

Sykdomsbegrepet i historisk og dagsaktuell sammenheng

Hva er sykdom? Hva vil det si å være syk? Slike spørsmål kan fortone seg som uinteressante for den travle kliniker, men bringer oss egentlig til kjernen av spørsmål om legens oppgaver og medisins mål og mening. Den individuelle og personlige opplevelse er sentral i sykdomsbegrepet. Sånn sett er det ikke sykdommer; bare syke mennesker. Men hvis sykdom kun står for noe vagt og dårlig definert, kan man få en tumleplass for irrasjonelle holdninger. Hver pasient krever oppmerksomhet som et unikt tilfelle, men analyse, systematisk tenkning og evne til å generalisere bringer medisinen fremover. Den biomedisinske sykdomsforståelse, med forankring i begrepene arv og miljø, er et essensielt fundament for diagnoser og behandling. Sykdom er ikke noe abstrakt, det er like konkret som kroppen er det. Møtet mellom det syke menneske og legen bør være et utgangspunkt for samarbeid og kommunikasjon, men innebærer samtidig en analytisk utfordring. Denne analysen, som noen vil kalle reduksjonistisk, er ikke uforenlig med et helhetssyn og en i beste forstand menneskelig holdning.

Sykdomsbegrepet kan forenklet sies å ha én allmenmenneskelig og én profesjonell side. Det allmenmenneskelige uttrykkes i holdningene til sykdom i befolkningen, slik disse eksempelvis gjenspeiles i sykefraværet i næringslivet. Den profesjonelle siden utfordres i dag av biomedisins og særlig genetikens utvikling, med potensiell sykkeliggjøring av friske individer med påvist forhøyet risiko. Utfordringen kommer også utenfra, gjennom alternative behandlingsformer og nye «paradigmer» (1). Disse utfordringene kan bare møtes med klare begreper og en reflektert holdning til medisins mål og mening.

I det følgende anlegges et i hovedsak pragmatisk syn på sykdomsbegrepet, ved å vise at begrepets innhold varierer alt etter ståsted. Av plasshensyn diskuteres ikke det psykiatriske sykdomsbegrep.

Sykdom som menneskelig opplevelse

I det allmenmenneskelige sykdomsbegrep inngår sentrale elementer som feber, smerte, slapphet og et generelt uvelbefinnende. Sykdomsoppfatningen har ett kvalitativt og ett kvantitativt aspekt (2). Det kvalitative går på

Oddmund Søvik
odso@haukeland.no
Barneklubben
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

hvilke symptomer som tolkes som sykdom, det kvantitative går på hvor mye som skal til før man regner seg som syk. Sykdom har mening i forhold til dagliglivets funksjoner, hva man klarer eller ikke klarer. Dette er viktig ved at det setter sykdom i relasjon til funksjonsevnen.

I engelskspråklig litteratur er det innført en distinksjon mellom «illness» og «disease» (3), som på norsk svarer til forskjellen mellom å være subjektivt syk og det å ha en sykdom i formell og medisinsk forstand. Personen selv står for oppfatningen av «illness», mens det som regel er legen som definerer tilstanden som «disease».

Hvis vi noe forenklet betrakter «disease» som objektiv og «illness» som subjektiv sykdom, får vi kategoriene A, B, C og D (2, 4) (fig 1). Personer i kategori A representerer ikke noe personlig eller medisinsk problem. I kategori B bedømmes personen som syk, i strid med egen oppfatning. Eksempel på dette er der sykdom er påvist ved masseundersøkelse (screening) eller andre helseundersøkelser. I gruppe C tror personen at han/hun er syk, men støttes ikke av legens oppfatning. Her vil personen kunne oppleve et kommunikasjons- og troverdighetsproblem overfor legen eller faginstansen. Hypokondere vil også befinne seg i denne gruppen. Kategori D er ukontroversiell.

