

DEN MODERNE EOS-MYTEN OM MEDIKALISERING SOM MODERNITETSFENOMEN

Olaug S. Lian
olaug.lian@ism.uit.no

The modern Eos myth. Medicalization as an expression of modernity

In Greek mythology, the Eos myth deals with a beautiful Goddess who falls in love with a young mortal and begs Zeus to make him immortal. The modern Eos myth is about the search for health, happiness and eternal youth by use of medical technology, a search that implies an increasing medicalization of human life. Both myths deal with the attempts of human beings to go beyond the limits nature has set for us. In this article, I discuss the content, causes and implications of medicalization in relation to important features of the time and place where it originated: the modern Western world. It is argued that the process of medicalization must be seen as the result of complex interaction between several factors and actors who mutually affect each other. In the discussion on implications, the wisdom of the Greek myth is illuminated: to treat with respect the limits nature has set for us.

Keywords: *Medicalization, modernity, health, health services*

Innledning

Den greske gudinnen Eos var et symbol på kvinnelig skjønnhet og kjærlighet. Hun var morgenrødens gudinne og selve personifiseringen av dagen som gryr. Mange menn forelsket seg i denne tiltrekkende kvinnen. En av de som falt for hennes sjarm og utstråling var krigsguden Ares, Afrodites elsker og far til fire av hennes barn. En dag overrasket Afrodite Eos og Ares sammen i sengen til Eos. Svart av sjalusi kastet hun en forbannelse på Eos: en konstant lengsel etter unge dødelige menn. Eos begynte så å forføre unge dødelige menn, en etter en. Den siste i rekken var Tithonus, som hun giftet seg med. Siden han var dødelig men ikke hun, ba hun guden Zeus om å gjøre han udødelig. Det gjorde han. Men hun glemte å be om at han ikke måtte eldes. Etter som årene gikk ble Tithonus eldre, gråere og mer og mer innskrumpet. Da hun ble lei av å stelle han, låste hun han inne på et soverom, hvor han ble forvandlet til en sikade (Graves 1999; Mavromataki 1997).

Eos-myten er en symbolsk fortelling hvis overlevelse vitner om dens evne til å formidle noe vesentlig til menneskene. Den bygger på det stadig tilbakevendende temaet at vi mennesker er forskjellig fra gudene, blant annet er vi dødelige, og at de som forsøker å overskride denne grensen må bøte med et handikap. Som myte i den tradisjonelle betydningen av ordet har den en mening ut over det rent episke (des Bouvrie 2002). I dette tilfellet kan vi tolke det implisitte budskapet å være at vi må ha respekt for de grenser naturen setter for oss.

Det finnes en moderne versjon av Eos-myten: troen på at medisinsk ekspertise og teknologi tilbyr en sikker og lettvindt vei til et langt liv, god helse, ungdommelighet og lykke. Dette er ikke en symbolsk fortelling, men en myte i en annen betydning av ordet, nemlig en utbredt falsk oppfatning. Grunntemaet i de to mytene er likevel det samme: *bestrebelsene på å overskride de grenser naturen setter for vår art*. Den moderne Eos-myten er en sekularisert, scientistisk versjon av den opprinnelige, og er uløselig knyttet til modernitetens tidsånd: Den moderne Eos ønsker udødelighet for seg selv, hun husker å be om å ikke eldes, og hun retter sin bønn ikke til Zeus, men til legen. Det er særlig det siste punktet – at hun setter sin lit til vitenskapen og ikke til en gud – som skiller den moderne Eos fra den tradisjonelle. Når hennes bønn om hjelp møter ekspertenes ønske om å hjelpe, oppstår en kraftfull allianse. Dette fenomenet har fått et eget faguttrykk: medikalisering.

Temaet for denne artikkelen er medikaliseringen slik den fremstår i moderne vestlige industrisamfunn (som er vesensforskjellig fra det som foregår i utviklingsland). Hensikten er å analysere dette fenomenet i lys av den tid og den kultur det har oppstått i, med utgangspunkt i tre hovedspørsmål: Hvordan arter medikaliseringen seg i vår tid og kultur, hvilke krefter driver den frem, og hvilke kulturelle ringvirkninger bringer den med seg? Diskusjonen følger samme tredeling: Første del inneholder en begrepsavklaring samt en klassifisering av hovedtyper av uttrykksformer. Andre del er et forsøk på å konstruere en teori om medikaliseringens viktigste drivkrefter som sier noe om det komplekse *samspillet* mellom flere ulike faktorer som virker samtidig og forsterker hverandre gjensidig. Utforskningen av dette samspillet har vært nedprioritert til fordel for dypdykk i enkeltfaktorer. Målet mitt er å bidra til å utvikle en mest mulig helhetlig forståelse av fenomenet ved å refortolke ulike teorier i lys av dagens situasjon, samtidig som jeg relaterer dem til hverandre. I tredje del retter jeg et kritisk blikk på noen implikasjoner av medikaliseringen, deriblant de avviksproduserende konsekvensene av medisinsens bruk av normalitetsbegrepet. Et kontekstuellt perspektiv på medikalisering som moderne fenomen danner rammen omkring det hele. De teoretiske drøftingene er hele veien relatert til dagsaktuelle eksempler, hentet fra både norske og internasjonale forhold.

Medikalisering

Ethvert begrep om helse og sykdom viser tilbake på sosiale normer om hva vi anser for å være normalt eller ønskelig. Disse normative vurderingene er bygget inn i selve sykdomsoppfatningen, og de er formet av sosiale og kulturelle kjennetegn ved det samfunn de oppstår i og inngår i. Hva som regnes som helse og sykdom varierer derfor mellom ulike kulturer, og oppfatningene endres over tid.

Begrepsavklaring

I nyere tid har begrepene helse og sykdom blitt utvidet til å omfatte et bredere spekter av menneskenes liv, og medisinenes ansvarsområde har ekspandert langt ut over de problemområder den har midler til å kurere (Freidson 1970). Dette ansvarsområdet gjelder både kunnskaper og arbeidsoppgaver, inkludert retten til å definere hva som skal regnes som sykdom. Det er dette vi kaller medikalisering. Rent bokstavelig betyr begrepet «å gjøre medisinsk», men det har en noe videre betydning enn dette. Illich (1996) legger vekt på medikalisering *prosessen* og definerer medikalisering som en omfattende og sammensatt prosess som fører til en utstrakt bruk av medisinsk ekspertise og terminologi, slik at stadig større deler av folks liv defineres som relevant for medisinsk intervensjon og legges inn under helsetjenestens ansvarsområde. Kjernen i dette fenomenet uttrykkes i det islandske begrepet for medikalisering – *sjukdómsvæðing* – som direkte oversatt blir «sykdomspåkledning», altså å kle noe i en sykdomsdrakt (Getz 2002).

Medikaliseringen utspiller seg på ulike plan og innebærer enten å *betrakte* et problem i medisinske termer, å bruke medisinsk terminologi til å *beskrive* det, å ta i bruk et medisinsk rammeverk for å *forstå* det, eller å sette i verk medisinske tiltak for å *møte* det (Conrad 1992). Dette er ofte ulike sider av samme sak fordi måten vi møter et problem på henger sammen med hvordan vi betrakter, beskriver og forstår det. De medisinske tiltakene er rettet mot å *reparere* (gjenopprette) eller *forbedre* en tilstand (men trenden er en forskyvning fra reparasjon til forbedring). Medikaliseringen omfatter hele vårt livsløp, fra før vi unnfanges (kunstig befruktning) til etter vår død (nedfrysing for senere gjenopplivning).

At helsebegrepet gjøres relevant for stadig flere tilstander viser seg blant annet i en sterk økning i antall koder i «Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer» (<http://www.kith.no/sokeverktoy/icd10/icd10.htm>). Den nyeste versjonen (ICD-10) ble vedtatt i 1990 og inneholder over 12 000 koder, det er over 5 000 flere enn i 1975. Ikke alle kodene er sykdomsdiagnoser, noen er klassifiseringer av menneskelige egenskaper, følelser, tanker eller handlinger og noen er klassifiseringer av ulike

grunner for kontakt med helsetjenesten. Dette kan for eksempel være problemer knyttet til at barn flytter hjemmefra (såkalt «tomt-reir»-syndrom), å stryke til en eksamen, å være i konflikt med naboer eller kolleger, å ha lav inntekt, å ha kulturelle tilpasningsvansker eller å ha vanskelige svigerforeldre. ICD-10 kan leses som en liste over alle de problemene et menneske kan komme ut for i sitt liv. Samtidig defineres dette som helseproblemer som kan kreve profesjonell hjelp.

Parallelt med dette øker også forbruket av medisinske varer og tjenester, blant annet øker både antall leger per innbygger, antall årsverk utført i helsetjenesten, antall konsultasjoner, økonomiske kostnader og medikamentsalget. I Norge ble omsetningen av legemidler mer enn fordoblet siste tiårsperiode, og i 2004 forbrukte vi legemidler for gjennomsnittlig 3.450 kroner hver (Statens helsetilsyn 2005). Etter at den nye generasjonen antidepressiva (SSRI-preparater) kom på markedet på 1990-tallet har det vært nesten en femdobling av salget (ibid.). Hvert år setter norske sykehus nye rekorder i antall pasientopphold, et tall som nå er på høyde med folketallet (4,62 millioner i 2004) (<http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/>). Folk har også stadig oftere kontakt med primærhelsetjenesten, eksempelvis hadde tre av fire innbyggere kontakt med en primærlege i 2002, og 16 prosent hadde hatt mer enn fem kontakter (ibid.). Mange av problemene som presenteres for helsevesenet er av en slik art at helsearbeiderne har lite å tilby utover å være et medmenneske. Dette henger sammen med at det medisinske systemet har utviklet seg til å bli en magnet som suger til seg alt i sine omgivelser, inklusive problemer skapt i andre systemer: Samlivsproblemer skapt i familiesystemet, slitasjeskader i muskler og skjelett skapt av ensidige arbeidsstillinger og økte krav til effektivitet i arbeidslivet, problemer skapt av økonomisk og sosial ulikhet og så videre. Disse problemene bringes så til torgs i det medisinske system, hvor helsearbeiderne ofte ikke har andre muligheter enn å angripe symptomene fordi årsakene er utenfor deres kontroll.

