

BAGGRUNDSTEKST

HVAD ER SYGDOM?



DET
ETISKE
RÅD

INDHOLD

HVAD ER SYGDOM?	3
DEN BIOMEDICINSKE SYGDOMSMODEL	4
DEN BIO-PSYKO-SOCIALE SYGDOMSMODEL	6
DEN HUMANISTISKE SYGDOMSMODEL	9
SYGDOMSMODELLER OG PSYKIATRISKE DIAGNOSER	11

Etiske spørgsmål ved anvendelse af diagnoser

Det Etiske Råd 2016

Grafisk tilrettelæggelse: Grobowski

Illustrationer: Karsten Aurbach

Publikationen består af 9 tekster

Kan findes på Det Etiske Råds hjemmeside: www.etiskraad.dk/diagnoser

- › Indledning: Etiske spørgsmål ved anvendelse af diagnoser
- › Kernetekst 1: Diagnosen som "det bedste og det værste"
- › Kernetekst 2: Menneskesyn og magt
- › Kernetekst 3: Viden og relationer i sundhedssystemet
- › Kernetekst 4: Diagnosen uden for sundhedssystemet
- › Afslutning: Kan diagnoser bruges på en bedre måde?
- › Baggrundstekst om "Diagnosen som begreb og praksis"
- › Baggrundstekst om "Hvad er sygdom?"
- › Baggrundstekst om "Diagnoser i fokus – ADHD, depression og samlebetegnelsen funktionelle lidelser"

HVAD ER SYGDOM?

At stille en diagnose vil ifølge klinisk ordbog sige at bestemme en sygdoms art.¹ For at forstå, hvad diagnoser er, er det med andre ord også nødvendigt at vide noget om, hvad sygdom er. Det er der imidlertid mange opfattelser af, hvilket har stor betydning for forståelsen af diagnoser. For de forskellige sygdomsopfattelser – eller sygdomsmodeller, som de også kaldes – har forskellige bud på, hvordan sygdom skal opfattes og dermed også forskellige bud på, hvad man primært skal kigge efter for at konstatere og afhjælpe sygdom. Af den grund har de også helt forskellige bud på, hvad en diagnose siger om den person, der får diagnosen – og hvad diagnosen kan og skal bruges til.

I denne tekst beskrives først tre hovedopfattelser af sygdom, nemlig den biomedicinske sygdomsmodel, den bio-psyko-sociale sygdomsmodel og den humanistiske sygdomsmodel. På baggrund af disse beskrivelser er der til slut et afsnit om sygdomsmodeller og psykiatriske diagnoser, hvor det belyses, hvordan sygdomsmodellerne forbinder sig til psykiatriske lidelser.

1 Klinisk Ordbog, Munksgaard 1991.

DEN BIOMEDICINSKE SYGDOMSMODEL

Den biomedicinske sygdomsmodel opfatter primært sygdomme som biologiske fejlfunktioner eller afvigelser. At man er syg, skyldes med andre ord, at ens organisme af en eller anden grund ikke fungerer optimalt. Når man møder op hos lægen og klager over forskellige gener, er lægens opgave derfor ud fra de beskrevne symptomer, (1) at finde frem til fejl funktionen i patientens organisme og stille en diagnose, (2) eventuelt at finde ud af, hvad fejlfunktionen nærmere skyldes (3) at finde frem til en behandling for om muligt at udbedre fejlen eller afhjælpe nogle af de gener, fejlfunktionen giver og, (4) at opstille en prognose om den forventelige udvikling.

Den biomedicinske sygdomsmodel betegnes nogle gange nedsættende som apparat-fejlmodellen. Dette hænger sammen med, at lægens opgave ud fra modellen måske nok kan være mere kompliceret end arbejdet som fx mekaniker, men ifølge kritikerne af modellen i princippet har fuldstændig samme karakter. Det drejer sig i bund og grund om at finde fejlen ved "apparatet" (kroppen) for derefter at forsøge at reparere eller afhjælpe den. På den måde er lægens opgave primært af rent naturvidenskabelig karakter. Det er de biologiske funktioner i kroppen, der betragtes som det afgørende i forbindelse med sygdom – og disse funktioner kan i princippet beskrives udtømmende af naturvidenskaben og skal også undersøges med naturvidenskabelige metoder. Dette udelukker naturligvis ikke, at lægen kan og skal være meget omsorgsfuld og forholde sig til patienternes situation og opfattelse af sygdommen, men sygdommen betragtes ikke desto mindre primært som en biologisk fejlfunktion.

