

Eva Löwstedt

Klinikens nomenklatur

Den praktiske psykiaterns intresse för [...] vanföreställningar är som regel uttömt när han fastställt vansinnets yttringar och bedömt dess inflytande på patientens livsföring. Hans förundran är inte begynnelsen till hans förståelse.

Sigmund Freud, *Psykoanalytiska iakttagelser beträffande ett självbiografiskt beskrivet fall av paranoia* (dementia paranoides), 1911

Vår tid kännetecknas som bekant inte av brist på information utan snarare av svårigheten att urskilja vad som är relevant för oss att bruka i våra liv. Det finns till exempel stora möjligheter att på nätet söka information för att ställa diagnos på sig själv eller sitt barn. I många fall innebär det att människor översätter sina egna eller sitt barns svårigheter till ett vedertaget diagnosnamn som gör att de slipper tala. Inte sällan kommer människor till vården med ett sådant redan fastslaget namn på sina svårigheter.

Ingen talande människa kan vara emot klassifikation eller särskiljande namngivning. Men den kliniska psykologens eller analytikerns arbete kan aldrig utgå från diagnosnamnet¹ eftersom öppenheten är nödvändig för att få det material som behövs för att kunna utreda och analysera.

Idéhistorikern Karin Johannisson beskriver i sin analys av diagnosens namngivning att sjukdom i själva verket finns först när vi är överens om det, genom att vi uppfattat, bekräftat och namngett den.² Diagnosen kan på så vis sägas göra sjukdomen verklig. Johannisson illustrerar hur man i samhället mäter ohälsa i relation till nya så kallade kulturdiagnoser som dyker upp, och hon beskriver en ”diagnos karriär” enligt följande: (1) diagnosen namnges, (2) exponeras medialt, (3) tenderar att dra till sig stora grupper som uppvisar en symptombild som passar diagnosen och (4) som en logisk följd av detta uppstår sekundärvinster i och med att det finns försörjningsmöjligheter för olika vedertagna diagnoser under olika tidsepoker. Sjukdomen försvinner när tillståndet inte längre betraktas som sjukdom eller för att symptombilden slukas av andra nyare diagnoser. På 1990-talet kopplades kronisk smärta och kronisk trötthet till förmodade hot hämtade från arbetsmiljön och på 2000-talet kom diagnoserna utbrändhet och utmattningsdepression, som svarade mot samtidens mest populära hotbild:

prestations- och projektkulturen. I ett framtidsperspektiv utpekas bland annat leda, apati, ensamhet, arbete, graviditet och förlossning, tillsammans med en rad utseende- och minnesrelaterade problem, som tänkbara diagnoser.³

Det moderna

mentalsjukdomsbegreppets ursprung

Charcot, Breuer, Freud och många av deras samtida lade märke till att vissa mänskliga beteendemönster – eller, mer precist uttryckt, vissa former av icke-verbal kommunikation, liknade neurologiska sjukdomar, även om de också skilde sig från sådana på viktiga punkter. Av historiska och sociala skäl *definierades* och *klassificerades* fenomenen i fråga som tillhörande klassen ”sjukdom”. Hysteri som en kvasineurologisk sjukdom blev det centrum runt vilken psykopatologins vidlyftiga struktur så småningom byggdes upp.⁴

Denna inställning stämde med den filosofiska uppfattning av den medicinska vetenskapens principer som då var gängse bland medicinare. Dessa fann det riktigt att som medicinska problem behandla alla möjliga komplicerade mänskliga situationer som utåt tog sig uttryck i att patienten trodde att han var sjuk. Om en fysio-kemisk undersökning inte avslöjade närvaron av någon kroppslig sjukdom spelade det mindre roll. Läkarna vid slutet av 1800-talet hämtade sin sjukdomsmodell från sina erfarenheter av tuberkulos, syfilis och tyfus. Den medicinska vetenskapen hade upptäckt orsakerna till dessa sjukdomar och skulle säkert upptäcka orsaken till hysteri och andra mentalsjukdomar också.

