Simon Wilkinson

LIDELSE OG LINDRING

Tilknytning og sykdomsspråk

GYLDENDAL
AKADEMISK

SIMON WILKINSON

LIDELSE OG LINDRING

TILKNYTNING OG SYKDOMSSPRÅK

GYLDENDAL
AKADEMISK

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2008
1. utgave

ISBN: 978-82-05-44491-1

Layout: Laboremus Prepress AS
Sats: Supernova
Brødtekst: Minion 10,5/15 pkt

Alle henvendelser om boken kan rettes til
Gyldendal Akademisk
Postboks 6730 St. Olavs plass
0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk
akademisk@gyldendal.no

Forfatteren har mottatt støtte fra
Det faglitterære fond.

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Innhold

FORORD 11
Berit Grøholt

KAPITTEL 1 SYMPTOMER, SYKDOM OG LIDELSE 13
Opplevd sykdom 16
Attribuert sykdom 17
Påvisbar sykdom 19
Å leve med sykdomsutfordringer 21
Oppsummering 22
Sykdomsatferd og strategiske symptomer 22
Tilknytning 24
En psykososial klassifikasjon av sykdom 25
Et nyansert sykdomsspråk 27

KAPITTEL 2 OPPHAV OG OPPVEKST
VÅRE BEGRENSNINGER OG RESSURSER 30
Gener 31
Familiens innflytelse og hjernens utvikling 33
Forventningsdrevne hjerneprosesser og visning 33
Bruksavhengig vekst 34
Omsorgsgiver og hjernens vekst: en oppsummering 35
Betydning av erfaring for oppfatningsevne 35
Emosjoner og hjernens fysiologi: grunnlaget for opplevd sykdom 36
Damasios tese 37
Protoselv 37
Standardemosjoner 38
Språk og signaløkologi 38

Tolkning og språk ... 39
Sykdom og trussel mot homeostase ... 40
Sykdom og bakgrunnsemosjoner ... 41
Sykdoms- og emosjonssignaløkologi ... 41
Oppsummering ... 43
Nevrotransmittere ... 43
Hjernelokalisering ... 45
Stress ... 47
Konklusjon ... 48

KAPITTEL 3 HUKOMMELSE OG LÆRING

SOSIAL UTVIKLING OG SELVBESKYTTELSE ... 49

Hukommelsessystemer ... 49
Implisitt hukommelse ... 51
Atferdshukommelse ... 52
Perseptuell og affektiv hukommelse ... 53
Mennesker som «foregripende maskiner» ... 54
Eksplisitt hukommelse ... 57
Hukommelsessystemer og Adult Attachment Interview ... 59
Semantisk hukommelse ... 59
Selvbiografisk og episodisk hukommelse ... 60
Autonoetisk bevissthet ... 60
Arbeidshukommelse ... 62
Konsolidering i hjernebarken og langtidshukommelsen ... 62
Dissosiering ... 63
Oppsummering: hukommelse, emosjon og opplevelse av sykdom ... 65
Behandling av informasjon ... 66
Temperament, genetikk og fare ... 66
Omforming av informasjon ... 68
Betinging ... 70
Omforming av informasjon: fordreining, utelatelse og forfalskning ... 71
Sosial utvikling ... 73
Emosjonell utvikling ... 74
Fra atferd til strategi: intersubjektivitet og speiling ... 78
Faser i utviklingen av tilknytning: en oppsummering ... 79
Språk ... 82
Symptomsnakk ... 84
Astmasymptomer ... 86
Konklusjon ... 87

