

Det gäller inte mig! – Corona och risken att dö

2020-04-02

Referat av **Peter Strang**, onkolog och professor i palliativ medicin vid Karolinska Institutet. Referatet publicerades ursprungligen i PKC:s Nyhetsbrev #50 i april 2020.

Det är en stor skillnad att tänka på döden när det inte egentligen angår en själv, jämfört med när man själv står inför ett dödshot. Friska människor säger *"Vem som helst kan bli sjuk... vem som helst kan dö..."* Men så länge det är ett teoretiskt resonemang, påverkas man inte av det. Döden är en kognitiv tanke, det vill säga man förstår döden tankemässigt, men inte känslomässigt. Den dag man själv drabbas av en diagnos som innebär att man förstår att nu gäller det mig, kommer döden att få en annan, känslomässig betydelse.

Det här ser vi ofta i palliativ vård. En patient får till exempel veta att cancersjukdomen spritt sig i stora delar av kroppen, nu handlar överlevnaden kanske bara om månader. Från och med den dagen går det inte längre att diskutera döden på ett teoretiskt plan. Det går inte heller att glömma bort döden, det handlar istället om att förhålla sig till döden genom olika strategier.

Coping eller försvarsmekanismer?

Grovt sett brukar man säga att copingmekanismer handlar om medvetna strategier som man tar till, för att klara av en svår situation. Vissa copingstrategier är problembaserade: man söker till exempel information om sjukdomen och försöker förhålla sig till den. Andra strategier är känsloreglerande: det kan handla om att dela sin oro eller att aktivt distrahera sig från problemen. Ytterligare kan copingstrategier vara meningsbaserade – att försöka hitta mening/ tillskriva mening till det som egentligen saknar mening – att vi ska dö.

Skillnaden mellan coping- och försvarsmekanismer är att försvarsmekanismerna är omedvetna. I grunden menar man att de har en funktion: de skyddar psyket från att kollapsa.

Försvarsmekanismer vid dödshot

Den existentiellt inriktade psykiatern Irvin Yalom, liksom existentialpsykologen Rollo May menar att inför dödshot använder sig människan omedvetet av två försvarsmekanismer: *"specialness"*-känslan och *"ultimate rescuer"*-tanken.

Specialness-känslan

I palliativ vård ser vi det ofta, inte minst vid cancer. Som onkolog har jag suttit i många patientsamtal, där patienten sagt något i stil med: "Jag vet att ingen med den här cancerspridningen har blivit botad, men jag ska bli den första! Jag ska lura döden! Jag är redo att kämpa på ett annat sätt än alla andra – jag är lite *"special"*. Specialness-känslan ger oss kraft att kämpa även när oddsen att klara oss egentligen är nästan noll. Den känslan ger oss psykisk kraft.

"Ultimate rescuer"-tanken

"Ultimate rescuer"-tanken tar vi till när allt annat redan är utprovat. Vi fick den där sista cytostatikabehandlingen, ändå har canceren fortsatt att sprida sig. Vi var inte *"special"*. Men då väcks ytterligare ett hopp: hoppet om en räddare i nöden, i sista stund.

Tidigare, när många var troende, hoppades man på att Gud skulle kunna göra underverk och bota en, också när hoppet till synes var ute. Genom att be, fanns fortfarande hoppet om bot. Idag är de flesta inte troende, men behovet av en räddare i nöden kvarstår. Därför lägger man istället hoppet på "vetenskapen" – att det ska komma någon behandling som räddar en i sista stund.

Coronavirus och dödshotet

Jag tycker mig se likheter mellan patienter i palliativ vård och allmänheten inför hotet om covid-19 lunginflammation som kan vara dödlig. Plötsligt handlar inte hotet längre om en teoretisk tanke *"Vem som helst kan dö, jag skulle kunna bli påkörd av en bil redan idag"*, utan om ett konkret hot.

De flesta som dött av covid-19 har varit äldre med multisjuklighet. Men vi ser också statistik kring yngre personer, inklusive sjukvårdspersonal, som varit en bra bit under 60 år, men ändå insjuknat och dött. Döden har blivit ett reellt hot och därmed också ett känslomässigt hot som vi behöver förhålla oss till.

En del klarar av att ta in hotet och göra genomtänkta val, genom att undvika folkmassor, tvätta händerna efter varje kontakt som kan innebära smitta, genom att avstå från att hälsa på äldre släktingar. Men det finns också personer som inte kan ta in tanken att *"Nu gäller det också mig!"* Vi ser hur personer som är 70+ och därmed i riskgruppen trotsigt ställer sig upp och säger: *"Jag tänker inte ändra på min livsstil! Jag kommer att vistas bland folk och jag kommer att gå till mitt gym!"*

Eller yngre personer som hävdar: *"Jag tänker visst åka på skidsemester. Myndigheterna har ju inte förbjudit det. Skulle det vara farligt, skulle de ha gjort det..."* För mig förefaller detta vara typexemplet på "specialness"-känslan, det vill säga vår vanligaste försvarsmekanism när döden utmanar våra liv. Vi säger: *"Visserligen är jag över 70 år, men jag känner mig som 50! Jag går ju på gym!"* Därmed tror vi, på ett magiskt sätt, att vi är skyddade, och att både viruset och döden lämnar oss ifred. Vi verkar också ha en övertro till sjukvården: *"OM jag mot förmodan skulle bli sjuk, så har ju Sverige världens bästa sjukvård"*. Det handlar om "räddaren i nöden" – tanken.

Magiskt tänkande

Så länge vi är friska och utan faktorer som hotar vår hälsa, är vi välutbildade, rationella svenskar. Men när döden utmanar livet, är vi snabbt inne i ett magiskt tänkande. *"Det som gäller alla andra, det gäller inte mig! Väl...?"*

Referenser

- Sand, Strang: **När döden utmanar livet. Om existentiell kris och coping i palliativ vård.** Natur och Kultur 2013.
- Yalom I: **Existential psychotherapy.** Basic Books, 1980.