



# Mænd og sundhed

## Manden i den almene praksis

Af filosof og sundhedsforsker, cand.phil. Simon Sjørup Simonsen



■ cand.phil. Simon Sjørup Simonsen

- 1970 Født i Randers
- 1998 Cand.phil. i filosofi
- 1998-2003 Forsker, underviser og foredragsholder inden for det sundhedsvidenskabelige område i relation til humanistiske og sociale forhold
- 1999 Forskningsassistent ved Institut for Sundhedstjenesteforskning Syddansk Universitet (SDU)
- 2000 Forfatter til "Sundhedens filosofi – klinisk videnskabsteori med særlig henblik på metodeproblematikken". Forlaget Klim. På Politikens liste over årets bedste bøger, Genudgivet 2002
- 2000 Ansat som ph.d.-stipendiat på Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet SDU på forskningsprojektet: Maskulinitet og sundhed
- 2001 Medforfatter til bogen: »Filosofi, etik og videnskabsteori«, med bl.a. Uffe Juul Jensen og Peter Kemp. Akademisk Forlag
- 2003 Arbejdede ved Men's Health Information and Ressource Centre, University of Western Sydney
- 2003 Initiativtager til den første danske konference om Mænds Sundhed i anledning af International Men's Health Week og initiativtager til det nystartede Nationalt Selskab for Mænds Sundhed

## INDHOLD

Indledning .....	4
Vigtige begreber .....	5
Cases .....	6
Carsten .....	6
Jens .....	8
Quist .....	10
Forskelle og ligheder .....	13
Den kønsbestemte arbejdsdeling .....	14
Pivet og stærk .....	15
Afslutning .....	16

## Indledning

Det medicinske felt har fulgt samme udvikling som den resterende del af samfundet siden Industrialiseringen. Det har betydet en større specialisering med en efterfølgende forandret, og i mange tilfælde forbedret, behandling. Et umiddelbart paradoks er, at almen medicinen som følge heraf er blevet et medicinsk speciale. For den praktiserende læge, som jeg grundlæggende opfatter som en »Jack off all trades«, er udfordringen at etablere almen medicinen som et speciale på lige fod med hospitalskollegaernes specialer. Derfor er det vigtigt, at den praktiserende læge udbygger den ikke-biologiske indsigt i de mennesker, der kommer ind af døren i den almene praksis.

For forskellige patientgrupper kræves der forskellige kompetencer. Den alment praktiserende læge har allerede en eller anden form for kompetence til at tackle de forskelligartede grupper, der kommer i konsultationen. Formålet med dette temahæfte er at bidrage til udviklingen af de almene medicinske kompetencer i relation til den mandlige patient.

Temahæftet er et forsøg på at give en større indsigt i forholdet mellem maskulinitet, sundhed og sygdom og på den måde klæde dig som praktiserende læge på til at tackle de forskellige problemstillinger omkring den mandlige patient i praksis.

Så hvorfor mænd? Der kommer hele tiden forskellige modebølger ind over sundhedsområdet, og det er væsentligt at bevare en sund skepsis i forhold til nye tiltag og idéer. Derfor må argumenterne for at vælge et bestemt emne efter min mening vægtes nøje.

Et af de væsentligste argumenter for at fokusere på mænd er forskellen i middellevetid mellem mænd og kvinder. I 2001-2002 havde nyfødte drenge (mænd) ifølge Danmarks Statistiks Statistikbank en forventet levetid på 74.65 år (middellevetid), og nyfødte piger (kvinder) havde en forventet levetid på 79.23 år (middellevetid). Det er en afrundet forskel på 5 år. En del af denne forskel skyldes faktorer, vi har indflydelse på, og vi må derfor vie mænd en særlig opmærksomhed. Et andet væsentligt argument er, at den viden, vi har om mænds opfattelse af sygdom og sundhed, fokuserer entydigt negativt på mænd, uden at tage mænds livsbetaingelser i betragtning. Begge argumenter er efter min opfattelse, såvel samlet som enkeltstående, tilstrækkelige til at vie en særlig opmærksomhed mod mænd.

Temahæftet tager udgangspunkt i mit forskningsprojekt: Ronkedorfænomenet<sup>1</sup> – konstruktioner af maskulinitet, sygdom og sundhed. Projektet, der er et humanistisk sundhedsforskningsprojekt, er delvist baseret på interviews og delvist på en filosofisk, psykologisk og sociologisk metode og analyse. 13 etnisk danske mænd, 30+, fædre og med bopæl på Fyn deltog i undersøgelsens interviewdel.

<sup>1</sup>Begrebet ronkedor, som jeg er blevet inspireret til at bruge fra deltagerne, dækker over en enlig hanelefant som lever adskilt fra flokken.

