

Kilde: Genteknologi og det menneskelige.
Red. av Lars Haarr og
Dag E. Helland. Bergen, Alma Mater,
1998.

SYKDOM OG HELSE GJENNOM LIVET

Hva er normalt?

Hva betyr dette for å forstå mennesket?

PETER F. HJORT

Dette innlegget har to store perspektiver. Det ene handler om sykdom, ulykker, motgang, risikofaktorer, alderdom - alt det menneskene opplever som negativt, vanskelig - og til og med kanskje finne lykken i livet.

Sykdomsbegrepet

Det tradisjonelle biomedisinske - for ikke å si skolemedisinske - sykdomsbegrepet tar utgangspunkt i kroppen som en biologisk maskin. Sykdom skyldes en feil i maskinen, og det er legens oppgave å finne og rette feilen. Mange snakker nedsettende om denne såkalte maskinfeil-tankegangen og den reduksjonistiske arbeidsmåten den har ført til, dvs. at legene konsentrerer seg om å analysere delene i maskinen. Denne kritikken er delvis urettferdig, for tankegangen har gitt store uttelling, både i biomedisinsk innsikt og i sykdomsbehandlingen.

Det eventyrlige forskningsprosjektet HUGO vil så å si føre skolemedisinen til veis ende i denne tradisjonelle tankegangen. En kan forestille seg at vi til slutt vil vite alt om mennesket, iallfall det som er verdt å vite for en medisiner. Men denne tankegangen kommer likevel til kort, fordi mennesket er meget mer enn en biologisk maskin (selv om det er det også). Mennesket har et sinn som opplever og tolker signaler fra kroppen, og det har evne til å føle seg syk. Engelskmennene har derfor to forskjellige ord for sykdom (1):

- «disease», dvs. å ha en objektivt påviselig sykdom, en feil i maskinen
- «illness», dvs. å føle seg syk.

De to begrepene overlapper ofte, men ikke alltid og ikke komplett: En kan godt være syk uten å føle seg syk, og en kan føle seg syk uten å være syk, iallfall uten å ha dokumenterbar «skolemedisinsk» sykdom. En kan derfor oppleve en kulturkollisjon mellom en pasient som føler seg syk og en lege som ikke finner

objektive tegn til sykdom. ... spesielt når konsultasjonen gjelder uføretrygding, kan dette bli meget vanskelig og smertefullt for begge parter (2).

I tillegg til kropp og sinn må vi også regne med en tredje dimensjon, det sosiale liv. Og det er gode grunner til å tro at mye sykdom og lidelse skriver seg fra spenninger og problemer som menneskene opplever i samliv med andre. Jeg har laget ordet «samsykdommer» for slike sykdommer og problemer, fordi de skriver seg fra alt som begynner på «sam»: samliv, samarbeid og samfunn. De slår ut i barne- og ungdomsproblemer, rus, samlivsproblemer, selvmord, ensomhet og vold. Det er klare holdepunkter for at alt dette øker i de vestlige land.

Sykdom skyldes ofte dynamiske prosesser, onde sirkler mellom kropp, sinn og sosialt liv (3). Jeg tror det er viktig å se dynamikken i de mentale lidelsene på denne måten. For meg angår psykiatrien stort sett samspillet mellom menneskene. I mange tilfelle er det et legemlig og genetisk grunnlag for de alvorlige mentale lidelsene. Det kan være medfødt disposisjon, en medfødt sykdom eller skade i hjernen, eller høy alder. Men ofte er det umulig å påvise et slikt grunnlag, og kanskje også urimelig å tenke seg at det betyr noe vesentlig. Jeg tror imidlertid at en kan se mange av de alminnelige mentale lidelsene som resultat av onde sirkler mellom menneskene. De sliter på hverandre, misforstår hverandre, misbruker hverandre og utnytter hverandre. Jeg tror derfor det ofte er nyttig å se de mentale lidelsene som «samsykdommer».

