

Medicinsk optimering

**Etiske overvejelser
og anbefalinger**

HN

COOMe



Medicinsk optimering

**Etiske overvejelser
og anbefalinger**

Medicinsk optimering

Etiske overvejelser og anbefalinger

© Det Etske Råd 2010

ISBN: 978-87-91112-10-2

Udgivet af Det Etske Råd 2010

Grafisk tilrettelæggelse, omslag og illustration:

Oktan, Peter Waldorph

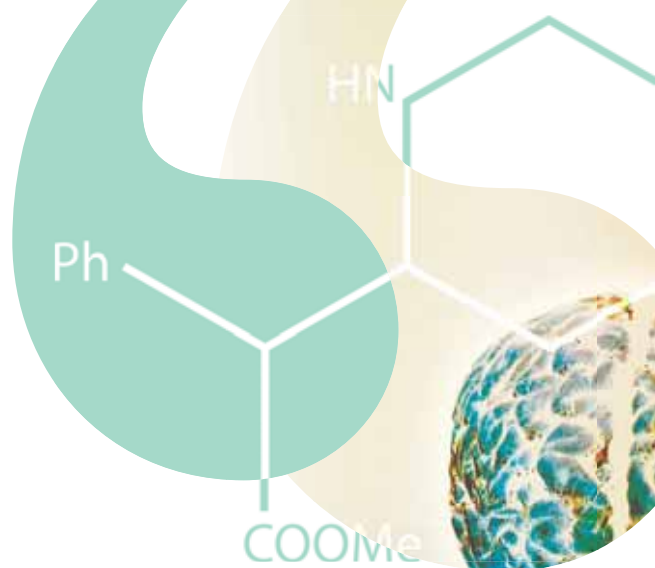
Tryk: Rosendahls - Schultz Grafisk

Publikationen kan bestilles på

Det Etske Råds hjemmeside

www.etiskraad.dk

Indholdsfortegnelse



Forord / 5

Indledning / 7

Kapitel 1: Overblik / 11

Kapitel 2: Forskning i medicinsk optimering / 19

Kapitel 3: Den moderne medicinforbruger / 25

Statistik og undersøgelser om medicinforbrug / 25

En amerikansk undersøgelse: Selvbestemmelse og pres / 27

En svensk undersøgelse: Begrænset accept af optimering / 29

Det eksistentielle aspekt ved at bruge medicin / 31

Medikaliseringen af samfundet / 34

Hvad vil fremtiden vise? / 35

Kapitel 4: Brugen af medicin i det 20. århundrede - sygdom eller tilpasning? / 37

1. Stigning i forbrug af centralstimulerende medicin / 37

2. Sygdom i sammenhæng – ADHD som eksempel / 38

3. Sygdom eller tilpasning / 43

Kapitel 5: Etik og medicinsk optimering / 49

1. Naturens visdom / 51

2. Optimering og grundvilkår for menneskelig sameksistens / 53

3. Optimering, autenticitet og kultur / 55

4. Retfærdighed / 57

Sammenfatning / 61

Kapitel 6: Nuværende regulering / 63

Kapitel 7: Anbefalinger om medicinsk optimering / 67

Det Ethiske Råds fælles anbefalinger / 68

1. Offentlig debat om medicinsk optimering / 68

2. Uddannelsessteder og arbejdspladser opfordres til at indføre en politik på området / 68

Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd anbefaler: / 69

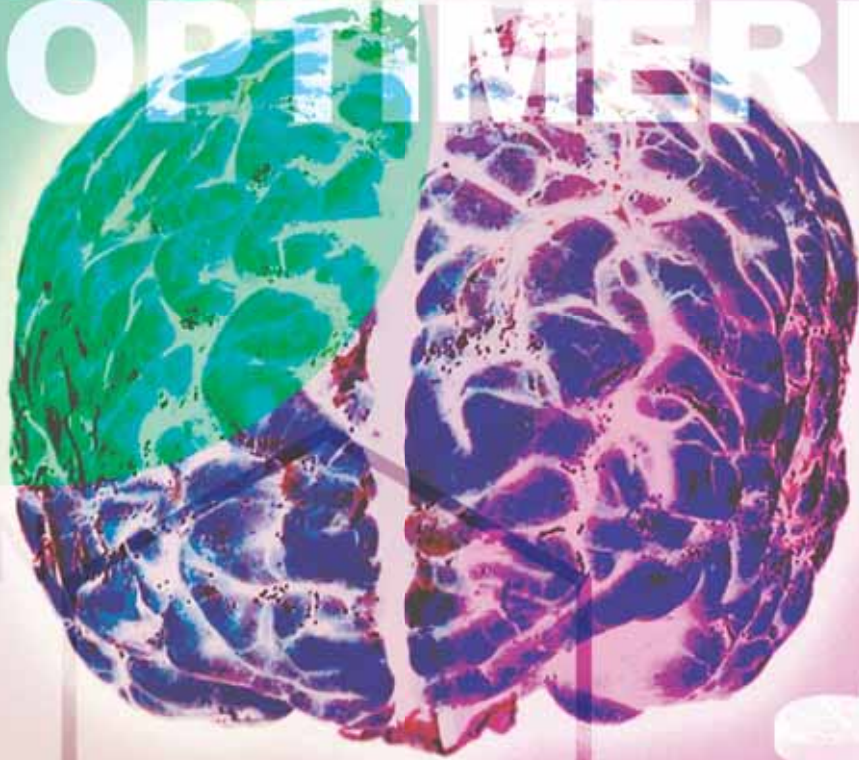
3. En særskilt lovgivning om medicinsk optimering / 69