## Vigtige begreber

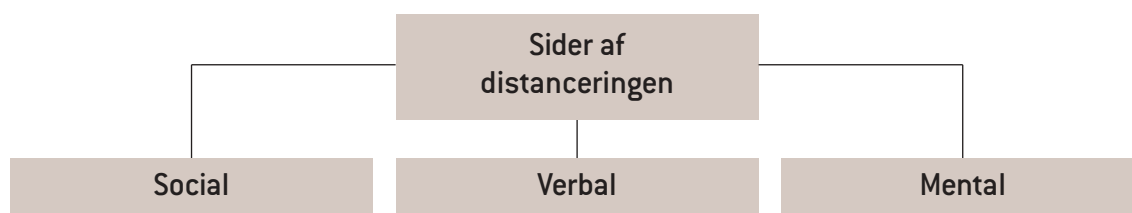
### Distancering

I forskningsprojektets interviews viste det sig, at distancering er et centralt fænomen i deltagerne beskrivelser. Distancering skal forstås som de forskellige processer, som deltagerne benytter i forbindelse med at holde sygdom (herunder også sygdomssignaler og sygdomsrisici) på afstand. Begrebet kan opdeles i social, verbal og mental distancering.

**Social** distancering er de strategier, hvor deltagerne ikke ønsker at skabe eller deltage i sociale situationer med fokus på sygdom og sygdomssignaler. Ved **verbal** distancering undgår deltagerne at tale om sygdom og sygdomssignaler med deres nærmeste. **Mental** distancering fortrænger sygdom og tegn på sygdom.

Disse tre distanceringsformer kan tolkes såvel positivt som negativt. Positiv distancering er udtryk for autonomi – ret til at styre og tolke sit eget liv, herunder f.eks. forsøg på at opretholde intimitetsgrænser. Isolation derimod er resultatet af negativ distancering.

Figur 1: Distancering



### Maskulinitet

I min undersøgelse arbejder jeg med to former for grundlæggende forståelser af maskulinitet: Hegemonisk maskulinitet og egalitær maskulinitet.

#### Hegemonisk maskulinitet:

Man opfatter sig selv i en dominant position, at kvinder er subordineret, og man har kontrol over sin situation.

#### Egalitær maskulinitet:

Kan beskrives som en form for maskulinitet, hvor der ikke markeres forskelle i forhold til kvinder og femininitet.

Hos de deltager, hvor de stærkeste former for hegemonisk maskulinitet fandtes, sås også de mest markante former for distancering af sygdom. Omvendt fandtes de mindst markante former for distancering hos deltagere med svag hegemonisk maskulinitet.

At jeg her sætter fokus på kønsforhold og især på mænd, betyder ikke, at jeg mener, at andre forhold ikke spiller en rolle. Biologiske forskelle og forskelle i sygdomme gør det åbenlyst, men også andre ikke-biologiske forskelle så som klasse og alder spiller i min opfattelse en stor rolle. Men netop kønnet gør altså en forskel og sociale forhold som f.eks. klasse er ofte vævet sammen med kønnet.

## Cases

De følgende tre cases eksemplificerer på hver sin måde, hvordan mænds sociale, verbale og mentale distancering kommer til udtryk. Carsten (70 år), Jens (68 år) og Quist (34 år) er alle tre kendetegnet ved stærk hegemonisk maskulinitet. De ser sig selv i stor grad som raske og stærke i modsætning til det at være syge og svage. De har konflikter med deres omgivelser – især deres ægtefæller – når de er syge. Deres distancering antager forskellige former.

### Carsten



#### Om Carsten

Carsten er 70 år og pensioneret offentlig chef. Han lever sammen med sin kone, der har arbejdet på kontor og været hjemmegående i 10 år. De har to børn. Carsten har haft et spændende og udfordrende arbejdsliv. Han har dyrket meget idræt og har været konkurrencespiller i tennis i ca. 20 år. Han fik en blodprop for 20 år siden og fik for fem år siden en bypassoperation. Han beskriver sig som genetisk disponeret for pollenallergi, blodpropper, overvægt og nyresten. Han har prøvet det hele (sygdomme) siger han men har det glimrende nu som 70-årig. Han har været storryger indtil sin blodprop for 20 år siden, hvorefter han holdt op og begyndte som skabsryger fem år efter. Han drikker for tiden to glas rødvin hver aften og beskriver dem som livskvalitet og uundværlige. Han bor i hus i en mindre fynsk kommune.

#### Social distancering

Carsten viser tydelige tegn på at ville distancere sig selv fra de sociale situationer, der potentielt vil sætte fokus på sygdom:

- Carsten:** Jeg har et tilbagevendende problem, når jeg har været indlagt på hospitalet. Jeg bryder mig ikke om besøg. Det er noget, vi aldrig har kunnet finde ud af sammen. Hvorfor...
- Carsten:** Andre elsker at få besøg så meget som muligt.
- Carsten:** ... Jeg vil helst ligge alene. Og det har en eller anden ... noget med elefantsyndromet ... de trækker sig væk, når de skal dø ... de vil ikke udstille deres elendighed.

Han fortsætter:

- Carsten:** Så ligger man der. Og når der så kommer en udefra som min kone, der kommer og trøster mig og siger »Se jeg har chokolade med til dig.«
- Carsten:** »Det var sødt af dig« siger jeg »Tak skal du have«. »Nu skal du også sørge for at komme hjem. Nu er der snart megen trafik.«
- Carsten:** Hver gang bliver hun frygtelig ked af det, fordi ... hvad er det for noget ... hun kommer kørende helt derude fra for at besøge mig. Og når der så er gået tyve minutter, så siger jeg at hun skal køre hjem igen.

