

Et misogynt helsevesen?

Aman Dip Singh

Et interseksjonelt perspektiv individualiserer ikke årsakene til psykisk lidelse – det ser heller på virkningen av undertrykkelse.



AMAN DIP SINGH er spaltist i oktoberutgaven. (Foto: privat)

Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD) er en sentral del av det globale helsesystemet. ICD-11 har introdusert flere viktige endringer, som gir klinikere bedre verktøy for å dokumentere hvordan langvarige og traumatiske opplevelser påvirker psykisk helse. Likevel mener jeg at ICD-11 fortsatt har mangler når det gjelder å anerkjenne de sosiale og strukturelle årsakene bak psykisk lidelse. Dette gjelder spesielt i tilfeller som knytter seg til kvinners opplevelser av vold. Jeg mener dette peker på en bredere utfordring i samfunnets forståelse av psykisk

helse, der psykisk smerte og lidelse fremdeles ofte individualiseres uten at de bakenforliggende sosiale og strukturelle årsakene får tilstrekkelig oppmerksomhet.

Pågående folkehelsekrise

Globalt sett er seksuell vold mot kvinner så utbredt at det kan betraktes som en folkehelsekrise. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) har én av tre kvinner globalt opplevd fysisk og/eller seksuell vold (WHO, 2024). Selv om symptomer tilknyttet PTSD, angst, depresjon m.m. ofte blir fanget opp i ICDs diagnosekriterier, ignorerer manualen underliggende årsaker – for eksempel prevalensen av spesifikke stresskilder og hvordan de korrelerer med demografiske grupper (som kjønnsidentitet eller migrasjonsstatus). Dette gjenspeiles i statistikker som viser at kvinner rapporterer flere psykiske plager enn menn og er overrepresentert i diagnostiseringen av psykiske lidelser. Ifølge Folkehelseinstituttet rapporterer 10–30 % av kvinner psykiske plager, sammenlignet med 10–20 % av menn. Særlig er de yngre utsatt, hvor 40 % av kvinnelige studenter rapporterer psykiske plager, sammenlignet med 24 % av mannlige studenter (Folkehelseinstituttet, 2023).

Misogyni kan forstås som en systematisk nedvurdering av kvinner, enten bevisst eller ubevisst, og går dypere enn eksplisitt kvinnehat. Mens eksplisitt kvinnehat kan komme til uttrykk som trakassering eller vold, er misogyni i tillegg forankret i sosiale og kulturelle strukturer som påvirker hvordan kvinner behandles i samfunnet, inkludert i helsevesenet. Jeg mener at misogyni i helsevesenet handler om strukturer som systematisk over-individualiserer og sykeliggjør kvinners erfaringer. Det er ikke uvanlig, etter mine erfaringer, at kvinner som lever med vold i hjemmet, ikke får et behandlingstilbud. Hvorfor? Fordi en eksplisitt og pågående kilde til stress ikke er forenelig med diagnostiske kriterier for PTSD. Helsevesenets opptatthet med «post»-aspektet av diagnosekriteriene gjør psykologisk behandling utilgjengelig for de mest utsatte gruppene i vårt samfunn. Dette kan imidlertid også argumenteres for å være hensiktsmessig; behandling for PTSD kan tenkelig være kvalitativt annerledes enn behandling som iverksettes samtidig som et individ lever under voldelige forhold. Dette gir pasientene en mulighet til å få helsehjelp som i bedre stand møter deres behov. Men samfunnets endemiske og disproporsjonale vold preger kvinners psykiske helse på gruppenivå, og kvinner kan preges av det uten å formelt sett tilfredsstille diagnosekriteriene for PTSD. I disse tilfellene står vi i fare for å dekontekstualisere individet: Vi fokuserer ikke på de strukturelle og systematiske kildene for undertrykkelse og belastning, men snarere på hvordan dette kommer til uttrykk hos individet.

Mangelen på en teoretisk forståelse av kontekstuelle faktorer fører til at kvinners reaksjoner (...) i større grad blir tolket som symptomer på patologiske tilstander

For eksempel har kvinner høyere forekomst av angstlidelser enn menn, men dette blir oftere sett på som individuell psykopatologi og ikke som en naturlig respons på langvarige stressfaktorer som kjønnsbasert vold og/eller undertrykkelse. Symptomer som angst, hyperårvåkenhet eller sosial tilbaketrekning kan være adaptive responser på å leve under ekstreme forhold, men når disse ikke settes i kontekst, risikerer de å bli misforstått som individuelle eller kjønnsbaserte karakteristikk, heller enn konsekvenser av miljømessige påvirkninger.