4. Indikationsområdet for præstationsfremmende medicin bør indskræpes / 71

Ethiske argumenter vedrørende medicinsk optimering / 72

Litteratur / 75

MEDICINSK OPTIMERING

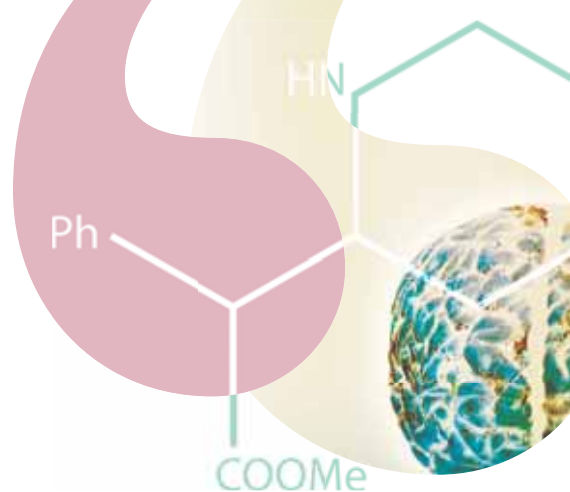


HM



COOMe

Forord



Det Ethiske Råd ønsker med denne redegørelse at fremme debatten om medicinsk optimering på et tidligt tidspunkt. Samtidigt leverer Rådet nogle overordnede anbefalinger til politikerne om den ønskelige samfundsmæssige håndtering af medicinsk optimering. Medicinsk optimering skal her forstås som en betegnelse for de tilfælde, hvor mennesker indtager medicin alene med det bevidste formål at præstere bedre, fx i uddannelse eller på jobbet. Det Ethiske Råd fokuserer herunder udelukkende på medicinsk optimering som forbedring af såkaldte kognitive eller mentale evner – dvs. evner som fx hukommelse, indlæring og koncentrationsevne.

I Danmark og internationalt koncentrerer debatten sig om en lille håndfuld medecintyper, der er udviklet til anvendelse ved anerkendte diagnoser, men som i forskellig grad også har vist sig at kunne gøre en forskel for mennesker, der tager medicinen for at forbedre deres mentale evner, fx ved præstationer i uddannelsessammenhæng. Det er medecintyper som fx modafinil og methylphenidat (Ritalin), der anvendes ved behandling af henholdsvis sygelig søvntræng og ADHD (en adfærdslidelse, der er karakteriseret ved opmærksomhedsforstyrrelse og hyperaktivitet).

Undersøgelser i andre lande har vist, at medicin til behandling af sygdom i nogen udstrækning anskaffes af studerende ved fx universiteter og anvendes til præstationsfremme. Undersøgelser viser også, at der er bevægelse i den almene befolknings holdning til forbrug af medicin: flere end før synes, at det er acceptabelt eller etisk forsvarligt, at det enkelte menneske vælger at anvende medicin til at præstere bedre, særligt på de mentale områder.

I redegørelsen diskuterer Det Ethiske Råd spørgsmålet, om en udvikling i retning af øget anvendelse af medicinsk optimering er ønskværdig eller uønskværdig. Er medicinsk optimering et relativt uproblematisk gode i nutidens samfund, og er det blot én blandt mange andre acceptable måder at blive bedre på? Eller er medicinsk optimering en etisk betænkelig udvikling, fx for retfærdigheden i samfundet eller for vores opfattelse af, hvad der er "ægte" menneskelige præstationer?

Det Ethiske Råds redegørelse om medicinsk optimering diskuterer disse og lignende etiske spørgsmål knyttet til en udvikling, hvor flere mennesker end før måske er på vej til at acceptere eller anvende brugen af medicin til bedre præstationer i hverdagslivet.

Redegørelsen er behandlet og vedtaget af Det Ethiske Råd på møder i august, september og oktober 2010 efter oplæg fra en arbejdsgruppe i Rådet bestående af Klavs Birkholm (formand), Niels Jørgen Cappelørn, Karin Verland og Birthe Skaarup (sidstnævnte udtrådte af Rådet før arbejdsgruppens færdiggørelse).