**Carsten:** Når der kommer nogen udefra, skal du mobilisere en veloplagthed, som måske ikke er tilstede. For at folk, der kommer og besøger mig, ikke skal føle sig skuffet, når de kommer og besøger mig. Så skal jeg være ham den sjove mand, som de kender fra festtalerne.

**Carsten:** Det er man jo ikke, når man ligger der.

Carsten vil helst ligge alene og ønsker ikke besøg. Spørgsmålet er, hvorvidt hans distancering af sygdom er sund (autonomi) eller usund (isolation). Hvis distanceringen var en erkendelse af, at han skal have ro til at komme sig, kunne den tolkes som sund. Hans ønske om at være alene er dog kun rettet mod familie eller venner og ikke mod det kliniske personale. Derfor tolker jeg ikke hans ønske som et udtryk for, at han ønsker ro, men først og fremmest som et udtryk for de besværligheder han har ved at opretholde et billede af sig selv som en stærk og sund mand med overskud i alle situationer. Han danner sit eget billede af andres forventninger og bruger sin energi til at leve op til dette billede. Han vil ikke skuffe de besøgende. Han får det derfor ikke roligere ved at distancere sig, tværtimod giver det ham mere uro, fordi han skal bruge sine kræfter på at forholde sig til konflikten med de besøgende i stedet for på sygdommen. Situationen fører ikke til autonomi men til isolation.

### Verbal distancering

Carsten distancerer sig også verbalt, idet han sætter grænser for, hvor lang tid konen og han kan tale sammen og fokuserer samtalen på, at hun skal sørge for at komme hjem, før der er for meget trafik. Herved bliver muligheden for at tale om hans sygdom og situation mindre. Når han har »en lille smule ondt« eller en »skavank« forsøger han at få sin kone til at have »ondt« af sig. Han er nødt til at spille lidt skuespil, at være pylret, for at kunne tale om sine problemer. Han er som udgangspunkt som mand ikke omsorgskrævende. Han har derfor ikke noget hverdagsprog til at tale om disse ting med. Han er som mand, i sin selvforståelse, ikke syg og passer derfor ikke ind i sygerollen.

Når det derimod gælder de helt store problemer som f.eks. hjerteproblemer, lukker han helt af. Her er det åbenbart, at han er syg, og derfor handler det så at sige om at begrænse skaderne og komme videre med sit liv. Heller ikke her passer han ind i sygerollen, men her bliver han, i modsætning til sine erfaringer med sine småsygdomme, bange fordi hele hans identitet som mand er truet – hans maskulinitet er truet.

Carsten er altså både pylret (overreaktion) og distancerende på samme tid. Det er i sig selv ikke noget særligt fund, at Carsten er selvmodsigende. Tværtimod viser mange dybdegående interviewundersøgelser, at jo tættere vores undersøgelser går på patienterne, jo flere selvmodsigelser viser der sig. Men denne selvmodsigelse er interessant, fordi den er udtryk for Carstens problemer med at passe ind i en sygerolle.

Carstens sygerolle er i min tolkning forbundet med, han ikke vil gøre sin ægtefælle bekymret. Han forudsætter – rigtigt eller forkert – at hun vil blive bekymret, hvis han ikke har overskud og fremstår stærk. Så hvad der kan tolkes som et forsøg på at holde en såkaldt maskulin maske, er i lige så stor grad – eller måske i større grad – en måde at drage omsorg på.

Med andre ord kan vi sige, at den hegemoniske maskulinitet med manden som den stærke og kvinden som musen med adgang til følelserne ubevidst opretholdes i bedste henseende, hvor både mand og kvinde forsøger at drage omsorg for hinanden.

## Jens



### Om Jens

Jens er 68 år og pensioneret. Han har arbejdet inden for sundhedsvæsenet det meste af sit liv. Hans baggrund har været i landbruget, og han har det meste af sit liv haft en lille landbrugsejendom, som han sideløbende har arbejdet på. Jens er en slider. Han har to børn. Hans første ægtefælle døde af kræft for ca. 10 år siden, og han fortæller, at det at miste hende – det kommer han aldrig over – og det gør hans børn heller ikke. Ægtefællen har været hjemmegående og har haft forskellige former for deltidsbeskæftigelse.

Han lever i dag sammen med en ny kvinde i et hus i en mindre kommune på Fyn. Mens han var i arbejde, havde han rygproblemer og fik efterfølgende psykiske problemer.