Medikaliseringen har i dag en form og et omfang som gjør den til et typisk trekk ved vår tid, selv om den nok har eksistert like lenge som helseprofesjonene. Den eldste kritiske omtalen av fenomenet finner vi trolig i *Brave new world*, Aldous Huxleys over 70 år gamle fremtidsroman om teknologiens skyggesider. Her får Villmannen beskrevet såkalt obligatorisk VLS-behandling med adrenalin (voldsomme lidenskaper surrogat), hvorpå han proklamerer sin rett til å være ulykkelig, gammel, stygg og impotent (Huxley 1948: 183). Fenomenet er altså eldre enn begrepet, som oppstod først da mange mente utviklingen gikk for langt en gang på 1960-tallet. Etter hvert ble medikalisering et sentralt tema i den medisinske sosiologien. I sin første fase var forskningsfeltet preget av makroteoretiske analyser om samfunnsmessige funksjoner og konsekvenser,

primært i et kritisk perspektiv. Mange bygget på Parsons forståelse av det medisinske systemet som en sosial kontrollinstitusjon, og beskrev medikaliseringen som en form for sosial kontroll (Conrad 1992; Zola 1978; Freidson 1970). Senere har debatten vært preget av diskusjoner om medikalisering i forhold til særskilte pasientgrupper eller tilstander. Debatten har også dreid bort fra det kritiske perspektivet. Noen fremstår med rent teoretiske intensjoner, andre trekker frem de positive sidene ved medikaliseringen.

Uttrykk

Medikaliseringen kommer til uttrykk på minst tre hovedområder: 1) Aldring og andre naturlige prosesser, 2) karaktertrekk, småplager, sosiale problemer og avvikende handlinger, og 3) risiko for fremtidig sykdom.

1) Medikaliseringen omfatter blant annet kroppens naturlige prosesser, inklusive den hittil naturlige aldringen. For kvinner gjelder dette blant annet menstruasjon, graviditet, fødsel og overgangsalder (Purdy 2001). Plager i overgangsalderen og aldringstegn som redusert bentetthet er ikke lenger sett på som naturlige prosesser som må gå sin gang, dette håndteres og bekjempes ved hjelp av hormonrelatert terapi. Når det gjelder menn er manglende hårvekst og ereksjonsproblemer eksempler på tilstander som nå er på full fart inn i helseprofesjonenes ansvarsområde. Noen ganger er det tilstanden i seg selv som er hovedproblemet, andre ganger er det mulige sideeffekter vi vil til livs (produsenter av medikamenter for økt hårvekst begrunner behovet for pillen med at skallethet ofte ledsages av psykiske problemer). Felles for begge kjønn er at aldring skal bekjempes, og livet til friske mennesker skal forlenges ved hjelp av medisinsk teknologi. For noen er evig liv det endelige målet, og flere verdensomspennende organisasjoner arbeider med dette som formål, deriblant *Life Extension Foundation* (Life Extension Foundation 2004).

2) Gjennom medikaliseringen blir helsebegrepet gjort relevant for tilstander som tidligere ikke ble omfattet av medisinske klassifikasjoner ved at problemer og personlighetstrekk omdefineres til medisinske tilstander. Sosiale problemer og småplager som tidligere ble forsøkt håndtert på egen hånd, blir i økende grad redefinert i medisinske termer og underlagt profesjonell håndtering. Det samme gjelder for menneskelige følelser og karaktertrekk. Eksempelene er mange: Sjenanse og beskjedenhet er ikke lenger bare et karaktertrekk men også en diagnose (sosial fobi) som kan behandles. Sorgreaksjoner etter traumatiske opplevelser kalles posttraumatisk stress-syndrom og behandles med piller og krisepsykiatri. Plages du med kronisk rødming kan du få piller (betablok-kere) eller kirurgi (kutte noen nerver). Er du mye trett kan du få både en diagnose (kronisk tretthetssyndrom) og piller. Behandlingen av disse tilstandene går i hovedsak ut på å kontrollere uønskede følelser, deriblant kroppslige svar

på stress og annen belastning, med piller eller kirurgiske inngrep som undertrykker kroppens egne reaksjoner. Det er helseprofesjonene som har makt til å definere hvem som er hjelpetrengende, ergo har de også makt til å definere hvilke følelser som er ønskelige og akseptable i ulike situasjoner og hvilke som ikke er det. Også fysiske karaktertrekk blir rettet på ved hjelp av medisinsk teknologi: Barn som ligger an til å bli unormalt lave eller høye får behandling med hormoner for å oppnå normal slutt høyde, og ytre kjennetegn som ikke samsvarer med tidens skjønnhetsidealer korrigeres med kosmetisk kirurgi.

Det er ikke bare psykiske og fysiske plager som blir stemplet som sykdom, i noen tilfeller er det også snakk om avvikende handlinger knyttet til alt fra rusmisbruk og voldelige handlinger til homofili (Conrad and Schneider 1992). Er du litt for glad i pengespill finnes det også en diagnose for deg; patologisk spill-lidenskap. Dette kan møtes med piller og samtalerapi. I gruppen av avhengigheter finner vi også sukker-, shoppe-, SMS- og dataavhengighet. Aktive og ukonsentrerte barn som har vanskelig for å innordne seg kravene til orden og disiplin i skolesystemet og voksne med dårligere evne til å organisere sine liv enn folk flest kan få diagnosen ADHD; *attention-deficit hyperactivity disorder* (eller ADD hvis hyperaktiviteten mangler, slik den ofte gjør hos jenter). Tilstandene har ingen kur, men medikamentell behandling kan dempe «symptomene». Bare for å nevne noen av de handlingsmønstre som nylig har blitt redefinert i medisinske termer. Dermed har vi skapt nye pasientgrupper som kan få profesjonell behandling. For noen av eksemplene vil dette si at vi tilbyr individuelle medisinske løsninger på sosiale problemer.

3) Andre eksempler på medikalisering er knyttet til overvåking, forebygging og risikoprosblematikk, herunder bruken av ultralyd og genteknologi. Genteknologien gjør det blant annet mulig å oppdage ikke bare sykdommer men også hvilke mennesker som er disponert for å få bestemte sykdommer i fremtiden. Denne teknologien åpner stadig nye muligheter for å iverksette medisinske tiltak på friske mennesker (Skolbekken 1996, 2000). For å forebygge at arvelige disposisjoner utvikler seg til sykdom kan man blant annet fjerne særlig sykdomsutsatte organer hos personer med forhøyet risiko for sykdom. Dette kalles profylaktisk (forebyggende) kirurgi. Kvinnens kropp har stått i sentrum i så henseende med fjerning av bryst, eggstokker eller livmor. Denne type tiltak fikk økt aktualitet etter identifiseringen av de arvelige genene *BRCA1* og *BRCA2* i 1994 og 1995, gener som gir økt risiko for kreft i bryst og eggstokker. Tiltakene er kontroversielle fordi inngrepene utføres på friske symptomfrie kvinner, risikoen for sykdom er usikker (dog relativt høy) og behandlingen har mange bivirkninger og usikker medisinsk nytte (Eisen et al. 2000). I tillegg til de med identifisert forhøyet risiko for sykdom har vi den gruppen Le Fanu (1999: 5) har kalt *the worried well* – de som er besatte av trivielle eller ikke-eksisterende

helsetrusler. Sykelig opptatthet av å leve riktig og spise sunt regnes nå som en spiseforstyrrelse, og går under betegnelsen ortoreksi.

Det er bare fantasien og teknologien som setter grenser for hva som kan medikaliseres. Og fantasi ser det ut til å være mye av blant vitenskapens kvinner og menn. Forskere med base i USA og Italia arbeider for eksempel med å frembringe ny kunnskap om hva som skjer i menneskekroppen når vi forelsker oss. Det endelige målet er å fremstille en pille mot forelskelse som skal hemme kroppens produksjon av «forelskelseshormoner» og derigjennom hindre forelskelser. Pillene er beregnet på «people who are already in a relationship» (BBC Prime 2003) sier forskerne, og da tenker de antakelig på gifte menn. Når denne pillen foreligger en gang i nær fremtid, må samfunnet ta stilling til om helse-tjenestens ansvar også skal innbefatte området for forelskelse og utroskap. Klarer vi å identifisere særlig utsatte personer har vi fått en ny risikogruppe: gifte menn med forhøyet risiko for å forelske seg.