Rådet og arbejdsgruppen ønsker at takke følgende personer for at have stillet deres viden til rådighed undervejs: Dr. Joachim Boldt, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin. Praktiserende læge Niels Damsbo, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet. Forskningsmedarbejder cand. psyk. Peter la Cour, Center for forskning i Eksistens og Samfund, Københavns Universitet. Professor Dr. phil. Uffe Juul Jensen, Afdeling for Filosofi, Århus Universitet. Speciallæge i samfundsmedicin, Helle L. Johansen, Lægemiddelstyrelsen. Professor Karin Johannisson, Inst. för idé- och lärdoms historia, Uppsala universitet. Professor, tidl. Institutchef Jens Peter Kampmann, Institut for Rationel Farmakoterapi. Dr. Med Gitte Moos Knudsen, Rigshospitalets forskningscenter for neurobiologi. Dorthe Lindberg, Skat, Told Eksterne Toldrelationer. Professor, MSO Claus Møldrup, Det Farmaceutiske Fakultet, Københavns Universitet. Lektor, antropolog og hjerneforsker Andreas Roepstorff, Center for Funktionelt Integrativ Neurovidenskab, Århus Universitet. PhD, DMSc. og cand. psych. Donald F. Smith, Center for Psykiatrisk Forskning, Århus Universitetshospital. Idéhistoriker, cand. mag. og ph.d. Mads P. Sørensen, Esbjerg Højskole. Ph.d. Julie Thiesen Winthereik, IT-universitetet i København

Cand. mag. Thomas Laursen fra Det Etske Råds Sekretariat har været projektleder for arbejdsgruppen og har sammen med cand.mag., ph.d. Henrik Kjeldgaard Jørgensen og cand.scient., ph.d. Morten Andreasen udarbejdet manuskriptet på baggrund af drøftelserne i arbejdsgruppen og Rådet.

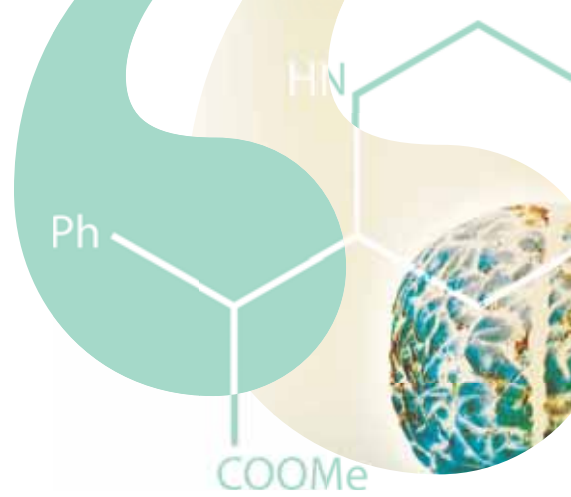


Peder Agger
Formand for Det Etske Råd



Lise Wied Kirkegaard
Sekretariatschef

Indledning



At gøre mennesket mere perfekt – én gang for alle at rette op på kroppens skavanker og sindets skrøbeligheder – dét er en forestilling, der i løbet af de seneste tiår med stadig større eftertryk dukker op i og omkring den medicinske og bioteknologiske forskning. I den faglige og filosofiske debat benævnes fænomenet **optimering** – på engelsk: *human enhancement*.

Den kulturhistoriske kontekst er en tiltagende fokusering på den biologiske side af menneskets eksistens. For blot en generation siden var det en dominerende antagelse, at mennesket er bestemt af sociale og psykologiske påvirkninger i den tidlige barndom og det omgivende miljø. I dag er pendulet svinget til den modsatte yderlighed. I kølvandet på genetikken og molekylærbiologiens opkomst er det blevet mere og mere almindeligt at opfatte menneskets fysiske, kognitive og emotionelle tilstande som udslag af biologiske årsagsmekanismer. Derfor rettes opmærksomheden i stigende grad i den retning.

Sundhed, sundhedspolitik, medicinsk forskning, bioteknologi og medicinalindustri indtager en stadig mere central plads i politik og samfundsdebat. Vores fysiske fremtræden, vores fysiske form, vores mentale evner og emotionelle karakteristika opfattes nu mere og mere som et "projekt", der kan styres i forskellige retninger: Lader man stå til eller stræber man efter højere perfektion? Og hvorfor nu ikke gå efter det optimale? Hvorfor ikke optimere sig selv, kropsligt og mentalt, ud over de grænser, som naturen indtil nu har sat for det enkelte menneske og for menneskearten, men som videnskaben i dag har gjort det muligt at overskride?