Interseksjonelt perspektiv

På veien mot et inkluderende samfunn, herunder et rettferdig helsevesen, er vi tjent med å anvende et interseksjonelt perspektiv i diskursen om strukturelle skjevheter og hvordan det preger vår forståelse av psykisk lidelse. Dette innebærer at man vurderer symptomatologi opp mot sosiokulturelle og systemiske faktorer, slik som kjønn, etnisitet, klasse, seksuell legning, funksjonsevne, kjønnsidentitet, migrasjonsstatus, kognitive evner og geografisk tilhørighet (for å nevne noen). Psykisk smerte og lidelse kan derfor, fra et interseksjonelt perspektiv, forstås som et fenomen moderert gjennom ulike former for undertrykkelse og privilegier.

Diagnosemanualen er i sin nåværende form ikke tilpasset til å romme eller konseptualisere denne dynamikken. Vi står igjen med et verktøy som er godt egnet for å beskrive symptomer, men samtidig et verktøy som gjør at alle vurderes likt, og som kan rettferdiggjøre en forståelse av psykiske helseplager som individuelle og biologiske fenomener, løsrevet fra de sosiale strukturene som former selve opplevelsene. Denne problemstillingen strekker seg ut over diagnosemanualen alene; det reflekterer en generell svakhet i hvordan vi forstår psykisk lidelse i vår kultur.

En kvinne med innvandrerbakgrunn kan for eksempel være mer utsatt for både strukturell vold i form av rasisme på grunn av synlige minoritetsmarkører, og kjønnsbasert vold fordi hun er kvinne. ICDs kategoriseringer vil ikke nødvendigvis reflektere denne kompleksiteten. Vi bør derfor forsøke å tilpasse diagnosemanualen slik at den omfatter den komplekse og dynamiske ytre verden, istedenfor å begrense den til statiske kriterier.

ICD eller klinikerens – hvem har ansvaret?

ICD er konstruert som et diagnostisk rammeverk for å tilby en samling av symptomer og kriterier – ikke et teoretisk rammeverk for å forstå de underliggende årsakene til psykiske lidelser. Derfor kan en argumentere for at det er klinikerens ansvar å vurdere individuelle og kontekstuelle faktorer (dette gjelder ikke bare ICD, men alle symptomdrevne diagnostiske systemer). Dette poenget er gyldig, men selv om ICD ikke har en teoretisk ambisjon, får det en normativ effekt i klinisk praksis. Dette påvirker hvilke symptomer som anerkjennes, og hvilke årsaker som vurderes. Mangelen på en teoretisk forståelse av kontekstuelle faktorer fører til at kvinners reaksjoner på traumer, som i noen tilfeller kan være adaptive overlevelsestrategier, i større grad blir tolket som symptomer på patologiske tilstander.

I møte med mennesker som er av uendelig kompleksitet og unikhhet, mener jeg at klinikere har et ansvar for å forsøke å møte dem med åpenhet og ydmykhet. Begrepet kulturydmykhet peker på forståelsen av at man ikke nødvendigvis vet alt om den andre sin kultur. Her ligger lærdommen i å erkjenne hva man ikke vet, ikke at man skal ha et fullstendig bilde over alle tenkelige kulturelle forskjeller. Den samme ydmykheten må også utvides til andre marginaliserte grupper.

ICD alene kan ikke holdes ansvarlig for en begrenset forståelse av psykisk helse, men den reflekterer en dypere systemisk svakhet i hvordan vi som samfunn forstår psykisk lidelse. Som psykoanalytiker Laura S. Brown påpeker, må psykologisk og medisinsk vitenskap utvide sin forståelse av traumer og lidelse til å inkludere effektene av undertrykkelse (Hollander, 2010). Et slikt skifte er ikke bare vitenskapelig nødvendig, men også etisk og rettferdig.

Et interseksjonelt perspektiv vil kunne fremme ydmykhet i møte med individenes unike opplevelser, inkludert deres strev og lidelse, og dermed åpne for et mer inkluderende, rettferdig og effektivt behandlingsapparat. Forhåpentligvis kan dette være et bidrag til å skape større forståelse og

romslighet, fremfor stereotype og forenklaede teorier om kjønnsforskjeller og andre former for sosial ulikhet.

Merknad. Ingen oppgitte interessekonflikter

Referanser

Hollander, N.C. (2010). The gendering of human rights: Women and the Latin American terrorist state. I A. Harris & S. Botticelli (Red.), *First do no harm: The paradoxical encounters of psychoanalysis, war-making, and resistance* (1. utg., s. 282–283). Routledge.

Folkehelseinstituttet. (2023, 17. august). *Psykiske plager og lidelser hos voksne***. FHI.no.

World Health Organization: WHO. (2024, 25. mars). *Violence against women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>