Enligt den begreppsapparat som psykiatrin mot slutet av 1800-talet rörde sig med jämförde man hysterin med, och avgränsade den från, å ena sidan simulering, å andra sidan ”riktig sjukdom”. Medicinare och psykiater höll envist fast vid att beteenden som imiterade sjukdom var försök att lura eller föra läkaren bakom ljuset och därmed måste fördömas. Läkare som ville hindra att folk som företedde detta slags beteende fördömdes, måste då hävda att de *var* ”sjuka”. På så sätt kunde deras beteende ändå beskrivas som sjukdomsimiterande

och studeras vetenskapligt, samtidigt som den förnedrande diagnosen simulering undveks.

I denna strategi dolde sig en fara. Beteckningen sjukdom, som först användes framför allt i socialt reformsyfte, kom snabbt att accepteras som en korrekt beskrivning av ”fakta”. Uttrycket ”mentalsjukdom” uppfattades inte metaforiskt som det borde ha gjort utan blev i hög grad konkretiserat och började leva sitt eget liv. Det har kommit att bli ett *panchreston*, ett ord som förmodas förklara allt, men som inte förklarar någonting, utan snarare blir till ett hinder för kritisk insikt. När den amerikanske psykiatern Thomas Szasz 1960 lanserar idén om att psykisk sjukdom är en myt gör han det utifrån argumentet att benämningen *psykisk sjukdom* kommit att inta platsen för beskrivningen och namngivningen av de *problem att leva* som människan har, det blir alltså ett namn som i huvudsak fördunklar det faktum att livet för de flesta människor är en kontinuerlig strid och strävan, inte för biologisk överlevnad, men för en ”plats i solen”, ”sinnesfrid” eller något annat av värde för oss människor.

Namnet och namngivningen

I det medicinska systemet är diagnosnamnet avgörande, också för att legalisera ett visst läkemedel eller en viss drog. En läkare kan inte skriva ut sömnmedel utan att först ha försäkrat sig om att personen lider av *insomnia*, inte heller antidepressiva medel utan att ha namngivit patientens svårigheter som depression.

Det vi psykologer inhämtar i vår praktik – om jag vågar påstå det – är mer likt en roman, såtillvida att patientens berättelse inbegriper såväl fiktion som en särskild laborering med tempus och personliga pronomen. Men om författarens roman så småningom skrivs färdig är det just patientens *fortsatta* berättelse som är essentiell. Låt mig ge några olika exempel på namngivning för att illustrera mitt resonemang.

I. Kronisk alkoholism

Den svenske läkaren Magnus Huss (1807–1890) definierade begreppet *kronisk alkoholism* och hans bok

om alkoholism, som byggde på hans avhandling *Alcoholismus chronicus*, fick den Franska Vetenskapsakademiens pris när den kom ut i Paris 1854. I och med denna avhandling kom alkoholbruk att bli en medicinsk angelägenhet efter att tidigare ha varit en moralisk sådan där dryckenskapen, innefattad i frosseriet, tillhörde en av de sju dödssynderna.

Det som Huss gjorde var att han utifrån sitt förfinade vetande om kroppens anatomi systematiskt beskrev de skador som alkohol medför och sedan ställde upp detta som en egen sjukdomsform. Han beskrev således hur sjukdomen per definition består av *skadorna* till följd av alkoholmissbruket.

Idag vill Världshälsoorganisationen (WHO) att man istället för namnet alkoholism använder termerna alkoholberoende och alkoholskada. Vi kan konstatera att ändringen av namnen gör anspråk på att överge alkoholism såsom en sjukdomsmetafor till förmån för ett återvändande till en beskrivning av ett beteende med efterföljande skador, det vill säga en förskjutning från sjukdom mot förvärvande.

I den allmänna debatten anses ofta det som är *förvärvat* till följd av bruk av alkohol vara *orsakat* av sjukdomen alkoholism, alltifrån skador i kroppsliga organ till havererade sociala eller nära relationer liksom förlust av harmoni och arbete.