Mennesker med kronisk sykdom vil ofte fungere normalt i dagliglivet, og sier da om seg selv at de ikke er syke, de har bare en «tilstand». Dette får konsekvenser for bruk av betegnelsen pasient, som i enkelte sammenhenger er blitt negativt ladet. Man møter både enkeltmennesker og grupper som til tross for at de uten tvil kan sies å ha en sykdom i medisinsk forstand, foretrekker betegnelser som klienter eller brukere.

Sykdom i den medisinske hverdag

Det er mange aktører i den medisinske hverdag. Juul Jensen (5) bruker betegnelsen «det kliniske kollektiv». Leger, sykepleiere, hjelpepleiere, psykologer, sosionomer, fysioterapeuter; alle har de sin spesielle oppfatning av sykdom, farget av bakgrunn og forutsetninger. For alle er pasientbegrepet sentralt.

«Pasienten» blir ofte en slags prototyp eller imaginær størrelse med relasjon til diagnose, behandling og medisinsk-etiske overveielser. Pasienten er kilden til sykdomssymptomene, til forskjell fra funnene (signs), som særlig er legens domene. Tradisjonelt er også skillet mellom et symptom og en sykdom. Et symptom er en indikasjon på sykdom, men sjelden tilstrekkelig til å stille en diagnose. En sykdom har som regel flere symptomer, og dessuten objektive funn. Dertil kommer, og dette er viktig, en etablert kunnskapsmasse omkring sykdomsprosessen natur og konsekvenser som forteller noe om prognosen. Betegnelsen syndrom, som en konstellasjon av symptomer og funn, forutsetter egentlig at sykdomsprosessen ikke er nærmere kjent. Men terminologien er ikke konsekvent. Syndrombetegnelsen kan bli hengende ved tilstander som for lengst er etablert som sykdom (f.eks. Hurlers syndrom). På den annen side knyttes syndrombetegnelsen til tilstander hvor grenseoppgangen overfor dagliglivets plager er vanskelig, eksempelvis det kroniske tretthetsyndrom (6), postklimakterisk syndrom og hyperaktivitetssyndrom.

Historisk bakgrunn

Den kliniske observasjon kan dateres tilbake til slutten av 1700-tallet (7). Og det kliniske blikk (medical gaze) er mer enn å se. Det er plurisensorisk og omfatter foruten synet, også berøring (palpasjon) og hørsel (auskultasjon). Det oppstod på denne tiden en klinisk medisin som baserte seg på empiri og observasjon av både det levende og det døde (disseksjon). Etter hundrevis av år kunne man frigjøre seg fra spekulative systemer.

Sykdom som uttrykk for guddommelig straff er en forestilling som fantes i de gamle kultursamfunn i Mesopotamia, Egypt og India. Oppfatningen fantes også i den førhipokratiske greske sivilisasjon, og er velkjent både i jødedommen og senere i muslimsk tradisjon. Med den kristne tanke om en god Gud ble syndsbegrepet sentralt. Sykdom ble en nødvendig konsekvens av synd heller enn en straff. En annen tidlig oppfatning, som har sammenheng med forestillingen om guddommelig straff, er at sykdom skyldes onde ånder. Sammen har disse oppfatningene fulgt menneskeheten frem til vår tid, og er på forskjellig vis fortsatt levende. De innebærer at sykdom er noe som påføres utenfra, av åndsmakter.

Den kinesiske tradisjon skiller seg fra dette bildet ved at sykdom var den uunngåelige

følge av å handle mot naturens lover. Tanken om sykdom som kroppslig disharmoni fantes tidlig både i Kina og Europa, og oppstod antakelig uavhengig av hverandre. Allerede i den førhippokratiske medisin stod helse for harmoni, mens sykdom var en forstyrrelse av harmonien. Dette synet på sykdom ble videreutviklet av Galen (ca. 129–200 e.Kr.), med læren om de fire kroppsvæskene (8). Humoralpatologien, som holdt seg nærmest uimotsagt i henimot 1 500 år, er interessant som en forgjenger for patofysiologien. Sykdommen var her en del av personen, og ikke en selvstendig foreteelse, slik Paracelsus (1493–1541) og J.B. Von Helmont (1577–1644) hevdet. Disse la på sin side grunnlaget for oppfatningen av sykdom som en egen enhet, med en slags parasittisk eksistens i kroppen. Dette betegnes som ontologisk eller essensialistisk sykdomsoppfatning (9, 10).

