

## SOSIOLOGISK ÅRBOK

vol. 25

nr. 2

2012

s. 83-106

**Vitenskap og verdier i moderne medisin:  
Idealer og realiteter***Olaug S. Lian*

Det mest brukte symbolet på moderne medisin er for tiden stetoskopet, dette lille instrumentet vi ser overalt: Hengende om halsen på legen; stikkende opp av en lomme på en hvit frakk, eller brukt på omslaget på en medisinsk lærebok. Et annet viktig symbol er den rene hvite frakken. Stetoskopet og den hvite frakken symboliserer kjernen i idealet om utøvelsen av *faget* medisin; anvendelse av verdinøytral forskningsbasert biomedisinsk kunnskap og teknologi innenfor rammene av en kunnskapsinstitusjon. Verdinøytraliteten gjelder *ikke* institusjonens grunnverdier som menneskeverd, likhet og rettferdighet, men det å utøve faget medisin ved hjelp av verdinøytrale kunnskaper, hjelpemidler, redskaper og teknikker. Forestillingen om en verdifri medisinsk praksis er ikke ny, men den befestet sin posisjon gjennom vitenskapeliggjøringen og teknifiseringen av medisinen på 1800- og 1900-tallet.

Dette essayet inneholder en kritisk drøfting av den positivistiske forestillingen om medisinsk praksis som en kunnskapsbasert og verdinøytral virksomhet. Perspektivet er sosiologisk og historisk. Utgangspunktet for drøftingen er to dagsaktuelle eksempler; et fra somatikken (myalgisk encefalopati) og et fra psykiatrien (karaktertrekkdiagnoser). Eksemplene representerer ulike områder av den medisinske virksomheten, og begge har stått sentralt i offentlige debatter de siste par årene. I opptakten til drøftingen introduseres den historiske konteksten og de grunnleggende endringene i klinisk tenkning og beslutningstaking som kom i kjølvannet av medisinen vitenskapeliggjøring.

**Fremveksten av moderne biomedisin**

Det vi kaller moderne vestlig medisin er en høyteknologisk kunnskapsbasert virksomhet. Dette innebærer fire viktige kjennetegn:

1. Virksomheten skal være basert på vitenskapelige kunnskaper om årsaks-sammenhenger i naturen som er eksperimentelt utprøvd og teoretisk forklart.
2. Store deler av virksomheten skal utøves ved hjelp av tekniske apparater, redskaper og teknikker.
3. Virksomheten er oppdelt i høyspesialiserte enheter med et stadig snevrere ansvarsområde, som oftest klassifisert ut fra sykdommenes lokalisasjon (det stedet i kroppen hvor sykdommen er lokalisert).
4. Virksomheten skal ideologisk være fundamentert i et biomedisinsk paradigme hvor naturvitenskapene biologi, biokjemi og fysikk er sentrale premissleverandører, og verdifrihet er et viktig premiss.

Det har ikke alltid vært slik.

#### *Vitenskapeliggjøringen av medisinen*

Nye medisinske oppdagelser og oppfinnelser har i løpet av det siste århundret revolusjonert helsetjenestens og helseprofesjonenes muligheter til å fremme helse og til å forebygge, diagnostisere og behandle sykdom. Den mest intensive perioden varte fra rundt 1842 da eteren ble oppdaget som effektivt anestetisk middel, til rundt 1979 da ultralydteknologien kom på markedet (Le Fanu 1999). Grunnlaget for utviklingen ble lagt blant annet med oppfinnelsen av mikroskopet (det første i 1590), utviklingen av bakteriologien på 1800-tallet som ga nye kunnskaper om bakterier som årsak til sykdom, og nye kunnskaper i anatomi og fysiologi som ga økt forståelse av menneskekroppens fysiske bestanddeler. Etter dette har forskning med utgangspunkt i eksperimenter og randomiserte kliniske forsøk (RCT-er) brakt oss mye ny vitenskapelig kunnskap og teknologi.

De medisinsk-teknologiske nyvinningene innebar nye behandlingsmetoder, nye diagnostiske teknikker, og nye måter å forebygge sykdom på. På den *kurative* siden ble det utviklet effektive medisinske og kirurgiske metoder for å behandle blant annet hjerte- og karsykdommer, kreft, sukkersyke, hormonelle forstyrrelser, infertilitet og alvorlige psykiske lidelser. En betydningsfull enkelthendelse var oppdagelsen av penicillin, som revolusjonerte behandlingen av bakterielle infeksjoner og satte legene i stand til å kurere store grupper av alvorlig syke mennesker. Videre ble det utviklet nye kirurgiske prosedyrer for å erstatte syke organer ved organtransplantasjon, og erstatte ødelagte kroppsdeler med proteser. Til grunn for kirurgiens nye muligheter lå ikke bare forbedringer i operasjonsteknikker, men også ny teknologi for å kontrollere smerte (anestesi) og forhindre

infeksjoner (antiseptiske metoder). Ny *diagnostisk* teknologi som røntgen, ultralyd, CT, MR, EKG og blodtrykksmålere, samt laboratorieteknikker for biokjemiske og mikrobiologiske analyser av blod, benmarg, kroppsvæsker, vev og celler, gjorde det mulig å oppdage sykdomstegn som det tidligere ikke var mulig å observere fordi de var usynlige for det blotte øye. Nye muligheter for å *forebygge* sykdom kom ved nye kunnskaper om sammenhengen mellom livsstil og sykdom, samt nye legemidler.

Medisinsk-teknologiske nyvinninger la grunnlaget for en profesjonalisering og vitenskapeliggjøring av medisinen som fag. Fundamentet for profesjonsutøvelsen er idealet om en kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsidealet hentes fra naturvitenskapenes positivisme, hvor sikker kunnskap er forbeholdt kunnskap som er basert på direkte sanseerfaring, altså det vi kan se, kjenne, lukte, høre eller smake.

Medisinske oppdagelser og oppfinnelser har gitt legene helt nye muligheter til å *kurere* sykdommer og helseplager. Sykdommer som tidligere innebar den sikre død, er i dag regnet for å være relativt enkle å kurere. Sammen med bedre levekår har moderne vestlig medisin ført til økt levealder og bedre helse for store befolkningsgrupper. De mindre synlige implikasjonene av biomedisinsens fremvekst, er endringene i den kliniske tenkemåten og i den medisinskfaglige helse- og sykdomsforståelsen.

#### *Helse- og sykdomsforståelsen blir endimensjonal*

Helse og sykdom er sammensatte fenomener som kan forstås på ulike måter og fra ulike perspektiver. En mye brukt tredeling av sykdomsbegrepet i engelskspråklig litteratur er skillet mellom *disease*, *illness* og *sickness*. *Disease* brukes i betydningen en medisinskfaglig definert (diagnostisert) fysiologisk og patologisk tilstand i organismen, *illness* er det subjektivt opplevde, og *sickness* er det sosialt definerte (Twaddle 1994). Denne typologien setter oss i stand til å skille mellom ulike forståelser av begrepet sykdom.

Utviklingen av den moderne biomedisinen medfølges av en endimensjonal *disease*-forståelse av sykdom, hvor naturvitenskapelige begreper og teorier, spesielt fra fagene biologi og kjemi, blir brukt for å beskrive og forklare sykdom. Biologiske forklaringer tar utgangspunkt i biologiske egenskaper ved individene, så som gener, hormoner og enzymer. Biokjemien er i dag en altomfattende fortolkningsramme i medisinen. I en biomedisinsk sykdomsforståelse blir mennesket forstått ensidig som et biologisk vesen, og sykdom blir forstått som objektivt observerbare patologiske avvik fra normale biologiske funksjoner. Avvikene identifiseres ved hjelp av antatt objektive teknikker av en nøytral betrakter som ser med

et utenfrablakk. Den endimensjonale menneske- og sykdomsforståelsen har en tilnærmet hegemonisk status i dagens medisinske system i vår del av verden.

Mens moderne vestlig medisin utviklet seg i biologisk retning, utviklet biologien seg til noe som tidvis pretenderer å være en universalvitenskap om mennesket. Knapt noe aspekt ved det menneskelige liv unngår biologiske forklaringer, selv ikke kjærlighet, som forklares som

... an integrated neurobiobehavioral process which aims to promote not only reproduction, but also proximity, sense of safety, joy and to reduce feelings of stress or anxiety (Marazziti 2006:20).