Huss och hans begrepp *alkoholism* kan fungera som betecknande exempel på hur många mänskliga frågor som man tidigare närmat sig med religiösa angreppssätt och förklaringsmodeller i och med upplysningen kom att ingå i det medicinska systemet och dess namngivningssystem. Det är också en vanlig inställning idag: att flertalet mänskliga problem så småningom kan upptäckas av den medicinska forskningen och till slut namnges inom ramen för den medicinska vetenskapen

II. Minimal hjärnskada och neuropsykiatriska diagnoser
De så kallade bokstavsdiagnosernas namnförändring över tid illustrerar en annan utveckling. Från början var det namn som beskrev en förmodad hjärnskada *OBD (Organic Brain Damage)* som där efter blev *MBD (Minimal Brain Damage)*. Senare

tids beteckningar på denna typ av problematik innehåller inte ordet hjärnskada, utan istället beskrivande namn på olika svårigheter som patienten uppvisar: *ADHD (Attention Deficit-Hyperactivity Disorder)* och *DAMP (Deficits in Attention, Motor control and Perception)* eller namn på de läkare som beskrivit problematiken som i *Aspergers* respektive *Tourettes syndrom*.

Byten av namn på beteenden och problematiker av detta slag har inte nämnvärt förändrat det ursprungliga antagandet om sjukdom i form av en förmodad hjärnskada. Det visar sig inte minst i den kliniska verkligheten i de så kallade neuropsykiatriska utredningarna på våra institutioner. När psykologer tillkallas är det oftast för att bidra med kvantitativa utredningsmetoder i form av psykologiska test. Då är hypotesen redan klar, oftast som en beställning från föräldrar eller en medicinsk expert. De neuropsykiatriska diagnoserna är därför, menar jag, ett illustrativt exempel på hur namnet i diagnosens politik stänger berättelsen. Detta alldeles särskilt för att de neuropsykiatriska diagnosnamnen i princip aldrig plockas bort eller byts ut såsom med tiden sker med många andra namn på mänskliga svårigheter.

Idag ser detta dock lite annorlunda ut: vi inom barn- och ungdomspsykiatri är allt oftare med om att föräldrar vill utreda barnen på nytt, i syfte att ta bort en tidigare satt neuropsykiatrisk diagnos. Motiven till detta är skiftande. Ibland anger föräldrarna uteblivet förväntat stöd från samhället exempelvis i form av extra resurser i skolan, som var en starkt bidragande faktor till att diagnosen initialt var viktig att få.

III. Kronisk koloxidförgiftning

Andra världskriget medförde starka importrestriktioner för petroleumprodukter. Antalet gasdrivna fordon ökade från cirka 1500 vid början av 1940 till troligen 100 000 vid krigsslutet 1945. I Stockholm utbröt under dessa år en ”epidemi” av ”kronisk koloxidförgiftning” med omkring 5 000 fall diagnostiserade vid Stockholms stads särskilda gengasklinik. Den kroniska koloxidför-

giftningen kännetecknades av trötthet, huvudvärk och yrsel, symptom som ofta kom successivt och i den ordningen. Många patienter klagade också över minnes- och koncentrationsstörningar. När Stockholms stads hälsovårdsnämnd i en skrivelse till Medicinalstyrelsen ifrågasatte diagnostiken vid Sabbatsbergs och Södersjukhusets gengasklinik och granskade 20 fall som angetts som typiska för diagnosen, fann man att majoriteten av patienterna hade psykiska besvär och att uppgifterna om koloxidexponering ofta var vaga. Man anmärkte vid granskningen också på den behandling som ordinerades i form av månadslånga vistelser på landet, syrgasbehandling samt vitamininjektioner. Man fann att många patienter blev starkt fixerade vid sjukdomsdiagnosen och bidrog till att "smitta ner" nysökande patienter.⁵

Diagnosen kronisk koloxidförgiftning är ett exempel på en tidigare högaktuell diagnos som byggde på föreställningar som nu dött ut. Däremot initierade gengasfaran bildandet av yrkesmedicinska sjukhusenheter och riskerna med gengasen medförde ett uppvaknande när det gällde arbetsmiljön, i detta fall exponeringen för giftiga ämnen.