KAPITTEL 4 FORELDREROLLEN OG DEN IDEELLE PASIENTEN
SYKDOMSFARE OG HELSERITUALER ... 89
Tilknytning og sykdomsfare ... 91
Fare ... 92
Tilknytningsatferd og helseritualer ... 93
Håndtering av fare: temperament og gener ... 96
Omsorg og tilknytning ... 96
Den balanserte (trygge) type B-klassifiseringen hos voksne og i foreldreomsorgen ... 100
«Sinnets» tilstand med hensyn til tilknytning ... 102
Affektinntoning ... 104
Betraktende/reflekterende funksjon ... 105
Følsomhet ... 105
Fare eller trygghet ... 107
Adult Attachment Interview (AAI) ... 110
Aristoteles' «måteholdne menneske» ... 110
Barndom og den balanserte (trygge) type B-klassifiseringen ... 112
Ritualer i hjemmet ... 113
Synkronisitet og trygghet ... 114
Trygghet og kortisol ... 115
Helse ... 116
Fra 1 år til skolestart: et perspektiv på bruk av «den fremmede situasjonen» og «førskolevurdering av tilknytning» ... 116
Det ideelle sykdomsspråket ... 118

KAPITTEL 5 «FORBEHOLDNE» TYPE A-TILKNYTNINGSSTRATEGIER ... 121
Den forbeholdne type A-klassifiseringen hos voksne og i foreldreomsorgen ... 123
Foreldrenes omsorg og manglende kontinuitet av strategi ... 130
Den forbeholdne strategien, sykdomsatferd og å holde seg frisk ... 131
AAIs betydning for forståelse av strategien ... 133
Endring i strategi: et perspektiv fra klinisk praksis ... 134
De «tvangsmessige» strategiene: de forbeholdne type A3- til A8-strategiene ... 135
Den tvangsmessig omsorgsgivende strategien ... 136
Den tvangsmessig lydige strategien ... 137
Den tvangsmessig svikefulle strategien ... 138
Den tvangsmessig selvhjulpne/isolerte strategien ... 139
Realitetsbristende idealisering og ytre sammensatte selv som forbeholdsstrategier ... 139
Barndom og de forbeholdne type A-strategiene ... 140
Syke barn ... 142

Risiko, fare og utrygghet 144
Helseritualer og -rutiner 145
Moralske forpliktelser og følsomhet overfor sykdom og emosjon 147
Fattigdom, depresjon og stress 148
Den forbeholdne kognitive sykdomsdialogen 151
Sårbarhet for opplevd og påvisbar sykdom 153
Forkjølelse 153
Hiv 154
Kreft 154
Opplevd hjerte- og karsykdom 156
Astma 159
Noen foreløpige konsekvenser for klinisk praksis og helsefremmende tiltak: samarbeid på den andres premisser og samarbeid på felles premisser 163

KAPITTEL 6 «SELVOPPTATTE» TYPE C-TILKNYTNINGSSTRATEGIER OG ANDRE KLASSIFIKASJONER 167

Den selvopptatte type C-tilknytningsklassifiseringen hos voksne og i foreldreomsorgen 170
Oppsummering 177
De selvopptatte type C-strategiene (C1–C2) 180
De selvopptatte tvangstankepregede type C-strategiene (C3–C8) 182
Et spørsmål om kjønn 187
Andre klassifiseringer 189
A/C og AC 189
Uløst 190
Traumer 192
Desorganisert 195
Barndom og den selvopptatte type C-klassifiseringen 198
Håndtering av risiko 201
Den selvopptattes «affektive» sykdomsdialog 203
Andre varianter av sykdomsspråket 206
Anoreksi 207
Smerte og belastning 207
Foreløpige implikasjoner for klinisk praksis og helsefremmende tiltak: medvirkning og konflikt 209

KAPITTEL 7 TVETYDIGE SYMPTOMER OG BETYDNINGEN AV TILKNYTNINGSSTRATEGIER BLANT HELSEARBEIDERE 215

Tvetydige symptomer 218
Somatisering: somatisk lidelse 220
Sykdomstriaden: somatisering, depresjon og angst 223
Hypokondri 223

Et utviklingsperspektiv ... 225
Ordforråd for sykdom: ord for følelser mot aleksitymi ... 228
Tilknytningsstrategiene hos ansatte i helsevesenet ... 233
Den nye kontrakten ... 243
Utdanningsbehov ... 243