### Social og verbal distancering

Jens distancerer sig socialt ved at fortrække til en gyngestol i hjørnet af hjemmet. Han er en del af det sociale rum, som hjemmet udgør, men er alligevel distanceret:

- Jens:** Jeg sad for meget i stolen, og så min kone, hun jokkede på mig:  
»Du sidder meget der« og kørte på mig, det gik mig også på du  
– »nu skal du til læge«
- Simon:** Det var hende, der sagde det til dig?
- Jens:** Ja.
- Simon:** Okay.
- Jens:** »Nu går den ikke længere«
- Simon:** Og så gjorde du det?
- Jens:** Ja, ja, for jeg vidste godt, det var galt. At jeg havde faktisk næsten altid aftenvagt og sad der og hang i stolen og ... det irriterede dem grusomt, det kunne jeg godt se, og der skulle så mange kræfter til, jeg skulle møde igen kl. 15.
- Jens:** Sådan følte jeg det ikke ...
- Jens:** Otte timer gå der blandt der, 25-30 patienter og høre på dem og deres klager og problemer og så videre, og trusler også, dem fik vi også.

Jens distancerer sig tydeligvis også verbalt men ikke mere, end at ægtefællen overtaler ham til at gå til læge. Han har problemer med at finde sig til rette i en sygerolle og erkender ikke, han er syg, før det er meget graverende. Det tolker jeg delvist som frygt. Han fortæller heller ikke sine kolleger om sine begyndende rygproblemer, fordi han er bange for at miste sit arbejde:

- Simon:** Da du så begynder at finde ud af, at du har nogle symptomer, det fortæller du så til din kone?
- Jens:** Ja, ja.
- Simon:** og til dine kolleger?
- Jens:** Nej, nej. Vupti.
- Simon:** Vupti.

- Jens:** Nej.  
**Simon:** Okay.  
**Simon:** Okay. Hvorfor det?  
**Jens:** Hvorfor synes du, det er et tabuemne?  
**Jens:** ... ja, som nogle siger: »Så er det ikke her du skal være« »ut«  
**Jens:** Sådan er det bare.  
**Simon:** Meget kontant.  
**Jens:** Det er koldt ikke.

Frygten for at blive fyret er meget reel. For Jens er arbejde en del af hans maskulinitet og derfor essentielt i forhold til at bevare autonomi. Det viser sig også, at Jens i høj grad forbinder maskulinitet med, at man kan forsørge sin ægtefælle. Jeg spurgte, hvad det efter hans mening vil sige at være mand:

- Jens:** Det er, at man kan forsørge sin kone. Sådan var min indstilling, da jeg var yngre. Og derfor blev jeg meget sent gift. Jeg var 33 ...  
**Jens:** Jeg måtte erkende. Jeg havde ikke noget at byde dem, fordi [utydeligt]  
**Jens:** De sagde, at de gerne ville bo med mig i et hønsehus.  
**Simon:** Men det hønsehus det vil du ikke bo i?  
**Jens:** Nej, men det kunne jeg ikke byde nogen. Nej. Så jeg flygtede hver gang, ikke.  
**Jens:** Det var det her forsørgelse, sådan var det jo i 50'erne, sådan mener jeg man mænd, at man skulle forsørge kvinden.  
**Jens:** Nu ved jeg nok, at alting har ændret sig, særligt i dag, du. Da er de ligestillet.

Selv om Jens siger, han har ændret opfattelse, ligger det – i min tolkning – stadig dybt i ham, at det er sådan et kønsskema, han har det bedst med. Denne maskulinitetsform har været stærkt bundet til den måde, han har erfaret sygdom. Han ser sig selv som rask og stærk gennem sin arbejdsfunktion: »Man er bare på toppen, man passer syge mennesker«. Herved fremstiller han sin maskulinitet med en endnu stærkere hegemonisk komponent. Denne form for distancering tolker jeg som en isolationsproces, der bliver usund i det øjeblik, den blokerer for, at han ikke prøver at få løst sine problemer. Jens fortæller selv om vigtigheden af at arbejde:

- Simon:** Jeg er lidt interesseret i det at være mand og det at være syg, og de to sygdomsforløb du har været igennem, omkring depressionen og omkring ryggen, kan du prøve at beskrive nogle af de sammenhænge mellem det at være mand og det at være syg har du bemærket nogle sammenhænge?  
**Jens:** Ja, det der med at miste sit arbejde, det er ens identitet jo ...  
**Jens:** Ligesom man nej ikke kryber men man skammer sig en lille smule, [utydeligt]  
**Jens:** Jeg holdt op med at arbejde?  
**Simon:** Du blev pensioneret?  
**Jens:** Ja, ja, jo.  
**Simon:** Da skammer du dig simpelthen?  
**Jens:** Ja, det gjorde jeg, det gjorde jeg virkelig.  
**Jens:** Jeg føler min identitet og også overfor vennerne, det hele og ...

## Quist



### Om Quist

Quist er 34 år og chef i det private erhvervsliv. Han bor med sin ægtefælle i en stor fynsk kommune. Han har to børn i sit nuværende ægteskab og tre børn fra sit tidligere ægteskab. Quist er en vinder. Han er villig til at yde meget for at nå sine mål. Han siger dog, at han er blevet mere opsat på at nå sine mål på en mindre belastende måde, end han har gjort tidligere. Han har haft tidlig økonomisk succes og også tidligt mistet mange penge, hvilket han har oplevet som belastende. Han har haft en depression. Han forbinder sine belastninger med sin depression. Hvor Jens og Carsten var omkring de 70 år, er Quist kun det halve aldersmæssigt, og i modsætning til Carsten og Jens er Quist stadig aktiv på arbejdsmarkedet. Det spiller en rolle i hans forhold til maskulinitet, sygdom og sundhed.