IV. Pisksnärt eller stukad halsrygg

Ursprungligen användes ordet pisksnärt för att beskriva den rörelse av huvud och halsrygg som sker vid påkörning bakifrån vid en hastighet om minst 15 km/h, vilket är en hastighet ungefär tre gånger högre än vanlig promenadtakt. Den motsvarande engelska termen *whiplash* används inom medicinen för att beskriva de besvär människor kan få efter sådana kollisioner.⁶

I svenska studier har det framkommit att besvären är rehabiliteringsresistenta och att antalet individer bundna till bidragförsörjning på grund av detta problem till och med succesivt ökat. Rehabilitering av besvär efter pisksnärtskada har i vissa utländska studier däremot visat på relativt goda resultat. Varför?

Författarna ställer frågan jämte följdfrågor som: (1) Är långvariga besvär efter stukad halsrygg en delvis iatrogen, det vill säga en av läkaren fram-

bringad, skada där medicinska direktiv som exempelvis "vila" och inaktivitet under lång tid fått skadlig avlastning som effekt? (2) Eftersom nackbesvär förekommer hos 25–85 % av befolkningen i allmänhet och många personer som stukar halsryggen har tidigare besvär: kan gamla nackbesvär kvarstå när besvären efter en stukad halsrygg läker ut? Det vill säga: kan det vara så att gamla nackbesvär omtolkas och feltolkas efter stukad halsrygg? (3) Ökar benämningen *whiplash* risken för utveckling av långvariga besvär och terapiresistens?

Med andra ord: är det så att terminologin som beskriver stukad halsrygg påverkar prognosen för långsiktigt tillfrisknande negativt? Frågan ställs eftersom risken för kvardröjande besvär sju år efter olyckan visade sig vara dubbelt så stor om skadan initialt till försäkringsbolag *namngivits som whiplash*.

V. Utmattningsdepression

De enskilda symptom som ingår i diagnosen *utmattningsdepression* är sådana som de flesta människor har erfarenhet av: stress, sömnbesvär, irritabilitet, rastlöshet, nedstämdhet, tomhets-känslor, koncentrationssvårigheter samt kroppsliga symptom. De människor som hamnar i vad som kommit att benämnas utmattningsdepression skiljer sig på åtminstone en väsentlig punkt från den övriga populationen. Av olika anledningar har de inte haft förmågan att regelbundet "återställa sig" från de olika symptom på stress som de erfarit. Varför förmågan till återställelse ("läkning") saknas hos individer med symptom på sådan utmattning är en av de primära frågor som det kliniska arbetet noga måste utreda. Vi kan anta att den berättelsen till viss del är "borttappad" hos en individ som hoppat över återställelsen. Att vårt kliniska uppdrag blir att tillsammans med vår patient återfinna den berättelsen ställer särskilda krav på att vi inte anammar färdiga namn som riskerar att sluta den centrala frågan.

Översättningen i kliniken

I och med namngivandet infinner sig en falsk känsla av något definitivt. Att säga *vad det heter* är

en *akt av blockering till vad det är*. Sådillvida mystifierar namnet, och diagnosnamnet fungerar heller inte som kommunikation.

Att översätta namnen *är* att analysera. Namnet whiplash översätts i studien till pisksnärt och stukad nacke, vilket är en akt vi väl känner igen från den analytiska praktiken där vårt kliniska arbete handlar om att översätta de namn som roterar i kulturen och som klienterna namnger sitt lidande med.

Vi kan inte anta de medicinskt vedertagna namnen, som utmattningsdepression, whiplash eller alkoholism, eftersom ett vedertaget namn förmodas betyda att man vet vad det är frågan om. Det låser berättelsen som vi är beroende av för vårt kliniska uppdrag. Vilka iatrogena skador riskerar vi att underhålla eller frambringa om vi inte försöker möjliggöra översättningen av diagnosnamnen? Om namnet whiplash – som finansierar så många människors uppehålle med mångåriga sjukskrivningar – översätts till pisksnärt kan vi inte utesluta att det ger effekt. I varje fall kan vi inte förutsätta immunitet mot vårt försök att översätta namnet. Deprimerad? Social fobi? ADHD? Berätta!