KAPITTEL 8 MÅLJUSTERT FELLESSKAP FOR HELSE ... 246
Helse ... 247
Helsetjenester ... 249
Måljustert fellesskap ... 254
Konsekvenser for behandling ... 257
Empowerment ... 260
Historier og attribuering ... 261
Forklaringer ... 263
Avspenning og informasjon ... 264
Lydighet og samarbeid ... 266
Motivering ... 268
Håp: forventninger og placebo ... 271
Ansvar og skyld ... 273
Kjønn ... 275
Husholdning ... 278
Sosial konstruering av betydning av risiko ... 278
Sykdomsroller ... 279
Helsefremmende arbeid ... 280
Kultur ... 281

VEDLEGG 1 TILKNYTNING, VURDERING AV DEN ANDRES SINNSTILSTAND OG HJERNENS UTVIKLING ... 288

VEDLEGG 2 TILKNYTNINGSKLASSIFISERINGER ... 292

REFERANSELISTE ... 294

STIKKORD ... 319

SLUTTNOTER ... 323

Forord

Berit Grøholt

Denne boka beskriver hvordan barn uttrykker og opplever det vi kaller sykdom. Forfatteren tar for seg det meget kompliserte samspillet mellom sykdom, oppvekst, hukommelse, læring og utviklingspsykologi. Sentralt står forfatterens beskrivelse av ulike tilknytningsformer, og han støtter seg til tilknytningsteori. Tilknytningsteori ble først utviklet av Bowlby, og er senere videreutviklet. I denne boka presenteres perspektiver utviklet av Pat Crittenden i samarbeid med forfatteren. Tidlig i livet utvikler alle barn atferd som gir dem mest mulig beskyttelse og ro med foreldrene. Med andre ord vil målet med atferden være å sikre størst sjanse for overlevelse og best mulig utvikling, selv om noen av barnets reaksjonsmåter kan skape problemer senere. Tilknytningsatferden vil senere prege barns psykologiske forståelse av seg selv og omverdenen, til og med hvordan de oppfatter det som skjer. Vi sier at barnet har utviklet en tilknytningsstil eller tilknytningsstrategi. Slik atferd blir synlig når en person opplever seg truet. For de fleste av oss er en sykdomstilstand en potensiell eller reell trussel, derfor blir forståelse av tilknytningsatferd viktig i møte med en syk person.

Tilknytningsstrategiene kan ha uhensiktsmessige sider uten at det faller utenfor det vi oppfatter som normalt. For å gi helsepersonell og andre den beste muligheten for å forstå syke barn og deres foreldre eller andre voksne definerer forfatteren ulike former for sykdomsopplevelse, ulike former for hukommelse, hvordan emosjoner uttrykkes, og hvordan tilknytningsstrategier modifiserer det komplekse samspillet mellom barn og foreldre eller andre voksne og hjelpeapparat. Også

ansatte i hjelpeapparatet har påvirkningskraft gjennom sin tilknytningsstil. Forfatteren hevder sågar at helsepersonell kan bidra til å opprettholde uhensiktsmessige oppfatninger av sykdom.

Han viser også til hvordan sykdomsspråket knyttet til forskjellige sykdommer som forkjølelse, astma, kreft og hjerte- og karlidelser er påvirket av personers tilknytningsstil. Gjennom boka følger vi en ung pasient som illustrerer mange av de teoretiske perspektivene på en instruktiv måte.

Forfatteren formidler at alle de beskrevne prosessene utvikles som de beste tilgjengelige tilpasningsstrategier. Likevel kan foreldres anstrengelser for å ta vare på barna sine beskrives som feilhandlinger og blir ofte slik beskrevet i denne boka. Hvis leseren har det for øyet og ikke blir overveldet av alt det foreldre gjør som ikke er det ideelle, kan boka bidra til at syke barn og deres foreldre bli møtt på en god måte.

KAPITTEL 1

Symptomer, sykdom og lidelse

An infant crying in the night:
An infant crying for the light:
And with no language but a cry.