En væsentlig udfordring for tilhængerne af den biomedicinske sygdomsmodel er at give en beskrivelse af, hvornår der er tale om fejlfunktioner. Vanskelighederne knytter sig blandt andet til, at der kan være ganske store variationer mellem forskellige individers biologiske funktioner, uden at nogle af individerne med rimelighed kan betegnes som syge. For eksempel opfattes hvilepuls som normal, hvis den ligger mellem 50 eller 100 slag i minuttet. Fejlfunktioner er derfor svære at identificere alene ud fra det, der statistisk set er normalt.

I tidens løb har der været flere forslag til, hvordan man kan definere fejlfunktioner uden at anvende et begreb om det statistisk normale eller gennemsnitlige. Et af dem skal kort nævnes her, nemlig Christopher Boorses meget omdiskuterede forslag. Ifølge Boorse må sygdom opfattes som "afvigelser fra den naturlige og funktionsbestemte opbygning af et typisk medlem af den relevante art. Det er de biomedicinske videnskabers opgave at beskrive den naturlige og funktionsbestemte opbygning".² Dette sidste må ifølge Boorse blandt andet ske på baggrund af en kortlægning af vores biologisk definerede mål og behov som sociale væsener, fx vores brug af sprog, behov for udveksling af viden, evne til at samarbejde osv. osv.

2 Rådets oversættelse, her citeret fra Norman Daniels: *Just Health Care*, Cambridge University Press, 1985, s.28.

Om Boorses forslag udgør en farbar vej til beskrivelse af sygdom, skal ikke diskuteres yderligere her, men det skal nævnes, at modellen har svært ved at inkorporere psykisk sygdom, fordi "vi har en mindre veludviklet teori om de arts-typiske mentale funktioner"³ end om vores biologisk definerede mål som sociale væsener. Psykopatologi er derfor ikke uden videre forenelig med den biomedicinske sygdomsmodel, men kan eventuelt indarbejdes i den, når forståelsen af psykisk sygdom har udviklet sig.⁴

Ofte forbindes den biomedicinske sygdomsmodel med det, man kalder en essentialistisk sygdomsopfattelse, hvor sygdomme opfattes som veldefinerede og velafgrænsede enheder i kroppen, det kunne fx være et brækket ben, en kræftsvulst eller en lungebetændelse. Essentialismen har på flere måder vind i sejlene i disse år, hvor mange sygdomme forklares ud fra enten genetiske faktorer eller kemiske processer i hjernen. Man er fx farveblind, fordi man har en genetisk fejl på x-kromosomet. Det skal dog nævnes, at den biomedicinske sygdomsmodel ikke behøver at være knyttet sammen med en essentialistisk sygdomsopfattelse, men udmærket kan fungere sammen med en opfattelse af sygdomme som komplicerede forløb, der involverer mange forskellige kemiske processer forskellige steder i kroppen. Eller som syndromer, hvor patienten kun behøver at have to ud af tre symptomer for fx at kunne diagnosticeres med en blodprop i hjertet.

3 Ibid, side 29

4 Ifølge Daniels (1985), s. 29. Bemærk, at overvejelserne stadig må betragtes som relevante, selv om de er fra 1985.

DEN BIO-PSYKO-SOCIALE SYGDOMSMODEL

Den biomedicinske sygdomsmodel opfattes ofte som reduktionistisk forstået på den måde, at den forsimples forståelsen af sygdom og gør sygdom til noget meget mere enkelt, end det egentlig er. Modellen fokuserer ifølge kritikerne i for høj grad på biologiske og kemiske processer og kommer derfor til at underkende de psykiske og sociale faktoreres indvirkning på menneskers helbred og velbefindende. Den bio-psyko-sociale model er blandt andet udviklet som et modsvar mod denne reduktionisme og opfatter sygdom som et bredere fænomen, end den biomedicinske model gør:

Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel [udtrykker] behovet for en helhedsforståelse, hvor psykosociale faktorer må indarbejdes i forståelsen af sundhed og sygdom. Den bio-psyko-sociale tankegang er således udtryk for, at ikke bare biologiske faktorer, men også faktorer som personlighed, livsstil og samfundets teknologiske kompleksitet ofte øver en væsentlig indflydelse på ætiologi [dvs. sygdommens årsager eller udvikling] og prognose for mange sygdomstilstande. ... I modsætning til den biomedicinske sygdomsmodels antagelser om monokausalitet hævder den bio-psyko-sociale sygdomsmodel, at sygdomme kan være forårsaget af ikke bare fysiske faktorer (fx virus, bakterier og gener), men også psykologiske faktorer (fx adfærd og personlige holdninger/overbevisninger) og sociale faktorer (fx psykosociale arbejdsforhold).⁵

I forlængelse af citatet er det vigtigt at gøre opmærksom på, at den bio-psyko-sociale sygdomsmodel ikke bare supplerer den biomedicinske model med to yderligere forståelses- og forklaringsmodeller, nemlig den psykologiske og den sociale. Tværtimod er det afgørende for modellen, at de involverede faktorer skal forstås via deres samspil med hinanden.

Et eksempel på dette kan være stress, som man ifølge nogle opfattelser kan være genetisk disponeret for at udvikle. Men man bliver først stresset, hvis bestemte psykologiske og sociale faktorer også er til stede. Om man faktisk bliver stresset afhænger derfor af, hvordan man fx forholder sig til arbejdspresset på jobbet (dette påvirker også de rent kropslige reaktioner), hvilket arbejde, man har, og hvordan dette arbejde hænger sammen med ens familieliv og øvrige projekter osv. Hvis man skal beskrive sygdommens ætiologi, dvs. dens årsager og udvikling, er det altså ikke tilstrækkeligt at henvise til de rent biologiske aspekter, de psykiske og sociale aspekter samt samspillet mellem de involverede faktorer skal også inddrages i beskrivelsen. På samme måde er det heller ikke tilstrækkeligt primært at fokusere på de biologiske aspekter, når sygdommen skal behandles eller afhjælpes. Også her er det nødvendigt at se på hele personens livssituation og sætte ind med andre tiltag end de rent medicinske. Af den grund er det i højere

⁵ Michael Martini Jørgensen og Anette Fischer Pedersen: "Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel" s. 28-29, kap. 1 s. 27-32 i *Klinisk Sundhedspsykologi* (red. Hasché, Elsass & Nielsen), Munksgaard 2004.

grad end i forbindelse med den biomedicinske model nødvendigt at inddrage personen og personens egen opfattelse af sin situation i behandlingen.

De sociale og psykiske aspekter af sygdom har større betydning ved nogle sygdomme end ved andre. Fx har disse aspekter normalt større betydning ved stress end ved en forstuvning af lillefingeren. Dette er imidlertid fuldt foreneligt med den bio-psyko-sociale model, da den jo ikke afskriver de biomedicinske aspekter, som er en integreret bestanddel af modellen. I princippet involverer en hvilken som helst sygdom både psykiske og sociale aspekter, men de kan i praksis være stort set betydningsløse.

Men hvad er det så overhovedet at være syg, når man henholder sig til den bio-psyko-sociale model? Det er slet ikke så enkelt at svare på. Uffe Juul Jensen diskuterer problemet i en artikel og når frem til følgende konklusion:

Måske skulle vi anlægge et ... nøgternt og forsonende blik på patologisering som en samfundsmæssigt forankret reguleringsproces. Som en uomgængelig bestanddel af de komplicerede samfundsmæssige processer, hvor vi håndterer sygdom og sundhed. Udfordringen bliver da sikring af en udvidet samfundsvidenskabelig og samfundsfilosofisk indsigt i disse processer snarere end en moraliseren over for enkeltgrupper med mistanke om, at de ud fra personlige interesser eller gruppeinteresser udvider eller begrænser sygdomsbegrebet.⁶

For Uffe Juul Jensen er skillelinjen mellem det raske og det syge altså ikke noget, der bliver sat alene ved at tage udgangspunkt i en sygdomsmodel, som kan definere, hvad sygdom er. Det afgøres også i høj grad af andre processer i samfundet, fx bevillingerne til sundhedsvæsenet og socialvæsenet, skolevæsenets udformning og herunder mulighederne for inklusion, rummeligheden på arbejdsmarkedet osv.