### Mental distancering

Jeg spurgte Quist, hvad det vil sige at være mand:

- Simon:** Du har nævnt det der med at tage beslutninger f.eks.?
- Simon:** Det at være hård?
- Simon:** Du siger så lidt, at du ikke er den samme mand. Vil du ikke stadigvæk betegne dig som mand?
- Quist:** Jo, jeg synes bare ikke ... det kommer også an på, hvad man ligger, hvad ligger man i mand altså, når man siger mand, så mener jeg med stort M.
- Quist:** Og mand med stort M, det er jo sådan en med store muskler og stort ansvarsområde og ordet i sin magt og ... Don Juan og alle sådan nogle ting ikke.
- Quist:** Og det er klart, skal jeg måle mig med sådan en, så synes jeg ikke, at jeg er for meget mand i dag, jo altså jeg tør tage beslutninger altså, men bevidstheden om at der gemmer sig den der lille ... forsvarsløse Quist inden i mig, det gør sådan, at man reflekterer lidt mere over tingene, end man gjorde før. Og stiller spørgsmålstejn ved, om det at være kynisk, det også er ... synonymt med at være mand.
- Quist:** På mange måder synes jeg, at jeg er en bedre, et bedre menneske i dag, end jeg var dengang.

Quists beskrivelser bærer præg af ekstremerne: Manden “med stort M” og den lille “forsvarsløse Quist inden i mig”. Selv om han bærer nogle hegemoniske maskulinitetsopfattelser med sig fra før, er han langt mere selvreflekterende i forhold til disse opfattelser end både Carsten og især Jens. Quist fortæller, hvordan hans sygdomsforløb påvirkede ham selv som mand:

- Simon:** Hvis vi vender tilbage til det sygdomsforløb, vi talte om tidligere, vil du så sige, at det påvirkede din opfattelse af dig selv som mand?
- Quist:** Ja, i høj grad.
- Simon:** Hvordan det?

- Quist:** Jamen jeg følte jo at simpelthen bare, at jeg var en vatpik. Det er jo maskulint og synes jeg at ku' ... jeg vil hellere sige, at det er ikke ret maskulint ikke at kunne tage beslutninger om noget som helst. Ikke at kunne gå i seng med sin kone. Rent fysisk kunne jeg godt ikke. Jamen jeg havde simpelthen ikke lyst til det, det interesserede mig overhovedet ikke.
- Quist:** Jeg synes i det hele taget, at jeg var vattet. Kunne også godt betragte mig selv udefra og så se sådan en ... mange gange så sad jeg f.eks. og græd, når jeg var alene ikke. Så ja det synes jeg helt sikkert.
- Quist:** Og i dag selv om jeg er ... blevet rask i gåseøjne, så er det ikke bevidstheden om, at der også bor en kylling i mig, det gør også, at jeg ser ikke mig selv som mand, ligesom meget som inden jeg blev syg.
- Quist:** Men før jeg blev syg, der stillede jeg aldrig nogensinde spørgsmålstegn ved, at der var sgu' bare en mand ikke. Og de kunne sgu' bare komme og ...
- Quist:** Jeg var meget, meget hård i psyken ...
- Quist:** Det har helt klart haft indflydelse ... at jeg er blevet blødere, og jeg har ...

Quist ser ikke sig selv som lige så meget mand som inden, han blev syg. Han ser det at være »meget mand« som at kunne tage beslutninger (autonomi), være seksuelt optaget, aggressiv (»de kunne sgu' bare komme«) og hård. Jeg spørger, hvad han mener med hård:

- Quist:** Altså hvis f.eks. at ... min kone hun sagde at, jamen jeg kan ikke holde det ud, så ... hvis du er sådan og sådan, så må vi gå fra hinanden ikke [utydeligt] ... hvis du ikke kan tåle luften i bageriet så gå.
- Quist:** Jeg var sådan ... jeg var ... jah ... sådan lidt mere kynisk var jeg, hvorimod jeg nu er jeg mere eftertænksom og ... og opmærksom også på mine omgivelser, selvfølgelig ... førhen der kørte jeg måske bare henover og kunne ikke sætte mig ind i, hvis ...
- Quist:** Et eksempel. Mens jeg var selvstændig, der æh ... der mistede min sekretær æh ... sin søn, og der var havde jeg fuld forståelse for at den første uge, der kom hun ikke på arbejde.
- Quist:** Så efter en uge så begyndte jeg at tænke, måske hun ikke også skulle begynde at komme på arbejde igen.
- Quist:** Altså jeg ringede ikke til hende ... jeg prøvede selvfølgelig udadtil at støtte og være forstående og sådan noget.
- Quist:** Men der sad sådan inden i mig en »Årh det kunne hun jo godt«, og da ville jeg i dag slet ikke tænke sådan.