Alfred Lord Tennyson

Ida skulle feire sin fireårsdag om ettermiddagen. Akkurat nå hadde hun ikke lyst til å stå opp og gå ned til frokost. Alle gavene ventet på henne. Det var ikke mye tid til overs. Snart skulle far kjøre henne til barnehagen. Hva var problemet? Hadde hun fått influensa? Bestemor hadde det for en uke siden. Var hun for spent og hadde vondt i magen? Var hun bekymret for hvordan hun ville mestre feiringen i barnehagen? Og ikke minst, betydde dette at en av foreldrene måtte være hjemme med henne? Var hun syk eller utafor? Eller kanskje begge deler – og spilte det egentlig noen rolle? Kanskje var det så enkelt som at hun hadde lagt seg for sent kvelden før?

Denne boka handler om pasienter. Den tar utgangspunkt i den opprinnelige forståelsen av ordet pasient som «den som lider». Boka gir en forståelse av hvordan mennesker lærer å formidle sin lidelse og sitt ubehag slik at de kan mestre lidelsen på best mulig måte. Det handler om et effektivt sykdomsspråk.

Kommunikasjon mellom pasient og lege er det området av medisinsk praksis som gir størst grunn til offentlig debatt og bekymring. Flere rapporter tyder på at det her er behov for forbedring. Bokas mål er å vise nye forståelsesmåter som

åpner for nye løsninger. Grunnlaget ligger i forståelsen av menneskers sykdomsspråk.

Mennesker må tidlig lære å skille mellom forskjellige typer ubehag. Det kan gjelde alt fra ubehag forårsaket av sykdom til mindre alvorlig ubehag som å føle seg uvel eller utafor. For å forstå atferden hos pasienter uansett alder må vi legge til grunn et utviklingsperspektiv som dekker hele livsløpet – fra det nyfødte barnets gråt til alderdom. Spedbarnet sier fra om sitt ubehag ved å gråte. Effektiv klaging vekker foreldrenes oppmerksomhet, og bidrar til at barnet får det som minsker dets ubehag. Selv om det først er senere at barn mestrer sitt eget ubehag, er mestringen avhengig av hvordan ubehaget er blitt møtt tidligere i livet. For å sortere og regulere eget ubehag senere i livet er vi avhengige av at andre hjalp oss de første årene.

De vanligste årsakene til uro hos spedbarn er sult, ensomhet og våt bleie. Men sykdom kan heller ikke utelukkes. Foreldrenes forventninger bestemmer hvor vanskelig situasjonen blir for barnet. Hvis hvert tegn til utslett blir møtt med bekymrede blikk inntil man har fått klarhet i hvordan man skiller hverdagslige sykdomsutslett fra utslett knyttet til hjernehinnebetennelse, overfører foreldrene lett sin egen engstelse til barnet.

Foreldre er mer eller mindre lydhøre overfor egne barns ubehag når de vurderer hva årsaken kan være. Vanligvis leter de etter utløsende faktorer (hva spiste Ida kvelden før?). Konsekvenser av vurderingen spiller også en rolle. Hvor viktig er det å bli helt sikker på at avgjørelsen syk eller frisk er «riktig»? Hvis avgjørelsen må tas raskt, mister de muligheten til å vurdere tilstanden til et «halvsykt» barn grundig nok over tid, for eksempel hvis de må ta stilling til å være på jobb eller ikke. Sjefens holdning til fravær når barn er syke, påvirker foreldrenes vurdering av hvor alvorlig sykdommen eller ubehaget er.

Gråt er utgangspunktet for utvikling av et språk for lidelse. Språket utvikler seg etter hvert, både verbalt og ikke-verbalt. Gjennom språket kan vi på ulikt vis dele vår indre tilstand og våre tanker med andre. Vi kan be om hjelp med ord og ved hjelp av kroppsspråk og stemmeleie. Når det gjelder indre ubehag, skjer den viktigste formidlingen ofte uten ord, noe som er spesielt tydelig tidlig i livet. Ordene og atferden formes av den omsorg barnet får fra sine foreldre eller andre foresatte gjennom oppveksten. Ut fra hvordan barnets gråt blir tolket av mennesker rundt det, begynner barnet å skille mellom forskjellige ubehagelige tilstander, slik at barnet til slutt kan si «jeg er syk», eller «jeg er redd».