Den videre utvikling av sykdomsbegrepet bør sees i lys av disse to teorier. Bakteriologien, som oppstod på 1800-tallet med Louis Pasteur (1822–1895) og Robert Koch (1843–1910) som sentrale aktører, kom til å representere et ontologisk syn. Sykdommen assosieres med smittestoffene som trenger inn i kroppen. Illustrerende er også kreftsykdommen som et fremmedelement. På 1800-tallet begynte man så å interessere seg for organenes funksjon og patofysiologi, og Claude Bernard (1813–78) introduserte den eksperimentelle medisin. Senere kom Walter B. Cannon (1871–1945) med sin teori om homøostasen i boken *The wisdom of the body* (11). Organismen er i en dynamisk tilstand, hvor enhver belastning som bringer systemet i ulikevekt straks justeres, ved positiv og negativ tilbakeregulering. Her øyner vi noe av grunnlaget for moderne patofysiologi og endokrinologi.

Kulturell og politisk sammenheng

Menneskers syn på kropp, sjel, liv og død er endringsresistente elementer kulturelt sett (12). Dette innebærer at etablerte oppfatninger om sykdom og helbredelse kan holde seg over lang tid, ikke bare i moderlandet, men også i en flerkulturell sammenheng. Studier innen medisinsk antropologi av de ulike sykdomsoppfatninger er da ikke lenger bare en eksklusiv akademisk disiplin, men blir nødvendig for at helsevesenet skal kunne fungere i forhold til mennesker som har funnet seg nye hjemland. I møtet med innvandremiljøer melder det seg en lang rekke spørsmål: Er det et standard symptomrepertoar i forhold til sykdom? Hvordan uttrykkes smerte? Hvilke myter og religiøse ritualer eksisterer i forhold til sykdom? Hvor utbredt er magi og

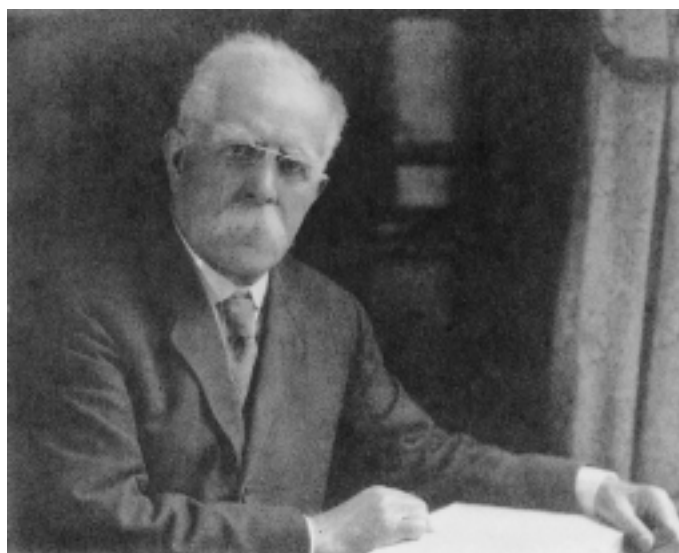
	Objektiv sykdom		
	0	+	
Subjektiv sykdom	0	A	B
	+	C	D

Figur 1 Forholdet mellom «disease» som objektiv og «illness» som subjektiv sykdom

overtro? Er hekseri en levende realitet? De kulturelle variasjoner henger sammen med den sentrale plass som normalitet har i sykdomsdefinisjonen. Det blir ofte et spørsmål om hva som aksepteres og hva som tolereres av avvik i en bestemt gruppe.

I motsetning til de sykdomsoppfatninger som er sementert gjennom en lang tradisjon, har vi de skiftende forestillinger som opprettholdes og forsterkes og kanskje også skapes av den moderne mediekulturen. Særlig aktuell er kroppsopplevelsen, med nye holdninger og tanker i forhold til matinntak og vekt.