Med hård mener han altså at være »kynisk« modsat nu, hvor han er »mere eftertænksom« og »opmærksom«. Han er altså blevet opmærksom på andres behov. Quist fortæller om de modsatrettede følelser, han har, ved på den ene side at ønske at distancere sig og på den anden side at ønske den nye ægtefælles intervention:

- Quist:** Så midt imens man sidder og er ked af det og sådan noget, så kan man godt se, at alle andre prøver at hjælpe én, men man gør egentlig det, man ikke har lyst til at gøre, nemlig at tage en masse hensyn, man er jo klart urimelig.
- Quist:** Hvad jeg var i hvert fald. Så urimelig overfor Anja[hans kone] og ...

**Quist:** Hvordan det?

**Quist:** Jamen det ... jeg var ... jeg havde en kort lunte, altså uden at være aggressiv...

For Quist var der tale om et ubehag og frustration over at »tage hensyn«, og ligesom Jens oplevede Quist ægtefællens aktive rolle:

**Quist:** Jeg tror, det er kombinationen af hele det sammensurium, der bare gjorde at, at lige pludselig en dag så, ... jeg kan huske, jeg vågnede op en morgen der så ... kunne jeg bare ikke tage mig sammen til at tage på arbejde, og man gik i selvmordstanker og alt sådan noget.

**Quist:** Så efter to måneder så fandt jeg ud af, at jeg måtte i behandling. Det var Anja [hans ægtefælle –SSS] der så fik mig skubbet i behandling. Op til lægen.

Quist har i min tolkning distanceret sig fra sygdom i sådan en grad, at sygdom slet ikke har eksisteret for ham. Han har ikke regnet sine egne belastninger som væsentlige og har ikke opfattet sig selv som sårbar. Han har så at sige isoleret sig fra de negative udviklingsmuligheder, han har stået i, og de faresignaler vi typisk tillægger hårdt arbejdspress. Han har forsøgt at optimere sin personlige autonomi – at opnå maksimal personlig kontrol over sin tilværelse – ved at isolere sygdom ud af hans verdensbillede.

I dag er sygdom tilstede som en væsentlig kategori i hans tilværelse. Han er simpelthen bange for at bliver syg igen, og flere af hans aktiviteter hænger sammen med en eller anden forebyggelse i relation til hans sygdom (f.eks. motion).

## Forskelle og ligheder

Deltagernes distancering af sygdom har flere lighedspunkter. Især deres opfattelse af sig selv som værende stærke og raske på trods af deres situation spiller en væsentlig rolle for alle deltagerne.

Distancering af sygdom træder klarest frem i de tre deltageres opfattelse af maskulinitet, sundhed og sygdom. Det hænger sammen med flere forhold. F.eks. spiller det en rolle, hvilke typer sygdomserfaringer deltagerne har. Fra Carsten over Jens til Quist, går vi fra fysisk sygdom (Carsten) til både fysisk og psykisk sygdom (Jens) til psykisk sygdom (Quist).

Ifølge deres egne beskrivelser intervenserer ægtefællerne kun i de psykiske problemer. Jens opfatter, at hans ægtefælle presser på for, at han skal søge hjælp til de psykiske problemer, mens hun ikke intervenserer i hans rygproblemer. Quist føler ligeledes ægtefællens intervention i hans psykiske problemer, mens Carsten ikke giver udtryk for nogen intervention fra ægtefællen i forhold til hans hjertekarproblemer. Det kan være, at ægtefællerne rent faktisk ikke intervenserede i de fysiske problemer. Det kan også være, at deltagerne accepterer interventionen i de psykiske problemer og derfor omtaler den.

Psykiske problemer tolkes måske i større grad som en genuin feminin sygdom, idet den blokerer automonien – den fratager f.eks. evnen til at tage beslutninger. Ikke kun er kroppen sat ud af spillet, fordi man ikke kan styre den, men man kan heller ikke engang “styre” eller kontrollere sig selv. Den hegemoniske maskulinitet passer bedre med en fysisk lokaliseret og afgrænset sygdom end en psykisk sygdom, hvor hele kontrollen mistes. Jens og Quists beskrivelser af deres ægtefællers intervention kan tolkes ikke kun som en hjælp, men også som en rekonstruktion af det maskuline-feminine rollespil. Ved at beskrive ægtefællerne som de aktive i forhold til deres sygdom, viser de, at de var stærke nok til at klare mere, men at nu blev det så at sige for meget for ægtefællerne.

En anden slående lighed mellem deltagerne er, at de oplever en konflikt mellem sig selv og ægtefællen ved sygdom. Denne konflikt kan skyldes, at deltagerne har svært ved at acceptere ægtefællens rekonstruktion af den omsorgsfulde kvinde, som kender til sygdom og svagheit, og som derfor får en rolle som den handlingsorienterede i deltagerens beskrivelser. Ægtefællerne henviser på denne måde implicit eller eksplicit til en anden mulig relation til sygdom (den passivt lidende sygerolle). Det kan i én forstand tolkes som meningsløs, idet kvinderne forudsætter, at de kender eller har den bedste måde at reagere på sygdom og sundhed. Den er meningsløs, fordi betingelserne for en omsorg, hvor deltagerne er passivt lidende, ikke er stede. Hvis ægtefællernes kønsidentitet er en spejling af mandens (hegemonisk femininitet) er henvisningen ikke kun hul men også en form for magtudøvelse. Ægtefællen henviser til nogle egenskaber ved hendes femininitet, som hun ikke længere besidder eller kan varetage, men som tidligere måske har været en del af kvindearbejdet, og som hun måske identificerer sig med.