Den biologiske forklaringen er hensiktsmessig for forskningens overordnede mål, som er å utvikle et medikament som hemmer kroppens produksjon av "forelskelses-hormoner" og dermed hindre forelskelser hos "people who are already in a relationship" (BBC Prime 2003). En utilsiktet konsekvens her er at vi reduserer mennesket til et biologisk vesen, samtidig som at vår forståelse av kjærlighet reduseres fra fascinerende mystikk til automatiske kjemiske reaksjoner.

#### *Vitenskapelige kunnskaper og teknologisk genererte funn blir viktigere*

Vitenskapeliggjøringen og teknifiseringen av medisinen svekket betydningen av pasientenes egne sykdomsopplevelser i det kliniske arbeidet (Jewson 1976). I lege-kunstens førvitenskapelige fase var medisinsk praksis dominert av direkte kommunikasjon mellom lege og pasient, og det som kalles "bedside evidence" (Reiser 1978:10). I denne fasen spilte pasientens fortellinger en helt sentral rolle i legenes diagnostiske og terapeutiske arbeid. Sammen med egne observasjoner av symptomer som ansiktsuttrykk, hudfarge og pust, var dette som regel det eneste legen baserte sine kliniske beslutninger på. Fysisk undersøkelse av eksempelvis puls og temperatur kunne også forekomme, men samtale og observasjon var viktigere:

the physician would attach far less weight to the evidence obtained by his sense of touch than to the patient's narrative and to his own visual observations (ibid. side 4).

Pasientfortellingene omfattet alt fra beskrivelser av helseplager og sykdomsforløp, til informasjon om familieforhold, levemåter og livssyn. Det var med utgangspunkt i disse fortellingene legen valgte behandlingstiltak. Som regel var de siktet inn mot

å reetablere kroppens likevekt mellom de fire kroppsvæskene blod, slim og gul og svart galle (Lawrence 1994; Reiser 1978).

Etter hvert som kunnskapene i anatomi og fysiologi økte, ble fysiske undersøkelser av pasienten viktigere i det diagnostiske arbeidet. Disse kunne for eksempel bestå av testing av reflekser, bevegelighet, muskelstyrke, koordinasjon, balanse og temperatur. Her måtte legen bruke ulike sanseintrykk, det vil si både berøre, lytte, se og lukte. Kliniske beslutninger ble foretatt på basis av en samlet vurdering av funnene fra den fysiske undersøkelsen, holdt opp mot de fortellingene pasienten selv kom med.

Etter hvert har pasientfortellingens rolle i legens virke blitt svekket. Det innebærer at pasientens sykdomserfaringer både er mindre vektlagt, og at de har fått en lavere status: i den grad de får komme til uttrykk, spiller de bare en birolle som kilde til en skjult og antatt "objektiv sannhet". Pasientens erfaringer får heller ikke stå på egne ben, de blir ofte omgitt og omformet av biomedisinske begreper og forståelsesrammer. Betydningen av den fysiske undersøkelsen er også svekket.

Sentralt i den diagnostiske prosessen i dag står teknologisk genererte funn som bilder, diagrammer og kurver. Samtale med og observasjon av pasienten er i stor grad erstattet av såkalte objektive sykdomstegn som viser seg gjennom anvendelse av en eller annen medisinsk teknologi:

... modern medicine has now evolved to a point where diagnostic judgments based on "subjective" evidence – the patient's sensations and the physician's own observations of the patient – are being supplanted by judgments based on "objective" evidence, provided by laboratory procedures and by mechanical and electronic devices (Reiser 1978:ix).

Faktorene som fremmer bruk av medisinsk teknologi, er mange; den biologiske tenkemåten, trykket fra teknologiprodusenter, og en økt juridifisering av samfunnet. Teknologien tilfredsstillende også legenes behov for å beskytte seg mot medisinsens iboende usikkerhet (Jauhar 2006) i en tid hvor usikkerhet gjør oss ukomfortable, troen på egne erfaringer er svekket, og statusen til det å utøve klinisk skjønn er dalende.

Den medisinske diagnostikken har altså i økende grad blitt basert på teknologisk genererte funn, som vurderes via det objektiverende blikket. Det objektiverende blikket er et analytisk fornufts- og erfaringsbasert blikk som er observerende, distansert, og antatt nøytralt og forutsetningsløst. Den som ser med et objektiverende blikk, er lite kritisk til sin egen måte å se på, forutsetter at verden er objektivt gitt (uavhengig av hvor den blir sett fra), beskriver verden nøytralt og allmenngyldig, behandler

vurderinger som fakta, og forutsetter overenstemmelse (1 : 1) mellom det hun ser og hennes egne forestillinger om det (Egeberg og Skjerdingsstad 2011: 23–24).

Ulike måter å samle informasjon på får frem ulike sider av en sykdom og det å være syk. De aspektene som blir belyst ved de enkelte metodene blir ofte det legene retter oppmerksomheten mot, og dermed også legger vekt på. I overgangen fra kommunikasjonsbaserte funn (samtale og observasjon) til teknologisk genererte funn ligger blant annet et skifte av fokus når det gjelder hva legen skal lete etter, og hvorfor. Den nye kliniske modellen legger føringer på både hva legene skal se etter, hvordan de skal se (altså tolke) det de ser, og hvilke konklusjoner de skal trekke. Endringen impliserer blant annet et skifte i fokus fra det syke mennesket til sykdommen. Symptomene blir ikke lenger ”et mål i seg selv”, men et middel (eller en nøkkel) til noe underliggende og viktigere: det organpatologiske (Foucault 1989).

Vitenskapeliggjøringen av medisinen er en gjennomgripende endring som innebærer et paradigmeskifte som har endret legens kliniske arbeid og grunnlaget for de kliniske beslutningene. Det nye paradigmet impliserer en økende ensidighet i forhold til både troen på teknologisk genererte funn, og en endimensjonal biologisk helse- og sykdomsforståelse. Ideologisk sett. Men hvor realistisk og hvor hensiktsmessig er nå denne ideologien? Ved hjelp av to dagsaktuelle eksempler – myalgisk encefalopati og karaktertrekkdiagnoser – vil jeg drøfte idealer og realiteter i moderne medisin.

### Eksempel 1: Myalgisk encefalopati (ME)

I internasjonal sammenheng er myalgisk encefalopati (også kalt *postexertional neuroimmune exhaustion*) klassifisert som en nevrologisk hjernelidelse (kode G93.3 i ICD-10). Sykdommen kjennetegnes av en vedvarende kraftig utmattelse som ikke forsvinner ved hvile, og som ikke kan settes direkte i forbindelse med en veldefinert sykdomstilstand (symptomer som sammenfaller med symptomdiagnosen kronisk utmattelsessyndrom, CFS). Sykdommen er kronisk, og den har ingen sikker og effektiv medisinsk behandling, verken kurativt eller symptomeliminierende. ”Behandlingen” består primært av å anlegge en livsstil som gjør sykdommen til å leve med, primært tilpasset aktivitet og kostholdsendring (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2006):5). Det finnes ingen sikre biologiske markører (diagnosen stilles på bakgrunn av symptombeskrivelser), og sykdommen har ukjent etiologi (det er mange konkurrerende teorier om sykdomsårsaker). Diagnosen er medisinsk omstridt, og den har lav status i det medisinske prestisje-

hierarkiet. Dette gjør sykdommen interessant som empirisk inntak til den skisserte problemstillingen.<sup>1</sup>

#### Det biologiske sporet

På et overordnet nivå, som for eksempel i ICD-10, er ME klassifisert som en somatisk sykdom. En internasjonal ekspertgruppe følger også det biologiske sporet i sine nylig foreslåtte kriterier, som Helsedirektoratet (2012) anbefaler brukt i Norge. Forutsetningene for en ME-diagnose ifølge disse kriteriene skal være at en person i tillegg til vedvarende kraftig utmattelse har

at least one symptom from three neurological impairment categories (B), at least one symptom from three immune/gastro-intestinal/genitourinary impairment categories (C), and at least one symptom from energymetabolism/transport impairments (D) (Carruthers et al. 2011:329).