De færreste liker tanken på at sykdomsdefinisjonen kan være politisk bestemt. Men det blir et spørsmål om hvor nær sammenheng det i et gitt samfunn er mellom politikk, kultur og religion. Uavhengig av samfunn er antakelig de psykiatriske diagnoser mest utsatt for politisering. Prosessen mot Hamsun er illustrerende, og viser at det ikke bare er totalitære regimer som benytter psykiatriske diagnoser for å løse politiske og rettslige problemer.



Figur 2 Sir Archibald E. Garrod (1858–1936), lege ved St. Bartholomew's Hospital og Hospital for Sick Children i London og professor i medisin ved University of Oxford

Samfunnsorientert sykdomsbegrep

I samfunns- eller sosialmedisinen forstås sykdom som en forrykket balanse mellom individ og miljø, mens tilpasning og balanse er forutsetninger for helse. Når denne kningen knyttes opp mot vår tids økologiske synspunkter, oppstår lett bildet av en ny forståelse og et nytt helhetssyn. Men allerede Rudolf Virchow (1821–1902) uttalte at medisinen er en samfunnsvitenskap og politikk ikke annet enn medisin i stor målestokk. Og John Ryle (1889–1950), som ble den første professor i sosialmedisin i England, uttalte allerede i 1943 at det var nødvendig å studere «det totale menneske i forhold til dets miljø» (13). Ryle hevdet at den kliniske medisin hadde utviklet seg til en sterkt teknisk preget eksersis i laboratorieundersøkelser, at man hadde glemt mennesket som person og som medlem av familie og sosiale grupper. I Norge ble Karl Evang (1902–81) den dynamiske og utrettelige forkjemper for den velferdstatlige ideologi om å sikre borgernes liv fra vuggen til graven (14). I dag fremstår Norge som «pasient» (15), og følgelig behandlingstrende. Samfunnspektivet innebærer på godt og vondt en utvidelse av sykdomsbegrepet og medisinsens ansvarsområde.

Normalitetsbegrepet

*I met a little elfman once,
down where the lillies blow,
I asked why he was so small,
And why he did not grow,
He slightly frowned and with his eyes,
He looked me through and through,
«I'm quite as big enough for me,» he said,
«As you are big for you.»*

J.K. Bangs

Den lille mannen i verset ønsket ikke å bli vurdert som annerledes ut fra en for ham fremmed norm. Han har sin legemshøyde som han identifiserer seg med. Medisinske fagpersoner, på sin side, foretar statistisk bearbeiding av de antropometriske mål, med angivelse av middelveier og mål for spredning. Så oppstår spørsmålet: Når er statistiske avvik i form av liten høyde, stor høyde, stort hode, korte ekstremiteter etc. å betrakte som «unormalt»? Når har vi å gjøre med sykdom?

Implisitt i normalitetsbegrepet er at det normale samtidig er det vanlige. Dersom det vanlige, eksempelvis befolkningens kroppsvikt, endrer seg over tid, vil normalen endre seg samtidig. Spørsmålet reiser seg da om forholdet mellom det normale og det som er godt og riktig. Fordelingen av blodlipider i to befolkninger kan være forskjellig. Hvilken fordeling er da den helsemessig beste? Normalitetsbegrepet blir problematisk i situasjoner hvor sykdom

er en svært alminnelig tilstand. Under influensaepidemier kan det være normalt i betydningen vanlig å være syk. Vi ser at normalitetsbegrepet er tvetydig. Det kan ha to helt forskjellige meninger, som inngående drøftet av franskmannen Canguilhem (16). For det første kan det normale være ensbetydende med hvordan tingene *bør* være. For det andre kan betegnelsen uttrykke noe om hvordan tingene vanligvis *er*. Disse to betydningene blir ofte blandet sammen. Men det er selvfølgelig ikke gitt at gjennomsnittet representerer det beste, tvert imot kan det være uttrykk for det middelmådige. Og det eksepsjonelle kan være spesielt godt. I en drøfting av det tvetydige i begrepet hevder Hellesnes (17) at normalitet bærer i seg illusjonen om at man på en vitenskapelig måte kan komme over avgrunnen mellom *er* og *bør*, mellom beskrivelser og vurderinger.