## Den kønsbestemte arbejdsdeling

Flere af deltagerne ægtefæller er til stede i undersøgelsen på en måde jeg ikke havde forudset, dels fysisk idet de for flere ægtefællers vedkommende deltog i interviewet, og dels i det at ægtefællerne var betydningsfulde for flere deltageres beskrivelser. Det sidste forhold kræver en yderligere kommentar.

Flere af deltagerne beskrev en konflikt mellem sig selv og konen ved sygdom – særligt de deltagere, der er præget af stærk hegemonisk maskulinitet. Psykiateren R. D. Laing<sup>2</sup> har beskrevet, hvordan familielivet kan være bestemt af en indviklet hensyntagen – en hensyntagen, der kan bestå af flere led, og som ofte bunder i misforståelser. En typisk misforståelse er, at et familiemedlem forventer, at hans/hendes opfattelse af en bestemt situationen, f.eks. sygdomssituation, deles med de andre familiemedlemmer. Et mandligt familiemedlem, der opfatter sig selv på en bestemt måde, tror måske, at konen også opfatter ham på denne måde. Det gør hun bare ikke nødvendigvis. Når mandens billede af sig selv som stærk og rask trues ved sygdom, skubber han konen væk, for at hun ikke skal se og opfatte ham som svag og syg.

Distanceringen kan tolkes som en måde at drage omsorg på. Manden vil sikre sig, at ægtefællen ikke bliver usikker, mister sit livsmod eller bliver bekymret for familiens autonomi (f.eks. den økonomiske). De vil fortælle hende, at det hele nok skal gå. Den kontrol, deltagerne vil bevare, er således ikke i første omgang til for at opretholde et billede af dem selv som stærk og rask (et narcissistisk projekt) men et forsøg på at drage omsorg på.

Denne hensyntagen kan perspektiveres via en nordamerikansk spørgeskemaundersøgelse<sup>3</sup>, der viser, at mænd og kvinder anskuer mænds sundhed forskelligt. Mænd opfatter forskellen i mænds og kvinders forventede levetid som udtryk for, at mænd arbejder hårdere og oplever mere stress, mens kvinder mener, at forskellen skyldes, at mænd ikke tager vare på deres helbred. Også de deltagende mænd i mit forskningsprojekt opfatter sig selv som mere hårdtarbejdende og mere stressede, mens deres ægtefæller opfatter dem, som om de ikke tager vare på deres helbred. Disse opfattelser skaber baggrunden for den kønsbestemte arbejdsdeling i forhold til sygdom og de deraf følgende komplekse konflikter og gensidig hensyntagen.

De deltagende mænds arbejdsliv har en central placering i deres verden. Det sikrer og bevarer, ifølge deres opfattelse, deres autonomi. Ægtefællernes forsøg på at drage omsorg tager udgangspunkt et andet sted, nemlig i deres opfattelse af de deltagende mænds manglende omsorg for deres helbred. De deltagende mænd føler deres autonomi truet ved denne intervention med den konstante henvisning til sygdom. Det drejer sig om at komme væk fra sygdom, så de kan komme tilbage til arbejdet og et normalt liv. I denne tolkning drager begge parter faktisk omsorg. Partnerens omsorg bliver dog opfattet som undergravende for den omsorg, de selv foretager.

Den omsorg, som kvinden drager, er den, vi er vant til at forstå som omsorg – den går så at sige op med begrebet omsorg. Og forstås som sund. Men analysen af de deltagende mænds distancering kunne også betragtes som sund.

<sup>2</sup> R. D. Laing: *The Self and Others*, London. Tavistock Publications, 1961, p.171.

<sup>3</sup> J. E. Wallace: *Gender Differences in beliefs of why women live longer than men*. *Psychological Reports*. Nr. 79, 587-91. 1996.

## Pivet og stærk

Deltagerne optræder på samme tid som både pivede og stærke. Hvis man ser på deltageres store sygdomme – de sygdomme, der er en egentlig udfordring for maskuliniteten – konstruerer deltagerne sig som stærke og raske, og problemet med sygerollen er åbenbar. Ved de små sygdomme forsøger de derimod at indpasse sig i den sygerolle, som er foreskrevet ved konstruktionen af den feminine sygerolle – den passivt lidende. Her passer de dog ikke ind. De ved simpelthen ikke, hvordan de skal være syge og svage og oplever sig selv som overreagerende.

Overreaktionen har ikke kun en relation til store og små sygdomme men også en relation i forhold til, hvem deltageren distancerer sig i forhold til. Flere deltagere beskriver, hvorledes de konstruerer sig stærke overfor arbejdskolleger og svage, når de kommer hjem. I deres forsøg på at agere syge og svage føler de sig overreagerende (pivot, hypokonder osv.).