Hvor hyppig er egentlig sykdom? Vil en vite det, kan en starte med å spørre folk, og Statistisk sentralbyrå i Norge gjør det hvert tiende år. I 1985 svarte ca. 40% ja på spørsmål om langvarig sykdom, og prosenten steg kraftig med alderen (4). Jeg vil gi dere et annet tall som også belyser dette spørsmålet. Erling Barth har beregnet andelen av den norske befolkning som har en varig og vesentlig funksjonshemning. Svaret på dette regnestykket er 770 000 eller ca. 18% (5). Det er altså en stor del av befolkningen som må leve sitt liv med en alvorlig funksjonshemning.

Det fins enda en viktig innfallsvinkel til dette sykdomsbegrepet. Det er nemlig mange mennesker som har en skjult sykdom eller en risikofaktor for sykdom uten at de vet det. For eksempel har 10-20% av befolkningen høyt blodtrykk og økt risiko for hjerteinfarkt og hjerneslag. Storparten av dem føler seg friske, men de bærer altså på en risiko for sykdom og død. Denne gruppen kalles ofte for de innbilt friske.

Skal jeg oppsummere dette sykdomskapitlet, må jeg si at det er komplisert og at en meget stor andel av befolkningen er syk, har funksjonshemning, har risikofaktorer eller har skjult sykdom. Mange av dem føler seg også syke. Det er ingen tvil om at både «disease» og «illness» har økt - på tross av all fremgangen i samfunnet og i medisinen. Denne innfallsvinkelen gir dermed et nokså trist bilde, og dette bildet blir enda tristere hvis vi trekker alderen inn i våre vurderinger, fordi sykdom og funksjonshemning øker logaritmisk med alderen. Etter dette resonne-

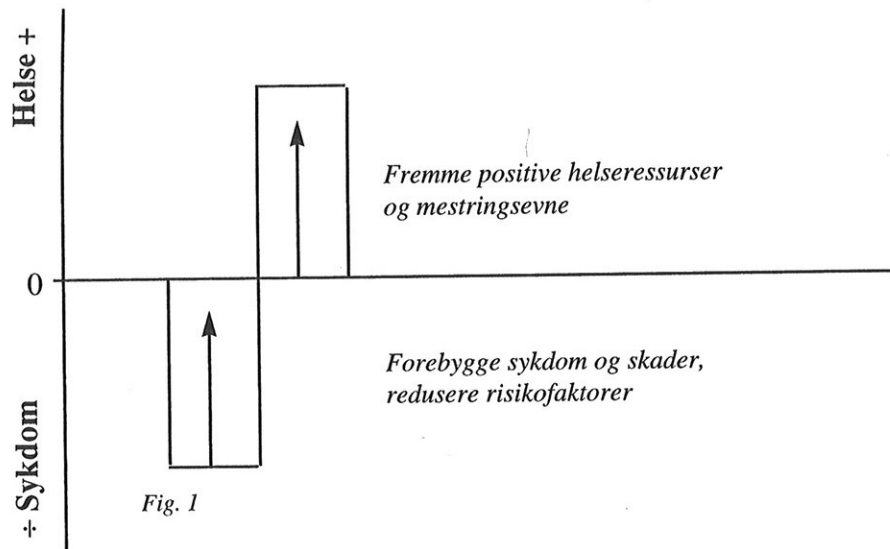


Fig. 1

mentet blir det derfor ikke så mange igjen som trygt kan defineres som ikke-syke, dvs. som har helse.

Det er viktig for meg å alminneliggjøre sykdom på denne måten. Det er ikke slik at en kan dele befolkningen i to grupper - vi friske og de syke. Selv om en ser bort fra de akutte og trivielle sykdommer, har en stor del av befolkningen langvarig sykdom eller funksjonshemning som ikke kan fjernes ved medisinsk intervensjon. Det betyr også at oppgaven for helsetjenesten stadig oftere ikke er å helbrede, men å hjelpe pasientene til å mestre livet sitt på tross av kroniske helseproblemer.