Andra namn, som ätstörning, ångest, PTSD osv, torde kunna gå samma öde till mötes även om vi rent praktiskt i flera sammanhang på de psykiatriska institutionerna måste använda dessa namn. Som psykolog har jag inte mandat att starta ett kliniskt arbete – eller medverka till att slutenvården tar emot patienten – om jag inte talar i diagnostiska termer. Detta diplomatiska tal har, som jag ser det, till syfte att skydda det kliniska arbete som ska göras.

Berättelsen, samtalet och läsningen

I den utredning som föregår ett kliniskt arbete betraktar jag patientens berättelse som ett viktigt och nödvändigt material för att kunna avgöra bland annat: *Vad är patientens problematik?* Men även: *Vad är patientens fantasmatik?* *Det vill säga vilka fantasi- och föreställningsinnehåll kan ses som betecknande och avgörande för patientens aktuella problem?*

I Freuds text från 1919 om sexuella perversioners uppkomst beskriver Freud hur han i sex fall träffat

på en fantasi vars innehåll kan sammanfattas i uttrycket ”ett barn blir slaget”.⁷ Vi får sedan följa Freuds sätt att arbeta kring ett kliniskt och teoretiskt problem och hur han utvecklar en tankemodell som gör den masochistiska fantasin mer begriplig. Freud visar bland annat hur det sker en transformation av fantasin med avseende på vem det är som blir slagen, vem det är som slår, och om det finns någon åskådare. I hallucinationens struktur vet vi hur något som uppkommit som en psykisk inre verklighet förskjuts till att återkomma som en utifrån kommande realitet. I tvångsneurotikerns fantasmatiske fängelse är strukturen en annan, men principen för oss lyssnare densamma: att noggrant inhämta vår klients berättelse för att kunna ”läsa” hans symptom och ge tillbaka en tydning, en översättning, som efterhand kan accepteras och därmed brukas av patienten.

Det vi har att räkna med i kliniskt arbete är sålunda att de fantasier som artikuleras ibland har en påtaglig verklighetsprägel utan att grunda sig på verkliga händelser. Att undersöka dessa fantasier i talet, analysera dem och för vår klient göra dem jagenliga är vår huvuduppgift. För att få tillgång till detta material är vi beroende av talet och det är vårt ansvar att göra ingripanden så att berättelsen fortsätter.

Fantasins status

Det som Freud kallade det omedvetna är naturligtvis omöjligt att verifiera objektivt och som begrepp svårt att avgränsa. Det är inte heller vår huvudsakliga referens i kliniken. Det omedvetna får sägas vara en logik säregen för var och en och består inte av ett vetande utan av föreställningar. Dessa föreställningar är möjliga att göra igenkännbara för den enskilde.

När Freud i sin text ”Det omedvetna” från 1915 skriver att han kommit fram till att känslor, önsksningar, drifter och affekter inte kan vara omedvetna, medan däremot den föreställning som föregår dessa kan vara det, hade begreppet *föreställningsrepresentant* (*Vorstellungsrepräsentanz*) varit på sin plats. Föreställningen är nämligen

omedveten medan representanten ger effekt och affekt. Föreställningens representant är följaktligen det som utsätts för våra ingripanden i syfte att kunna översätta den omedvetna föreställningen till en medveten fantasi.

Fantasin som begrepp kan i dessa sammanhang definieras som en artikulerad föreställning och som resultatet av en översatt föreställning, det vill säga en analys. Fantasin har, till skillnad från föreställningen, en text som går att läsa eller om vi så vill – materialet finns tillgängligt om än kortvarigt och subtielt. Däremot får fantasin sin realitet i talet genom att artikuleras och bekräftas genom en annan individ. När vi slår hål på – tolkar – den personliga fantasin och utrustar den med ett namn och detta namn blir jagenligt förlorar fantasin sin laddning. Att gå i analys innebär just bland annat att ”göra sig av med” föreställningar och fantasier.