Normalitetstenkningen avfører begrep som avviker og «out-lier», med konformitet som bevisst eller ubevisst mål. Det biologisk avvikende blir en sykdom eller en sykdomsrisiko. Det blir en ulykke ikke å være som de andre.

Det biomedisinske sykdomsbegrep – arv og miljø

Den biomedisinske sykdomsoppfatning er i dag universelt utbredt og har en dominerende plass i medisinsk praksis. Dette henger sammen med biomedisinens forankring i naturvitenskap, epidemiologi og statistikk. Forståelsen av de eksogene årsaker til sykdom skyldes særlig mikrobiologien, mens arvelige faktorer er klarlagt takket være moderne genteknologi.

Arv og miljø

I boken *The inborn factors in disease*, som utkom i 1931, lanserte sir Archibald Garrod (1858–1936) begrepet kjemisk individualitet (18). Han hevdet at hvert individ hadde sine nedarvede kjemiske særegenheter, på samme måte som vi er anatomisk forskjellige. Forskjellene trengte ikke representere abnormiteter. I de fleste tilfeller kunne det dreie seg om normale varianter som var et produkt av evolusjonen, og som gav et bilde av en persons styrke og svakheter. I sistnevnte tilfelle stod man overfor en predisposisjon for sykdom, en diatase. Men predisposisjonen gir sykdom bare ved samtidig eksponering for mikroorganismer, kjemiske stoffer eller hverdagens slitasje. Årsaken til sykdom er etter dette syn å finne dels i en persons spesielle konstitusjon, og dels i det ytre miljø. Sykdom er et resultat av hva Garrod kaller en inkongruens mellom individualitet og eksponering. Garrods oppfatning av kjemisk individualitet vakte liten oppmerksomhet i samtiden, og kom i skyggen av hans tidligere bok *Inborn errors of metabolism* (1909), hvor han viser at nedarvede kjemiske defekter gir sykdomssymptomer som varer livet ut.

Tabell 1 Noen foreslåtte definisjoner av sykdom

Alt som er uforenlig med helse (3)
Kroppsfunksjoner nedsatt til under artstypiske nivåer (3)
Kroppens svar på ytre, skadelige agenser (24)
Sammenbrudd i homøostasen (24)
Manglende evne/muligheter til å realisere «vitale mål» (25)

Kroniske multifaktorielle sykdommer

Det er vanlig å kategorisere sykdom som genetisk eller ikke-genetisk. Dette strider mot Garrods oppfatning. Han postulerer at all sykdom har i seg elementer av både arv og miljø. Dette synet har vist seg særlig fruktbart når det gjelder multifaktorielle sykdommer som hjerte- og karsykdom, leddgikt og diabetes. Man kan også anlegge et evolusjonært synspunkt på multifaktorielle tilstander. Menneskets tidlige tilværelse som jeger og samler selekterte antakelig for gener som begunstiget lagring av energi som fett. I dagens vestlige situasjon med et stillesittende liv og ubegrenset tilgang på mat gir dette seg utslag i en høy og økende prevalens av overvekt og type 2-diabetes.

Det er også av interesse å se på kreftsykdommene i Garrods perspektiv. Generelt kan kreft sees på som multifaktoriell sykdom med varierende innvirkning av genetisk konstitusjon og miljøeksponering (19). Det er en alminnelig antakelse at 80–90% av human kreft skyldes miljøfaktorer (20). Men de forskjellige kreftformene viser store forskjeller med hensyn til det relative bidrag av arv og miljø. De familiære former av retinoblastom arves autosomalt dominant med nærmest full penetrans, og denne kreftformen viser stor likhet med arvelig stoffskiftesykdom.