Den positive siden av helsebegrepet

Dette er livets realiteter, men bare den ene siden av dem. Jeg er lege på et sykehjem i Oslo, og der er det lett å studere den andre siden. Pasientene er 85-90 år, og det er min oppgave å skrive en sykejournal for hver av dem. Grunnlaget er en samtale om det liv de har levd. Stadig hører jeg dem si: «Heldigvis har jeg vært velsignet med en god helse i livet mitt». Ofte står dette utsagnet i klar kontrast til det de også forteller om konkrete sykdommer de har eller har hatt. Når jeg konfronterer dem med denne motsetningen, holder de fast på at helsen har vært god. Alle disse samtalene har påvirket mitt syn på helsebegrepet. Mitt helsebegrep er illustrert i fig. 1. Det bygger på en vertikal skala. Den starter nede i det negative - sykdom, passerer gjennom null - ikke-syk, og ender i det positive - helse. Under null ligger hele medisinsens og helsetjenestens tradisjonelle domene med

sykdommer, skader og risikofaktorer. Her opererer skolemedisinen trygt og effektivt, og den har 10 000 diagnoser til disposisjon. Det er først og fremst her HUGO-prosjektet engasjerer seg. Over null ligger alt det positive som skaper helse, trygghet og mestring av livets problemer, inklusive sykdom. Poenget er at helse er noe mer enn ikke-syk, omtrent som glede er noe mer enn ikke-deprimert. Det er åpenbart at dette positive elementet kan kompensere for sykdom, slik at en kan ha helse på tross av sykdom. Dette er ingen original observasjon av meg. Hippokrates doserte for 2400 år siden at det var viktigere for legen å studere pasientens personlighet enn sykdom, og en erfaren revmatolog, Theodore Pincus, har sagt at pasientens personlighet kan være like viktig for sykdomsutviklingen ved kronisk leddgikt som behandlingen (6).

Det er et kvalitativt sprang ved null - helse og sykdom er ikke endepunktene på en kontinuerlig skala. På en måte er dette modellens svakhet, men samtidig dens styrke, fordi den gjør det mulig å se og forholde seg til to forskjellige deler, både av menneskelivet og av legens arbeid. Kanskje kan en si at legevitenenskapen ligger under null og legekunsten over null.

Det store spørsmålet blir da: Hva er dette som ligger over null-streken, den positive delen av helsen? Jeg har spekulert meget over dette, og det har mange andre også. Jeg tror denne positive siden av helsen er sammensatt av mange trekk eller egenskaper. De griper inn i hverandre, og jeg tror det er fire sett av egenskaper:

a) **Trivsel** er det første trekket, at en har det godt med seg selv og verden - med kropp, sinn og sosialt liv. Det er mange nyanser her, og jeg nevner noen ord folk ofte bruker: velvære, livslyst, lyst sinn, humor, glede og optimisme. Her finner en også vennskap, kjærlighet, lykke, håp - kanskje tro også. Jeg tror at dette for en stor del er karakteregenskaper en er født med, men avhenger selvfølgelig også av livssituasjonen. Sykdom og motgang tærer på disse egenskaper, men mange mennesker tåler meget.

b) **Mestring** - «coping» - er det andre trekket, at en klarer å overvinne eller iallfall leve med sykdom og vanskeligheter. Mange legger stor vekt på dette trekket. En finner mange ord og begrep som dekker omtrent det samme:

- «Internal coherence» (7) er kanskje mest kjent av disse begrepene. Det står for en indre sammenheng i personligheten som setter en i stand til å forstå verden og mestre vanskelighetene. Begrepet ble til i en studie av overlevende jøder fra konsentrasjonsleirene.
- «Potency» (8), «stamina» og «stayer-egenskaper» er antakelig lignende begrep, fordi de dekker utholdenhet, at en ikke gir opp, at en finner utveier.