Det kan medföra att ångesten som var knuten till en omedveten föreställning upphör eller att en hallucination omvandlas till en önskan hos jaget, eftersom strukturen i varje önskan från början är hallucinatorisk.

Fallexempel

Fall 1: Min mor fick för en tid sedan vid 71 års ålder en allvarlig stroke och jag besökte henne regelbundet på den avdelning för strokepatienter där hon då vårdades. Hennes motoriska funktioner var intakta liksom även förmågan att tala, förutom att hon talade med en långsammare och lägre stämma. Det som var förändrat var själva innehållet i det hon sade; hon talade utan den censur som realitetsprövningen annars ålägger oss. Hennes tal innehöll tempusförskjutningar, platsbyte av pronomina samt sådana förtätningar som vi åstadkommer i drömarbetet. När hon talade uppstod nya namn som var uppfinningsrika förtätningar av namn på personer i släktklanen idag och bakåt i tiden.

Jag fick upprepade möjligheter att under flera veckors tid lyssna på och samtala med min mor på ett vis som krävde såväl mina frågor för att bättre förstå och mina ingripanden för att hennes tal

skulle fortsätta. För en utomstående, som varken hade förhandsinformation, intresse eller särskilda tolkningsmöjligheter, kunde såväl hennes tal som hennes agerande framstå som förvirrat och förvirrande. Men hennes tal hade en tydlig struktur: det hysteriska talet utan bortträngningens starka censur. Den hon önskade att vara var hon, det hon ville skulle ha hänt hade hänt, det hon hoppades skulle hända hade hon redan inbokat osv. Egennamn på döda släktingar blev nya namn på personer i hennes nuvarande närhet. I relation till dem kunde hon förändra sitt släktskap, allt enligt en logik som hade ett tydligt samband med sådana frågor som för henne, innan sjukdomen, varit såväl väsentliga som problematiska.

Den ansvariga läkaren anförtrrodde mig efter ett tag att han var bekymrad om huruvida hans differentialdiagnostik var korrekt, eftersom min mor inte ”uppförde sig som en typisk strokepatient”. Han hänvisade till några olika händelser kopplade till hennes tal och agerande som motiv till hans tvekan. Efter ytterligare tekniska undersökningar, bland annat i form av en datortomografi av hjärnan, slogs dock den initiala hypotesen om stroke fast.

Min slutsats utifrån detta är att i och med att det fanns en lyssnare till och uttolkare av ett tal som fick fortsätta kunde den talande – i det här fallet min mor – inte uppfylla de typiska igenkännbara kriterier som sjukdomsdiagnosen annars skulle uppvisat. Diagnosnamnet *stroke* blev såtillvida mindre distinkt.

Fall 2: Den 2 oktober 1855 faller den 42-årige Sören Kierkegaard ihop på öppen gata i Köpenhamn och förs akut till Det kongelige Frederiks hospital. Han vårdas där en dryg månad innan han dör den 11 november i lungtuberkulos. Kierkegaard, som under större delen av sjukhusvistelsen var helt klar, förstod att han var döende. Enligt legenden har han sagt att han kommit till sjukhuset för att dö. Kierkegaard, som formulerade att subjektiviteten är sanningen, trodde själv att orsaken till att han insjuknat var en direkt följd av hårt arbete. Perioden innan hans ben vek sig hade han i eget namn givit ut 9 nummer av det flygblad som han kallade

för *Ögonblicket*. När han läggs in på sjukhuset är han i färd med att slutföra det tionde och sista. Texterna var partsinlägg mot kyrkan och en polemik mot de präster som Kierkegaard menade utnämnde sig själva till sanningsvittnen.