Motstrømmer

Medikaliseringstrenden er langt fra entydig. På 1990-tallet argumenterte en del forskere for at vi gikk mot en demedikalisering av samfunnet, eller at utviklingen måtte forstås som en todelt prosess hvor en medikalisering og en demedikalisering skjer samtidig (Williams og Calnan 1996; Lowenberg og Davis 1994). De begrunnet det blant annet med mer aktive og bedre informerte pasienter som søker ulike informasjonskilder, en svekkelse av helseprofesjonenes makt, økt bruk av naturmedisinske behandlingsmetoder og økt oppmerksomhet omkring folks eget ansvar for å ivareta sin helse. Selv om vi tolker disse fenomenene som et uttrykk for demedikalisering kan de neppe tolkes som noe mer enn motstrømmer til hovedtrenden. Dessuten kan flere av disse utviklingstrekkene, blant annet den økte bruken av alternativ medisin, også tolkes som et uttrykk for medikalisering hvis vi definerer begrepet slik at det omfatter profesjonell helsehjelp mer generelt.

At demedikaliseringen av samfunnet er relativt beskjedent viser seg først og fremst ved at stadig flere tilstander stemples som sykdom, samtidig som svært få tilstander går fra å være definert som sykdom til å ikke være det. Et av de få unntakene er homofili. I 1977 vedtok Norsk psykiatrisk forening at homofili ikke lenger skulle betraktes som en sykdomsdiagnose (Kjær og Selle 2001). Noe tilsvarende har skjedd i flere andre land. Utviklingen er imidlertid tvetydig, andre tegn peker i retning av en medikalisering, blant annet oppblussingen av debatten om behandling av homofile. Dette gjelder særlig i USA, men også her hjemme er det noen som tar til orde for at helsetjenesten skal gi et tilbud til de som ønsker hjelp til «reorientering» til en heterofil legning (Schjøth 2004).

Drivkreftene

Hvor kommer medikaliseringen fra? Hvilke mekanismer og prosesser ligger bak utviklingen? Drivkreftene i medikaliseringen er et komplekst samspill mellom mange faktorer som påvirker hverandre gjensidig. Disse ligger både i den medisinske teknologien, profesjonene, det medisinske system, kulturen (både samfunnet og den enkelte), legemiddelindustrien og massemediene.

Ny medisinsk kunnskap og teknologi

Medisinen i det 20. århundre kjennetegnes av en betydelig vekst i utviklingen av ny kunnskap og teknologi. Moderne medisin har derfor blitt stadig mer vitenskapeliggjort, det vil si at den i større grad baseres på vitenskapelige kunnskaper om årsakssammenhenger i naturen som er eksperimentelt utprøvd og teoretisk forklart. Samtidig har medisinen blitt mer teknifisert, det vil si basert på tekniske apparater, redskaper og fremgangsmåter. Medisinsk teknologi og kunnskap er to sider av samme sak, dels fordi de utvikles gjennom en gjensidig påvirkning og dels fordi de forutsetter hverandre. Bakteriologien la for eksempel grunnlaget for en helt ny forståelse av hvordan sykdommer kan oppstå og bekjempes, men det var først etter at vi fikk mikroskopet som gjorde det mulig å studere bakteriekulturer. Siste del av 1800-tallet var glansperioden til den medisinske vitenskapen, særlig fordi oppdagelser innen fysikk, kjemi, anatomi og fysiologi brakte med seg en større forståelse av mennesket som biologisk vesen.

Medisinsk teknologi har en grunnleggende stilling blant medikaliseringens drivkrefter, for foruten den kan ingen medikalisering finne sted. Identifiseringen av de arvelige genene *BRCA1* og *BRCA2* i 1994 og 1995 er et godt eksempel på dette. Medisinsk teknologi gir medisinen utvidede muligheter i forhold til både diagnostisering og behandling. Dette gjør at nye pasientgrupper kan behandles. Ny teknologi kan dermed skape nye behov.

Den medisinske teknologien har, som alle andre teknologier, en imperativ karakter: den gir muligheter vi ikke så lett kan avvise når de først er der. Det er ingen lovmessighet her, det er fritt opp til hver enkelt av oss hvordan vi velger å møte den. Likevel viser det seg at ny teknologi ofte blir etterfulgt av et krav om at den skal tas i bruk. Men de økonomiske midlene må også være tilstede. I den vestlige verden har langvarig økonomisk vekst gitt oss muligheter til å utvikle, spre og ta i bruk et bredt spekter av medisinsk teknologi, for stadig mindre alvorlige tilstander, samtidig som vi mangler teknologi for å bekjempe livstruende sykdommer som primært rammer verdens fattige (Skolbekken og Lian 2003).

Teknologi både utvikles i og anvendes i et sosiokulturelt landskap som er

med på å prege den. Medikaliseringen må derfor sees i sammenheng med trekk ved moderniteten.

Den moderne mentalitet

Det er mange trekk ved moderniteten og den moderne mentalitet som er viktige for å forstå medikaliseringsprosessen. Særlig viktige aspekter er en stadig voksende tro på fremskritt, vitenskap, eksperter og den instrumentelle rasjonalitet, en voksende utviklingsoptimisme (de fleste vitenskapelige oppdagelser betraktes som en velgjerning for menneskeheten) og forventninger om økt velstand og velferd. Dette innebærer blant annet at mennesker i moderne samfunn har en tendens til å tro at all erkjennelse er av vitenskapelig art. Vi overdrar derfor stadig flere oppgaver fra oss selv, familien og andre sosiale nettverk, til eksperter som bedriver teknisk-rasjonell problemløsning med tiltak som har vitenskapelig legitimitet. Troen på den instrumentelle fornuft og vår evne til å få herredømme over naturen, samfunnslivet og våre egne skjebner vokser i takt med at vår toleranse for livets usikkerheter synker. Forsøkene på å øke kontrollen og redusere usikkerheten skjer gjennom bevisste og målrettede tiltak som er muliggjort av vitenskapelig kunnskap og teknologi. Her er det ingen *amor fati*, innstillingen er at alt kan gjøres, mye kan endres, og ingenting er umulig for den som vil (Hellesnes 2002). Medikaliseringen kan sees i sammenheng med en generell økning i prestisjen til den vitenskapelige, rasjonelle og sekulariserte tolkningen av verden. Illich (1996) er en av de som har forklart medikaliseringen som et resultat av brede sosiale prosesser og generelle samfunnsendringer, nærmere bestemt som et biprodukt av den industrielle produksjon av varer og tjenester.

Medikaliseringen går også hand i hand med at biologien befester sin stilling som en altomfattende fortolkningsramme, innenfor medisinen så vel som i samfunnet for øvrig. For det første har moderne vestlig medisin utviklet seg i en naturvitenskapelig retning, hvor blant annet biologien står sentralt. For det andre har biologien beveget seg ut over sitt opprinnelige temaområde og inn på sosiologiens, filosofiens og psykologiens grunntemaer, og slik nærmet seg statusen som en universalvitenskap om mennesket. Når de biologiske forklaringene i tillegg blir fremstilt som uttømmende og fullstendige, har denne delen av biologien glidd over i det som kalles *biologisme* – et metafysisk livssyn som gjør bruk av vitenskapen biologi til å forklare alle aspekter ved menneskets liv, tanke og handling (Svendsen 2001). Biologismen er ikke noe nytt fenomen, vi finner tilsvarende tenkemåter blant annet hos Darwin og 1800-tallsbiologene, men den fikk en renessanse i 1970-årene i form av en biologismebølge med ultradarwinistiske tendenser (Nordal 2002). De fleste biologene betrakter de biologiske faktorene som delforklaringer ved siden av kulturelle faktorer, noe

de er nødt til å være dersom egenskaper og handlinger er et resultat av både arv og miljø. Biologismens målbærere, derimot, ser de biologiske forklaringene som uttømmende. Biologiske forklaringer kan ta utgangspunkt i en hvilket som helst biologisk egenskap ved individene, men genene har her en særegen stilling fordi de antas å ha en grunnleggende posisjon, blant annet påvirker de kroppens produksjon av hormoner og enzymer. Når vi forklarer menneskenes handlinger og egenskaper med utgangspunkt i våre gener, og når våre gener lar seg overvåke og manipulere ved hjelp av medisinsk teknologi, åpner det seg uendelige muligheter for å intervenere i menneskenes liv. Biologismen er derfor en viktig drivkraft i medikaliseringen.

Et viktig kjennetegn ved verdilandskapet i det moderne samfunn er det vi kaller en narsissistisk kultur, hvor frihet og individualisme er sentrale verdier. Vi er opptatt av oss selv og våre egne interesser, ønsker og behov, ikke fellesskapets. Disse søkes realisert i det private markedet hvor betalingsevne og betalingsvilje, ikke behov, styrer godefordelingen. Stadig flere goder blir «varifisert» (Lian 2003) og overlatt til markedskreftenes frie spill, deriblant helsetjenestene. Det snakkes til og med om identiteter som en salgsvare (Bauman and May 2004; Elliott 2003). Dette er et uttrykk ikke bare for markedets tidsalder men også for anti-essensialistiske strømninger i kulturen. Anti-essensialismen er en motsats til biologismen i den forstand at den benekter ideen om alle tings iboende vesen, det vil si at alt kan reduseres til fundamentale og uunnngåelige egenskaper (en *essens*) som bestemmer deres karakter. Anti-essensialismen stiller blant annet spørsmål ved rådende oppfatninger av menneskets natur og sosiale identitet. Tidligere var vår sosiale identitet i stor grad betraktet som en relativt stabil, fastlagt og uforanderlig størrelse, dels gitt av vår natur (en biologisk arv) og dels gitt av vår klassetilhørighet (en sosial arv). Vi kalte det karakter og knyttet det gjerne til moralske kvaliteter. Denne oppfatningen er nå utfordret. Vår identitet betraktes av stadig flere som en sosial konstruksjon og en forandelig størrelse. Det vil si at vi ikke har noe «egentlig» Jeg som kan oppdages og avdekkes, men at vi designer og skaper et Jeg vi til enhver tid kan identifisere oss med. Det er ikke vårt Jeg som har endret seg, det er vår oppfatning av det. Skiftet kom en gang i 1950-årene, blant annet med Goffmans bok *The presentation of self in everyday life* fra 1959, men det var først i 1970-årene at dette for alvor skjøt fart. Spørsmålet om hvem vi er og hva vi hører til ble et mer åpent spørsmål også som et resultat av den økte sosiale mobiliteten som fulgte av utdanningsrevolusjonen. De anti-essensialistiske kulturimpulsene understøttes av teorier fra samfunnsvitenskap, filosofi og psykologi, og målbæres av alt fra akademikere til markedsførere for og produsenter av identitets-skapende midler som vil påvirke oss til å kjøpe deres varer. Et av de identitets-skapende midlene vi kan velge å ta i bruk er den medisinske teknologien.

Forbedringsteknologier som kosmetisk kirurgi og den nye generasjonen medikamenter mot depresjoner som skaper ulike former for personlighetsforandringer, deriblant Prozac, er eksempler på dette.

Bildet er altså ikke entydig, her er det motstridende strømninger: En økt tro på at menneskelige egenskaper og handlinger er determinerte og kan forklares med utgangspunkt i medfødte arveanlegg eksisterer side om side med en voksende tro på menneskets frihet og evne til å manipulere, overstyre og kontrollere sine medfødte anlegg. Like fullt trekker de i samme retning – de reder grunnen for bruk av medisinsk teknologi – i og med at vi i begge tilfellene trenger den medisinske teknologien, enten det er for å bekjempe naturen eller fritt forme våre liv.

Moderniteten utgjør det sosiokulturelle landskapet våre helse- og sykdomsbilder formes i og av. Dette landskapet skapes og formes i et fellesskap av samhandlende individer, samtidig som landskapet virker tilbake på sine skapere. Slik blir individene en del av kulturen, og kulturen en del av individene. Dermed blir vi som etterspør den medisinske teknologien også en viktig drivkraft i medikaliseringen.

Folk flest

Etter en fase hvor folk flest ble fremstilt som uskyldige ofre for medikaliseringen er det nå relativt bred enighet om at vi etterspør ny medisinsk teknologi fordi vi ønsker den, ikke fordi vi blir presset eller tvunget til det. Drivkreftene ligger altså også i oss selv og våre behov for ikke bare å ha god helse men også å passe inn, føle velvære og trygghet og realisere oss selv. Dette er behov som er nært knyttet til forventninger som ligger både på et individuelt og et kulturelt plan. Her i vesten lever vi i dag i en tid hvor vi utsettes for et stort forventningspress i retning av å mestre alt, fra vogge til grav. Det er også klare forventninger både til hvordan vi skal leve, hvordan vi skal se ut, og hvordan vår helse skal være: Kroppen skal være sprek, velfungerende, ungdommelig, slank og veltrent, sinnet skal være lyst og lykkelig. Det forventes av oss. Trolig mer enn noen gang tidligere. Presset kommer fra «samfunnet», mediefolk, politikere, helsearbeidere og folk flest. Vi møter det nærmest uansett hvor vi snur og vender oss. Forventningene er vokst til imperativer vi ikke så lett kan fri oss fra: Lykke og suksess er et krav, ikke et mulig valg. Kravene går langt ut over det som er realistisk å forvente av livet, for de aller fleste av oss.

Samtidig med at vi stiller store krav til oss selv, lever vi i en kultur hvor både kvinner og menn er dobbeltarbeidende, og hvor knapphet på tid oppleves som et problem for store deler av den yrkesaktive befolkningen. Dermed blir det nærliggende å søke raske og lettvinde løsninger på våre utfordringer, for eksempel spise slankepiller i stedet for å trene og å spise lykkepiller i stedet for å gå i

terapi. Moderne mennesker synes å tro at det er en medisinsk løsning for de fleste plager, og vi senker stadig terskelen for å påkalle profesjonell ekspertise. Det moderne industrisamfunnet er også et pasifiserende samfunn som gjør oss mer fortrolige med å motta enn å yte: Vi vil undervises og behandles fremfor å lære og finne løsninger på egenhånd. Det å ta vare på vår egen helse og helbrede oss selv er aktiviteter som har en verdi i seg selv. De er uomsettelige og kan verken kjøpes eller selges. Således passer de ikke inn i et samfunn som domineres av kjøp og salg av industrielt frembrakte varer og tjenester (Illich 1996). Dermed blir vi mottakelige for medikaliseringen.

Det er ikke bare ny kunnskap og teknologi som ofte blir etterfulgt av et krav om at den bør tas i bruk når den først er der, mange etterspør også medisinske diagnoser på plagene sine (enkelte grupper med psykiske plager er muligens et unntak, jf. Thesen 2001). Dette ser vi blant annet på den store motstanden som møter alle som stiller kritiske spørsmål til medikaliseringen i det offentlige rom. En anerkjent britisk primærlege stilte seg nylig kritisk til diagnosen kronisk tretthetssyndrom i en kronikk i *The Guardian* med overskriften *The making of a new disease*. Legen var skeptisk til nytten av denne diagnosen og den biomedisinske forståelsen av den, som uten sikre holdepunkter plasserer årsakene i individene i stedet for i de sosiale og politiske faktorene som har bidratt til de høyst reelle plagene disse pasientene har (Fitzpatrick 2002). Et par dager senere står det flere sinte avisinnlegg på trykk (Martin 2002; Stow 2002). Tilsvarende reaksjoner på anti-medikaliseringstopp har vi sett her hjemme, blant annet når professor Einar Kringelen fra tid til annen tar til orde for å stoppe medikaliseringen (Aspaas 2004).

Folk flest, og spesielt formelt organiserte grupper av mennesker, har trolig en del å si for om noe blir medikalisert eller ikke. Eksempelvis er det ikke usannsynlig at homofiles organisasjoner har bidratt til å forhindre at homofili blir forstått som en behandlingstrengende sykdom, og organisasjonen Fødsel i fokus har bidratt til små skritt i retning av en demedikalisering av svangerskap, fødsel og barseltid. De som arbeider for å få sin tilstand medikalisert har ofte en lettere oppgave, for de har mektige allierte: helseprofesjonene og legemiddelin industrien.

Helsetjenesten, helseprofesjonene og den diagnostiske kultur

Helseprofesjonene selv spiller også en viktig rolle i forhold til å drive medikaliseringsprosessen fremover, blant annet fordi de både har interesse av og mulighet til å skape sin egen etterspørsel. I kraft av sine kunnskaper og posisjoner har de makt til å definere hva som skal regnes som legitime behov for eksperthjelp (i motsetning til ønsker). Dermed har de mulighet til å påvirke etterspørselen i begge retninger. Det mest nærliggende for dem er kanskje å øke

etterspørselen ettersom dette på kort sikt kan bidra til å øke deres lønninger, gi dem økt valgfrihet i forhold til arbeidssted og arbeidsoppgaver, økt status, og så videre. Men dette dreier seg om noe langt mer enn bare egennyttige motiver, her er det også altruistiske motiver. Legene er ikke bare tekniske forvaltere av en medisinskfaglig kompetanse, de ønsker også å bruke sin kompetanse på en måte som kommer mennesker til gode. De tror de kan hjelpe folk til et bedre liv, og de ønsker å bli brukt på denne måten. Når legenes ønske om å hjelpe møter pasientenes lyst til å bli hjulpet, blir ønsket forsterket.

Det Løchen (1976) har kalt den diagnostiske kultur et også et viktig aspekt her. I en diagnostisk kultur brukes diagnoser og diagnostiske kategorier som forklaringer på ulike typer av problemer og handlinger, handlinger forklares ved deres årsaker, årsakene plasseres i individene, og løsningene på problemene søkes i det enkelte individ. Den diagnostiske kultur, kombinert med ekspertenes definisjonsmakt, bidrar til at stadig flere sider av det menneskelige liv underlegges et språk og en fortolkning som inngår i et medisinsk rammeverk.

Den diagnostiske kultur er en del av en medisinskfaglig praksis som i dag understøttes og forsterkes av aktivitetsbaserte finansieringssystemer hvor økonomiske tilskudd knyttes til diagnosegrupper. Disse systemene inngår i en markedsliknende måte å organisere og finansiere offentlige helsetjenester på, hvor bruken av konkurranse og økonomiske insentiver står sentralt. Slik blir helsevesenet underlagt markedets logikk (Lian 2003). Ideologien er at pasientene skal behandles som kunder, og at helseinstitusjoner og helsearbeidere skal konkurrere om deres gunst. Konkurransen gjør systemet mer ettergivende overfor all etterspørsel, ikke bare den som utgår av legitime behov. Systemet er også selv aktivt med på å skape økt etterspørsel etter sine tjenester. Når helseinstitusjoner drives ved hjelp av virkemidler som gjør pasientbehandling økonomisk lønnsomt, som om de var private bedrifter, blir nemlig det å rekruttere pasienter en forutsetning for suksess. Dermed vil nye pasientgrupper skapes, og flere inkluderes i de som eksisterer fra før. Dette rekrutteringsarbeidet foregår i et relativt tett samarbeid med en annen mektig aktør: legemiddelindustrien.

Legemiddelindustrien

Der ligger mye penger i å fortelle friske mennesker at de er syke (Moynihan et al. 2002). Legemiddelindustrien styres av økonomiske interesser. De har økonomisk interesse av å øke etterspørselen etter sine produkter, og som andre industrier jobber de for å utvide sine markeder og dermed øke sin profitt. I denne kampen har de alliert seg med både leger, forskere, pasientorganisasjoner og massemedia. Samarbeidet er av og til så tett at det har visket ut grensen mellom markedsføring og informasjon (Høye og Hjortdahl 2002),

mellom markedsføring og forskning (Straand 2002), og mellom markedsføring og utdanning (industrien finansierer etterutdanning for leger).

En måte legemiddelfirmaene prøver å utvide sine markeder på er å forme den måten leger og folk flest tenker om helse og sykdom på, og endre deres innstilling til behandling av tilstander som hittil ikke er definert som sykdom. Dette dreier seg altså på en måte om å selge sykdom (Westin 2002). Eller kanskje er det drømmer om et bedre liv de selger? Strategien deres går blant annet ut på å definere naturlige prosesser og mindre alvorlige plager som sykdom, definere milde symptomer som varsler om alvorlig sykdom (ofte vanlige symptomer som trøtthet eller nedstemthet), definere personlige eller sosiale problemer som medisinske, definere risiko som en sykdom, eller å få et medisinsk problem til å virke mest mulig utbredt (for hvorfor skal vi tro at vi er blant de få som unnslipper?) (Moynihan et al. 2002).

Arbeidsmetodene til industrien er godt gjennomtenkte, og innrettet både mot leger og folk flest. I det farmasøytiske markedsføringstidsskriftet *Pharmaceutical Marketing* finner vi følgende strategibeskrivelse: I en innledende periode av markedsføringen er målet å «skape et behov» for det nye medikamentet i befolkningen og å «skape ønsket» hos legen til å foreskrive det (ibid. s. 888). Massemediene spiller en viktig rolle i forhold til å videreformidle industriens synspunkter til folk flest (Skolbekken og Lian 2003). Markedsføringen grenser mot manipulering, blant annet ved at reklame blir kamouflert som informasjon og at informasjonen forvrenges. Strategien er ikke forskjellig fra strategien til mange andre mektige industrier: Flest mulig av oss skal påvirkres til å bli konsumenter av deres produkter, og i dette arbeidet er nærmest alle midler tillatte. Legemiddelindustriens iver etter å skape etterspørsel etter sine produkter tilsier at en del av etterspørselen etter helsetjenester utløses av behov som er skapt av en markedsføring som er økonomisk motivert.

En diagnose blir til

Medikaliseringen blir altså til i et komplekst samspill mellom flere aktører og faktorer som virker i samme retning. Selv om de ulike aktørene står sammen om å gjøre noe medisinsk har de forskjellige motiver, blant annet i forhold til å finne opp stadig nye diagnoser: Legen trenger diagnosene for å relatere individuelle tilfeller til generelle klassifiseringer, legemiddelindustrien trenger dem for å få inntekter, helseinstitusjonene trenger dem for å dokumentere sin aktivitet og dermed få inntekter, mens pasienten trenger dem for å legitimere sin tilstand. Oppfinnelsen av diagnosen sosial fobi kan illustrere noe av dette samspillet. Diagnosen betegner en angst for mellommenneskelige relasjoner, og en frykt for å komme opp i pinlige situasjoner og bli ydmyket. De som har denne diagnosen «vegrer seg for å snakke med andre og ønsker ikke å komme i sen-

trum for oppmerksomhet. De er svært opptatt av å ikke virke dumme eller for ikke å bli flaue (Grønsdal 2004).» De fleste har opplevd dette en eller annen gang, det er først når det påvirker våre daglige gjøremål, for eksempel at vi unngår sosiale situasjoner som kan føre til ydmykelse, at dette kalles en sykkelig tilstand.

Sjenerte folk har trolig alltid eksistert så selve fenomenet er ikke nytt, men diagnosen er det, i likhet med den store oppmerksomheten om dette i medisinske fora. For eksempel var det i perioden 1967–1983 bare 17 treff på dette stikkordet i artikkelbasen *PsychInfo*, i perioden 1984–1998 var tallet steget til 1 137 (Elliott 2003). Hva var det som skjedde på 1980- og 90-tallet som skapte disse endringene? Jo, i 1986 kom den første av flere indikasjoner på at medisiner mot depresjon kunne virke dempende på denne typen plager. I 1987 ble diagnosen for første gang inkludert i DSM-III-R (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). I 1996 kom så en lederartikkel i *Lancet* med tittelen *How shy is too shy?* hvor forfatteren argumenterte for at sosial fobi «is not a character trait to be cherished as part of the range of normal human diversity. It is a disabling disorder to be diagnosed and treated (Stein 1996: 1132).» Og i 1999 brukte GlaxoSmithKline 91.8 millioner dollar på reklame for det angstdempende midlet Paxil med følgende overskrift: «Your life is waiting.» Med dette hadde en rekke aktører, med leger, forskere og legemiddelindustrien i spissen, skapt en ny behandlingstrengende tilstand og en ny arbeidsoppgave for helsetjenesten og profesjonene. Dette skjedde ved at en tilstand (sjenanse) ble omdefinert fra et personlighetstrekk til et medisinsk begrep og en diagnose (sosial fobi), samtidig som det ble argumentert for at tilstanden hadde både biologiske årsaker og en medisinsk kur.

Implikasjoner og funksjoner

Medisinsk teknologi kan gi oss mennesker et bedre og lengre liv fordi den bedrer våre muligheter til å diagnostisere, behandle og forebygge sykdom. Selv om medisinen har fått mye av æren også for den bedringen i helsetilstanden som skyldes bedre levekår, har den medisinske ekspertisen utvilsomt mye godt å tilby syke mennesker. En positiv konsekvens av medikaliseringen er derfor at flere syke mennesker har fått hjelp for sine plager. For friske mennesker og for samfunnet som helhet, derimot, er konsekvensene mer problematiske.

Ansvar og rettigheter

En viktig implikasjon av medikaliseringen er den legitimiteten den gir til handlinger og tilstander som tidligere ble utsatt for moralsk fordømming, som for eksempel alkoholmisbruk, aggressivitet og manglende selvdisiplin (Freidson

1970). Ved å omdefinere noe fra en karakterbrist til en sykdom eller et helseproblem går vi over fra å vurdere folks handlinger normativt til å årsaksforklare dem, det vil si vi plasserer feilene et sted som ligger utenfor området for individets egen frie vilje. Dette gir tilstanden en forklaring og en legitimitet som blant annet innebærer at individene ikke bare kan opptre som syke, men også umyndiggjøres og fraskrives skyld og ansvar både for sin tilstand og for sine handlinger. Da fjernes også den moralske fordømmingen.

Helsebegrepets legitimeringsfunksjon kommer til uttrykk i et bredt spekter av sosiale settinger, men aller tydeligst i rettssalene. I straffesaker medikaliseres for eksempel kulturelle særtrekk gjennom den såkalte «kulturelle forsvarsstrategien» hvor kulturforskjeller reduseres til individuelle psykologiske avvik som fratar den tiltalte et personlig ansvar for sine handlinger. Dermed kan personen ikke straffes (Reddy 2002). Kriminelle handlinger kan også bli tilskrevet en biologisk tilbøyelighet, noe som i USA blant annet har ført til full frifinnelse for personer som har tilstått drap. Gjennom den biomedisinske forståelsen av kriminalitet forvandles gjerningspersonen fra en som har gjort noe galt til en som feiler noe, dermed skal vedkommende ikke straffes men behandles. Enkelte alvorlig psykisk syke personer har lenge blitt regnet som strafferettslig utilregnelige men statusen 'ansvarsløs av medisinske grunner' overføres til stadig nye tilstander, deriblant spilleavhengighet. I norsk rettsvesen har vi de siste årene hatt flere dommer der dette er tilfelle, blant annet en dom fra 2004 hvor en arbeidsgiver ble dømt til å betale økonomisk erstatning til en spilleavhengig arbeidstaker som ble oppsagt etter økonomiske misligheter. Pengene brukte han på spilleautomater som stod i arbeidslokalet. Retten la til grunn for dommen at mannen var spilleavhengig, at «spilleavhengighet er et alvorlig og utbredt helseproblem», og at det må «være arbeidsgivers plikt å iverksette tiltak for å unngå at arbeidstakerne pådrar seg spilleavhengighet» samt «iverksette nødvendige behandlingstiltak» (Bergen tingrett 2004: 9). Dermed er det ikke lenger arbeidstakeren men arbeidsgiveren som står på tiltalebenken. (Arbeidsgiveren anket dommen, men inngikk senere et forlik med arbeidstakeren.) En annen mann fikk nedsatt straff for en rekke tilståtte vinningsforbrytelser fordi han led av spilleavhengighet (Pedersen 2003).

Eksemplet med spilleavhengighet leder oss til et annet viktig poeng, nemlig det at medikaliseringen bidrar til å individualisere samfunnsproblemer, altså problemer som primært er skapt av samfunnsforhold (spilleavhengighet, rusproblemer, arbeidsrelaterte slitasjeskader, samlivsproblemer i dobbeltarbeidende barnefamilier etc.). Ansvar for å møte de individuelle problemene, derimot, plasseres ikke hos individet selv eller hos uformelle sosiale systemer men hos et formelt og profesjonelt ekspertsystem; helsetjenesten. Prosessen her er todelt: Først blir samfunnsproblemene definert som individuelle problemer,

deretter overlates de til helsetjenesten. Slik går både samfunnet og individet fri når helsetjenesten utvider sitt myndighetsområde. Individet fratas ikke bare for ansvar for seg selv og sine handlinger men også for det felles ansvar vi har for hverandre.

Denne utviklingen har mange implikasjoner. Faren ved å frikjenne samfunnet er at vi unnlater å gjøre noe med samfunnsforhold som har en negativ virkning på folks helse. Faren ved å frata individet ansvaret for seg selv og sine handlinger er at vi blir fratatt noe av vår evne til, tro på og vilje til å møte utfordringer, ta vare på oss selv, og selv hanskes med våre menneskelige svakheter (Illich 1996). Hvis så skjer kan det få negative følger for vår helse. Ved å frata menneskene deres status som ansvarlige personer krenker vi også deres autonomi. Dermed reduserer vi deres menneskeverd. Dette kan påvirke vårt syn på hva et menneske er.

Samtidig som medisinen fjerner den moralske fordømmingen på noen områder, tilfører den et nytt moraliserende aspekt på andre områder, en moralisering som blant annet knyttes til individets moralske ansvar for å ta vare på seg selv. Dette ser vi særlig i forebyggende helsearbeid, hvor muligheter blir omformet til krav. Informasjon om de helsemessige konsekvensene av usunn mat, lite mosjon og røyking, medfølges av et normativt krav om å spise sunn mat, mosjonere mye og ikke røyke. Informasjonen er ment å fungere som en selvdisiplinerende kraft. Overvektige blir for eksempel utsatt for moralsk fordømming ved at vi tilskriver dem negative egenskaper som svak viljestyrke og manglende selvkontroll (dette ville ikke skjedd om overvekt ble tilskrevet lav forbrenning eller andre biologiske trekk). Dermed har medisinen overtatt religionens oppgave med å trekke opp riktige og gale måter å leve på, og å motivere oss til å leve på en riktig måte. Distinksjonen mellom *sunt* og *usunt* har etter hvert tatt over noen av de oppgavene som distinksjonen mellom (moralisk) *rett* og *urett* hadde før i tiden (Hellesnes 1994). Det medisinske rammeverket bidrar således til både moralisering og avmoralisering på samme tid.

Kulturelle normer og verdier

Teknologien kan også bidra til å endre kulturelle normer og verdier i vårt samfunn på en måte som vi ikke har intendert og som vi heller ikke ønsker: Dess mer vi behandler hårløse menn, jo mer næring gir vi til kulturelle normer som sier at hårløshet er en mangeltilstand. Dess mer vi behandler ereksjonsproblemer, jo mer næring gir vi til kulturelle normer som sier at menn bør evne å få ereksjon nærmest til enhver tid hele livet gjennom. Dess mer silikon vi opererer inn i kvinnens bryst, jo mer næring gir vi til skjønnhetsidealene som tilsier at store pupper er bra. Dess mer vi behandler aldringsfenomener som plager i

overgangsalderen og redusert bentetthet, jo mer næring gir vi til en kultur som sier at det å bli gammel ikke er bra.

Behandling av ereksjonsproblemer med Viagra synliggjør hvordan medisinske inngrep inngår i noe mer enn en snever medisinsk verden, og hvordan de får ringvirkninger som går langt ut over individets helse. Viagra påvirker ikke bare mannens penis, den påvirker hans identitet og selvbilde, og den påvirker hans relasjon til sin seksualpartner. Men det virkelig sosiologisk interessante er at den også påvirker samfunnets kulturelle normer, verdier og holdninger til hva seksualitet er og bør være, hvordan den bør komme til uttrykk, hvor langt ut i livet vi bør være seksuelt aktive, og hvor aktive vi bør være. En studie basert på intervjuer med 27 kvinner med Viagra-spisende menn har vist hvordan kvinner kan føle seg skyldige, utilstrekkelige, unormale og presset når de ikke klarer å leve opp til forventningene Viagraen skaper hos mannen (Potts et al. 2003). Disse kvinnene ble også skuffet over at romantikk, forspill og andre former for sex enn den rent genitale syntes å forsvinne helt. Noen følte også sinne og frustrasjon over at Viagraen ga mannen en slags definisjonsmakt. Viagraen var for mange par en kilde til konflikter og kranling. Kvinnene opplevde det også som et problem at sexlivet ble mer instrumentelt og mindre spontant, og at sex ble redusert fra en kjærlighetserklæring til en uunngåelig effekt av en pille.

Medisinske intervensjoner får således ikke «bare» konsekvenser for vår kropp, men hele vårt liv og hele vår væren i verden. Illich (1996) kalte dette for medisinsens kolonialisering eller ekspropriering av menneskets livsverden. Videre påvirker de vårt syn ikke bare på hva helse og sykdom er, og hvilke av våre plager og lyter vi skal overlate til ekspertene, de påvirker vårt syn på hva et menneske er, hva som er det gode liv, hvordan vi bør leve våre liv, hva vi bør trakte etter, og så videre. Og de påvirker våre holdninger til normalitet og avvik.

Nye og uklare grenser mellom normal-unormal og frisk-syk

En sentral side ved medikaliseringen er at medisinen i økende grad inngår som en form for samfunnsmessig reaksjon på avvik. Medisinere har en tendens til å forveksle konformitet og helse, i den forstand at de tolker avvik som et utslag av patologi og definerer det som en medisinsk tilstand (Løchen 1976). Slike definisjoner kan endre våre normer omkring hva som er normalt og naturlig. Det som en gang ble betraktet som selvsagte og kanskje også fruktbare og fargerike variasjoner i en gruppe mennesker, blir gjennom konformitetsidealet omdefinert til å være uønskede avvik (vi omtaler dem som mangler, ikke variasjoner). Gjennom sin definisjonsmakt er legene med på å påvirke ikke bare samfunnets grensdragning mellom syk og frisk og mellom normalt og unor-

malt, men også våre holdninger til avvik. Medikaliseringen innebærer at vår toleranse for avvik blir mindre, og at vi intensiverer arbeidet for normalisering (i betydningen «å gjøre ensartet»).

Normalitet er et mangetydig begrep. Ofte brukes det i betydningen «slik det pleier å være» eller «det som opptrer hyppigst», altså synonymt med «vanlig». I ordbøkene står det gjerne «som svarer til gjennomsnittet». Er det bra å være gjennomsnittlig? Svaret på dette varierer med tid og sted. I vår kultur møter vi dette spørsmålet med stor grad av ambivalens fordi moderne mennesker har et elsk-hat forhold til konformitet. Begrepet normalitet har en historie som gir det mange positive konnotasjoner, samtidig som vi lever i en tid hvor individualismen står sterkt, og hvor det er viktig å ha noe unikt og særegent ved seg. Selv om begrepet avvik (fra normalen) ofte har en negativ klang, kan et avvik like gjerne være bedre som dårligere enn normalen (hvor mange unge vestlige kvinner vil ikke bli henrykt over å få vite at de har en kroppsvekt under normalen?). Men begrepet normalitet brukt i betydningen vanlig går ikke inn på slike vurderinger, det beskriver et faktum. Dette er med andre ord et deskriptivt normalitetsbegrep som sier noe om hvordan noe *er*.

I moderne medisin er det normale ofte assosiert med noe som er både vanlig og naturlig, det vil si gitt fra naturens side, for eksempel en medfødt egenskap. Dette normalitetsbegrepet har røtter i en biologisk tenkemåte, hvor det normale ofte blir forstått som det sunne og friske. I denne forståelsen blir det normale (i betydningen det vanlige) ofte vurdert og tilskrevet en verdi ut fra et implisitt likhetstegn mellom det normale (vanlige) og det ideale. Gjennom denne utematiserte forutsetningen blir det normale (vanlige) en standard for hvordan noe *bør* være, altså et normativt begrep. Den medisinskfaglige eksperisen unnlater imidlertid å gjøre det klart at de bruker begrepet normalt synonymt med «ønskelig», dermed får klassifikasjonen et falsk skinn av verdifrihet. Vanligvis betraktes slutninger fra *er* til *bør* som ulogiske, men i normalitetsdiskusjoner setter vi ofte Humes lov til side. Innenfor medisinen forstås altså det normale både som (1) vanlig, (2) gitt fra naturen og (3) en normativ standard. Et eksempel på dette er følgende utsagn: «Ditt blodsukker er 4,6. Det er normalt.» Siste ledd i utsagnet sier ikke bare at 4,6 er vanlig men at det også er slik det *bør* være. Et annet eksempel: «I den vestlige verden er det nesten ingen voksne som har et normalt blodtrykk, de aller fleste ligger over normalen.» Høyt blodtrykk er altså normalt og unormalt på samme tid, normalt i betydningen vanlig for voksne mennesker i vår tid og vår kultur, men unormalt både i forhold til en antatt naturlig tilstand og en ønsket idealtilstand.

Normalitetsdebatten kompliseres av at det blir stadig vanskeligere å si hva som er naturlig og hva som ikke er det. Det opprinnelig naturgitte er ikke nødvendigvis verken vanlig eller uforanderlig i og med at vi ved hjelp av teknologi

kan kontrollere og overstyre naturens gang. Ta for eksempel tilfellet med medisinsk behandling av uønskede følelser. De fleste vil oppfatte sorg som en naturlig reaksjon på traumatiske opplevelser og frykt som en naturlig reaksjon på store utfordringer, slik glede er en naturlig reaksjon på positive opplevelser. For å legitimere medisinske tiltak i forhold til naturlige følelser må vi definere det naturlige som patologisk, unormalt og uønsket. Dette har blitt et definisjons-spørsmål fordi vi har teknologi som kan endre det naturlige. Selv vår alder er nå gjenstand for fortolkning. Tidligere var vår alder fastlagt ut fra vår fødselsdato, nå snakker vi om kroppens biologiske alder som noe som avhenger blant annet av hvor godt vi har vedlikeholdt den (www.realage.com). Dermed er natur i betydningen *naturgitt* omformet fra en konstant til en ikke-konstant størrelse.