- Adaptasjon og tilpasning (9) er også samme sak, tror jeg
- «Functional fitness» (10) rommer også evnen til å klare seg i vanskeligheter.

Alle disse begrepene rommer det at en ikke gir opp, men søker utveier, finner muligheter og finner støtte. Jeg tror dette henger sammen med det vi kaller positivt selvbylde eller selvtrygghet (som ikke er helt det samme som selvtilit).

c) **Overskudd** er kanskje ikke helt det samme trekket, men åpenbart ikke langt unna. Jeg selv har definert helse som overskudd i forhold til hverdagens krav (11) for å få frem at hovedsaken er at en har noe å gå på, en reserve i forhold til ens egen hverdag. Mange ser også på helse som en kapital som må forvaltes med forstand fordi den kan brukes opp (12). Det å føle seg i form («fitness») passer kanskje også inn her.

d) **Sosial støtte** er etter de flestes mening noe helt annet. Jeg tror alle er enige om at sosial støtte - «social support» - er viktig for å klare seg i livet og for å ha det godt (13,14). Jeg tar det med her fordi det er min erfaring at sosial støtte avhenger av personens egne egenskaper. Positive mennesker får positiv sosial støtte, negative mennesker har vanskeligere for å samle seg supportere.

Er disse positive trekkene nedarvet, eller må de bygges opp i livet? Jeg tror svaret er begge deler, men det har slått meg at det er store familielikheter når jeg møter familiemedlemmene til de gamle pasientene på sykehjemmet. Jeg tror det tyder på en kombinasjon av genetisk og sosial arv, og jeg tror den sosiale situasjonen spiller stor rolle.

Helseundersøkelser

Jeg har fremstilt den positive siden av helsebegrepet som om det bygger på filosofi og mer tilfeldige observasjoner. Men det fins i virkeligheten et omfattende empirisk grunnlag i store intervjuundersøkelser verden over. Det er mange varianter av slike undersøkelser, men de rommer gjerne to typer av spørsmål:

- Et generelt spørsmål av typen: «Hvordan er helsen din for tiden?»
- Et sett av spesielle spørsmål om sykdommer, funksjonshemninger, symptomer og plager.

Dette gjør det mulig å kombinere svarene og på den måten belyse folks oppfatninger av helsebegrepet. Som eksempel nevner jeg Dorthe Holsts analyse av data fra Helseundersøkelsen 1985 (15). Hun fant at 36% svarte ja på at de hadde god helse, men samtidig svarte de også ja på spørsmålet om de hadde en eller flere bestemte sykdommer. De mente altså at de hadde helse på tross av sykdom. Tilsvarende funn er gjort i undersøkelser fra andre land.

Det interessante er at dette folkelige helsebegrepet viser seg å være en meget god pekepinn for hvorledes det går med folk. Følger en slike intervjugrupper, viser det seg nemlig at svaret på spørsmålet: «Hvordan er helsen din?» har betydning for dødeligheten. I en amerikansk undersøkelse fra Alameda county i California (16) viste det seg f.eks. at dødeligheten etter ni år var dobbelt så stor blant dem som hadde svart at helsen var dårlig enn blant dem som hadde svart at den var god, etter at en hadde korrigert for kjønn, alder, objektiv sykdom og levevaner. Det er to forskjellige tolkninger av dette funnet. Den ene er at folk har et innebygd «helsekompass» som forteller dem om helsen og leveutsiktene. Den andre tolkningen er at optimisme, livslyst, mestring osv. faktisk reduserer dødeligheten. Hvilken av disse tolkningene som er riktig, vet jeg ikke, men jeg tror mest på den siste.

Helsebegrepet er ikke konstant

Den engelske forsker Mildred Blaxter har vist at folks oppfatning om helse og sykdom er avhengig av både kjønn og alder (17). F.eks. fant hun at kvinner ofte presenterte flerdimensjonale begreper og inkluderte sosiale relasjoner i sin helsedefinisjon.