Det Ethiske Råd satte optimering på dagsordenen i efteråret 2007; det skete dels med websitet HomoArtefakt.dk¹, dels med en debatturné, hvor vi præsenterede en række nye teknologier og deres etiske dilemmaer for et bredt udsnit af danskere – på højskoler, folkebiblioteker, i forsamlingshuse, på virksomheder og gymnasieskoler. Nærværende redegørelse udspringer af de debatter, der udspandt sig under denne turné – eller rettere: af en ganske bestemt problemstilling, vi flere gange blev stillet over for.

Homo Artefakt handler om intelligent hardware, der som en slags robotteknologi indsættes i krop og centralnervesystem og derved øger menneskets fysiske eller mentale evner. Men hvis det eksempelvis er etisk betænkeligt at øge et menneskes hukommelse eller koncentrationsevne ved hjælp af en computerchip i hjernen, skulle det så være mindre problematisk at fremkalde de samme virkninger ved hjælp af farmaceutisk fremstillede medikamenter? Det var et spørgsmål, vi hyppigt mødte på den omtalte debatturné. Er der i etisk henseende nogen væsentlig forskel på henholdsvis mekanisk og medicinsk optimering af *Homo sapiens*?

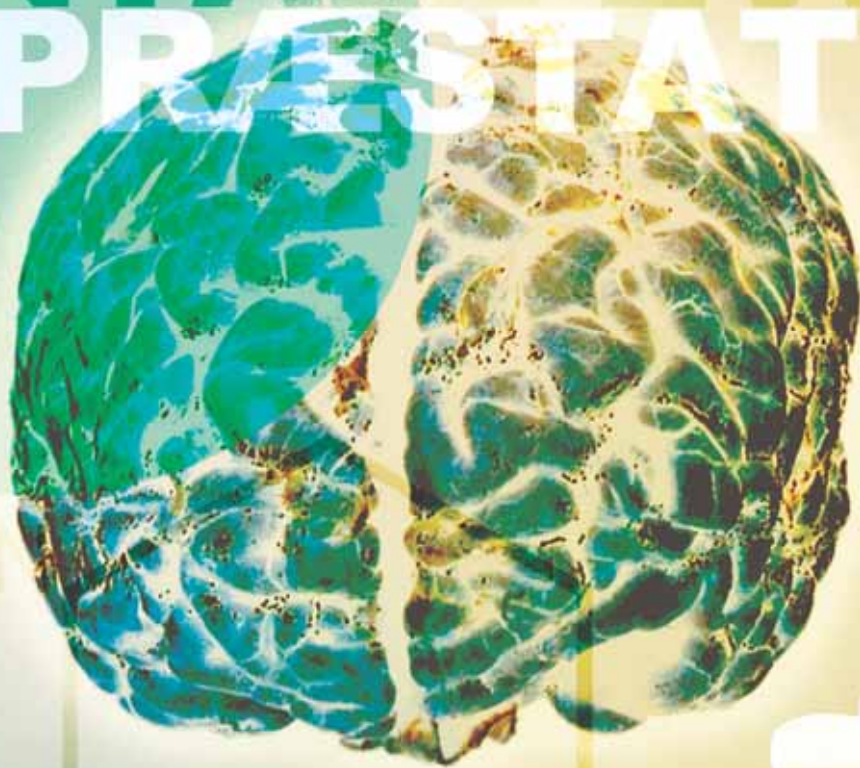
¹ www.HomoArtefakt.dk blev lanceret den 21. august 2007.

Svaret er, at der både er store ligheder og en del forskelligheder. En af de største forskelle er, at fremstillingen af farmaceutiske optimeringsmidler er mere simpel, og at medicin derfor er lettere og billigere at producere i stor skala end eksempelvis en kunstig arm, der sender sanseimpulser til individets bevidsthed, og hvis bevægelser styres af hjernen via optiske fibre eller bluetooth-teknologi. Derfor kan dilemmaerne i den medicinske variant af optimeringer måske hurtigere blive aktuelle for samfundet. En anden, betydelig forskel er størrelsesordenen af de involverede risici. Selv om implanteringen af fremmedlegemer i hjerne og centralnervesystem er behæftet med betydelige farer, er de mange forskellige virkninger og afledede virkninger af en systematisk, farmaceutisk påvirkning af hjernens kemi alligevel langt mere uoverskuelige. Påvirkningen er mindre "lokalt begrænset", og selv om hjerneforskningen i disse år gør imponerende fremskridt, erkender den selv, at vores kortlægning af hjernens mangfoldige funktioner og biokemiske processer endnu er særdeles begrænset.

Men der er selvfølgelig også afgørende ligheder mellem mekanisk og medicinsk optimering. Fælles for de to former er blandt andet det påtrængende, ubehagelige spørgsmål om grænsen mellem behandling og reparation på den ene side, optimering på den anden side. Og fælles er frem for alt: driften efter det perfekte menneske.

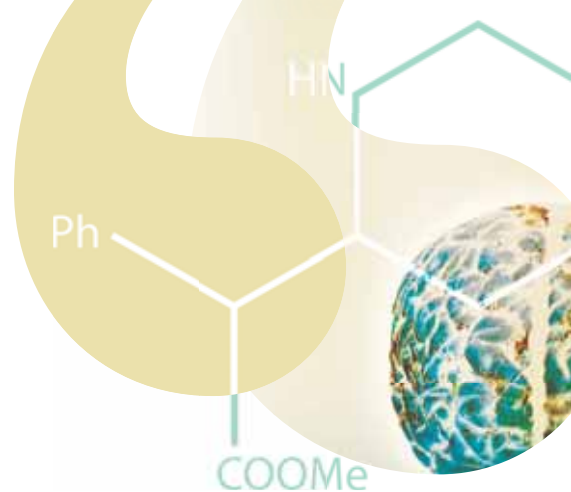
Med denne redegørelse ønsker vi at sætte den medicinske optimering til debat i alle dens aspekter.

MENTALE EVNER PRÆSTATION



COOMe

Kapitel 1: Overblik



Vi indtager medicin med det formål at afhjælpe lidelser og sygdomme, der kan være mere eller mindre alvorlige. Noget medicin udskrives på recept af en læge, mens anden medicin kan købes i håndkøb på apoteket, i helsekostbutikken eller i supermarkedet. Vi tager en hovedpinepille, hvis vi har hovedpine. Er det mere alvorligt, bliver medicinen udskrevet af en læge. Det kan fx være medicin til at dæmpe blodtrykket, eller det kan være medicin, der virker over for psykiske lidelser; fx antidepressiv medicin, hvis man lider af depressioner.

Medicin bruges altså som et middel mod lidelser og sygdomme, der i mere eller mindre alvorlig grad truer vores helbredsmæssige velbefindende. Det er nogenlunde den forståelse af medicin, de fleste af os har, uden at tænke nøjere over det, når vi til daglig bruger ordet. Men i det 21. århundredes begyndelse kan man iagttage en teknologisk udvikling og en ændring af forbrugsvaner i forhold til indtagelse af medicin – en ændring, der udfordrer vores forståelse af medicin som noget, vi udelukkende bruger til at behandle åbenbare lidelser eller sygdomme med.²

Vi kalder denne tendens *medicinsk optimering*.³ Det handler især om nyere medicintyper, der mere målrettet end tidligere kan påvirke de processer i hjernen, som har indflydelse på vores mentale liv, fx stemningsleje, hukommelse eller koncentration. Debatten om medicinsk optimering er levende i USA, i Europa og herhjemme, og den koncentrerer sig stort set om en lille håndfuld medicintyper, der egentlig er udviklet til anvendelse ved anerkendte diagnoser, men som i forskellig grad også har vist sig at kunne gøre en forskel for mennesker, der tager medicinen for at forbedre eller optimere deres mentale evner, fx ved præstationer i uddannelsessammenhæng. Det er medicintyper som SSRI-præparater (antidepressiv medicin, populært kaldet ”lykkepiller”), modafinil med produktnavne Modiodal, Cephalon og Modafinil (anvendes til behandling af narkolepsi, dvs. sygelig søvntrang) og methylphenidat med produktnavnet Ritalin, Concerta, Equasym Depot, Medikinet og Motiron (anvendes blandt andet til behandling af ADHD, en adfærdslidelse, der er karakteriseret ved opmærksomhedsforstyrrelse og hyperaktivitet)⁴. I det følgende vil vi anvende betegnelsen ”Ritalin” om den sidstnævnte medicintype, fordi produktet er bedst kendt under dette navn.

2 Fx Møldrup og Nielsen 2006, Rose 2009 og Maher, B. 2008.

3 Det Ethiske Råd anvender i denne redegørelse ”medicinsk optimering” som en betegnelse for bestræbelser på ved hjælp af medicin at hæve stemningslejet eller forbedre andre mentale evner hos personer, der ikke opfatter sig som syge og alene anser formålet med medicineringen for at være optimering eller præstationsfremme. Man kan således tale om *intenderet* medicinsk optimering – og dette udtryk vil blive brugt enkelte steder i redegørelsen. Ved medicinsk optimering anvendes medicinen til ikke-medicinske formål, det kan være i forbindelse med uddannelse, i arbejdslivet og i sociale sammenhænge i det hele taget.

4 I denne redegørelse anvendes den mest kendte betegnelse, ADHD, selv om diagnosen hedder hyperkinetisk forstyrrelse i det diagnosesystem (ICD-10), der officielt benyttes i Danmark.