Jens Staubrandt, som i en text i *Dansk Medicinsk-Historisk Årsbok 1989–90* går igenom och kommenterar Kierkegaards sjukjournal, skriver:

Varje akademiker vet att intellektuellt arbete kan vara lika utmattande som fysiskt arbete. Kierkegaard visste det, och i journalen hävdar han att hans sjukdom kan hänga samman med hårt intellektuellt arbete. Det är troligtvis den upplysning som har fått Kierkegaard-forskaren Jens Himmelstrup att anta att det var Kierkegaards våldsamma utfall mot den officiella kyrkan (1855) som fysiskt bröt ned honom så mycket att han blev sjuk och dog. Himmelstrup skriver att Kierkegaard ”sprängde sin kropp” under sitt arbete med tidskriften *Ögonblicket* utan att det dock ska förstås bokstavligt.⁸

Jens Staubrandt påstår att Kierkegaards antagande om sjukdomens förlopp i högre grad hade sin grund i en tvångstanke än i ett reellt vetande om sjukdomen. Han hänvisar istället till Kierkegaards familjehistoria: flera av hans syskon dog unga och det föranledde Kierkegaard att tro att det låg en Guds förbannelse över familjen, och att han själv skulle dö innan han fyllde 34 år – Jesu levnadsålder. Orsaken till förbannelsen var enligt Kierkegaard att fadern som ung hade förbannat Gud, en upplysning som Kierkegaard fick vid faderns dödsbädd då han själv var 25 år gammal.

Staubrandt avvisar Kierkegaards eget antagande om att han skulle ha arbetat ihjäl sig med motiveringen att däri finns inget reellt vetande och påbörjar istället ett resonemang om att Kierkegaard var neurotiker och att det skulle varit hans neuros som avgjorde hans öde. Han hänvisar till att Kierkegaard var styrd av en tvångsföreställning, en variant av ett Messiaskomplex kan man anta, att liksom Jesus dö ung.

När Kierkegaard insjuknar uppger han att han känner tillfredsställelse med sitt livsverk samtidigt som han beklagar att han inte har någon att dela

denna tillfredsställelse med. Kierkegaard hade anfört att orsaken till det nödvändiga i att leva sitt liv ensam var att han var oförmögen att kissa då han trodde eller visste att någon kunde höra det.⁹

Om Kierkegaard var en man som dolde sina svagheter så kan hans bekännelser kring sitt hysteriska symptom ha fungerat som ett bedrägeri i bemärkelsen att det för honom viktigaste aldrig kunde sägas. Kierkegaard var neurotiker, ja, men en sådan allmän rubrik har vi i kliniska sammanhang begränsad användning för. Så: vilket värde hade det för Kierkegaard att tillskriva sin sjukdom innebörden av att han arbetat ihjäl sig? Och främst: vad hade han gjort med det antagandet om han överlevt?

Den kliniska uppgiften

I Pirandellos drama *Spelets regler* (1919) utspelar sig följande samtal:

LEONE: Å, Vemamzi, det är sorgligt när man har lärt sig alla drag i spelet.

GUIDO: Vilket spel?

LEONE: Ja... det här. Hela spelet – livet.

GUIDO: Har du lärt dig det?

LEONE: Ja, för längesen.

De strategier som fungerar för oss människor finner vi sällan anledning att problematisera. När vi inte längre kan fly genom utgång A lär vi oss att pröva B eller C. Fungerar samma flyktvägar alltför länge såsom kanalisering av olust händer det ibland att vi efter ett tag upplever tomhet: den implicita frågan: ”Är detta allt?” kan av den enskilde upplevas och namnges såsom nedsträmdhet; i förlängningen depression och om förlamningen är än mer total, dystoni.

Redan i ”Utkast till en psykologi” 1895 beskrev Freud hur han tänkt sig att energi hanteras i en människa. Det inre systemet strävar enligt en tröghetsprincip efter att bli kvitt spänningar som skapats av inre och yttre retningar. Detta kvittblivande är inte slumpmässigt, utan följer vissa nervcellers ökade retbarhet, vilka skapats av tidigare tillfredsställande lösningar. Han formulerar detta ungefär

på följande sätt: sådana vägar som hör ihop med retningens upphörande via urladdningen prioriteras och bevaras och skapar möjligheter till en *flykt från retningen*.