Det er mange indikasjoner på at ME er en somatisk sykdom: Den kan opptre i små ”epidemier”, rundt 3 av 4 får sykdommen etter infeksjoner fra bakterier, virus eller parasitter (for eksempel gardia/gardiasis og EBV-virus/mononukleose), noen får den etter en vaksinasjon (meningokokk- og influensavaksine), og det er mange patologiske funn hos disse pasientene. Ikke minst indikerer immunologiske funn en pågående immunologisk respons (Baumgarten 2011). Høsten 2011 publiserte medisinske forskere ved Haukeland universitetssjukehus en RCT-studie som viste bedring av symptomer for ME- og CFS-syke som ble behandlet med Rituximab (et medikament som brukes i behandling av leukemi og flere autoimmune sykdommer). Dette understøtter teorien om at ME er en autoimmun sykdom (Fluge mfl. 2011). Den belgiske professoren Kenny De Meirleir oppsummerer forskningen på følgende måte:

There are more than 5000 research papers which show that ME has an organic basis with abnormalities in the immune, nervous and gastrointestinal systems

1 Somatiske symptomer uten diagnostiserbar organsykdom blir i internasjonal litteratur etter 1980 omtalt som MUPS (*medically unexplained physical symptoms*) (Nettleton 2006; Nettleton mfl. 2004). MUPS er et problematisk begrep fordi det kan gi inntrykk av at det er snakk om et unntak fra noe som er mer vanlig, nemlig at sykdommer stort sett kan årsaksforklares. Det er ikke riktig at dette dreier seg om unntak, de færreste sykdommene kan årsaksforklares (og således er det heller et begrep om medisinsk forklarte plager vi trenger). Det som karakteriserer de såkalte MUPS-tilstandene er ikke først og fremst mangel på årsaksforklaringer, men lav status, mangel på objektive kliniske funn og faglige uenigheter om forståelsen.

and that it is influenced by genetic and environmental factors, [...] Despite these findings, it has been close to impossible to initiate large-scale research to verify these facts and observations. We will never be able to treat ME properly if we do not initiate this type of research (European Society for ME 2009).

Virologen Luc Montagnier, som fikk Nobelprisen i medisin i 2008 for sin oppdagelse av HIV2-viruset, har kommet med lignende synspunkter:

Scientists have already uncovered a lot about ME, but this information does not reach professional healthcare personnel, and the disease is still not taken seriously. It is about time this changes (European Society for ME 2009).

Det er stor uenighet innad i medisinske fagmiljøer, nasjonalt så vel som internasjonalt, om hvordan forskningsfunnene skal tolkes, og hvilke behandlingssmessige implikasjoner de skal ha. Det finnes derfor ingen klare retningslinjer for hvilke behandlingstiltak som bør iverksettes. Usikkerhetene kommer også til uttrykk i ekspertuttalelser til klage- og erstatningssaker. I saken om giardiasmitte fra drikkevann i Bergen i 2004 har to ME-syke fått rettslig medhold i at smitten var sykdomsutløsende, mens 17 andre har fått økonomisk erstatning fra kommunen gjennom forlik (Valaker, Flaaten og Dregelid 2012). I klagesaker til Norsk pasientskadeerstatning fra personer som har fått ME etter meningokokk B-vaksine, har kun en av over 316 klagere fått medhold (Jørstad 2012). Før erstatning tilkjennes skal det bevises en årsakssammenheng mellom en handling/en hendelse og en sykdom. Fordi vi ikke har tilstrekkelige kunnskaper om slike sammenhenger blir usikkerheten stor, og dermed blir det nærmest umulig å bevise at vaksiner eller parasitter har vært utløsende årsak til at noen blir syke.

Konklusjoner om årsak-virkningssammenhenger bygger på en del usikre forutsetninger. En av disse er at symptomer som opptrer mer enn tre til fem uker etter at vaksinen ble gitt, med liten sannsynlighet kan være forårsaket av vaksinen (Jørstad 2012). Usikre forutsetninger gir usikre konklusjoner. I mangel på kunnskap blir analogiresonnementer og spekulasjoner en viktig del av beslutningsgrunnlaget. Dette kan føre til analogifeilslutninger:

Mangelen på patofysiologisk kunnskap gjør at moglege samanhengar mellom vaksine og symptom vert spekulative, mellom anna fordi funderingane lyt bygge på analogiar frå andre kjende tilstandar. Slike analogislutningar er notorisk usikre, ein lyt derfor sjå på dei med skepsis. Då ekspertgruppa hevda at vaksinekomplikasjonar seinast ville kome etter eit par veker, bygde dei dette synet på

ein analogi med akutte infeksjonssjukdomar. Men dersom dei hadde bygd konklusjonen på ein annan og kan hende meir relevant analogi – utvikling av allergisk sjukdom – ville resultatet ha vore annleis (Ulvestad 2009:642).

### *Motstand fra leger*

Den somatisk orienterte biomedisinske forskningen om ME møter sterk motstand i medisinske fagmiljøer, både nasjonalt og internasjonalt. Uviljen mot å ta denne forskningen på alvor synes å være særlig sterk her til lands. Dette kan henge sammen med at fagmiljøene i Norge er små og derfor lett blir preget av noen få toneangivende premissleverandører. I Norge har disse premissleverandørene liten tiltro til den somatisk-biologiske forståelsen av sykdommen. For den norske helse-tjenesten og deres aktører, primært legene, er ME en omstridt diagnose som har lav status.

Et eksempel på hvordan noen leger tolker ME-syke finner vi i et åpent debattforum på internett (Eyr) beregnet for allmenntmedisinere og allmennhet. I en diskusjon her i oktober 2010 om ME/CFS skriver en allmennlege følgende:

... Men ligger man noen uker i sengen, så vil man jo få vondt over alt. [...] Det kan jo hende at mange av de "patologiske" funnene hos ME-pasienter egentlig er normalfunn som alle vil få hvis man bare ligger lenge nok (Eyr 9. oktober 2010, se mailman.uib.no/listinfo/eyr).

Noen dager senere skriver han videre: "at det er noen som overspiller, tror jeg er ganske sikkert" (13. oktober), og 30. oktober skriver han:

Hvorfor folk kan legge seg ned når de ikke er alvorlig fysisk syke er jo vanskelig å forstå. Men psykisk sykdom, hjelpeløshet, catastrophising, streik, protest, eksistensielle problemer, kontroll på omgivelsene, psykopati-sosioapati kan være ord man bør ta med i denne debatten. Man ender fort i en blindvei hvis man bare konsentrerer seg om virus (Eyr 30. oktober 2010, min utheving).

Synspunktene til denne legen er ikke nødvendigvis representativt for norske legers syn på ME, selv om lignende synspunkter ofte kommer frem i ulike debattfora. Men om det ikke er representativt så er det i alle fall ikke uvanlig: Forskning har vist at majoriteten av norske fastleger betrakter ME som en psykisk lidelse og/eller at sykdommen er skapt av pasienten selv, og at de har lite kunnskap om sykdommen (Lippestad mfl. 2011). Fra allmennlegemiljøene har det også blitt laget en under-

visningsvideo for videreutdanning av leger som har en klar psykologisk vinkling (Prydz og Malterud 2011). Men det finnes også målbærere av det biomedisinske sporet, for eksempel Øystein Fluge, Olav Mella og Elling Ulvestad ved Haukeland universitetssjukehus, Ola-Didrik Saugstad ved Rikshospitalet, Barbara Baumgarten ved Oslo universitetssykehus og Mette S. Johnsgaard ved Lillestrøm helseklinikk. Det mest korrekte vil trolig være å si at det medisinske miljøet i Norge er delt i sitt syn på ME, og at de faglige uenighetene er store.

### *Den psykologiske redningsplanken*

Når biomedisinen kommer til kort, trekkes ofte psykologien inn. Konturene av en ny allianse mellom somatisk medisin og psykologi viser seg blant annet i hvordan ME-sykdommens etymologi beskrives. I en kunnskapsoppsummering om ME og CFS fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) blir disse sykdommene forstått ut fra sammensatte årsaksfaktorer, men med en overordnet teori om at de er forårsaket av stress og psykisk belastning som overstiger det individet har evne til å mestre. Rapporten trekker spesielt frem kognitiv stressaktiveringsteori (CATS), som går ut på at

fysiologiske og hensiktsmessige responser på psykisk og biologisk stress kan omformes til helseskadelige belastninger av kroppen. Dermed kan det over tid utvikles en ubalanse i forholdet mellom individets nevrofysiologiske reaksjoner (ibid. s. 12).