Helsebegrepet forandrer seg også over tid og etter folks situasjon. En stor undersøkelse av danske årsklasser fra Glostrup viste at nåværende generasjoner er friskere enn tidligere generasjoner, men de føler seg dårligere og bruker mer alkohol og piller (18). En kan altså si at de har det bedre, men tar det dårligere.

Folks oppfatning om helse er nært knyttet til deres forventning om helse. Jeg tenker meg en brøk: faktisk helse over forventet helse, og det er denne brøken som avgjør hvordan folk føler seg. Jeg tror at flere og flere mennesker har sterke forventninger om god helse, så sterke at de føler god helse som en rettighet i velferdssamfunnet. Når denne forventningen så møter livets realiteter, er de lite forberedt - atskillig dårligere enn menneskene var før. Dermed blir nevneren altfor stor for telleren, og skuffelse, bitterhet og følelse av dårlig helse blir sterk. Da ender en lett i en ond sirkel. Derfor tror jeg forventningspresset på helsen vil vise seg stadig viktigere.

Sosial klasse

Hittil har jeg ikke nevnt det som antakelig er viktigere enn både genetikk og personlighet, nemlig sosial klasse. Mange undersøkelser viser at sosial klasse er avgjørende for både dødelighet og sykkelighet. Nordmenn liker å tro at vi har avskaffet klassesamfunnet, til tross for en overveldende dokumentasjon om det motsatte i alle vestlige land. Jeg vil anbefale to bøker (19,20), og jeg vil gi noen eksempler.

Deprivasjon i fosterliv og tidlig barnealder spiller selvfølgelig stor rolle for barns helse og mestring. Vi vet at det fins «løvetannunger» som klarer seg mot alle odds, men de er unntak. For snart 20 år siden antydet Anders Forsdahl i Finnmark at en slik deprivasjon også disponerer for hjerte- og karsykdommer senere i livet, selv om levekårene bedret seg (21). Denne hypotesen er utviklet videre av professor Barkers gruppe i England (22). Konsekvensene er at tidlig deprivasjon er en uavvendelig skjebne. Hypotesen er omstridt, men den kan ikke overses.

Det som derimot ikke er omstridt, er betydningen av sosial klasse i voksen alder. Den berømte Whitehall-studien (23) viste ca. fire ganger så stor dødelighet i underklassen som i overklassen. De kjente risikofaktorene forklarte bare ca. 1/3 av forskjellene. Resten har med ukjente faktorer å gjøre, faktorer som åpenbart er knyttet til det å leve livet på bunnen av et sosialt hierarki - uten utdanning, uten sosiale og politiske ressurser, uten håp - «sans everything», sier engelskmennene. Meget tyder på at dette skaper kroniske stressreaksjoner som fører bl.a. til hjerte- og karsykdommer. Observasjoner og forsøk på dyr taler i samme retning (24).

Dette blir enda tydeligere når en studerer eldre mennesker. Her finner en dramatiske klasseforskjeller i dødelighet og sykkelighet, og det er publisert slike funn i alle vestlige land, også fra Norge.

En del, men bare en liten del, av dette kan forklares ved negativ seleksjon til svake sosiale miljøer. Storparten har ikke med genetikk, men med politikk å gjøre. Sosial underklasse - under-Norge - er en ond skjebne, som samfunnet pålegger noen mennesker. Jeg er ikke i tvil om at dette er det viktigste helseproblem i Norge, og det er lett å se at det fører til både sykkelighet under null-streken og maktesløshet over null-streken - en malig kombinasjon.

Forebyggende arbeid

Disse tankene har betydning for synet på det forebyggende og helsefremmende arbeid på tre forskjellige måter.

For det første må en selvfølgelig styrke det arbeidet som skal forebygge sykdom og ulykke - altså bekjempe det som er under streken. Her ligger både det offentlige helsearbeid med vaksinasjon og hygiene, det individuelle helsearbeid med livsstil og risikofaktorer og det politiske helsearbeid med rammebetingelsene for menneskene - med politikk for sysselsetting, boliger, barn, familie osv.