For Uffe Juul Jensen er det således oplagt, at vores sygdomspraksis – hvem vi faktisk betragter og anerkender som syge – er et resultat af komplicerede forhandlingsprocesser, hvor der er mange interesser og magtforhold involveret. Og det er lige så oplagt, at vores sygdomspraksis er ”et redskab udviklet i en bestemt samfundsmæssig økonomisk kontekst med fokus på sikring af arbejdskraft og reduktion af udgifter på sundhedsområdet”.⁷ Fastlæggelsen af, hvad der kan betegnes som sygdom, foregår altså ikke kun ud fra diskussioner om, hvad sygdom er og ikke er. Det afgøres også af helt andre typer af overvejelser og interesser.

En væsentlig pointe i denne sammenhæng er, at de gældende normalitets- og værdiopfattelser spiller en væsentlig rolle i denne sammenhæng:

Diagnoser, sygdomsbeskrivelser og sygdomsforståelser fortæller således ikke kun noget om, hvad den enkelte person isoleret set fejler, men også noget om, hvordan

6 Uffe Juul Jensen: ”Patologisering og kampen om sygdomsbegrebet” s. 128, side 113-129 i *Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser*, red. Svend Brinkmann, Klim 2010.

7 Ibid. S. 127.

8 Nanna Mik-Meyer: ”Diagnosers magt”, *Social Politik*, tidsskrift for Socialpolitisk Forening 4/2011, s. 5-8, s. 6.

dominerende normer og værdier, i et samfund som det danske, udgrænser – og diagnosticerer – bestemte handlinger og tilstande som unormale og syge.⁸

Når man i et samfund som det danske fx lægger stor vægt på, at man skal være autonom og dermed i stand til at håndtere sit eget liv selv, virker det derfor mere oplagt at betegne personer som syge, hvis de har vanskeligt ved at få deres tilværelse til at hænge sammen ved egen hjælp, end hvis helt andre typer af værdier var fremherskende, fx værdier angående fællesskab og solidaritet. Det er i den forbindelse også vigtigt at være opmærksom på, at de fremherskende værdier i samfundet er med til at skabe og strukturere spillereglerne på arbejdspladserne og i offentlige institutioner som fx børnehaver, skoler og uddannelsessystemet i det hele taget mv. Af den grund er de forskellige ”normalitetskrav” også med til at afgøre, hvilke personer der ekskluderes eller er vanskelige at indpasse disse steder. Og denne mangel på indpasning kan i sig selv komme til at udgøre en begrundelse for at patologisere. At en person har svært ved at udfylde eller varetage normale roller og funktioner i samfundet, kan i sig selv ses som et muligt tegn på sygdom.

DEN HUMANISTISKE SYGDOMSMODEL

De seneste årtier er der blevet udviklet forskellige humanistiske sygdomsmodeller, som har det til fælles, at forståelsen af sygdom er knyttet sammen med en forståelse af menneskelig livsudfoldelse som styret af værdier og dermed som baseret på værdibase-rede projekter. Hvis man skal forstå, hvad sygdom betyder og indebærer set fra den syge persons eget perspektiv, er man derfor nødt til at forholde sig til, om sygdommen griber ind i personens muligheder for at leve sit liv i overensstemmelse med de værdier og projekter, personen tilslutter sig og har valgt at bygge sin livsførelse op omkring.

Det følgende citat illustrerer, hvordan man ud fra den humanistiske sygdomsmodel kan opfatte sygdom:

Den sunde person besidder adækvat handlekapacitet – handlefærdighed – i forhold til givne mål under givne livsbetingelser. Sundhed er middel i forhold til mål. Omvendt er det at være syg at have sine handlefærdigheder forringet i en truende grad i forhold til egne mål. Dvs. det, som er sygdom for ét subjekt, behøver ikke være det for et andet givet andre mål og livsbetingelser (f.eks. er nedgroede tånegle en radikal trussel for mållindfrielsen – en sygdom – for en balletdanser, men ikke nødvendigvis for en lang-turschauffør).

Udtrykket "handlekapacitet" har imidlertid en dobbelthed indbygget: dels a) de subjekt-bundne handlefærdigheder, f.eks. en persons psykiske og fysiske funktionsniveau isoleret betragtet, altså uden inddragelse af personens mål og livsbetingelser, og f.eks. udtrykt i kondital, fysisk fitness etc. (personens "helbred"); dels b) subjektets generaliserede (eller kontekstafhængige) handlekapacitet, dvs. subjektets evne til at indfri egne mål givet dets livsbetingelser og dets subjektbundne handle- eller funktionsniveau. Det er handlekapacitet i sidstnævnte betydning, som er definerende for det åbne sundhedsbegreb.⁹

Som det fremgår, knytter forfatteren selv sin sygdomsopfattelse sammen med det, han kalder "det åbne sundhedsbegreb", men tankegangen er identisk med det, der her betegnes den humanistiske sygdomsmodel.

Et af den humanistiske sygdomsmodels klare fortrin er, at den er i stand til at forklare og give mening til, at "den samme sygdom" kan medføre vidt forskellige grader af lidelse for to forskellige personer. Dette hænger – som det fremgår af citatet – sammen med, at personerne kan have helt forskellige værdiopfattelser og dermed vidt forskellige opfattelser af, hvordan det er meningsfuldt at leve sit liv. Derfor kan sygdommen gribe ind i deres liv på helt forskellige måder og måske ødelægge den enes muligheder for at gennemføre sine målsætninger væsentligt mere end den andens. Hvis man er gangbe-

9 Steen Wackerhausen: "Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme" s. 49-50; side 43-73, i *Sundhedsbegreber*, red. af Uffe Juul Jensen & Peter Fuur Andersen, Philosophia, 1994.

sværet, er det alt andet lige lettere at deltage i det kirkelige fællesskab end at indgå i "Læger uden grænser".

Det skal dog nævnes, at en af udfordringerne for individet ved at blive syg set ud fra den humanistiske sygdomsmodel netop kan være at bygge nye projekter op, som måske ikke fuldt ud kan erstatte de eksisterende projekter, men som ikke desto mindre passer sammen med de værdier, som lå til grund for valget af de tidligere projekter. Hvis deltagelsen i Læger uden grænser for eksempel i høj grad var motiveret af godgørenhed, ville en oplagt mulighed være at kaste sig over andre godgørende projekter, som det ville være muligt at deltage i på trods af gangbesværet.

Forskellen på sygdommen og lidelsen betegnes i den engelsksprogede litteratur med begreberne "disease" og "illness", hvor det første begreb betegner sygdommen forstået som et fænomen af primært biologisk eller fysiologisk karakter, mens illness betegner den lidelse, sygdommen forårsager ved at gribe ind i det enkelte menneskes livsførelse. At forstå, hvordan sygdom hænger sammen med den enkeltes livsførelse og hverdagspraksis, kan måske netop siges at være kernen i den humanistiske sygdomsmodel. På baggrund af modellen giver det slet ikke mening at tale om sygdom uden at foretage denne kobling til individets hverdagsliv og normale livspraksis.

SYGDOMSMODELLER OG PSYKIATRISKE DIAGNOSER

I antologien *Diagnoser* stiller Svend Brinkmann det følgende spørgsmål:

Er genuine psykiske sygdomme på forhånd eksisterende objekter (som man kan have eller ikke have), uafhængigt af tilstedeværelsen af diagnostiske kategorier? Eller kan det være tilfældet, at sygdommene kommer ind i verden sammen med de diagnostiske kategorier, der udpeger dem?¹⁰

Hvis man stillede det samme spørgsmål om andre typer af ”objekter” end psykiske sygdomme, ville det for de fleste være uproblematisk at svare. Mange mener formodentlig, at sorte huller i universet fandtes, inden vi opdagede dem. Vi kunne have kaldt dem noget andet, men de fandtes ikke desto mindre. Det samme vil de fleste formodentlig mene gælder for lungebetændelser. De eksisterede, inden vi opdagede og fik beskrevet, hvad det var, så mange mennesker en gang døde af. Og i kølvandet på opdagelsen fulgte endda et middel til helt at kurere sygdommen i langt de fleste tilfælde: Penicillin. På den måde synes lungebetændelse at passe fint sammen med den biomedicinske sygdomsmodel. Men hvad med fx ADHD? Fandtes ADHD allerede inden, vi udviklede diagnosen ADHD – og hvad vil det i så fald sige, at ADHD ”fandtes”?

Som Brinkmann gør opmærksom på i sin artikel, ligger problemet i at svare på det stillede spørgsmål i, at vi ikke ”har” ADHD på samme måde, som vi har visse andre sygdomme, det kunne fx være lungebetændelse. Når vi går til læge med symptomer på lungebetændelse, analyserer lægen ved hjælp af røntgenundersøgelse, blodprøveanalyse, sekretanalyse eller lignende, om vi faktisk har lungebetændelse. Analyserne afslører med andre ord, om symptomerne reelt var et tegn på netop lungebetændelse. Men i forbindelse med ADHD er symptomerne ikke på samme måde et tegn på en ”bagvedliggende lidelse”, som man efterfølgende kan finde ud af, om man reelt har. Symptomerne – fx uopmærksomhed, hyperaktivitet og dårlig impuls kontrol – er selve udgangspunktet for at stille diagnosen. Symptomerne peger altså ikke umiddelbart på en bagvedliggende lidelse, som kan forklare symptomerne.

Hvis en person får stillet diagnosen ”lungebetændelse”, kan diagnosen forklare hans eller hendes symptomer: feber, hoste, trykken for brystet mv. Men hvis en person får stillet diagnosen ”ADHD”, kan dette ikke på samme måde som ved lungebetændelse forklare symptomerne. Sætningen, ”jeg er hyperaktiv, fordi jeg har ADHD”, er cirkulær og dermed intetsigende, når diagnosen stilles ud fra symptomerne. Diagnosen kan ikke

10 Svend Brinkmann: ”Diagnoser som epistemiske objekter: mellem essentialisme og socialkonstruktivisme”, side 39: side 37-57 i *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*, Red. Brinkmann & Petersen, Klim 2015.

forklare symptomerne, når den samtidig stilles ud fra symptomerne. Vi er altså i visse henseender nødt til at tale om ADHD og lungebetændelser på forskellige måder. Og ifølge Brinkmann gælder dette også i forhold til mange andre psykiske lidelser. Brinkmann anfører således følgende:

I modsætning til hvad mange tror, kan man ikke diagnosticere psykiatriske sygdomme gennem fx genetisk screening eller scanninger, og den store interesse for jagten på biomarkører repræsenterer ... et bemærkelsesværdigt skift i psykiatrien fra at lede efter årsagerne til lidelserne (fx i onto- eller sociogenes) til at kortlægge lidelsernes fysiske korrelat. ... milliarder af forskningsmidler (milliarder af dollars) er blevet brugt, uden at det er lykkedes at påvise, at "nogen som helst psykisk forstyrrelse er en diskret sygdomsidentitet med en enkel årsag."¹¹

Den beskrevne problemstilling er snævert knyttet til diskussionen om sygdomsmodeller. Sammenhængen kan beskrives på den måde, at lungebetændelse og givetvis også andre somatiske lidelser forholdsvis ubesværet kan passes ind i den biomedicinske sygdomsmodel. Derimod er de psykiatriske diagnoser vanskelige at passe ind i denne model, fordi det ikke er lykkedes at finde frem til biologiske fejlfunktioner, der forklarer de psykiske lidelser. Umiddelbart passer de måske derfor bedre sammen med den bio-psyko-sociale eller den humanistiske model, selv om det selvfølgelig ikke kan udelukkes, at man fremover finder frem til udtømmende fysiologiske forklaringer af psykisk sygdom. Men for tilhængerne af den bio-psyko-sociale eller den humanistiske model ville dette naturligvis ikke betyde, at deres egne modeller ville være overflødiggjorte.

Uffe Juul Jensens tidligere citerede artikel har overskriften "Patologisering og kampen om sygdomsbegrebet". Overskriften henviser til, at der eksisterer forskellige opfattelser af, hvornår der er tale om "rigtig" sygdom. For nogle – men bestemt ikke for alle – er "rigtige sygdomme" først og fremmest de sygdomme, der kan passes ind i den biomedicinske sygdomsmodel. Men så længe der eksisterer en opfattelse af, at nogle sygdomskategorier i højere grad end andre er "rigtige" sygdomme, vil der også være en kamp om sygdomsbegrebet. Denne kamp kan have flere former. Den kan bestå i at få givne sygdomme kategoriseret sådan, at de fremstår som "rigtige" sygdomme. Men kampen kan også bestå i at udvide sygdomsbegrebet, så også sygdomme, hvor der ikke kan gives en udtømmende fysiologisk forklaring på dens eksistens, kan anerkendes som "rigtige".

11 Ibid., s. 41.