Som ikke-konstant størrelse blir normalitetsbegrepet mer fleksibelt og åpent for pragmatisk bruk. For legemiddelindustrien og legeprofesjonen betyr dette at de kan spille på ulike strenger, alt etter hvilken konklusjon de ønsker. For å øke antall personer som kvalifiserer for medisinsk behandling kan de for eksempel sette en standard for hva som er normalt og ønskelig som gjør at flest mulig mennesker havner i gruppen med unormale og uønskede tilstander. Dette kan for eksempel være å sette normalen for bentetthet, blodtrykk og kolesterol slik dette vanligvis (i vår tid og kultur) er for unge mennesker. Gitt at naturen fritt får gå sin gang vil vi alle oppleve redusert bentetthet og forhøyet blodtrykk og kolesterol når vi blir godt voksne. Dette er bare naturlig (vanlig) aldring, i alle fall i forhold til det kosthold og den livsstil vi har her i vesten. Men i og med at vi har teknologi som kan motvirke dette og andre aldringstegn, kan vi velge hvor vi vil sette standarden for normalitet. Ved å definere det som er vanlig for unge mennesker som en målestokk for hva som bør være normalt for menneskeheten, kan alle aldringstegn bli definert som noe unormalt som kvalifiserer for medisinsk intervensjon.

Skillet mellom frisk og syk (en variant av skillet mellom normal og unormal) blir også trukket på en ny og kanskje mer uklar måte. Et av teknologiens (særlig genteknologiens) paradokser er at samtidig som den kan bidra til å gjøre noen mennesker friskere (gjennom dets bidrag til utviklingen av behandlingsmetoder som kan kurere sykdom), kan den også bidra til å gjøre noen mennesker sykere, eksempelvis gjennom å avdekke deres genetiske sykdomsdisposisjoner. Mange vil reagere med bekymring på informasjon om at de er genetisk disponert for alvorlig sykdom, spesielt dersom sykdommen mangler effektive behandlingsmetoder. I mange tilfeller vil risikokunnskapen bidra til å sykeliggjøre mennesker ved at de settes på medikamentell behandling og at de blir pasienter med regelmessig kontakt med helsevesenet, kanskje livet ut. Kolesterol- og blodtrykkssenkende medikamenter og medikamenter mot redu-

sert bentetthet er aktuelle eksempler på dette. Men dermed er risiko for sykdom ikke lenger bare en risiko, den er blitt en sykdom. Dermed forsvinner skillet mellom frisk og syk (Skolbekken 2000). Eller har vi fått en tredje kategori: kanskje snart syk?

Det å trekke opp grensene mellom normal og unormal og mellom frisk og syk er et spørsmål om definisjonsmakt. Vi har lagt denne makten i hendene på ekspertene, en makt som gjennom medikaliseringen blir overført til stadig nye områder. Måten de trekker opp disse grensene på har viktige implikasjoner fordi definisjonene syk og unormal tjener til å begrunne medisinske intervensjoner. Både medisinske eksperter og legemiddelindustrien har en tendens til å trekke grensene på en måte som gjør at gruppene unormale, syke og hjelpe-trengende blir stadig større, mens gruppene normale og friske blir stadig mindre. Til tross for at samfunnsvitenskapene har teorier og begreper som kan avsløre den tvilsomme medisinske bruken av normalitetsbegrepet og de betenkelige konsekvensene dette avfører, har dette vært lite fremtredende i debatten. Trenden er tvert imot at den medisinske begrepsbruken i stadig større grad tas for gitt, selv blant samfunnsvitere.

Forventningsgap og anomi

Gjennom medikaliseringen får folk økte forventninger til egen helse, og hva helsetjenesten kan bidra med i så måte. Forventningene ser ut til å vokse langt ut over det som er mulig å innfri. Durkheims selvmordsstudie fra 1897 kaster lys over både dynamikken i og konsekvensene av en slik utvikling. Utgangspunktet for Durkheim er at alle levende vesener trenger et riktig forhold mellom behovene og mulighetene for å tilfredsstille dem. Hos dyrene finnes denne likevekten gjennom en automatisk tilpasning. Når behovene er tilfredsstilt, krever ikke dyrene mer. Menneskene derimot har evne til å overskride sine behov, ettersom de fleste menneskelige behov ikke er biologisk bestemt men utvikles uavhengig av kroppens krav. Menneskenaturen er altså slik at mennesket selv ikke kan sette grenser for sine krav på en måte som gjør at behovene og behovstilfredsstillelsen automatisk kommer i likevekt. Følgelig er behovene ubegrensede, sier Durkheim. Dette betyr at dersom behovene våre ikke møter eksterne grenser, er vi dømt til en umettelig streben etter behovstilfredsstillelse: «if nothing external can restrain this capacity, it can only be a source of torment to itself (Durkheim 1999: 247)». Skal vi unngå et hvileløst jag etter stadig nye behov, må behovene begrenses av noe utenfor individene selv. Dette noe er for Durkheim samfunnet og samfunnets normer.

På helsefeltet i vår del av verden ser det ut til at samfunnet for tiden befinner seg i en normløs (anomisk) tilstand, og dermed er ute av stand til å utøve denne begrensende virkningen på samfunnsmedlemmene. Dette henger

sammen med at vi lever i en tid med økonomiske oppgangstider, og at vi har teknologi som gjør at det naturgitte ikke lenger er en konstant og gitt størrelse. Begge deler bidrar til å viske ut allerede etablerte grenser for hva som er mulig og realistisk. Inntil vi har laget nye grenser og tilpasset oss dem, vil våre krav og forventninger lett vokse oss over hodet. For å unngå dette trenger vi kulturelle normer og verdier som kan sette grenser for våre behov. Mens vi venter på at disse utvikles kan vi komme til å oppleve et økende gap mellom forventninger og oppnådd resultat.

Det er mye som tyder på at dette forventningsgapet allerede er en realitet. Til tross for mengder av ny medisinsk kunnskap og teknologi, økte utgifter til helseformål, stadig flere helsearbeidere og økt behandlingssvolum: folk føler seg ikke friskere enn før. Riktignok har vi opplevd en økning i den forventede levealderen (en økning som startet før veksten i helsevesenet, og som trolig primært skyldes bedre levekår), men statistikkene viser ingen forbedringer i folks selvopplevde helse (Svalund 2005). I noen tilfeller er utviklingen heller negativ, blant annet når det gjelder muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser. Fra 1968 til 1985 viste de norske helseundersøkelsene en økning i andelen personer med sykdom på en bestemt dag fra 41 til 49 prosent (Statistisk sentralbyrå 2005). Mange andre land ser tilsvarende tendenser. Dette er et tankekors. Barsky (1988) har kalt dette *the paradox of health*. Paradokset er at dess flinkere vi blir til å helbrede alvorlig sykdom, dess sykere blir befolkningen som helhet. Dette paradokset må sees i sammenheng med at helse og sykdom er kulturelle begreper. Kanskje er det slik at vi stadig flytter grensen for hva vi opplever som friskt; at vi legger lista stadig høyere, og dermed bidrar til å opprettholde eller til og med øke avstanden mellom hva vi faktisk har og idealtilstanden?

Dette er ingen fremmed dynamikk når det gjelder menneskelige erfaringer. Et interessant eksempel er forskningen omkring det norske verdilandskapet (Norsk monitor), som viser at selv om vi materielt sett får det stadig bedre så er færre fornøyde med sin materielle velstand: «våre krav og forventninger stiger i takt med økende velstand, i tråd med ordtaket 'nye vil ha mer'. Faktisk ser det ut til at kravene til materiell standard ikke bare har holdt tritt med, men steget enda raskere enn den faktiske velstanden [...] Vektlegging av anskaffelser og forbruk har altså en direkte negativ effekt på lykkefølelsen (Hellevik 1999).» Samme dynamikk kan gjøre seg gjeldende på helsefeltet. I så fall vil våre skyhøye forventninger og iherdige innsats for helsen ikke gjøre oss særlig lykkeligere, snarere tvert om.

For det er vel lykke dette dreier seg om, i siste instans? Gjennom medikaliseringen synes medisinenens formål å være endret fra å fremme helse og forebygge og behandle sykdom, til å fremme lykke, identitet og livsmening. Den medisinske teknologien gir oss håp, tro og drømmer om et bedre liv, ja til og

med håp om evig liv. I hvilken grad teknologien evner å innfri våre drømmer er et annet spørsmål. På den ene side gir den oss nye og bedre behandlingsmetoder og diagnostiske teknikker som innebærer muligheter for å bedre vårt liv og vår helse, og utsette vår død. På den andre side er det ikke risikofritt å benytte seg av den. Teknologien kan true både helse, liv og livskvalitet gjennom feilbehandlinger, bivirkninger, medikalisering av nye livsområder og problematiske kroppsidealer. Den kan også endre vårt syn på hva mennesket er, vår respekt for menneskeverdet, våre oppfatninger av hva som er det gode liv og hva vi bør gjøre for å oppnå dette, våre normer omkring hva som er normalt og naturlig, samt vår toleranse for avvik.