For det andre må en styrke det helsefremmende arbeid - altså fremme det som er over streken. Det store problemet er at vi vet så lite om dette arbeidet. Jeg innbiller meg at tidlig sosial læring i familie og skole spiller stor rolle, og jeg tror samfunnets rammebetingelser er viktige. F.eks. tror jeg at et positivt selvbilde er avgjørende for enkeltmennesket og at solidaritet er avgjørende for samfunnet.

For det tredje må en forsøke å hindre at folks forventninger til samfunnets innsats for helsen blir for store. Det betyr at unge mennesker må sendes ut i livet med realistiske forventninger til livet og med et realistisk syn både på egen og samfunnets innsats for helsen.

WHO's helsebegrep

Jeg kan ikke være bekjent av å holde et innlegg om helsebegrepet uten å nevne det viktige helsebegrepet som WHO lanserte i 1946:

«Helse er ikke bare frihet fra sykdom og svakhet, men fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære».

Dette begrepet kalles ofte utopisk, og jeg har illustrert det ved å si at bare to nordmenn har kvalifisert seg for god helse etter dette begrepet - Fridtjof Nansen og Tordenskjold (11).

Den store svakheten ved begrepet er at det overser livets realiteter og skiller ut en liten frisk elite. For individuelt bruk foretrekker jeg derfor et helsebegrep som gir rom for helse på tross av sykdom. Fremdeles synes jeg mitt eget helsebegrep gjør det på en enkel måte: «Helse er et overskudd i forhold til hverdagens krav» (11).

Likevel føler jeg at WHO fortjener stor ros fordi organisasjonen skapte et politisk helsebegrep, en fane - noe å kjempe for og drømme om. Menneskene trenger en utopi til det bruk, og den ga WHO oss i 1946, i en tid da menneskene trengte inspirasjon. Vi trenger det fremdeles, men vi må forstå dette helsebegrepet på rett måte.

Oppsummering

Jeg har forsøkt å diskutere sykdom og helse gjennom livet. Jeg har lagt vekt på de negative sykdomsfaktorene under null-streken og på de positive mestrings- og helsefaktorene over null-streken. Poenget er at ingen går skadesløs gjennom livet, men de fleste mestrer likevel problemene - eller utfordringene - ved å mobilisere positive mestringsfaktorer. Jeg føler at både folk, medisinen, helsetjenesten og politikerne har lagt ensidig vekt på det negative og grovt forsømt det positive. Det har gjort inntrykk på meg at legfolk intuitivt forstår tankegangen, mens fagfolk ofte misliker slike helhetlige modeller.

Det viktige for meg er at dette synet egner seg som grunnlag for det forebyggende og helsefremmende arbeid. Det er dette arbeidet som er den store utfordringen nå, og det må bygge på enkle idéer som folk forstår. Dette helsebegrepet er nettopp en slik enkel idé. Jeg kan vel si at det er laget for det forebyggende og

helsefremmende arbeid. Utfordringene til oss alle er at må legge like mye kraft i det helsefremmende arbeid over 0-streken som i det forebyggende arbeid under 0-streken.