Denne teorien inkorporerer både psyke og soma, men den viktigste sykdomsårsaken plasseres i menneskets psyke. Teorien trekker inn fysiske faktorer, men ikke som en årsaksfaktor – det fysiske forstås som en virkning av psykisk stress hos personer med manglende mestringssevne. Dermed forklares ME primært som forårsaket av pasientens personlighetstrekk og livssituasjon. Biologiske funn (bort)forklares med at psykiske faktorer får virkninger på et fysisk plan fordi psyke og soma er to sider av samme sak. I de ”originale” fremstillingene av CATS er dette enda tydeligere:

Ill-effects occur only when there is a lack of coping [...and...] may lead to somatic disease through sustained arousal [...or...] to somatic disease and illness through a lack of motivation to engage in positive life styles (Ursin og Eriksen 2004:588).

Anvendelsen av psykologiske forklaringsmodeller på somatiske plager bygger på

et tynt kunnskapsgrunnlag, og synes å være mer ideologisk enn vitenskapelig fundert. Leger som anvender denne modellen, råder gjerne pasienten til selv å fjerne årsaksfaktorene, og nærmest tenke seg selv friske gjennom kognitiv terapi. Rådene er velmente, men behandlingseffektene uteblir. For mange pasienter blir også kontakten med helsetjenesten en tilleggsbelastning når de utsettes for noe som de opplever som uberettiget psykologisering, og ufortjent blir tilskrevet skyld for sine plager. Av og til kan også legenes velmente råd bidra til å forsterke pasientenes plager (Kindlon 2011).

Lanseringen av psykologiske forklaringer kan komme til å stå i veien for ny kunnskap. Kanskje finnes det biologiske sykdomsfremkallende faktorer, bare at vi ikke har klart å identifisere dem ennå. Leger som ikke anerkjenner denne muligheten, står i fare for – på feilaktig grunnlag – å underkjenne reelle plager fordi de teknikkene de har til rådighet ikke er i stand til å fange dem opp (de lar seg ikke avlese teknologisk). Den psykologiske vendingen i medisinen er et uttrykk for et behov for å finne andre forklaringsmodeller når den biomedisinske modellen ikke fører frem, men den er mer spekulativ enn kunnskapsbasert. Alternativet for legene kunne vært å vise større vilje til å ta lærdom av medisins historie, som forteller oss at det ofte tar lang tid før ny medisinsk kunnskap får allmenn oppslutning og aksept; at det meste av det vi kaller kunnskap er temporær, og at vi aldri kan være sikre på hva vi vet og hva vi ikke vet.

### *Betydningen av kjønn – nå som før*

Kjønnaspektet er viktig i forhold til ME ettersom rundt tre av fire som får diagnosen er kvinner. Sykdommen portretteres ofte med en ”female touch”: Den typiske pasienten er ofte stereotypisert som en velutdannet perfektionistisk kvinne, og knyttet til teorier om somatisering av stress (Hart og Grace 2000). Denne stereotypien hviler på komplekse ikke-testbare hypoteser om hva som er typisk for kvinners reaksjoner på psykisk press og stress, og hvordan disse reaksjonene har helseskadelig effekt via impulser i hjernen.

ME er ikke noe særtilfelle i så måte. Psykologiske forklaringer i medisinen ser ut til å være mest utbredt for plager som rammer kvinner i større grad enn menn. Mange mener det er en generell tendens blant leger til å bagatellisere og psykologisere bort symptomer, særlig hos kvinnelige pasienter (Sundby 2005). Det henger sammen med kvinnesynet i vårt samfunn, som trolig fortsatt forstår kvinner som svakere, mer stressede, mer hysteriske, mer kontrollerende og dårligere til å takle stress enn menn.

Hvordan samfunnets kvinnesyn speiler seg i legers forståelse av og håndtering av typiske kvinneplager har vi mange historiske eksempler på. I boken *Det mørke*

*kontinentet* (en tittel inspirert av Freuds og Nietzsches beskrivelse av kvinnen som et gåtefullt landskap) anlegger Karin Johannisson (1996) et dialektisk syn på forholdet mellom samfunnets kvinnesyn og medisinen (legenes) forståelse av kvinners helseplager i et historisk materiale fra overgangen mellom 1800- og 1900-tallet. Ifølge Johannisson ble to viktige bilder av kvinnen formet på 1800-tallet:

Den svake, ømtålige og sykelige overklassekvinnen, og den sterke, farlige og smittsomme underklassekvinnen (ibid. s. 14).

Gjennom flere eksempler viser hun hvordan kjønnsforskjeller ble plassert i et tilsynelatende nøytralt terreng: Naturen. Negative beskrivelser av kvinner som svake, underlegne og mindreverdige, ble gitt vitenskapelig belegg gjennom biologiske fortolkningsmodeller som (fordi de var antatt vitenskapelige) fremsto som verdinøytrale. Tidspunktet var neppe tilfeldig:

Behovet for i biologisk terminologi å kodifisere kvinnens underlegenhet ble intensivert i samme øyeblikk som hun begynte å kreve større frihet (ibid. s. 27).

Medisinske teorier om kvinners svakhet ble brukt som argumenter blant annet for å nekte kvinner adgang til universitetene. Det bildet av kvinnens natur som ble formulert i biologisk terminologi vekslet noe med tid og sted, men alle hadde de ett felles mål: Å forklare kvinnens svakhet. Dette ble gjort gjennom anatomisk-fysiologiske, gynekologiske og/eller nevrologiske tolkningsmodeller.

Førstnevnte modell er særlig interessant i forhold til dagens ME-debatt. *Den anatomisk-fysiologiske modellen* beskrev kvinnen som annerledes konstruert enn mannen i forhold til en rekke anatomiske og fysiologiske trekk (nerve- og karsystem, lunger og milt, skalle og hjerne, mage og tarm, blod, med mere). For eksempel ble kvinnens blod beskrevet som tynnere enn mannens, noe som ble antatt å lede til kronisk anemi og raskere tretthetstegn. Mens mannens celler ble beskrevet som katabole, det vil si aktive og energiforbrukende, ble kvinnens celler beskrevet som anabole, det vil si passive og energioppbyggende. Videre ble de egenskaper kvinnen angivelig hadde fortrinnsrett til – intuisjon, persepsjon og etterligning – beskrevet som karakteristisk for laverestående individer. Kvinnen ble altså grunnleggende sett forstått som konstitusjonelt svak. *Energiteorien* stod sentralt: Kvinnen portretteres som et passivt og energioppbyggende vesen som må leve et liv med redusert aktivitet, spesielt i perioder når energiforbruket er på sitt høyeste (mens-truasjon og graviditet). Fordi kvinnen forbruker det meste av sin energi i reproduksjonsprosessen, blir hun ”handikappet i den sosiale og intellektuelle konkurransen” (ibid. s. 31). I forlengelsen av energiteorien kom *overanstrengelsesteorien*, som gikk ut på at overbelastning av den skjøre kvinneorganismen ”ble straffet med livslang svekkelse, sykelighet og sterilitet” (ibid. s. 31).

Den anatomisk-fysiologiske modellen hadde mange likhetstrekk med de andre to modellene; *den nevrologiske modellen* (kvinnens særlig sensibiliserte nervesystem gjorde henne ømtålig) og *den gynekologiske modellen* (funksjonelle forstyrrelser i livmor eller øvrige underlivsorganer ble antatt å kunne forårsake patologiske reaksjoner i en hvilken som helst annen del av kroppen). Sentrale likhetstrekk er forståelsen av kvinnen som konstitusjonelt svakere enn mannen, samt at negative og mindre sympatiske menneskelige egenskaper blir framholdt som typisk kvinnelige. Dette kvinnebildet oppsummeres i beskrivelser av datidens mest brukte diagnose på kvinners plager; hysteri:

Overdreven følsomhet, hensynsløs egoisme, løgnaktighet og tilgjorthet, evnen til forstillelse og tilbøyelighet til intriger (ibid. s. 150).

De historiske tekstene har åpenbare paralleller til nåtiden. Kvinner med kroppslige plager ala ME får ofte sine plager forklart med utgangspunkt i den anatomisk-fysiologiske modellen; hennes sykdom skyldes hennes svakhet i forhold til å mestre stress og press som oppstår når hun ikke respekterer grensene for sin kapasitet. Dette er energiteorien i moderne drakt. ME er også et eksempel på hvordan kvinnens hjerne mer enn hennes kjønnsorganer benyttes i forklaringer på hennes helseproblemer (Nordal 2002). Også denne teorien har vi sett før, blant annet i teorier om hvordan kvinnes hjerneceller ble ødelagte av å studere, spesielt matematikk. I dag er teorien at kvinnens hjerne skaper sykdom gjennom uhensiktsmessige reaksjoner på stress. Igjen ser vi konturene av ”den svake, ømtålige og sykelige overklassekvinnen” som ikke klarer å mestre stress og press som kommer av at hun utøser sin energi både i og utenfor hjemmet; i arbeidslivet eller på universitetet. Den nye varianten av hjerneteorien bygger på brokker av kunnskaper som får den til å framstå som litt mer vitenskapelig enn tidligere, men innslaget av kvinnefordommer er fortsatt like sterkt.

## Eksempel 2: Karaktertrekkdiagnoser

Begrepene helse og sykdom er i nyere tid utvidet til å omfatte et bredere spekter av menneskenes liv, og medisinenes ansvarsområde har ekspandert langt ut over de

problemområdene den har midler til å kurere (Freidson 1970). Denne medikaliseringen er et resultat av en omfattende og sammensatt prosess som fører til utstrakt bruk av medisinsk ekspertise og terminologi, slik at stadig større deler av folks liv defineres som relevant for medisinsk intervensjon (Illich 1996). Kjernen i dette fenomenet uttrykkes i det islandske begrepet sjukdomsvæding, som direkte oversatt blir "sykdomspåkleddning" (å kle noe i en sykdomsdrakt) (Getz 2002). Medikaliseringen innebærer enten å *betrakte* et problem i medisinske termer, å bruke medisinsk terminologi til å *beskrive* det, å ta i bruk et medisinsk rammeverk for å *forstå* det, eller å sette i verk medisinske tiltak for å *møte* det (Conrad 1992). At helsebegrepet gjøres relevant for stadig flere tilstander viser seg blant annet ved en fordobling av antall koder i diagnoselisten ICD-10 (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer) siden 1975 (Helse- og sosialdepartementet 2011). Dagens liste inneholder over 12 000 koder. ICD-10 kan leses som en liste over alle problemer et menneske kan komme ut for i livet. Samtidig defineres dette som helseproblemer som kan kreve profesjonell helsehjelp.

Gjennom medikaliseringen blir helsebegrepet gjort relevant for tilstander som tidligere ikke ble omfattet av medisinske klassifikasjoner. Dette kommer til uttrykk på minst tre hovedområder (Lian 2007): Aldring og andre livsfaser (pubertet og overgangsalder) og naturlige prosesser som menstruasjon, graviditet og fødsel, 2) risiko for fremtidig sykdom, og 3) karaktertrekk, sosiale problemer, politiske holdninger, følelser og avvikende handlinger. Det er sistnevnte kategori, og særlig karaktertrekkdiagnosene, jeg skal forfølge videre.

#### *Fra egenskaper til sykdom*

Menneskene kommer i utallige varianter. Hver og en av oss har et sett egenskaper og kjennetegn ingen andre har maken til – selv ikke eneggede tvillinger (fordi vi formes av både arv og miljø). De egenskaper og kjennetegn som gir oss vår metafysiske egenart, kaller vi karaktertrekk. Karaktertrekk forstås som relativt stabile og grunnleggende kjennetegn ved en person. Tilgrensende begreper er vesen, sinnelag og personlighet. Karaktertrekk; altså trekk ved en persons karakter, knyttes gjerne til moralske kvaliteter, og vurderes ofte normativt ut fra kulturens regler om hva som er bra eller dårlig.

Stadig flere egenskaper og kjennetegn blir omdefinert fra karaktertrekk til sykdom: Sjenanse og beskjedenhet blir til sosial fobi; sorgreaksjoner etter traumatiske opplevelser blir til posttraumatisk stress-syndrom eller komplisert sorg; årstidsavhengige stemningsvariasjoner blir til stemningslidelse (*seasonal affective disorder*), impulsivitet blir til manglende impulskontroll; repetitive handlings-

mønstre blir til tvangshandlinger (*obsessive-compulsive disorder*); manglende sosiale ferdigheter kombinert med snevre interesseområder blir til Aspergers syndrom; omfattende bruk av rusmidler og dataspill blir til avhengighet og patologisk spillelidenskap, og høy aktivitet og impulsivitet kombinert med mangel på konsentrasjon blir til ADHD (*attention-deficit hyperactivity disorder*) eller ADD hvis hyperaktiviteten mangler (som den ofte gjør hos jenter). AD(H)D og Asperger er eksempler på hvordan medisinske definisjoner først blir forbeholdt ett av kjønnene, men etter hvert utvidet til å gjelde begge kjønn. I 22. juli-rettsaken så vi et eksempel på medikalisering av ekstreme politiske synspunkter. I en medikalisert fremstilling blir folks handlinger og tenkemåter omtalt som sykdomssymptomer. Karaktertrekk er ikke lett å kurere, men "symptomene" kan maskeres ved hjelp av medikamenter.

Hvor presise karaktertrekkdiagnosene er definert, varierer betraktelig. Aspergers syndrom er et eksempel på en diffus "restkategori" som kan sammenlignes med et finmasket nett som fanger opp alle dem med såkalte uspesifiserte utviklingsforstyrrelser som ikke passer inn i presise diagnoser ("pervasive developmental disorder not otherwise specified").

Bruken av karaktertrekkdiagnoser øker kraftig, både nasjonalt og internasjonalt. Økningen gjelder blant annet andelen barn og unge (spesielt jenter) med stempel Aspergers syndrom på sine eksentriske særegenheter. For eksempel var det i Sør-Trøndelag en fordobling fra 2005 til 2008 av barn og unge under 18 år med denne diagnosen (Weidle mfl. 2011). Bruken av AD(H)D diagnosen har steget hvert år over lang tid, og er i dag den hyppigst stilte diagnosen innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Norge. Det er store geografiske variasjoner i andelen barn som får diagnosen og som medisineres: I Buskerud medisineres 1 av 50 barn, mot "bare" 1 av 150 barn i Hordaland (Gulliksen og Lutro 2006). I 2010 brukte rundt 30 000 personer sentralstimulerende legemidler, nesten tre ganger så mange som i 2004 (<http://www.reseptregisteret.no>). Veksten i bruken av Asperger- og AD(H)D-diagnosene skjer til tross for at de har lav validitet (ingen sikre biomedisinske markører og ulike diagnosesystemer med til dels konkurrerende og upresise diagnosekriterier), og utydelige grenser mot normalutvikling og normalfunksjon.

Redefineringen fra karaktertrekk til syk impliserer ofte en overgang fra nøytrale deskriptive begreper, til negative normative begreper som forstyrrelse, avvik, patologi, lidelse og sykdom (ofte *disorder* på engelsk). I psykiatrien blir karaktertrekkdiagnosene omtalt som personlighetsforstyrrelser. Disse er samlet i to av fem hovedakser i diagnosesystemet DSM-4. Revisjonen av dette systemet er snart slutført, og i den nye versjonen vil det bli en rekke nye karaktertrekkdiagnoser ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)). Når dette tas i bruk vil vi trolig få en kraftig økning i andelen mennesker som får sykdomsstempel på sine karaktertrekk.



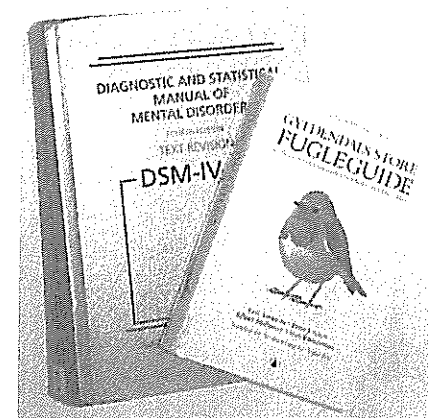
**Karaktertrekkdiagnosenes validitet**

Når menneskelige egenskaper og kjennetegn blir omdefinert fra karaktertrekk til sykdom, skjer dette på basis av et essensialistisk og kontekstløst menneskesyn som er teoretisk forutsatt og ikke empirisk fundert. Det valgte menneskesynet er at mennesket har et iboende vesen, og at mennesket kan reduseres til fundamentale og uunngåelige egenskaper (en essens) som bestemmer vår karakter. Karaktertrekk oppfattes således som kontekstuaavhengige og relativt stabile, fastlagte og uforanderlige, gitt til oss dels av naturen (biologisk arv) og dels av våre omgivelser (sosial arv). Et alternativ til å forstå karaktertrekk som noe som kan oppdages og avdekkes, er å forstå det som noe vi selv designer og skaper ut fra hva vi til enhver tid identifiserer oss med (jf. Goffmans bok *The presentation of self in everyday life* fra 1959). Et annet alternativ er å forstå karaktertrekk som sosialt situert i en situasjonsavhengig kulturell kontekst. Det situerte menneske er forankret i konkrete situasjoner, og at vi er i en situasjon innebærer at vi er ”henvist til å forme vår tilværelse” (Østerberg 2011: 94). Underliggende her er synet på mennesket som et autonomt handlende fornuftsvesen.

Om menneskets metafysiske egenskaper kan defineres på en essensialistisk måte eller ikke, kan ikke fastslås sikkert gjennom empiriske observasjoner. Karaktertrekk blir vanligvis indirekte vurdert ut fra *væremåter*, men sammenhengen mellom vår karakter og vår væremåte vet vi lite om. En teori som ofte forutsettes er at våre karaktertrekk bestemmer våre væremåter, men dette kan være en for enkel forklaring. Det kan tenkes at våre væremåter bestemmes av en rekke faktorer hvor karaktertrekk bare er en av flere viktige faktorer, herunder at rammene som gis av konkrete situasjoner vil ha stor innvirkning, eller det kan tenkes at våre væremåter i liten grad influeres av våre karaktertrekk. Alle teoriene er basert på usikre teoretiske forutsetninger mer enn empiriske data, og alle bygger de på et menneskesyn som er mer et verdivalg enn et vitenskapelig valg. Dette gir karaktertrekkdiagnosene lav validitet.

Karaktertrekkdiagnosene har også lav validitet fordi de ikke har klare biomedisinske markører, og fordi de inngår i et a-teoretisk deskriptivt klassifikasjonssystem. Det vil si at tilstandene ikke er årsaksforklarte, og klassifikasjonene ikke forskningsbaserte. Diagnosemanualen DSM-4 kan sammenlignes med en fuglebok, bare at sistnevnte klassifiserer ulike fuglearter mens førstnevnte klassifiserer ulike menneskearter (bilde 1). Hensikten med begge er å bestemme hvilken art et individ tilhører.

Oppgaven med å ”artsbestemme” mennesker ut fra usynlige karaktertrekk er vanskeligere enn å artsbestemme fugler ut fra utseende. Fordi det ikke finnes teknologiske tester som kan brukes for å fastsette en diagnose, er det utviklet ulike



Bilde 1: Klassifikasjonssystemer for menneske- og fuglearter

”tester” i form av standardiserte spørreskjemaer og lignende, som gir diagnosesettingen et skinn av vitenskapelighet. Både utformingen av spørreskjemaene og tolkningen av resultatene baseres i stor grad på skjønnsmessige og kulturavhengige normative vurderinger. Det er altså ikke mulig å gi noe faglig begrunnet objektivt svar på hva karaktertrekkene er; bare hva de *defineres* som. Til tross for den åpenbare kulturavhengigheten blir de medisinske klassifikasjonene utlagt som uomtvistelige fakta.

Den lave validiteten til karaktertrekkdiagnosene har også sammenheng med et tautologi-problem: Diagnosene baseres på personers tanker og handlinger, samtidig som tankene og handlingene til disse personene forklares ved at de har denne tilstanden. Altså: Karaktertrekkene gir sykdommen, sykdommen gir karaktertrekkene. Diagnosene sier derfor ikke noe som er nytt, utover navnet. Når de likevel spiller en så viktig rolle i helseprofesjonenes yrkesutøvelse, kan det ha sammenheng med et behov de har for å fremstå som faglige eller vitenskapelige, eller å ha noe å holde seg i:

... når nyutdannede psykologer går ut i jobb så sier de at ”jeg er glad for å ha disse instrumentene eller testene eller begrepene”, for de er redde, det er farlig. Hvordan skulle man ellers kunne være profesjonell – hvis man ikke har noe å holde seg fast i? (Bjørklund 2003 :27).

Noe av paradokset her er at moderne medisin utvider sitt ansvarsområde til å gjelde nær sagt alle menneskelige problemer, også dem den ikke har midler til å håndtere. Når vi velger å definere karaktertrekk, følelser, tanker, avvikende handlinger og

sosiale problemer som sykdom, uten at vi har utviklet verken forklaringsmodeller, diagnostiske verktøy eller effektive behandlingstiltak som passer til dette, blir resultatet en medisinskfaglig praksis som ligger langt unna idealet om en kunnskapsbasert praksis.

### *Tekokratiet overtar kulturens normdannende funksjon*

Ethvert begrep om helse og sykdom peker tilbake på sosiale normer om hva vi anser for å være normalt eller ønskelig. De normative vurderingene er bygget inn i selve sykdomsoppfatningen, og de er formet av sosiale og kulturelle kjennetegn ved samfunnet de oppstår av og inngår i. Hva som regnes som helse og sykdom varierer derfor mellom ulike kulturer, og oppfatningene endres over tid. I vår kultur har vi gitt helseprofesjonene makt til å trekke disse grensene. Måten de trekker opp grensene på vil avgjøre hvem som defineres som syke og unormale, og om det skal iverksettes medisinske intervensjoner eller ikke.

Når karaktertrekk omdefineres til sykdom, forvandles menneskene fra friske til syke, og deres tanker, synspunkter og handlinger blir omdefinert til symptomer på en sykdom. Omdefineringen impliserer ofte en overgang fra nøytrale til problemorienterte beskrivelser, og en overgang fra nøytrale til negative begreper. For eksempel er personer med Aspergers syndrom beskrevet som personer med *begrensede* interesseområder, *reduserte* sosiale evner og *manglende* interesse for å være sosial (Weidle mfl. 2011). Disse verdidommene bygger på implisitte normative forutsetninger om spørsmål som: Hva er snevre interesser, og er det bra eller dårlig å ha det? Hva er gode sosiale ferdigheter? Og hvor mye sosial aktivitet bør et menneske ha? Svarene på disse spørsmålene er sosialt og kulturelt bestemt (selv om psykiatrien til dels bygger på en implisitt forutsetning om at dette er naturgitt), og moderne biomedisin har selvsagt ingen nøytrale faglige metoder eller kunnskaper for å besvare dem. Likevel har vi gitt dem makt til å definere hvilke karaktertrekk (uttrykt gjennom følelser og handlinger) som er ønskelige og akseptable i ulike situasjoner, og hvilke som ikke er det. I diagnosesettingen tilsløres disse verdidommene som faglige vurderinger.

Det diagnostiske blikket et observerende tredjepersonsblikk, det vil si et allvitende eller allmektig blikk som innebærer å observere en person utenfra som han eller hun, ikke du. Når vi med dette utenfrablikket definerer karaktertrekk som sykdom, betyr det at vi årsaksforklarer folks handlinger (med årsaker som ligger utenfor området for individets egen frie vilje). Dette gir tilstanden en forklaring og en legitimitet som innebærer at individene får tillatelse til å opptre som syke, samtidig som de unydgiggjøres og fraskrives skyld og ansvar både for sin tilstand

og for sine handlinger. Ved å frata mennesker deres ansvarlighet står vi samtidig i fare for å frata dem deres menneskelige verdighet, i den forstand at hvis vi sier at noen lider av en sykdom, så sier vi samtidig at vi ikke venter det samme av dem som vi venter av et normalt menneske. Deres handlinger blir ikke tatt alvorlig, og de blir plassert utenfor kategorien av "vanlige" mennesker (Bjørklund 2003). Den devalueringen av mennesket som diagnostiseringen impliserer, er problematisk ikke bare for det enkelte individ, det er også problematisk for samfunnet som helhet at stadig flere medlemmer blir ekskludert fra fellesskapet og fratatt ansvar for sine handlinger.

Det å trekke opp grensene mellom normal og unormal og mellom frisk og syk er som sagt et spørsmål om definisjonsmakt, og makten til å gjøre dette har vi lagt i hendene på medisinske eksperter. Gjennom medikaliseringen blir denne makten overført til stadig nye områder, som nå også innbefatter menneskelige karaktertrekk. Vi har gitt den medisinske profesjonen nærmest et slags monopol på å definere hva som er bra og dårlig av menneskelige karaktertrekk. Tendensen er at ekspertene trekker opp grensene på en måte som gjør at gruppene unormale, syke og hjelpetrengende stadig vokser, mens gruppene normale og friske stadig krymper.

Denne formen for medikalisering innebærer at medisinen fungerer som en samfunnsmessig reaksjon på avvik. Karaktertrekkdiagnosene illustrerer således en av medikaliseringens kulturelle og samfunnsmessige implikasjoner; den medisinsk initierte innsnevringen av normalitetsområdet. Med innsnevringen av området for normalitet følger lavere toleranse for forskjellighet i menneskelige leve- og tenkemåter og – i siste instans – en nedvurdering og stigmatisering av mennesker med karaktertrekk som lett kan beskrives med positive i stedet for negative termer.

En viktig samfunnsmessig implikasjon av medikaliseringen er at definisjonsmakt flyttes fra samfunnet (kulturen og de menneskene som skaper, opprettholder og videreutvikler den) og inn i et lukket medisinsk-teknokratisk profesjonssystem. Når karaktertrekk omdefineres fra personlige egenskaper til en helsemessig eller medisinsk tilstand, er det legen og ikke kulturen som bestemmer hva som er bra, ønskelig og riktig. Avgjørelsen tas av en profesjonell aktør, men den er basert på faglige vurderinger som i stor grad er normative vurderinger forkledt som verdifrie vurderinger. Avgjørelsen får således et falskt skinn av verdifrihet.

## Konklusjon

Ny kunnskap og ny teknologi utviklet på 1800- og 1900-tallet la grunnlaget for en vitenskapeliggjøring og en teknifisering av legenes praksis. Ved at legene fikk nye

muligheter til å innhente teknologisk genererte sykdomstegn, det vil si sykdomstegn som ikke bare er usynlige for øyet, men også uavhengige av pasientenes egne erfaringer og fortellinger, utviklet legene nye praksisformer og nye forståelser av helse og sykdom. Sentralt i det nye paradigmet står den positivistiske forestillingen om medisinsk praksis som en kunnskapsbasert og verdinøytral virksomhet. Kravet til objektive kliniske funn står her sentralt (ikke like sterkt i psykiatrien som i somatikken). I dette essayet har jeg diskutert forholdet mellom idealer og realiteter i moderne medisin med utgangspunkt i to eksempler; ME og karaktertrekkdiagnoser. Eksempelene er sentrale og representative fordi de tar utgangspunkt i generelle utviklingstrekk: en økende andel pasienter med kroniske plager som er uforklarlige og uhelbredelige, og økt medikalisering.

Det bildet av moderne medisinsk praksis som kommer frem gjennom drøftingen, avviker betydelig fra idealmodellen. I motsetning til hva idealene tilsier, er praktiseringen av moderne medisin preget både av kunnskapsmangler, kunnskapsfiendtlige holdninger, arroganse overfor konkurrerende forståelsesmodeller enn ens egne, og fordomsfulle holdninger til enkelte pasientgrupper. Den manglende åpenheten for ny kunnskap som vi ser i en del miljøer, kan ikke forstås som noe annet enn en manglende interesse for å praktisere legeyrket på basis av vitenskapelige kunnskaper. I stedet for å bli med på en åpen debatt om kunnskapsutviklingen på feltet, bygges en del teorier på det som vel må kalles fordommer, eller i alle fall en tenkning som ikke har noen som helst faglig basis. Dette gjelder begge de valgte eksemplene, om enn på ulike måter.

Moderne medisin, utøvd innenfor institusjonelle rammer i helsetjenesten, er en kunnskapsinstitusjon som får sin legitimitet fra samfunnet i kraft av å være kunnskapsbasert. Hvis kunnskapsidealet ikke etterlevs, har institusjonen et legitimeringsproblem som gjør at den neppe kan opprettholde sin maktposisjon. Slik moderne medisin har utviklet seg de seneste årene, tilsier både samfunnsmessige og individuelle hensyn at dette maktmonopolet allerede har blitt høyst problematisk. I forhold til karaktertrekkdiagnosene er noe av problemet at et sykdomstempel ofte ledsages av stigmatisering, lavere toleranse for variasjoner i menneskelige livsformer, og innsnevring av området for normalitet. I forhold til ME-diagnosen er det bekymringsfullt at det medisinske system bidrar til å sementere et diskriminerende kvinnesyn i samfunnet, samtidig som det bidrar til å krenke noen av de menneskene som tilhører de sykeste av de syke, det vil si den gruppen de er beordret til å prioritere aller høyest.

Det er ikke bare legenes egne normer og verdier som påvirker den medisinske praksis, også flere andre forhold kan bidra til at legens praksis ikke alltid er like kunnskapsbasert som idealene tilsier. Dette kan være egne erfaringer gjennom lang

praksis, ressursmessige begrensinger, politiske føringer, forventninger fra pasienter, og press fra media. Gapet mellom idealer og realiteter kan også henge sammen med at ny forskning ikke blir tatt i bruk i klinisk praksis så tidlig som ønsket, eller at sikker kunnskap ikke eksisterer. Den forskningsbaserte kunnskapen kan også være ensidig eller skjev, blant annet på grunn av sterke bånd mellom forskere og teknologiprodusenter. Industrifinansiert forskning, som utgjør over halvparten av all medisinsk forskning, har større sannsynlighet for å komme frem til resultater som er fordelaktige for industrien enn industriuavhengig forskning (Bekelman, Li og Gross 2003). Industrifinansiert eller ikke; medisinske forskningsresultater er ofte påvirket av forskningsmetodologiske svakheter:

adverse effects of treatments are suppressed, the choice of primary outcomes is changed between trial protocol and trial reports, and the way data are presented does not allow comparisons with other, related studies (Chalmers og Glasziou 2009:87).

Forutsetningen om at utøvelsen av faget medisin bygger på verdifri kunnskapsanvendelse er problematisk fordi det er umulig å anvende medisinsk forskningsbasert kunnskap på en verdinøytral måte. Hvilken kunnskap vi søker, hvilken kunnskap vi frembringer, og hvordan vi velger å anvende denne kunnskapen; alt sammen er verdiladede aktiviteter. Slik vil det alltid være. Problemet oppstår når dette underslås, og verdiene bak praksisen kamufleres som kunnskap. Kritiske helsesosiologer har her en jobb å gjøre. En av våre hovedoppgaver vil være å avdekke det skjulte og det uuttalte i det medisinske system gjennom teoretisk forankrede empiriske studier som henter begreper og forståelsesformer fra eget fag, ikke fra det feltet vi studerer.

Hovedbudskapet i dette essayet er at anvendelsen av medisinsk vitenskap til tider er langt mindre vitenskapelig enn den ofte fremstilles som. Dens normative slagside går blant annet i retning av et kvinnesyn som fremstiller kvinner som svakere enn menn, og lav toleranse for forskjellighet. Verdidommer som dette blir ofte forkledt som kunnskap.

Den usikkerhet som ligger under alle medisinens temporære kunnskaper, kan aldri elimineres. Vi kan leve med en medisin som ikke er eksakt vitenskap. Det vi *ikke* kan leve med, er en medisin som seiler under falskt flagg.

## Litteratur

- Baumgarten, B. (2011): *Can chronic virus infections cause Chronic Fatigue Syndrome? Study protocol*. Oslo: University of Oslo.
- BBC Prime (2003): *Body chemistry*: 13. oktober (opptak av TV-program).
- Bekelman J.E.; Y. Li; C.P. Gross (2003) Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. *JAMA* 289: 454–65.
- Bjørklund, H. (2003): Å invitere til dans. Jan Smedslund intervjuet av Helle Bjørklund. *Impuls Tidsskrift for psykologi* 57: 23–35.
- Carruthers, B. M.; M. I van de Sande; K.L. De Meirleir; N.G. Klimas mfl. (2011): Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria. *J Intern Med* 270: 327–38.
- Chalmers, I. og P. Glasziou (2009): Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet* 374: 86–9.
- Conrad, P. (1992): Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology* 18: 209–32.
- Egeberg, O. og K.I. Skjerdingsstad (2011): *Tanken sitter i øyet. Kreativ teori og praktisk vitenskapelig tenkning*. Oslo: Novus forlag.
- European Society for ME (2009): *Experts launch think tank for mystery disease*.
- Fluge, Ø.; O. Bruland; K. Risa; A. Storstein mfl. (2011): Benefit from B-Lymphocyte depletion using the anti-CD20 antibody Rituximab in chronic fatigue syndrome. A double-blind and placebo-controlled study. *PLoS ONE* 6: e26358.
- Foucault, M. (1989): *The birth of the clinic*. London: Routledge.
- Freidson, E. (1970): *Profession of medicine*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Getz, L. (2002): BMJ temahefte om ”medikalisering”. *Debattinnlegg på Eyr 17 april 2002* (<http://www.uib.no/isf/eyr/2002q2/009806.html>).
- Gulliksen T. og A. Lutro (2006) Her er pilleøkningen størst. <http://pub.tv2.no/nettavisen/innenriks/article570853.ece> (avlest 27.08.2012).
- Hart, B. og V.M. Grace (2000): Fatigue in chronic fatigue syndrome: a discourse analysis of women’s experiential narratives. *Health Care Women Int* 21: 187–201.
- Helle-Valle, A. (2011): Hva feiler det den vanskelige pasienten? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 131: 1762.
- Helsedirektoratet (2012) Diagnosekriterier. <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/cfs-me/diagnosekriterier/Sider/default.aspx> (avlest 27.08.2012).
- Helsedirektoratet (2011): *ICD-10. Norsk utgave 2011*. [http://www.kith.no/templates/kith\\_WebPage\\_\\_\\_\\_\\_1145.aspx](http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_____1145.aspx) (avlest 01.02.2012)
- Illich, I. (1996): *Medisinsk nemesis*. Oslo: Gyldendal.
- Jauhar, S. (2006): The demise of the physical exam. *The New England Journal of Medicine* 354: 548–51.
- Jewson, N.D. (1976): The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770–1870. *Sociology* 10: 225–44.
- Johannisson, K. (1996): *Det mørke kontinentet: Kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet*. Oslo: Aventura.
- Jørstad, R.G. (2012): *ME/vaksine*. <http://www.npe.no/no/Om-pasientskader/Tema-artikler/MEvaksine-1/> (avlest 20.02.2012).
- Kindlon, T. (2011) Reporting harms associated with graded exercise therapy and cognitive behavioural therapy in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Bulletin of the IACFS/ME* 19: 59–111.
- Lawrence, C. (1994): *Medicine in the making of modern Britain 1700–1920*. London: Routledge.
- Le Fanu, J. (1999): *The rise & fall of modern medicine*. London: Abacus.
- Lian, O.S. (2007): *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lippestad, J.-W., N. Kurtze og A.M. Bjerkan (2011): *Status for helse- og omsorgstilbudet til pasienter med CFS/ME i Norge*. Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Marazziti, D. (2006): The neurobiology of love. *Impuls Tidsskrift for psykologi* 60: 20–25.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006): *Diagnostisering og behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Nettleton, S. (2006): ‘I just want permission to be ill’: towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Soc Sci Med* 62: 1167–78.
- Nettleton, S; L.O. Malley; I Watt og P Duffey (2004): Enigmatic illness: Narratives of patients who live with medically unexplained symptoms. *Social theory & health* 2: 47–66.
- Nordal, I. (2002): Darwinisme – en fruktbar teori for å forstå ”kvinnens natur”? I C Wegener og Aa Wynn, red.: *Er det så naturlig? Perspektiver på kjønn og biologi*. Tromsø: Kvinnforsk, Universitetet i Tromsø.
- Page, L.A. og S. Wessely (2003): Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *Journal of the royal society of medicine* 96: 223–7.

- Prydz, P. og K. Malterud (2011): *MUPS – fra usikkerhet til mestring – en undervisningsvideo for allmennleger*. <http://helse.uni.no/Projects.aspx?site=12&description=0&project=2543> (avlest 07.02.2012)
- Reiser, S.J. (1978): *Medicine and the reign of technology*. Cambridge: Cambridge university press.
- Stormorken, E. (2006): *Myalgisk encefalopati (ME) Kronisk utmattelsessyndrom (CFS) WHO diagnosekode G93.3 (nevrologi) Neuroimmunologisk energisvikt – ikke psykologisk tretthet. Kommentarer til rapporten fra Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten*. Oslo: Norsk myalgisk encefalopati forening.
- Sundby, J. (2005): "Han tar meg ikke på alvor". *Tidsskr Nor Lægeforen* 125: 784–5.
- Twaddle, A.C. (1994): Disease, illness, and sickness revisited. I A C Twaddle og L Nordenfelt, red.: *Disease, illness and sickness: three central concepts in the theory of health. A dialogue between Andrew Twaddle and Lennart Nordenfelt*. Linköping: Department of health and society, Linköping University.
- Ulvestad, E. (2009): Ekspert – men på kva? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 129: 642–3.
- Ursin, H. og H. Eriksen (2004) The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology* 29: 567–92.
- Valaker O.; G. Flaaten og S. Dregelid (2012) Giardia-ofre får millionbeløp. <http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Giardia-ofre-far-millionbelop-2721461.html> (avlest 27.08.2012).
- Weidle, B.; T. Gåsnes; G.K. Skjetne og A.L. Høyland (2011): Aspergers syndrom i Sør-Trøndelag 2005–08. *Tidsskr Nor Legeforen* 131: 573–6.
- Østerberg, D. (2011) *Kritisk situasjonsfilosofi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Sosiologisk Årbok* utgis av redaksjonen. Vi mottar økonomisk støtte fra Norges forskningsråd og flere norske universiteter og høyskoler som har fagmiljøer for sosiologi.

*Redaktører:*

Maren Toft (redaksjonssekretær), Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, UiO  
(toft.maren@gmail.com)

Liv Mjelde, Høgskolen i Oslo og Akershus (liv.mjelde@hioa.no)

Øystein Nilsen, Samfunnspolitisk avdeling, LO, Oslo (Oystein.Nilsen@lo.no)

Kristen Nordhaug, Høgskolen i Oslo og Akershus (Kristen.Nordhaug@lui.hioa.no)

Per Otnes (ansvarlig), Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, UiO  
(p.j.otnes@sosgeo.uio.no)

*Redaksjonsråd:*

Margareta Bertilsson, Københavns universitet

Hilde Bojer, Universitetet i Oslo

Donald Broady, Uppsala universitet

Tim Dant, University of East Anglia, Norwich

Kjartan Fløgstad, forfatter, Oslo

Willy Guneriusen, Universitetet i Tromsø

Tom Johansen, Universitetet i Tromsø

Olav Mjaatvedt, freelance

Ann Nilsen, Universitetet i Bergen

Taina Rajanti, Helsinki University of Art and Design

Elisabeth Rogg, Senter for kvinne- og kjønnsforskning, Oslo

Lennart Rosenlund, Universitetet i Stavanger

Berit Skorstad, Høgskolen i Bodø

Audun Øfsti, NTNU

Dag Østerberg, Universitetet i Oslo

ISSN 0808-288X

Design omslag: Ole Røssset

**Innhold**


---

<i>Per Otnes</i>	
Innledning .....	3
<i>Kjartan Fløgstad</i>	
Nøkkelapell: Marxist Hunter .....	5
<i>Dag Østerberg</i>	
Kritisk situasjonsfilosofi og sosiologi .....	13
<i>Ståle Eskeland</i>	
De mest alvorlige forbrytelser .....	21
<i>Rasmus Willig</i>	
Kritisk masse .....	33
<i>Willy Guneriusen</i>	
Opplevelsessamfunnet – en vidunderlig ny verden?	
Kulturelle spenninger i det senmoderne samfunnet .....	41
<i>Benedicte Brøgger</i>	
Sosialt entreprenørskap i Norge – arenaer og former for deltakelse ....	71
<i>Olaug S. Lian</i>	
Vitenskap og verdier i moderne medisin: Idealer og realiteter .....	83
<i>Målfrid Irene Hagen</i>	
Kunstens makt – maktens kunst .....	107