Det Ethiske Råd ønsker med denne redegørelse at fremme debatten om medicinsk optimering på et tidligt tidspunkt. Det betyder, at Det Ethiske Råd anerkender og har som præmis, at de indtil nu gennemførte undersøgelser, dels om menneskers villighed til at bruge medicin som optimeringsmiddel, dels om raske menneskers faktiske brug af den slags medicin, højest kan ses som indikative for en igangværende udvikling. Undersøgelserne beviser ikke i sig selv, at medicinsk optimering vil blive en udbredt praksis.

I øjeblikket er methylphenidat (Ritalin) den medicintype, der er mest omtalt. Ritalin udskrives til behandling af især børn, som har fået stillet diagnosen ADHD – det er børn, der lider af hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser i en sådan grad, at det giver dem alvorlige vanskeligheder i deres hverdag og i deres sociale liv og udvikling (blandt andet, fordi deres adfærd gør det svært for dem at indgå i læringsfællesskabet i en almindelig skoleklasse).

Der er primært tre årsager til, at Ritalin er et meget omtalt eksempel inden for diskussionen om medicinsk optimering: For det første viser undersøgelser i USA en tendens til, at studerende ved universiteterne anskaffer Ritalin uden recept og bruger medicinen til at øge deres koncentration med det formål at opnå bedre resultater i deres studier og ved eksamener.⁵ For det andet er Ritalin en medicintype, hvor det er dokumenteret, at medicinen kan forbedre koncentrationsevnen hos mennesker, der ikke har en diagnosticeret lidelse. For det tredje er der sket en meget kraftig vækst i antallet af personer, der er under lægelig ordineret behandling med Ritalin. Herhjemme er der de seneste 10 år sket en tidobling af antallet, der er under behandling med Ritalin – fra 2.000 personer i år 2000 til næsten 25.000 personer i behandling i 2009.⁶ Institut for Rationel Farmakoterapi har peget på, at især stigningen i forbruget af Ritalin blandt drenge mellem 10 og 19 år bør følges opmærksomt, idet de vurderer, at det ikke er hele den kraftige stigning, der kan forklares rationelt – altså, at stigningen indeholder tilfælde, hvor der enten er tale om overmedicinering eller, hvor medicinering ikke er nødvendig af helbredsmæssige grunde.⁷

Medicinsk optimering mellem selvet og samfundet

I debatten om medicinsk optimering anvendes begrebet undertiden i flere forskellige betydninger. Det Ethiske Råd vælger her en snæver definition, ifølge hvilken medicinsk optimering kan beskrives som en bestræbelse, hvor den enkelte selv har en klar opfattelse af at indtage medicinen med det formål at præstere bedre eller bringe sig selv i bedre mental balance. Personen føler sig med andre ord overvejende rask eller i hvert fald fri for behandlingskrævende symptomer. Han eller hun er simpelthen motiveret til at tage medicin ud fra et bevidst ønske om at præstere bedre.

5 McCabe S.E. et al. 2004 og 2005, Maher, B. 2008.

6 Lægemiddelstyrelsen (a), 2010. Som opfølgning på forbrugsanalysen har Lægemiddelstyrelsen desuden lavet en fokusrapport om anvendelsen af methylphenidat til behandling af voksne med ADHD eller andre indikationer. Al brug af methylphenidat til behandling af voksne er "off-label", idet effekten og bivirkninger ikke er undersøgt for voksne. I 2009 var der mere end 11.000 voksne i Danmark, der fik ordineret methylphenidat på recept. Styrelsen konkluderer: "Der er tilsyneladende gode erfaringer med methylphenidat-behandling af voksne med ADHD. Dog mener vi, man bør have for øje, at der er et omfattende off-label-forbrug, og at der ikke foreligger tilstrækkelig dokumentation for medicinens sikkerhed og effekt i forhold til denne patientgruppe". Styrelsen mener, der specielt er grund til at rette opmærksomheden mod risiko for hjerte-/karsygdomme, behandling i forbindelse med graviditet, misbrug og alvorlige psykiske lidelser (Lægemiddelstyrelsen (b), 2010).

7 Institut for Rationel Farmakoterapi, nyhedsbrev 29. marts 2010 (http://www.irf.dk/dk/nyheder/forbruget_af_adhd-medicin_marts_2010.htm).

I en vis forstand er der ikke noget nyt i dette. Gennem store dele af det 20. århundrede har man kendt til forskellige former for "speed", "ferietabletter" og "humørpiller", der har været brugt og misbrugt til de samme formål. I dag er præparaterne ganske vist mere specifikt målrettede og derfor mere anvendelige til optimeringsformål. Fx bestod "speed" af amfetamin, og nutidens ritalinpræparater er blot mere avancerede udviklinger af amfetamin. Tilsvarende var "humørpiller" – også kaldet "husmorpiller" – baseret på benzodiazepiner, mens SSRI-præparater som Fontex, Cipramil, Cipralext og Zoloft antages at have færre bivirkninger.

