



Subjektive lidelser og objektiverende kategorisering

KOMMENTAR

AKSEL TVERÅMO

aksel.tveramo@uib.no

Aksel Tveråmo er fastlege i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

INE BAUG JOHNSEN

Ine Baug Johnsen er psykolog ved Nevropsykologisk Helsetjeneste Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Elling Ulvestad etterlyser en ny positivisme-debatt relatert til subjektivitet og sykdom (1).

Hans utgangspunkt er immunologi, en ramme der dyremodeller ofte danner grunnlag for å si noe om immunsystemet hos mennesket. Vi kjenner igjen problemstillingen om subjektivitet og sykdom i våre fagfelt. Vårt utgangspunkt er klinisk praksis i allmennmedisin og psykologi med atferdsobservasjon og klinisk skjønn. Vi har spesielt interessert oss for subjektive lidelser relatert til stress og levd liv (2).

En ny positivisme-debatt kan belyse samfunnets og individets behov for at helsevesenet skal levere faste punkter i en flytende tid. Dette konkrete leveres til velferdssystemet ved NAV, i form av diagnoser som skal danne objektiverende kategorier. Selv om de ikke er presise, kan de framstå som faste og objektive størrelser, og knyttes opp mot den biomedisinske modellen som ofte foretrekkes av NAV, leger, pasienter og farmasøytisk industri.

NAV knytter arbeidsevne til helsekategori, slik at de som ikke mestrer kravet om å være et selvforsørget individ i det ordinære arbeidslivet, kan ledes mot å kreve sin velferdsrettighet med en diagnose. New Public Management-styring av NAV bruker diagnosekoder når juridiske og økonomiske rettigheter skal fordeles.

Den amerikanske psykiaterforeningens symptombaserte diagnosesystem, Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM), ser ut til å øke i sin betydning som forklaringsmodell. DSM ble lansert i 1952, og i 1994 ble det tatt inn i varmen av World Health Organization, som tilpasset sin International Classification of Diseases (ICD) til DSMs modelltenkning for psykisk lidelse (3). I 1997 tilpasset verdens allmennlegeorganisasjon WONCA sitt system International Classification of Primary Care til ICD (4).

DSM's sykdomsforståelse fokuserer på symptomer og ikke på kontekst og årsak. Dette medfører at diagnostikken gir høy reliabilitet, men lav validitet. Diagnosene brukes likevel som et fast punkt i mangel av noe bedre. AD/HD- og ME-diagnosene kan fungere som modeller for objektiverende kategorisering av lidelser uten biomedisinske funn. En debatt i tidsskriftet viser at sykehusspesialister og myndigheter tilpasser seg, av henholdsvis ressursmessige og politiske grunner, til ME-foreningens foretrukne biomedisinske sykdomsmodell (5,6).

LITTERATUR

1. Ulvestad E. Subjektivitet og sykdom. Tidsskr Nor Legeforen 2018. doi: 10.4045/tidsskr.17.1040. [CrossRef]
 2. Tveråmo A, Johnsen IB, Meland E. En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2174 - 6. [PubMed][CrossRef]
 3. Pommier G. Patologisering av livet. Norske Le Monde diplomatique 2018. <https://www.lmd.no/2018/03/patologisering-av-livet/> (11.4.2018).
 4. ICPC-2. Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten 2004. https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/9/ICPC-2-bok_110304.pdf (4.4.2018).
 5. Vogt H, Lunde C. AD/HD-medisinerer – svakt vitenskapelig grunnlag. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138: 126 - 8.
 6. Owe J, Næss H, Tysnes OB. Hvem skal utrede kronisk utmattelse? Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 21 - 2. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 3. mai 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0317

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juni 2023.