Det ser ud til, at jo svagere den hegemoniske maskulinitet er, des mindre er deltageres beskrivelse af overreaktioner. Deltagerne med svag hegemonisk maskulinitet skal i mindre grad få deres eget billede af sig selv som stærke og raske til at gå op med deres situation – og den følgende overreaktion giver derved hverken forskel i distancering ved små og store sygdomme eller stærk distance på arbejdet og overreaktion i hjemmet.

Hvis sammenhængen mellem den hegemoniske maskulinitet og sundhed/sygdom overhovedet kan beskrives ud fra disse mennesker med deres særlige livsforløb, må det være med begreberne stærk og rask. At være syg er en parentes i deltageres liv – noget der lige skal overstås. Det er ikke en væsentlig del af deres selvforståelse som mænd. De opbygger et billede af sig selv som dem, der er stærke, dem, der kan drage omsorg – ikke få omsorg. Det er dem, der sørger for andre og ikke bliver sørget for, dem der har kontrol over deres liv.

## Afslutning

Formålet med at beskrive Carsten, Jens og Quists cases er at fokusere vores opmærksomhed på de modsætninger, der opstår, når hegemonisk maskulinitet kombineres med sygdom. Modsætningerne præger mændenes omgang med sygdom og sundhed og viser en del af det indviklede net af komplikationer, som skal tackles. Det er modsætninger, de bærer med sig ind konsultationen, når de træder over dørtrinnet hos den alment praktiserende læge.

Den største modsætning almen medicineren skal overvinde er, at han eller hun skal forholde sig til en syg person, der ikke er syg – eller en mulig syg, der ikke er syg. Det er en person, der kommer anspændt ind i praksis men giver udtryk for, at det er ligegyldigt, at han kom – og at han for øvrigt kun gør det pga. forhold, der ikke har med ham at gøre, f.eks. at konen har sendt ham.

Det er ikke enkelt at identificere ronkedoren. Der er tale om et fænomen og ikke en personstype. Distanceringen antager forskelligartede former og er ikke nødvendigvis problematisk. Som Quists case viser, kan distanceringen antage forskellige grader i det enkelte menneskes liv. Men man kan opstille en lille liste med typiske udsagn og kendetegn:

### Kendetegn:

Underdrivelser af hans situation  
Benægtelse af sygdom og sygdomsrisici  
Anspændthed og evt. aggression

### Typiske udsagn:

»Der er bare lige lidt her ...«  
»Jeg kommer, fordi min kone sagde det ...«

### 3 gode råd, når du møder en »ronkedor«:

1. Faktuel og markant kommunikation først – blødere og ofte mere væsentlig kommunikation i anden række. Bring de forhold, der har værdi for patienten, f.eks. familie og arbejde ind i samtalen.
2. Respekter distanceringen – også den negative og usunde. Distanceringen kan være en fornuftig strategi. Den negative distanceringen kan være udtryk for et bevidst valg, hvor sundhed vurderes som mindre væsentlig end andre forhold. Dette valg bør respekteres. Opstil alternative handlemuligheder.
3. Fasthold lægens rolle som hjælper – ikke beslutningstager. Ronkedoren vil være præget af en modvilje mod at ændre sundhedsvaner og vil ofte korrekt opfatte det som udtryk for overgreb på hans person, når andre fortæller ham, hvordan han skal leve sit liv.







# Udnyt mulighederne på Pfizer Danmarks hjemmeside

Med Pfizer.dk efterkommer vi det stigende behov for mere målrettet information over for både læger, øvrigt sundhedspersonale og patienter. Uanset hvem du er, så er adressen den samme: [www.pfizer.dk](http://www.pfizer.dk)

## Er du praktiserende læge, har du adgang til:

**Pfizer PLUS:** Nyheder og artikler samt sæsonens kurser og møder i elektronisk form med mulighed for automatisk tilmelding.

**Materialebestillinger:** Bestil bl.a. temahæfter, artikler og patientfoldere online.

**Lægemedler:** Her vil der være tilknyttet yderligere information, typisk i form af links eller dokumenter, der kan downloades.

Nye brugere oprettes ved at følge vejledningen under menupunktet DADLNET-LOGIN.

**Velkommen på [www.pfizer.dk](http://www.pfizer.dk)**

## Vi arbejder med liv og sjæl

I Pfizer Danmark er vi mere end 200 engagerede medarbejdere, som arbejder med information, markedsføring og salg af banebrydende lægemidler, der yder mennesker den bedst mulige hjælp og lindring.

Pfizer er den medicinvirksomhed i verden, der anvender flest ressourcer på forskning, og i øjeblikket har vi flere end 100 nye lægemidler under udvikling.

Vi formidler vores omfattende viden bl.a. gennem vores lægemiddelkonsulenters besøg i praksis og gennem Pfizer PLUS - Danmarks største efteruddannelsesprogram for praktiserende læger og praksispersonale.

Pfizer Danmark  
Lautrupvang 8  
2750 Ballerup  
Tlf. 44 20 11 00  
[www.pfizer.dk](http://www.pfizer.dk)



Vi arbejder med liv og sjæl