Noe av problemet med medikaliseringen er at det som er normalt, både det vanlige og det naturgitte, blir definert som unormalt. Den greske Eos var udødelig og hadde evig ungdom, den moderne Eos har ingen av delene. Men hun drømmer om det. Drømmene er inspirert av vitenskapens fremskritt og industriens markedsføring. Det å eldes er normalt og naturlig for henne, men nå vil hun ta kontroll over naturens gang og bekjempe den med alle tilgjengelige midler. Hun betrakter nemlig ikke lenger det naturgitte, deriblant den naturlige aldringen, som noe gitt og uforanderlig hun bare må underkaste seg. Det er som hun tror hun kan gjøre som i dataspillet *The Sims*: trykke «aging off» for ikke å eldes. Når naturen forkastes som konstant størrelse på denne måten, har hun etter hvert ingen normalitetsmålestokk som hun kan måle seg mot, *the sky is the limit*. I en slik situasjon sender hun lett forventningene opp i urealistiske høyder. Tilfredshet og lykke er på en eller annen måte relatert til forholdet mellom forventninger og oppnådd resultat. Slik kan hennes jakt på lykke bli den sikreste veien til ulykkelighet.

Sammenfatning

Et sentralt aspekt ved medikaliseringen er at grensene mellom normal og unormal og mellom syk og frisk blir trukket opp på en måte som bidrar til at gruppen av unormale, syke og hjelpetrengende stadig vokser. Prosessen drives frem av mange krefter som påvirker hverandre gjensidig. Sentrale premissleverandører her er helseprofesjonene, legemiddelindustrien og massemediene. Moderniteten og den moderne mentalitet reder grunnen for folks tilslutning til deres situasjonsdefinisjoner. Det innebærer at vi må trekke inn flere ulike drivkrefter, i tillegg til *samspeillet* mellom dem, for å forstå forløpet av disse prosessene. Med utgangspunkt i teorier som dette kan vi utføre empiriske studier av reelle prosesser som leder til at menneskelige egenskaper og problemer blir definert og håndtert som medisinske.

Medikaliseringen innebærer at flere syke har blitt hjulpet, samtidig som

flere friske har blitt sykeliggjort. Når sykeliggjøringen går for langt har det en del uheldige konsekvenser, blant annet uønsket avviksproduksjon, svekket toleranse for variasjonene i menneskelige kjennetegn og levemåter og omdefinering av samfunnsproblemer til individuelle problemer. Når ansvaret for individuelle og samfunnsmessige problemer plasseres hos helseprofesjonene betyr det at vi fraskrives ansvar ikke bare for oss selv men også for hverandre. Dette kan svekke den moralske fordømming av våre medmennesker. Samtidig truer det både vår evne og vilje til å mestre livets utfordringer og ta vare på hverandre, samt at det utfordrer vår oppfatning av oss selv som autonome og ansvarlige personer. Medikaliseringen gir også næring til forventninger om en nærmest perfekt helse og et problemfritt liv. Fordi mange av disse forventningene er urealistiske oppstår det et økende gap mellom forventninger og oppnådd resultat. Konsekvensen er at vi blir misfornøyde. I lys av disse erkjennelsene ser vi visdommen i den opprinnelige Eos-myten, som maner til respekt for de grenser naturen har trukket opp for oss.

Referanser

- Aspaas, K. (2004) 'Farlig professor'. *Aftenposten* 19. oktober.
- Barsky, A. J. (1988) 'The Paradox of Health', *New England Journal of Medicine* 318:414–418.
- Bauman, Z. og May, T. (2004) *Å tenke sosiologisk*. Oslo: Abstrakt forlag.
- BBC Prime (2003) 'Body Chemistry', Sendt 13. oktober.
- Bergen tingrett (2004) Dom avsagt 21.06.2004. Saksnr. 03-007831TVI-BBYR/AVDE.
- Conrad, P. (1992) 'Medicalization and Social Control', *Annual Review of Sociology* 18:209–232.
- Conrad, P. og Schneider, J. W. (1992) *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- des Bouvrie, S. (2002) 'The Definition of Myth. Symbolic Phenomena in Ancient Greek Culture', i S. des Bouvrie (red.) *Myth and symbol I. Symbolic Phenomena in Ancient Greek Culture*, s. 11–69. Bergen: Norwegian Institute at Athens.
- Durkheim, E. (1999) *Suicide. A study in Sociology*. London: Routledge.
- Eisen, A., Rebbeck, T. R., Wood, W. C. og Weber, B. L. (2000) 'Prophylactic Surgery in Women with a Hereditary Predisposition to Breast and Ovarian Cancer', *Journal of Clinical Oncology* 18:1980–1995.
- Elliott, C. (2003) *Better than Well. American Medicine Meets the American Dream*. New York: W.W.Norton & Company.
- Fitzpatrick, M. (2002) 'The Making of a New Disease', *The Guardian* 7. februar.
- Freidson, E. (1970) *Profession of Medicine*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Getz, L. (2002) 'BMJ temahfte om «medikalisering»'. URL (17.4.2002): <http://www.uib.no/isf/eyr/2002q2/009806.html>.
- Graves, R. (1999) *The Greek Myths*. Harmondsworth: Penguin.
- Grønsdal, G. (2004) 'Sosial fobi. Professor i psykiatri dr. med. Fred Holsten intervjuet av Gunnvor Grønsdal', URL: http://www.helsenytt.no/artikler/sosial_fobi.htm.
- Hellesnes, J. (1994) *På grensa: Om modernitet og ekstreme tilstander*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Hellesnes, J. (2002) *Maska bak andletet: Om veremåtar, ideologi og filosofisk antropologi*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Hellevik, O. (1999) 'Hvorfor blir vi ikke lykkeligere?'

- Samfunnsspeilet* 4/1999, URL: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/9904/4.html>.
- Høye, S. og Hjortdahl P. (2002) '«Ny vidunderpille!» – hva skriver aviser om nye legemidler?', *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 122:1671–1676.
- Huxley, A. (1948) *Vidunderlige nye verden*. Oslo: Aschehoug.
- Illich, I. (1996) *Medisinsk nemesis*. Oslo: Gyldendal.
- Kjær, R. og Selle, M. S. (2001) 'Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile', *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 121:1884.
- LeFanu, J. (1999) *The Rise & Fall of Modern Medicine*. London: Abacus.
- Lian, O. S. (2003) *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Life Extention Foundation (2004) 'What is the Life Extention Foundation?' URL: http://www.lef_org/about_us/what_is_lef.htm.
- Löchen, Y. (1976) *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lowenberg, J. S. og Davis, F. (1994) 'Beyond Medicalisation – Demedicalisation: the Case of Holistic Health', *Sociology of Health & Illness* 16:579–599.
- Martin, T. (2002) 'An Illness, by Any Name.' *The Guardian* 9. februar.
- Mavromataki, M. (1997) *Greek Mythology and Religion*. Athen: Haitalis.
- Moynihan, R., Heath, I. og Henry, D. (2002) 'Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering', *British Medical Journal* 324:886–891.
- Nordal, I. (2002) 'Darwinisme – en fruktbar teori for å forstå «kvinnens natur»?', i C. Wegener og A. Wynn (red.) *Er det så naturlig? Perspektiver på kjønn og biologi*. Tromsø: Kvinnforsk, Universitetet i Tromsø.
- Pedersen, E. (2003) 'Spillegal fikk strafferabatt.' *Dagbladet* 14. februar.
- Potts, A., Gavey, N., Grace, V. M. og Vares, T. (2003) 'The Downside of Viagra: Women's Experiences and Concerns', *Sociology of Health & Illness* 25:697–719.
- Purdy, L. (2001) 'Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine', *Bioethics* 15:248–261.
- Reddy, S. (2002) 'Temporarily Insane: Pathologising Cultural Difference in American Criminal Courts', *Sociology of Health & Illness* 24:667–687.
- Schjøth, A. (2004) 'Er homofili en entydig og fastlåst tilstand?' *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 124:1965.
- Skolbekken, J. (1996) 'Risiko som begrep og utfordring i helsevesenet', *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 116:2673–2676.
- Skolbekken, J. (2000) 'Risiko for sykdom – vår tids epidemi?', i E. Swensen (red.) *Diagnose: Risiko*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skolbekken, J. og Lian, O.S. (2003) 'Hva er drivkraftene bak etterspørselen etter ny teknologi?', *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 123:653–656.
- Statens helsetilsyn (2005) *Legemiddelforbruket i Norge 2000–2004*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statistisk sentralbyrå (2005) 'Helseforhold og helse-tjenester', URL: http://www.ssb.no/emner/historisk_statistikk/tabeller/kap04.html
- Stein, M. B. (1996) 'How Shy is too Shy?' *Lancet* 347:1131–1132.
- Stow, M. (2002) 'An Illness, by Any Name', *The Guardian* 9. februar.
- Straand, J. (2002) 'Legemiddelfirmaavhengighet', *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 122:469.
- Svalund, J. (2005) 'Kvinner lever lenger – med flere sykdommer', *Samfunnsspeilet* 19:26–35.
- Svendsen, L. F. H. (2001) *Mennesket, moralen og genene. En kritikk av biologismen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thesen, J. (2001) 'Being a Psychiatric Patient in the Community – Reclassified as the Stigmatized «other»', *Scandinavian Journal of Public Health* 29:248–255.
- Westin, S. (2002) Sykdomskremmere. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 122:1638.
- Williams, S. og Calnan, M. (1996) 'The «Limits» of Medicalization?: Modern Medicine and the Lay Populace in «Late» Modernity', *Social Science & Medicine* 42:1609–1620.
- Zola, I. K. (1978) 'Medicine as an Institution of Social Control', i J. Ehrenreich (red.) *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, s. 487–504. New York: Monthly Review Press.