart kropsligt grundlag, kan skellet ikke overskrides og en sådan narrativ ikke skabes.

Et opgør med det ontologiske skel i medicinsk praksis kan ske gennem en radikal fokusering på patientens levede erfaring som det primære grundlag for forståelse og behandling af sygdomme som beskrevet af Cohn i studier af Kronisk Træthedssyndrom. Selv om begreberne psyke og soma er relevante for patienterne i deres forståelse af deres sygdom, argumenterer Cohn for en radikal fænomenologisk tilgang, fordi den biomedicinske brug af skellet mellem psyke og soma underminerer patientens opfattelse af sig selv som et aktivt selv.⁷

Anerkendelsen af patientens subjektive erfaringer er i dag et centralt element i mange praktiserende lægers tilgang til funktionelle lidelser (Fink et al. 2003). Men denne anerkendelse bygger ofte på en psykosomatisk forståelse, der tenderer mod at reducerer patientens kropslige erfaringer til en psykologisk årsag (Cohn 1999:205). Så anerkendelsen af patientens subjektive erfaringer tenderer altid mod at være partiel. Dels på grund af den ontologiske skelnen mellem psyke og soma og dels på grund af, at patienternes kamp for anerkendelse for deres subjektive erfaringer altid vil være i konflikt med en medicinsk diskurs baseret på princippet om en objektiv realitet ved 'disease'.

Et andet muligt opgør med det ontologiske skel kunne være at fokusere på lidelsens forløb, som påpeget af Ware & Kleinman (1992) og Ware (1999). Fokus flyttes fra sygdommens årsager (ætiologi) til et fokus på hvilke forhold, der har effekt på patientens proces fra syg til rask. Et sådant perspektiv vil involvere patientens aktive medvirken i helbredelsesprocessen og inkludere et bredt spektrum af fysiske, psykiske og sociale forhold. I praksis indgår megen behandling ikke mindst hos de praktiserende læger allerede i et sådant processuelt perspektiv, men dette perspektiv har indtil videre kun haft en meget begrænset effekt på den biomedicinske diskurs.

Når fokus flyttes fra årsag til patientens proces mod at blive rask, indgår patientens erfaringer også centralt i behandlingsforløbet. Patientens funktion og interaktion med sin omverden bliver et centralt element i helbredelsesprocessen. Fokus flyttes længere væk fra individuelle psykologiske forhold mod ydre sociale dynamikker herunder også, hvorledes organisering af samfundet og sundhedssystemet bidrager til helbredelse, fastholdelse eller skabelse af sygdom.

Og som påpeget i indledningen er et sådant perspektiv på sygdom allerede aktuel. Lidelse er ikke længere et anliggende udelukkende for sundhedsfaglige professioner. Samfundet har centrale interesser i feltet. En interesse der går på tværs af biomedicinske paradigmer.

Noter

- 1 Artiklen bygger på feltarbejde udført 2002-2005. Feltarbejdet forgik blandt patienter og professionelle på et rygambulatorium og blandt klienter og sagsbehandlere på en socialforvaltning i Danmark. Projektet var muliggjort gennem venlig støtte fra Velux Fonden. Undere feltarbejdet blev ca. 50 patienter interviewet 1-3 gange over et år fra deres kontakt til rygambulatoriet.
- 2 Reumatologi: Læren om medicinsk behandling af alle sygdomme i bevægeapparatet, dvs. sygdomme i led, knogler og muskler.
- 3 'Objektive fund' refererer til de faktorer, som lægen igennem sin kliniske undersøgelse af patienten identificerer som den fysiologiske årsag til patientens smerter. En person med objektiv nerverodspåvirkning defineres "ud fra tilstedeværelsen af karakteristiske nerverodssmerter og/eller påvirkning af reflekser, kraft eller følesans. Endvidere skulle smerterne kunne fremkaldes eller bedres ved bevægelsestest [...] som tegn på, at årsagen til problemet var lokaliseret her" (Rasmussen et al 2004: 28).
- 4 Manden bliver henvist til rygambulatoriets fysioterapeuter, hvor han samme dag undersøges og får dels et træningsprogram, han skal benytte hjemme og dels flere forklaringer på, hvad der er sket i ryggen. Samt forsikringer om hvad ryggen kan holde til. Samtidig aftales, at han starter på et træningsprogram i sygehuset gymnastiksal tre gange om ugen under ledelse af fysioterapeuten. Den samlede træning har til formål at give manden mere fysiks styrke og bevægelighed i ryggen samtidig med, at øvelserne mekanisk skal påvirke helingen af den revne, som han har i en diskusskive i rygsøjlen. Behandlerne på rygambulatoriet anbefaler endvidere, at manden vender tilbage til sit arbejde. I starten på deltid som en skåneforanstaltning. Manden starter op på sit arbejde og følger træningen på sygehuset igennem en måned, og vælger derefter at fortsætte træningen hjemme.
- 5 Her refereres eksplicit til Socialforskningsinstituttets udgivelse af økonom Jan Høgelund (2002) og til Peter Eshøjs socialmedicinske ph.d.-afhandling (2001).
- 6 Denne forståelse af sammenhæng mellem kontekst og praksis er inspireret af Barths (1992) dynamiske samfundsbegreb: "If we wish to make our concept of 'society' useful to our analysis of social relations and social institutions as they are manifest in the

actions of people, we need to think of society as the context of actions and results of actions not as a *thing*" (ibid:31).