Det kan synes som om barnet begynner med en udifferensiert primær «emosjonell» tilstand, som deretter differensieres i *enten* klare klassiske *emosjonelle* tilstander som gir opphav til *følelser* av angst, sinne og frustrasjon, *eller* en sykdomstilstand som utløser *følelse*n av å være syk.

La meg forklare hva jeg mener med emosjoner, som jo er opprinnelsen til de kjente følelsene vi skal gå nærmere inn på. I utgangspunktet bruker jeg emosjoner for endringer i kroppen som registreres førbevisst. Prosessene i førbevisstheten foregår kontinuerlig uten at vi er oss disse prosessene bevisste, for eksempel de refleksive handlinger som betyr at når vi først har lært å sykle, kan vi det en gang for alle.

Ofte forveksles denne førbevisstheten med ubevissthet, men ubevisstheten er, slik jeg ser det, en aktiv prosess som betyr at noe som har vært tilgjengelig for bevisstheten, blir gjort utilgjengelig. Ut fra den kontinuerlige strømmen av signaler i førbevisstheten skilles «vesentlige avvik» fra det som er vanlige endringsmønstre.

Noen avvik krever handling. Det er omsorgsgivernes respons på det de ser, som bidrar til at barnet får en bevisst holdning til det som ellers skjer i førbevissthet. Når de voksne leter etter et tydelig mønster i tegnene de legger merke til hos barnet, tolker de spedbarnets kroppslige signaler. Måten barnet prøver å få kontakt på, blir etter hvert en del av barnets egen tolkningsprosess. Slik blir førbevisste emosjoner bevisste følelser, som varsler om sykdom eller affektiv/følelsesmessig lidelse.

Allerede fra dag én kan gråt, som tegn på sykdom eller ubehag, tolkes i ulike retninger. Foreldrenes tolkninger av barnets primærubehag er basert på deres antagelser om hva problemet kan være, og hvordan de vurderer barnets tilstand. Ubehaget kjennes og tolkes av den som ser, samtidig som det har sin opprinnelse i kroppen til den som blir iakttatt. Det er først nylig at «speilnevroner» har blitt oppdaget. Dette er nevroner som blir aktivert på en lignende, men ikke identisk, måte hos den som observerer den som gjør eller opplever noe spesielt. Dette betyr at i det mentale sinnet til foreldrene oppstår et tilnærmet speilbilde av de fysiske eller emosjonelle plagene til barnet. Videre ser barnet det som oppstår hos de voksne. Barnets fysiske opplevelser og de mentale representasjonene av det som foregår hos både barnet og foreldrene, blir sammenvevd på den mest bemerkelsesmessige rekursive måten, dvs. at opplevelser og representasjoner fungerer som premisser til hverandre. Det er vanskelig å finne et uttrykk som formidler kompleksiteten av hvordan kroppslige opplevelser er forankret i et perseptuelt samspill mellom men-

nesker – kroppen erfares gjennom en interaksjon med en annens mentale sinn. Uttrykket «den sinnsbelagte kroppen» brukes for å beskrive hvordan barnets opplevelse av seg selv, på dette viset, er preget av sinnet til de som har sett på barnet.

Alt før fødselen har spedbarn lært mye. Også foreldrene kan allerede mye om det nyfødte barnet. De har tolket barnets bevegelser gjennom svangerskapet og gitt det ufødte barnet en personlighet. Dette gjør at det alt fra fødselen av finnes et sett av forutbestemte tolkninger av den nyfødtes atferd. Foreldrenes innledende tolkninger blir i tillegg påvirket av de modellene de har tilgjengelig for å forklare hva barn kan være plaget av. De blir også påvirket av familie og venner og av kulturelle normer og regler. Slike modeller tas for gitt, antas å være mer felles enn de er, og diskuteres sjelden. Inspirert av erfaringer søker barn og foreldre å forestille seg best mulig hva de kan vente seg av hverandre. Ikke minst blir forholdene dem imellom påvirket av hva som er effektivt for å bidra til at barnet faller til ro.

Slike forventninger skaper orden i en relasjon. Det er umulig å være totalt naiv, og mennesker lever i en verden full av inspirerte gjetninger. Vi utvikler ord og uttrykk som gir mening i familien og hos naboene. Likevel er det umulig å gi konkrete definisjoner av de indre subjektive opplevelsene. Det er mye større rom for feiltolkning og misforståelse ved utvikling av et sykdomsspråk enn ved et språk som forholder seg primært til gjenstander. For å sikre at vi har en felles forståelse av ordene i denne boka, skal jeg definere forskjellige nyanser i sykdomsbegrepet, kjent i faglitteratur på engelsk som *illness*, *sickness*, *disease*, *disorder* og *predicament*.

Opplevd sykdom

Opplevd sykdom er brukt for å formidle den subjektive opplevelsen av ubehag som man i utgangspunktet tror er forårsaket av sykdom. Før barn anerkjenner sykdom, må deres ubehag ha fått merkelappen «sykt» fra de voksne. En definisjon av «opplevd sykdom» hos treåringer er: «Noe teller som opplevd sykdom hvis det påvirker en viktig dimensjon i barnets forhold til et annet betydningsfullt menneske og får merkelapp sykdom» (Wilkinson, 1988: 77).

Spedbarn er avhengige av andre for å falle til ro når de føler ubehag. Først må andre anerkjenne barnets ubehag, og deretter gjør vedkommende noe med barnet som bidrar til at barnet får tilbake sitt «velbehag». Foreldre må skille mellom tegn på ubehag som skyldes sykdom, ubehag som kommer fra vanlige endringer i barnets tilstand, for eksempel trøtthet og sult, og ubehag fra psykiske årsaker, for

eksempel ensomhet. Avhengig av hvordan foreldrene har tolket opprinnelsen til barnets vansker, bruker de forskjellige strategier for å roe ned barnet. Foreldre er sjelden klar over hvorfor de primært bestemmer seg for den ene eller den andre framgangsmåten. Det ligger oftest i deres førbevissthet – de gjør det spontant, uten å tenke over det, og det de ser etter, er avhengig av deres ståsted og ikke bare av barnets tilstand. Piet Hein formidler foreldrenes dilemma slik:

> Subjektivitet er at aflæse et solur ved hjælp af en lommelygte.[1]
>
> Piet Hein

Et gråtende spedbarn trenger først og fremst å få kontroll over, eller redusere, sitt ubehag. For å klare dette er det avhengig av andres bistand. Når barnet er på samme alder som Ida, kan det vanligvis roe seg selv. Det viser seg imidlertid at spedbarn med foreldre som reagerer svært raskt på deres gråt, bruker lengre tid på å lære å roe seg ned. Det er som om barn trenger å ha foreldre som gir dem rom til selv å finne ut av hvordan de kan gjenopprette ro i sitt indre. Dette krever at foreldrene holder litt tilbake i begynnelsen, og utvider sin «treghet» med barnas økende alder (van IJzendoorn & Hubbard, 2000). Slik vil foreldrenes reaksjon på barnets sykdomstegn forsterke eller minske barnets opplevelse av sykdom, alvoret i sykdommen, og barnets forventninger til hvor raskt andre bør gripe inn, eller om det kan greie seg selv.

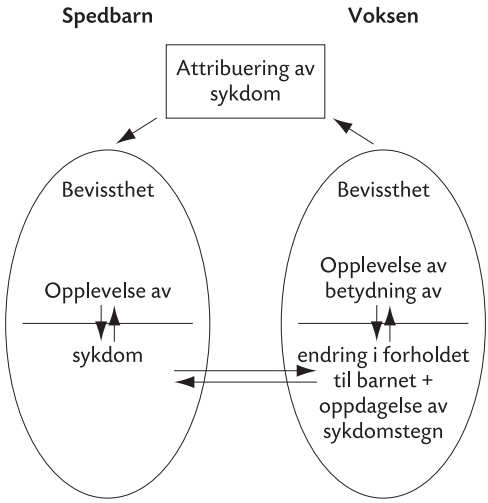
Attribuert sykdom

Attribuert sykdom og opplevd sykdom er som hånd i hanske. Når det attribueres sykdom til et barn som en forklaring på at det opplever noe annerledes, utvikler barnet sin evne til å oppleve sykdom.

Sosiologer definerer sykdom, i denne forstanden «sickness», som når et menneske ikke kan gjennomføre sine vanlige sosiale roller fordi det har en påvisbar sykdom. At barnet ikke oppfører seg som vanlig, kan være første tegn til sykdom. Forventninger til atferd i familien innfris ikke. Når årsaken er betraktet som sekundær til påvisbar sykdom, sier vi at barnet er sykt. En «ekspert» – det kan være foreldrene eller en lege, men sjelden barnet selv – avgjør om et barn har en eller annen sykdom.

1. Piet Hein © *Selv om den er gloende: aforismer*. København: Gyldendal, 1950. Gjengitt med vennlig tillatelse fra Piet Hein a/s, DK-Middelfart.

Det vesentligste med denne prosessen er vekten som er lagt på ekspertens attribuering av sykdom, framfor at det fokuseres på den unge pasientens egne symptomer og sykdomsopplevelser. Sykdommen blir «tingliggjort» som et objekt, atskilt fra menneskets ubehag. Fokus skiftes fra pasientens lidelse og hvordan lidelsen ble oppdaget, til det man antar forårsaket lidelsen. Det blir viktigere for foreldrene å ta rede på om Ida har fått den influensaen som bestemor hadde, enn å holde oppmerksomheten på det som plager henne.



Pilene som viser toveis prosesser i figuren forklares i kapitlene 2 og 3.

Figur 1.1 Forholdet mellom attribuering og opplevelse av sykdom

Barnet er avhengig av å bli attribuert sykdom for å kunne sette riktig merkelapp på egne opplevelser av ubehag. Som med alle tolkningsprosesser er det mange muligheter for å feile.

Forskjellen mellom «opplevd sykdom» og «attribuert sykdom» kan belyses i forbindelse med hyperaktivitet. Et barn kan ha en tilstand som får diagnosen ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) etter DSM-IV, eller hyperkinetisk forstyrrelse etter ICD-10. Lærere som er eksperter på årsaker til uro i klasserom, kan attribuere denne lidelsen til sine elever for å forklare hvorfor de ikke er oppmerksomme i klassen, og hvorfor de er urolige. Disse elevene opplever ikke

nødvendigvis seg selv som syke. «Pasienter» med ADHD gjør sjelden det. De er altså ikke pasienter med en lidelse i betydningen opplevd sykdom, men de kan likevel ha en påvisbar sykdom.

Hvis sykdom er bekreftet av eksperter, for eksempel leger eller psykologer, får pasientene bestemte rettigheter. På samme måte som for elever med andre sykdommer, for eksempel influensa, blir elevenes ansvar for egen oppførsel med ett vurdert annerledes. De kan bli fritatt for sine daglige gjøremål, og forholdene kan bli lagt spesielt til rette for dem.

Påvisbar sykdom

Påvisbar sykdom brukes for å tydeliggjøre at det finnes en patologisk prosess som er opprinnelsen til tilstanden av ubehag, og som er objektivt påvisbar. Typiske eksempler er infeksjoner eller kreft. Størst medisinsk legitimitet er til stede når behandling blir gitt i forhold til påvisbar patologi. Når det gjelder hyperaktive elever, er dilemmaet for leger og psykologer om hvorvidt de vil kunne bekrefte lærernes mistanker ved å finne noen objektive tegn til sykdom. Dette er det kritiske øyeblikket i et sykdomsforløp. For noen år siden lette leger etter eventuelle tegn på *Minimal Brain Disorder* (MBD) eller senere *Minimal Brain Dysfunction*. Det var som om eventuelle endringer i hjernen kunne gi diagnosen validitet ved å fungere som patognomoniske tegn. De hadde forrang over lidelsessymptomer, som konsentrasjonsvansker, når det gjaldt antatt validitet. Som vi skal se, er dette en ubegrunnet prioritering når vi ser hvordan hjernen utvikler seg.