Men det virkelig nye ligger i forbrugsmønsteret. Hvor indtagelse af "ferietabletter" og "speed" førhen var et foretagende for vovehalse, der turde løbe en risiko mod til gengæld at besidde ekstraordinære kræfter i en weekend eller et ugeforløb, hvor en opgave skulle gennemføres – er vi i dag alle som individer ansvarlige for at styre vores egen biologi. Læger, ernæringseksperter og sundhedskonsulenter er vores vejledere, når vi shopper i de nye designermediciner. Vi har fået "ansvar for egen sundhed" og er derfor nærmest blevet stillet i valget om, *hvordan* vi ønsker at optimere vores kropslige og mentale præstationsevner.⁸

Et for tiden hyppigt omtalt eksempel på medicinsk optimering i denne forstand er, når studerende i USA – eller som omtalt i pressen også i Danmark⁹ – på det sorte marked anskaffer sig medicin, der kan forbedre deres mentale evner (koncentration og hukommelse) op til eksamener.

Medicinsk optimering er altså i denne redegørelses terminologi altid intenderet. Men der findes unægtelig mange grænsetilfælde, hvor brugen af medicin kan diskuteres, skønt baggrunden er, at en person kommer til lægen, fordi han eller hun føler sig syg og dermed møder op med den form for helbredsmæssige symptomer, som ud fra vores dagligdags forståelse gør det relevant at opsøge en læge.

Personer, der kommer til en læge med et problem, de opfatter som undersøgelses- eller behandlingskrævende, møder op med vidt forskellige baggrunde og vidt forskellige symptomer og oplevelser. Hvilken medicinsk behandling, der vil være velbegrundet rent sundhedsfagligt, vil i mange helt almindelige situationer være afhængigt af lægens vurdering i samspil med patientens ønsker og indstilling. Her er der afgjort gråzoner, hvor der vil være forskellige meninger – også lægefagligt begrundede meninger – om, hvorvidt en given behandling er en kur mod en sygdom, eller snarere "blot" må ses som en hjælp til forbedring af patientens hverdag. Dog skal det siges, at det i Danmark er lægen, der med sin faglige dømmekraft suverænt afgør, om en patient faktisk har et problem, som det er velbegrundet at behandle medicinsk. Det vil sige, at lægen i og for sig definerer patientens problem som et helbredsmæssigt anliggende i det øjeblik, han eller hun iværksætter en behandling. Derfor rummer lægens praksis gråzoner og dilemmaer i forhold til medicinsk optimering.

Er der fx tale om behandling af sygdom, eller er det mere rigtigt at beskrive det som medicinsk optimering, hvis en læge udskriver beroligende eller koncentrationsforbedrende medicin til et ungt menneske, der over for lægen udtrykker nervøsitet ved at gå til eksamen? Er der tale om sygdomsbehandling eller medicinsk optimering af normale egenskaber, hvis en læge udskriver psykofarmaka til en patient, der er nervøs og indimellem umotiveret begynder at græde, men som ikke har en egentlig depression? Her er der tale om to eksempler inden for et gråzoneområde.

⁸ Se fx Rose 2009: 42-50.

⁹ Se fx Information 2010.

Man kan kalde eksempler i denne gråzone for ”*medicinsk optimering ud fra en sygelighedsopfattelse*”. Og eftersom det historisk nye i den intenderede medicinske optimering som nævnt er den kulturelle kontekst – at vi som borgere hovedsageligt defineres som biologisk bestemte selv’er – udgør denne kontekst også efter Det Etske Råds opfattelse en slags bro mellem den intenderede medicinske optimering og bemeldte gråzone. Ligesom vi alle er ansvarlige for egen sundhed, er vi i en vis forstand også alle ”præ-patienter”. Så selv om Det Etske Råd her, hvor vi for første gang tager hul på det omfattende spørgsmål om ændrede medicinvaner, kun sætter den *intenderede medicinske optimering* til debat, forbliver spørgsmålet om lægelig indikation for behandlinger og dermed spørgsmålet om sygdomsbegreber og diagnostik nødvendige baggrundstemaer. Man kan sige, at sundhedsvæsnet og forholdet mellem lægelig praksis og menneskers helbredsforståelse har betydning for, hvad der allerede accepteres, og hvad der i fremtiden vil blive accepteret som tilstande, der kan eller bør behandles med medicin.