Infeksjonssykdommene

I medisinsk-historisk litteratur (9) beskrives utviklingen av bakteriologien i siste halvdel av 1800-tallet som en av medisinsens virkelige store revolusjoner. Den frembrakte en ny og uhyre effektiv etiologisk doktrine. Nye sykdomsteorier førte hurtig til effektive preventive tiltak overfor infeksjonssykdommer. Identifikasjonen av smittestoffer gav bekrefteelse på gamle teorier om invasive sykdomsfremkallende agenser. I ettertid kan det sies at man ble noe ensidig opptatt av det infeksjøs agens som årsak til sykdom. Senere er begreper som resistens og predisposisjon blitt realiteter, i tråd med Garrods tanker.

Beskrivelser av infeksjonssykdommene er preget av metaforer som går på krig og kamp. Smittestoffene angriper, mens kroppen har sitt infeksjonsforsvar. For å bekjempe sykdommene lanseres det vaksinasjons-

kampanjer. I sitt møte med infeksjonssykdommene er kroppen hjelpeløs uten sitt høyt utviklede og spesialiserte immunsystem. For å holde oss til metaforene kunne vi si at menneskene lever i fiendeland, hvor myriader av smittestoffer og kreftfremkallende elementer angriper oss straks vårt immunforsvar svikter.

Evolusjonen

Garrod aksepterte prinsippet om evolusjon på basis av det naturlige utvalg, og han fremhevet evolusjonens betydning, både for fremkomsten av sykdomsfremkallende agenser og for utviklingen av sykdomsforsvar. I dag er det velkjent at bakterieresistens utvikles ved en naturlig seleksjon av antibiotikaresistente mutanter. Og det at sigdcellenanemi har høy prevalens i malariaområder, kan forklares ved at denne spesielle stoffskifteanomalien gir individene en selektiv fordel i møtet med malaria.

Garrods forestilling om kjemisk individualitet var en forutsetning for oppdagelsen av arvelige stoffskiftesykdommer. Men hans teori hadde langt videre implikasjoner, og i lys av dagens viten blir vi slått av hvor forutseende Garrod var. Det første bevis for dette kom egentlig mens han levde, med Landsteiners oppdagelse av blodgruppene A, B og O. På 1950-tallet kom elektroforesen, som kunne vise polymorfismer i serumproteiner. Senere er den utrolige variasjon i immunapparatet og HLA-systemet blitt påvist, og endelig har vi klarleggelsen av polymorfismene i DNA.

Sykdomsbegrepets omfang og teoretiske innhold

Det er et karakteristisk trekk ved moderne medisin at skillet mellom sykdomsrisiko og det man kunne kalle reell sykdom utviskes, slik man ser det ved påvisning av genetiske og immunologiske risikomarkører. Ofte er det ikke mulig å opprettholde et fornuftig skille mellom det syke og det friske. Eksempel: En person med nyoppdaget type 1-diabetes har ofte en årelang sykdomsprosess bak seg, og det er et aktuelt mål nettopp å kunne intervenere i den prediabetiske fase (21). Omfattende medikamentell risikointervensjon medfører på sin side velkjente problemer knyttet til sykeliggjøring og medikalisering (17, 22).

En tidlig kritiker av det utvidede sykdomsbegrep var Ivan Illich (23). Han advarte mot at stadig flere livsområder blir en del av feltet for helsefaglig ekspertise. Avhengigheten av helsevesenet, ikke bare ved sykdom, men også det at man trenger en «helsesjekk» som forsikring om at man er frisk, kan innebære redusert evne til å mestre eget liv. Ifølge Illich vil en utvidelse av sykdomsbegrepet bare skape nye problemer. Det man trenger er en begrensning av medisinsens domene. Men ønskes det en begrensning av legens ansvarsområde og medisinsens virkefelt, må dette innebære et snevrere sykdoms-

begrep. Det er sykdomsbegrepet som setter grenser for hva medisinen skal og bør beskjefte seg med, ettersom sykdom nærmest definisjonsmessig er helsevesenets ansvar og en oppgave for legene.

I tabell 1 oppsummeres noen forsøk som har vært gjort på å definere sykdom rent teoretisk (3, 24, 25). Ifølge Nordenfeldt (25) er en person P syk hvis og bare hvis P under standard forhold ikke kan realisere sine «vitaltale mål». Hva som er «standard forhold» og «vitaltale mål», må klarlegges gjennom tilleggsdefinisjoner. Å få barn vil for mange være et vitalt mål, og ufrivillig barnløshet som sykdom er blitt aktualisert ved iøynefallende fremskritt i moderne reproduksjonsteknologi og ved at sykdomsstatus gir rettigheter i forhold til ressurskrevende utredning og behandling. Spørsmålet er inngående drøftet av Ruyter (26). Med utgangspunkt i en biomedisinsk sykdomsmodell vil de fleste kunne enes om at påvisbare patologiske tilstander i reproduksjonsapparatet hos den ene eller begge partnere gir grunnlag for sykdomsdiagnosen. Sykdomsdefinisjonen kan da knyttes til strukturell og/eller funksjonell svikt. Barnløsheten blir slik sett en konsekvens, ikke en selvstendig sykdomstilstand, på samme måte som annen sykdom kan lede til hemmet livsutfoldelse.

En omfattende og original drøfting av begrepe sykdom, patologi og normalitet er gitt av Canguilhem (16). Et hovedpoeng for ham er at sykdom ikke bare er noe negativt eller avvik fra en middelverdi, sykdom er en positiv, innovativ erfaring for individet. Den syke opplever tilværelsen på en kvalitativt ny måte. Ifølge Canguilhem er den enkeltes selvforståelse i den kliniske situasjon til sjuende og sist avgjørende i spørsmålet om sykdom eller ikke.

Med dette er vi tilbake der vi startet, med sykdom som menneskelig opplevelse. Men sykdom er ikke bare opplevelse. Når Canguilhem sier at «sykdom er noe pasienten erfarer, og ikke noe legen forteller ham at han har», så er dette riktig hva sykdomsopplevelsen angår, men biologisk sett en tvilsom påstand. Kreft kan påvises hos en intetnende person som føler seg helt frisk.

Medisinsk-filosofiske diskusjoner av sykdomsbegrepet synes ofte å forutsette individer med evne til å ta selvstendige beslutninger og ansvar. Men dette er langt fra alltid tilfellet. Ved alvorlig sykdom er det kanskje unntaket heller enn regelen. Det er illustrerende å se på det syke barn. Hvem avgjør om det lille barnet er sykt? Er det «til sjuende og sist» barnet selv? Eller er det familien? Eller moren? Eller kanskje legen?

Reduksjonsisme og holisme

Et tradisjonelt spenningsfelt i medisinen er mellom helhetssynet og den analytiske metode. Den hippokratiske metode la vekt på hvordan pasienten reagerte på sykdommen, og var mindre opptatt av diagnostiske spørsmål. Dette syn finner vi igjen mye senere

hos William Osler (1849–1919), som hevdet at «Det er viktigere å vite hva slags person en pasient er, enn hvilken sykdom pasienten har». Paracelsus, på den annen side, så på menneskekroppen som en maskin, et syn som ligger til grunn for analytiske metoder. Problemstillingen er stadig aktuell, og gjenfinnes i skillet mellom reduksjonistisk og holistisk syn på sykdom. Det biomedisinske sykdomsbegrep sies gjerne å være reduksjonistisk, ved at man undersøker delene i et biologisk perspektiv. Mennesket, sies det, reduseres til fysikk og kjemi, til en maskin. Som en motpol til dette står da holismen, som tar utgangspunkt i at pasienten er et medmenneske og et individ i en psykososial sammenheng. Holisme kan på denne måten sees på som en holdning til problemene, og en overordnet synsvinkel. Men holisme kan også forstås som en arbeidsmetode, nemlig den at man tar alle relevante faktorer i betraktning, og ikke begrenser seg til det tradisjonelt somatiske. Siden ikke alle faktorer kan undersøkes på én gang, blir en analytisk metode nødvendig også her. All undersøkelse er i sin natur analytisk. Reduksjonisme i negativ forstand blir det hvis man sier at mennesket er fysikk og kjemi, og ikke noe annet.

En hensikt med denne artikkelen har vært å vise at forståelsen av sykdomsbegrepet varierer med menneskelige forutsetninger og ståsted. Dette kan på den ene side tjene til å vise begrepets mangfold, på den annen side kan forskjellige sykdomsoppfatninger være konfliktskapende. Det har således vært påpekt at biomedisinen legger til grunn et sykdomsbegrep som ikke harmonerer med sykdom slik dette oppfattes av personen selv (27). Det kommunikasjonsproblem som dermed oppstår, representerer en stor utfordring til den moderne medisin.

Litteratur

1. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. 2. utg. Chicago: The University Press, 1970.
2. Falkum E, Larsen Ø. Sjukdomsoppfatningar i praksis. I: Nordenfeldt L, red. Hälsa, sjukdom, dödsorsak: studier i begreppsteori och historia. Malmö: Liber, 1986: 13–41.
3. Boorse C. Health as a theoretical concept. Philosophy of Science 1977; 44: 542–73.
4. Nordenfeldt L. Begreppen hälsa och sjukdom. I: Nordenfeldt L, red. Hälsa, sjukdom, dödsorsak: studier i begreppsteori och historia. Malmö: Liber, 1986: 43–73.
5. Jensen UJ. Sygdomsbegreber i praksis. København: Munksgaard, 1986.
6. Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, Komaroff AL, Schonberger LB, Straus SE et al. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. Ann Intern Med 1988; 108: 387–9.
7. Foucault M. The birth of the clinic. London: Vintage Books, 1994.
8. Gottfredsen E. Medicinens historie. København: Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck, 1973.
9. Porter R. The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present. London: Harper Collins, 1997.
10. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Medicinsk filosofi. København: Munksgaard, 1990.
11. Cannon WB. The wisdom of the body. New York: W.W. Norton Inc, 1932.

12. Ingstad B. Kulturelle variasjoner i synet på skillet mellom psyke og soma. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3404–7.
13. Strøm A. Sosialmedisin. Oslo: Liv og Helse Forlag, 1956: 11.
14. Nordby T, Karl Evang. En biografi. Oslo: Aschehoug, 1989.
15. Fugelli P. Pasienten Norge. Oslo: Cappelen, 1994.
16. Canguilhem G. The normal and the pathological. New York: Zone Books, 1989: 186.
17. Hellesnes J. Kampen mot det unormale. Om medisin, makt og tilpasningspress. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 17: 3251–4.
18. Scriver CR, Childs B. Garrod's Inborn factors in disease. Oxford: Oxford University Press, 1989.
19. Hoover PN. Cancer – nature, nurture, or both. N Engl J Med 2000; 343: 135–6.
20. Higginson J, Muir CS. Détermination de l'importance des facteurs environnementaux dans le cancer humain: rôle de l'épidémiologie. Bull Cancer 1977; 64: 365–84.
21. Undlien D, Jøner G, Dahl-Jørgensen K, Skjold-Rønningen K, Nicol-Smith L, Torjesen PA et al. Genetisk og immunologisk risiko for type 1-diabetes – erfaringer fra en intervensjonsstudie. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2799–803.
22. Førde R. Har Illich fått rett? Skaper risikofokuseringen i medisinen uhelse? Nord Med 1996; 111: 113–5.
23. Illich I. Medisinsk nemesis. Oslo: Gyldendal, 1975.
24. Murphy EA. The logic of medicine. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1997: 155.
25. Nordenfeldt L. Concepts of health and their consequences for health care. Theoretical Medicine 1993; 14: 277–85.
26. Ruyter K. Kasuistikk som saksbasert problemløsning. Om medisinsk assistert befruktning. Doktoravhandling. Oslo: Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo, 1995.
27. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–36.

○