I tillegg kan slike konsentrasjonsvansker oppstå ved flere andre tilstander som stress og spenning. Slike symptomer kan derfor ikke telle alene som patognomoniske tegn. Høyt aktivitetsnivå er ikke lik «symptom» ved opplevd sykdom. I vårt eksempel formidler ikke eleven noe personlig ubehag ved å løpe rundt. Likevel er det viktig å merke seg mønsteret til atferden og symptomene. Når en bestemt sammensetning av atferd og symptomer kan brukes for å forutsi hvordan det sannsynligvis vil gå for eleven i framtiden, sier vi at det finnes påvisbare sykdomstegn. Ingen av funnene alene har prediktiv verdi, men mønsteret ser ut til å bli assosiert med en «tilstand» som begynner å ligne en påvisbar sykdom. Jeg vil henvise til denne varianten som påvisbar sykdom type 2, og den forrige med patognomoniske funn som type 1. Type 1 er ellers kjent som *disease* og type 2 som *disorder*.

Dette ligner den diagnostiske prosessen foreldrene brukte under barnets oppvekst. De lette etter et mønster i barnets gråt og atferd, og brukte det til å bestemme årsaken. Ida ønsket ikke å gå i barnehagen. Da var det en endring i hennes atferd, som foreldrene måtte ta hensyn til. Når funnene følger et kjent mønster som gjentar seg uavhengig av kultur og kontekst, forventes det at man etter hvert vil finne en underliggende patologi.

Inntil videre er validitet av type 2-tilstander basert på atferdsmønstre som er åpne for spørsmål. Patognomoniske funn sikrer deres validitet. De mister heller ikke sin nytteverdi om de ikke har validitet. Psykiatriske diagnoser basert på slike påvisbare mønstre av sykdomstegn har ingen validitet, kun nytteverdi (Kendell & Jablensky, 2003). Det kan vise seg at inndeling av sykdomstegn i mønstre, som man enten har eller ikke har i sin fulle bredde, er misvisende (Pickles & Angold, 2003). Mange diagnoser bestående av type 2-sykdommer viser seg å være av en slik art. Et klart skille mellom normalitet og sykdom er kunstig – men tilstedeværelse av enkelte symptomer er likevel nyttige opplysninger som kan bidra til å forutsi hvordan det vil kunne gå (Rutter, 2003). Thomas Szasz bygde sin kritikk av psykiatri på en forståelse av forskjellene mellom type 1- og 2-tilstander. Han sa at «klassifisering av tanker, følelser og atferd som påvisbare sykdommer (type 1) er en logisk og semantisk feil».

Det er nå funnet hjerneorganiske endringer hos psykiatriske pasienter med blant annet ADHD, schizofreni og obsessive kompulsive tilstander (tvangslidelser). Men de er ikke ensbetydende med aktuelle patognomoniske funn som utløsende faktorer. Hjernens struktur endrer seg kontinuerlig som resultat av samspill og miljøpåvirkninger. For eksempel kan nye synapser komme og forsvinne i løpet av et døgn. Hjernens struktur endrer seg som resultat av lidelse og av hvordan ubehag lindres, like mye som strukturen ser ut til å påvirke hvordan vi har det.

Avhengig av tilliten samfunnet har til ekspertene som stiller diagnosene basert på type 2-kriterier, vil pasientene få de samme rettighetene som de som har klar påvisbar sykdom type 1. Dette er primært en politisk prosess, knyttet opp til hvordan samfunn tillegger pasienten en rolle og gir ham eller henne de rettigheter som følger med. Hyperaktivitet er en tilstand som for tiden utløser alle rettigheter som for pasienter ellers. Det finnes flere diagnoser med en mer usikker framtid, med debatt for og imot en sykdomsklassifisering, for eksempel kronisk utmattelsessyndrom (*Chronic Fatigue Syndrome*) og gjentatt anstrengelsesskade (*Repetitive Strain Injury*).