- 7 Olesen beskrev i en analyse af individuel, alternativ behandling, hvorledes en af de centrale kvaliteter i denne behandling er, at den åbner op for at brugeren kan handle og dermed erfare en virkning, idet denne forstås individuelt og kontekstrelateret (Olesen 2005)

Litteratur

- Antonovsky, Aaron (2003 (1987)) *Helbredets Mysterium. At tåle stress og forblive rask*. København. Hans Reitzels Forlag
- Barth, Fredrik 1992 Towards a Greater Naturalism in Conceptualizing Societies. I: Kuper, A (red.): *Conceptualizing Society*. London
- Birket-Smith, Morten 1994 *Somatisering. Symptomer som kommunikation og sygdom som livsstil*. København: Dumex
- Cohn, Simon 1999 Taking time to smell the roses: accounts of people with Chronic Fatigue Syndrome and their struggle for legitimisation. I: *Anthropology & Medicine*, Vol. 6 (2):195-215
- Csordas, Thomas J. 1994 Introduction: the body as representation and being-in-the-world. I: Csordas, Thomas J. (red.): *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge. Cambridge University Press
- Dalsgaard, Trine (2005) *If only I had been in a wheelchair'. An anthropological analysis of narratives of sufferers with medically unexplained symptoms*. Aarhus: Aarhus Universitet
- Eshøj, Peter 2001 *Udstødning fra arbejdsmarkedet. Studier af prædiktorer og forebyggende intervention*. Ph.d.-afhandling. Socialmedicinsk Enhed, Århus Amt. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.
- Fink, Per, Marianne Rosendahl & Thomas Toft 2003 *Udredning og behandling af funktionelle lidelser i almen praksis : the extended reattribution and management model : et efteruddannelsesprogram for ikke-psykiatriske læger : Term-modellen*. København: Månedsskrift for praktisk lægegering
- Fink, Per 1997 *Kronisk somatisering*. Risskov: Psykiatrisk Hospital
- Foucault, Micheal 2000 *Klinikkens Fødsel*. København: Reitzels Forlag
- Gannik, Dorte Effersøe 1999 *Situationel sygdom Fragmenter til en social sygdomsteori baseret på en undersøgelse af ryglidelser*. Frederiksberg. Samfundslitteratur
- Gannik, Dorte Effersøe 2000 The social construction of diagnosis. I: Gannik, D.E. & L. Launsøe *Disease, Knowledge, and Society*. Frederiksberg. Samfundslitteratur
- Giddens, Anthony 1996 *Modernitet og selvidentitet: selvet og samfundet under sen-moderniteten*. København: Reitzels Forlag.
- Hahn; Robert 1984 Rethinking "illness" and "disease". I: Daniel, V. & Pugh, J (red): *South Asian Systems of Healing. Contribution to Asian Studies*. Leiden. E.J. Brill
- Høgelund, Jan 2001 Work, Incapacity and Reintegration: A Literature Review. I: Bloch, Frank S. & Prins, Rienk (red): *Who Returns to Work and Why*. International Social Security Series. Vol 5. New Brunswick

- Honkasalo, M. & Lindquist, J. 1997 An Interview with Arthur Kleinman. I: *Ethnos* vol. 62 (3-4): 107-126.
- Kirmayer, Laurence J. 1987 Languages of suffering and healing I: *Transcultural Psychiatric Research Review* vol. 24:119-136
- Kirmayer, Laurence & Young, Allan 1998 Culture and Somatization: Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. I: *Psychosomatic Medicine* 60:420-30
- Kleinman, Arhur 1986 *Social origins of disease and distress*. New Haven: Yale University Press
- Leder, Drew 1990 *The absent body*. Chicago: The University of Chicago Press
- Mattingly, Cheryl 2005 Den narrative udvikling i nyere medicinsk antropologi. I: *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* 2005, no. 2: 13-40
- Nachemson, Alf L. 1999 Back pain: delimiting the problem in the next millennium. I: *Int J Law Psychiatry* vol. 22(5-6):473-90..
- Olesen, Kirsten 2005 Mødet mellem himmel og jord. En antropologisk analyse af individuel alternativ behandling med særlig fokus på sammenhængen mellem brugerens erfaring af handlerum og virkning. I: *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* no. 3:89-113
- Rasmussen, C.; Hansen, V.; Larsen, R. & Olsen, J. 2004 *Evaluering af de reumatologiske rygmobilatorier i Nordjyllands Amt – med fokus på behandlingen af diskusprolaps* Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen
- Waddell, Gordon 1998 *The back pain revolution*. Edinburgh: Churchill Livingstone
- Ware, Norma C. 1992 Suffering and the Social Construction of Illness: The Delegitimation of Illness Experience in Chronic Fatigue Syndrome. I: *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 6: 4347-361
- Ware, Norma & Kleinman, Arthur 1992 Culture and somatic experience. The social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome. I: *Psychosomatic Medicine* 54:546-60