REFERANSER

1. Stacey M. Concepts of Health and illness: a working paper on the concepts and their relevance for research. Appendix III i «Health and Health Policy - Priorities for Research». London: Social Science Research Council, 1977.
2. Dæhli B, Bjerkedal T. Legens praktisering av lovens medisinske vilkår for rett til uførepensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1144-6.
3. Chermaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. Sociology of health and illness 1983; 5: 168-95.
4. Statistisk sentralbyrå: Helseundersøkelsen 1985. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1987.
5. Barth E. Funksjonshemmede i Norge. En analyse av antall, helse og levekår på grunnlag av Helseundersøkelsen 1985. Oslo: SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 6, 1987.
6. Kvien TK. Theodore Pincus: Morbidity and mortality in rheumatoid arthritis have increased and are related to socioeconomic factors. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1273-5.
7. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publ., 1987.
8. BenSira Z. Potency: a readjustment - promoting link in the rehabilitation of disabled persons. Sociology of Health and Illness 1989; 11: 41-61.
9. Strøm A. Veldferdssamfunn og helse. Oslo: Gyldendal, 1980.
10. Berg O. Health and quality of life. Acta sociol. 1975; 18: 3-22.
11. Hjort PF. Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. s. 11-31 i Lorentzen PE, Berge T, Åker J, edit.: Helsepolitikk og helseadministrasjon. Oslo: Tanum-Norli, 1982.
12. Sosialdepartementet. Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier. Oslo, NOU 1991: 10.
13. Cohen S, Syme SL, edit. Social support and health. Orlando: Academic Press, 1985.
14. Dalgard OS, Sørensen T, edit. Sosialt nettverk og psykisk helse. Tano, 1988.
15. Holst D. Personlig meddelelse 1989.
16. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. Am J Epidemiol 1983; 292-303.
17. Blaxter. Health and lifestyles. London: Tavistock/Routledge, 1990.
18. Schroll M. Nye tider - nye eldre. Helbred. EGV Fondens Framtidsstudie. København: Senior Forlag, 1989.
19. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Walter de Gruyter, 1994.
20. The Commission on Social Justice. Social justice. Strategies for national renewal. London: Vintage, 1994.
21. Forsdahl A. Living conditions in childhood and subsequent development of risk factors for arteriosclerotic heart disease. J Epidemiol Community Health 1978; 32: 34.
22. Barker D, edit. The fetal and infant origins of adult disease. London: BMJ publications, 1992.
23. Marmot MG. Social inequalities in mortality: the social environment. pp. 21-33 in «Class and health», RG Wilkinson, edit. London: Tavistock Publ., 1986.
24. Sepolsky RM. Stress in the wild. Sci Am 1990; 262 (1): 106-13.

HUGO I HISTORIA

Skisse av menneskets spørsmål etter seg sjølv i historisk perspektiv

ARVE BRUNVOLL

Det særmerkte med mennesket, seier filosofen og religionskritikeren Ludwig Feuerbach (1804-1872), er at det gjer sitt eige vesen til emne for seg sjølv: «...ein kan ikkje fråskrive dyret medvit, men medvit i eigenleg meining er berre der eit vesen gjer sitt eige vesen til emne for refleksjon» (innleiinga til hans mest kjende verk, *Das Wesen des Christentums*, 1841).

Er mennesket i all si tenking oppteke av å skjønne seg sjølv? I ei viss meining kan vi vel seie at antroposentrismen er erkjenningssteoretisk uunngåeleg for mennesket, dvs, at mennesket ikkje kan erkjenne noko utan at det er sett frå mennesket sin synsstad. I religionen, filosofien, naturvitenskapen, jussen, diktinga og kunsten kjem det til uttrykk at mennesket er eit vesen som alltid spør etter seg sjølv, som freistar å forstå og definere seg sjølv. Om det ikkje alltid skjer eksplisitt, skjer det som oftast implisitt. Jamvel når mennesket freistar å skjønne noko anna, er mennesket medtenkt. Også menneskets kvardagsliv er vel ofte uttrykk for at det er på leitning etter ei tolking av sitt tilvære, anten det set ord på det, eller ikkje.

Religionshistoria som uttrykk for menneskets spørsmål etter sitt eige vesen

Alle ytringar i religionane om verda er samstundes ytringar om mennesket, for såvidt som menneskets forståing av seg sjølv ligg til grunn for dei. Likeeins kan vi av menneskets handlingar i dei religiøse samhengane rekonstruere eit syn på kva mennesket er, anten dette er uttrykt i ord eller ikkje. Vi møter det til dømes i rituala og i moralen.

Den læra om mennesket (antropologien) som direkte eller indirekte er mål-boren i religionane omfattar ein freistnad på å svare på fleire spørsmål: