

Grenseløs sykelligjøring



INNENFOR ELLER UTENFOR? Når alt blir psykologi, ender faget med å handle om ingenting, skriver professor Bjørn Hoffman som et svar til fagsjef Andreas Høstmælingens debattinnlegg i juniutgaven av Psykologtidsskriftet. Foto: Johner/Scanpix.

Psykologforeningens fagsjef Andreas Høstmælingen argumenter leder psykologien på ville veier: Ved å gjøre alle plager til psykologiens anliggende, utvanner man faget og mister grepet om de forholdene der man kan gjøre en viktig forskjell.

TEKST

Bjørn Hofmann

PUBLISERT 4. august 2017

SYKELIGGJØRING

FAGSJEF I NORSK psykologforening Andreas Høstmælingen argumenterer i en debattartikkel i juniutgaven av Psykologtidsskriftet for at sykelligjøring ikke kan unngås, og at det er en god ting.

Han avviser en «essensialistisk sykdomsoppfatning» og argumenterer for et «funksjonsbasert sykdomsbegrep». Med dette tar han stilling i en flere tusen år gammel strid mellom et «ontologisk» og et «fysiologisk» sykdomsbegrep (Hofmann, 2001): Sykdom er ikke en «ting», men avvik fra en norm – i dette tilfellet fra en normal

funksjon, der normal er definert av samfunnet (Hofmann, 2014). Ett av premissene er at det er vanskelig å peke på grenser mellom friskt og sykt når det ikke foreligger årsaker.

Høstmælingens argumenter virker umiddelbart forståelige, men leder til motsatt konklusjon av det han kommer til: Vi trenger *ikke* psykologer til å håndtere folks plager. Hvor er det fagsjefen undergraver sin egen argumentasjon og sitt eget fag? Villfarelsene synes å være mange. La meg ta dem én for én.

Sykdom uten årsak

For det første er premisset om at sykdom krever kunnskap om kausalitet galt. Det finnes en rekke sykdommer både innenfor somatikk og psykiatri der kausaliteten er ukjent. Schizofreni er ett eksempel på det. Det er klart at kunnskap om kausalitet er viktig for å finne egnet behandling, men det er ikke en nødvendig (eller tilstrekkelig) betingelse for at en tilstand er sykdom.

Psykdom uten følelser

Det andre premisset til Høstmælingen – påstanden om at psykiske sykdommer ikke finnes – baserer seg på essensialisme: «noen inntar en posisjon der psykiske lidelser ikke finnes [...] Denne måten å tenke på baserer seg på et essensialistisk perspektiv, der sykdom antas å ha en selvstendig objektivt påviselig eksistens (essens), uavhengig av hvem som har den.» En nominalist vil eksempelvis hevde at det eneste sykdommer har felles, er navnet sykdom. Vedkommende vil åpenbart ikke være essensialist. Påstanden om at «en psykologi som ikke har plass for tanker og følelser, faller på sin egen urimelighet», faller på sin egen urimelighet. Dersom alt kan kalles sykdom, er det vanskelig å forstå at man skal avgrense seg til tanker og følelser. Sprenger man grensene, kan man ikke bruke de samme grensene til å forsvare sitt territorium.

«Ved å omfatte alt ender psykologifaget med å handle om ingenting»

Konsekvensene er alt

Videre understreker Høstmælingen at det er konsekvensene som er viktige – ikke hvorvidt det foreligger reell sykdom: «Hovedpoenget er ikke om man har en «sann» sykdom, men hvordan konsekvensene av plagene slår ut. Funksjonssvikten blir bakt inn i sykdomsbeskrivelsen.»

Med dette åpner han hele verden for psykologiens føtter – hvis man har plager som har plagsomme konsekvenser, så er man syk, og er derved et ypperlig kase for psykologien. Dette kan se ut som en god sysselsettingsstrategi, men det undergraver snarere psykologien som (helse)fag. Høstmælingen viser selv hvordan:

Når vi lager diagnostiske begreper for lidelser som er helt vanlige i et liv, er det åpenbart at vi sykeliggjør normaliteten. Men dette trenger ikke bare være

negativt. Det er også et uttrykk for en kultur som anerkjenner at et normalt liv er vanskelig.

Ved å gjøre alt som er vanskelig, til et anliggende for psykologien, mister den demarkasjonen av sitt gjenstandsområde. Ved å omfatte alt ender faget med å handle om ingenting.

Dessuten antar Høstmælingen at psykologien er den beste måten å hjelpe folk med deres plager på. Dette er en djerv antagelse, da det utvilsomt finnes en lang rekke andre tilnærminger og tiltak som kan tenkes å være langt bedre til å håndtere folks plager med plagsomme konsekvenser. En rekke sosiale (og politiske) grep synes å være langt mer effektive for å håndtere folks «vanskelige liv».

Psykologens profesjonalitet

Profesjoner er karakterisert av fem kjennetegn: 1) kompetanse, 2) altruisme (uegennyttighet), 3) disiplineringsmekanismer overfor dem som bryter med faglige normer, 4) faglig selvråderett (autonomi) (Light, 2002; Åsland, 2001) og 5) forvaltning av fellesskapets ressurser (Slater, 2001). Dersom psykologer vilkårlig sykkeliggjør tilstander etter eget for godtbeholdende, undergraves punktene 1, 3 og 5 – og dermed berettigelsen til å kalle seg en profesjon. Jeg antar at det ikke var dette som var hensikten med fagsjefens utspill.

Diagnoser hjelper

En annen antagelse i Høstmælingens resonnement er at det å gjøre noe til sykdom eller å få en diagnose, er til hjelp for folk: «En ikke-essensialistisk sykdomsforståelse åpner for at fenomener som sorg og engstelse kan flyte inn og ut av det vi betegner som sykt. For mange blir sykkeliggjøring da et gode.» Det er langt fra åpenbart at det å gjøre noe til sykdom er et gode. Homoseksualitet ble gjort til en sykdom (for å fri personene fra sosial stigmatisering), mens det viste seg at det istedenfor var stigmatiserende.

Diagnoser er ambivalente (Jutel, 2016): De forklarer, predikterer og letter samtidig som de kan legge sten til byrden (Asbring & Narvanen, 2002; Undeland & Malterud, 2007). De uttrykker profesjonell makt (Rosenberg, 2002), kan være psykologisk belastende (Coon et al., 2014; Pickering, 2006), ha negative kulturelle effekter (Armstrong, 1995) og kan ha negative virkninger på enkeltmenneskers livskvalitet. I tillegg kan diagnosene påvirke menneskers identitetskonstruksjon (McGann, 2011; Nielsen, Petersen, Risør, & Rønberg, 2016) og redusere deres helse (Jørgensen, Langhammer, Krokstad, & Forsmo, 2014, 2015). Poenget er ikke at sykkeliggjøring og diagnosesetting alltid har slike effekter, men snarere at det ikke nødvendigvis har positive effekter, slik Høstmælingen synes å anta, og at det kan være vanskelig å forutse virkningen av slik sykkeliggjøring. Det er derfor langt fra åpenbart at sykkeliggjøring hjelper personene. Dermed kan det også reises spørsmål om hvorvidt Høstmælingens forslag også undergraver det andre kjennetegnet for en profesjon: altruisme.

Gå ut og gjør alle folkeslag til deres pasienter

Jeg hevder ikke i dette innlegget at man må ha et essensialistisk sykdomsbegrep for å være en (helse)profesjon. Jeg hevder bare at om ikke sykdomsbegrepet avgrenser profesjonens virkefelt – og om man ikke viser til andre legitime avgrensninger – så undergraver man grunnlaget for psykologien som en (helse)profesjon. At psykologen kan gjøre alle vansker til sykdom i sin iver etter å hjelpe, gir ingen garantier for at dette er den beste måten å håndtere disse vanskene på. Skolevesen, arbeidsgiver, skattevesen, fotballag, familie og venner kan være langt bedre egnet til å hjelpe. Dessuten er det ikke sikkert at det hjelper overhodet å gjøre alle mennesker til pasienter eller klienter.

Om målet er å sikre og utvide psykologenes virkefelt, så finnes det langt bedre måter å gjøre det på enn Høstmælingens «metode». Selv har jeg argumentert for at man bør legge mer vekt på de psykiske sidene ved somatisk sykdom (Hofmann, 2015). All sykdom har mentale og eksistensielle sider som i stor grad overses innenfor somatikken. Det er mer enn nok å ta tak i helt uten å måtte undergrave legitimiteten for ens egen virksomhet.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 8, 2017, side 758-760

TEKST

Bjørn Hofmann, professor i medisinsk filosofi og etikk ved Institutt for helsevitenskap ved NTNU Gjøvik og Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo

+ Vis referanser

Referanser

- Asbring, P., & Narvanen, A. (2002). Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qual Health Res*, 12, 148-160.
- Hofmann, B. (2001). Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks. *Theor Med Bioeth*, 22(3), 211-236.
- Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hofmann, B. (2015). Exit exceptionalism: mental disease is like any other medical disease. *J Psychiatry Neurosci*, 40(6), E36.
- Jutel, A. (2016). Truth and lies: Disclosure and the power of diagnosis. *Soc Sci Med*, 165, 92-98. doi:10.1016/j.socscimed.2016.07.037
- Jørgensen, P., Langhammer, A., Krokstad, S., & Forsmo, S. (2014). Is there an association between disease ignorance and self-rated health? The HUNT Study, a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 4(5). doi:10.1136/bmjopen-2014-004962
- Jørgensen, P., Langhammer, A., Krokstad, S., & Forsmo, S. (2015). Diagnostic labelling influences self-rated health. A prospective cohort study: the HUNT Study, Norway. *Family practice*, cmv065.
- McGann, P. (2011). *Troubling diagnoses* *Sociology of diagnosis* (s. 331-362): Emerald Group Publishing Limited.
- Nielsen, M., Petersen, A., Risør, M. B., & Rønberg, M. (2016). Diagnoser: Organisation, kultur og mennesker. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 13(25).
- Rosenberg, C. (2002). The tyranny of diagnosis. *Milbank Q*, 80, 237-260.

Undeland, M., & Malterud, K. (2007). The fibromyalgia diagnosis: hardly helpful for the patients? A qualitative focus group study. *Scand J Prim Health Care*, 25, 250-255.