I kliniken handlar det inte om att finna lösningen. Inte att plocka ihop utan att plocka upp något som det går att göra något av. Inte att slutföra något, utan att ställa en öppen fråga. Den kliniska uppgiften i snäv bemärkelse handlar om att återställa en störd funktion. I och med denna återställda funktion inträffar en autentisk erfarenhet i det att den öppnar för de oändliga frågor som tidigare var oåtkomliga. Neurosen, till exempel, hindrar en mängd utforskningar eftersom den som har trängt bort mycket ofta har stora svårigheter att tala. I vidare bemärkelse är den kliniska uppgiften en fråga om *fullbordan av erfarenhetens skrivning*.

Vad ska göras i det enskilda fallet efter att en vital funktion återställts?

Analysen är således enbart inledningen. Att ställa en intellektuell fråga är fortsättningen, och att därtill etablera en handlingsplan i syfte att införa sådana förändringar i vederbörandes liv som kan reducera risken att det handikappande symptomet återuppstår. Vilket företag, i betydelsen görande, ska vederbörande iscensätta i sitt liv när symptomet satts i rörelse genom att en intellektuell bearbetning startat?

Jag antar att den ympning som ett intellektuellt arbete kan innebära för det fortsatta livet bereder en säkrare väg för att kunna undersöka de oändliga frågor som i det liv som förhåller sig öppet efterhand erövrats som det egna.

Noter

- 1 I svensk psykiatrisk sjukvård används det amerikanska diagnossystemet *DSM IV-TR* (*Diagnostical and Statistical Manual for Mental Disorders Text Revision*). *DSM* ges ut av *American Psychiatric Association* och införandet av detta diagnossystem har skett utan annan bearbetning än den rent språkliga. Psykologer verksamma inom svensk sjukvård är ålagda att översätta sina utredningar och bedömningar till detta amerikanska system. Kliniskt verksamma psykologer med en viss orientering inom psykoanalytisk teori och praktik brukar dock en helt annan nomenklatur i sitt kliniska arbete.
- 2 Karin Johannisson, "Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv", *Diagnosens makt*, Göteborg 2007, s 29.
- 3 Karin Johannisson, "Om begreppet kultursjukdom", *Läkartidningen*, nr 44, 2008, s 3130.
- 4 Thomas Szasz, *Psyisk sjukdom - en myt*, Stockholm 1970, s 314.
- 5 Tore Leonhardt, "Kontroversiell förgiftningsepidemi lade grund för yrkesmedicinen", *Läkartidningen*, nr 14, 2005, s 1061-1067. "Mycket talar för att patienternas ekonomiska intressen i att få diagnosen påverkade dess utbredning. Genom att få diagnosen kronisk koloxid-förgiftning klassad som yrkessjukdom erhöll patienterna bättre sjukpenning, särskilt sedan tillämpningsföreskrifterna till lagen 1944 ändrats så att patienterna kunde få hel sjukpenning - mot tidigare högst en halv".
- 6 Pisksnärt, eller med annan term, stukad halsrygg, ger biologiskt storleksmässigt samma inflammatoriska svar som stukning av annan led och 90-95 % av dem som exponerats för stukad halsrygg når en biologisk och fullständig läkning efter en till sex månader. Det är väl känt att många människor med diagnosen whiplashskada har besvär och/eller är sjukskrivna betydligt längre än så. Detta föranledde försäkringskassan att ge läkarna Jorma Styf och Artur Tenenbaum i uppdrag att utreda frågan. I deras studie *Besvär efter stukad halsrygg (WAD) - frågor om samband mellan exponering och långvariga besvär* (2005) påtalar författarna att de besvär som kvarstod efter detta tidsintervall måste tillskrivas andra faktorer än effekter av den fysiologiska skadan. De väljer att namnge detta såsom psykosociala faktorer. Vid en litteraturnomgång framkommer att under de senaste årtiondena finns en farsotsliknande spridning av problem efter stukad halsrygg beskrivna från olika länder. Antalet fall av långvariga besvär varierar däremot stort mellan länderna.
- 7 Sigmund Freud *Ett barn blir slaget* (1919), *Samlade skrifter, Band VII*, Stockholm 2001, s 97-120.
- 8 Jens Staubrand, *Dansk Medicinsk-Historisk Årsbok 1989-90*, s 7.
- 9 Ibid, s 9.