Et helt tydeligt eksempel herpå finder man aktuelt i USA. Her har en gruppe ansete forskere i tidsskriftet *Nature* i 2008 argumenteret for, at man bør regulere medicinsk optimering ud fra en grundlæggende accept – dvs. at det bør være lovligt at anvende og udskrive fx Ritalin til brug for at fremme præstationsevnen blandt universitetsstuderende.¹⁰ Det er efterfølgende blevet fulgt op af den amerikanske forening af læger med speciale i neurologi, som har godkendt nye retningslinjer fra foreningens etiske komité. Retningslinjerne slår fast, at det er etisk og juridisk forsvarligt for en læge at udskrive medicin uden for indikationsområdet og til brug for medicinsk optimering. Foreningen mener nemlig, at medicinsk optimering (”neuroenhancement”) bør sammenlignes med fx kosmetisk kirurgi. Både medicinsk optimering og kosmetisk kirurgi er lægelige behandlinger, der ikke hører til lægens kerneopgaver. Men det er indgreb, som lægen både ud fra en etisk og en juridisk betragtning har lov til at gennemføre under ansvar for, at behandlingen er gennemført efter almindelige lægefaglige standarder og principper.¹¹

Herhjemme viser meningsundersøgelser, at der er en stigende accept af at anvende medicin til optimering af mentale evner.¹² Man kan spekulere over, om en del af den drastiske stigning i udskrivningen af Ritalin til personer, der får en ADHD-diagnose, måske er forårsaget af samfundets øgede krav om mentale præstationer.¹³ Hvis dette er tilfældet, er der måske en sammenhæng mellem de tendenser i tiden, der fører til øget almen accept af præstationsfremmende medicin og til en voksende diagnosticering af adfærdsbetonede lidelser.

Der er to grunde til at beskrive det, vi her kalder intenderet medicinsk optimering i sammenhæng med den ovenfor omtalte ”*medicinsk optimering ud fra en sygelighedsopfattelse*”:

(1) For det første har udviklingen af medicinordination og diagnoser betydning for, hvor den begrebslige grænse sættes mellem normale og behandlingskrævende tilstande, og det vil være en grænse, som oftest udtalt spiller med i vores dagligdags forventninger om, hvad lægeligt ordineret medicin kan hjælpe os med.

10 Greely et al. 2008.

11 Larriviere, 2009.

12 Møldrup og Nielsen, 2006.

13 Se fx MetroXpress 2010, hvor der henvises til et igangværende forskningsprojekt på Aalborg Universitet.

(2) For det andet er det et åbent spørgsmål, om den intenderede medicinske optimering, hvor personen også i egen selvopfattelse er rask, i længden vil blive mere og mere identisk med den "medicinske optimering ud fra en sygelighedsopfattelse". For lægelig praksis har altid været præget af nødvendige skøn, hvor det i mange tilfælde vil kunne diskuteres, om der ligger en sygdom til grund for en udskrivning af medicin, eller om der "blot" ligger en vurdering af patientens almene tarv til grund. Derfor kan det heller ikke afvises, at fx en middelmådig koncentrationsevne i et stærkt konkurrencepræget samfund med tiden vil kunne betragtes som lidelse og sygdom, som det er passende at behandle med medicin.

Således kan sammenhængen mellem en *intenderet medicinsk optimering* og den lægelige praksis for udskrivning af medicin til adfærdsbetonede lidelser knyttes til to mulige udviklinger i fremtiden: For det første kan man tænke sig, at hvad der aktuelt opfattes som bevidst optimering, fremover i stigende grad vil blive opfattet som sygdomsbehandling eller i det mindste hjælp til vitale behov i et almindeligt hverdagsliv. For det andet er det muligt, at selve opfattelsen af, hvad det lægelige system kan og bør hjælpe med, vil ændre sig i takt med de farmakologiske muligheder (et klart eksempel er den nævnte amerikanske lægelige organisation, der for ganske nylig har anbefalet at gøre visse præstationsfremmende midler lovlige i lægelig ordination – se ovenfor).

Etiske problemstillinger i forbindelse med medicinsk optimering

Hverdagen og arbejdslivet i nutidens samfund stiller høje krav til netop de evner, som man kan optimere ved hjælp af moderne typer af medicin, der påvirker hjernen sådan, at evnen til koncentration, hukommelse og informationshåndtering øges.

På den ene side kan man betragte medicinsk optimering som et uproblematisk gode i nutidens samfund – for de mindst risikovillige måske under forudsætning af, at den medicin, man tager, ikke medfører væsentlige risici for bivirkninger. For vi kaster os jo hele tiden ud i en mængde andre bestræbelser for at forbedre og udvikle vores mentale evner. Det er ganske vist bestræbelser, vi nok opfatter som mere naturlige og mere knyttet til vores sociale samliv med andre mennesker – nemlig skolegang, opdragelse, uddannelse, øvelse, kost mv. Men selvom der er forskel på hukommelsesforbedrende medicin og almindelig læring, så er det ikke givet, at der er en etisk relevant forskel.

På den anden side vil mange mennesker uden tvivl føle en intuitiv modvilje mod anvendelse af medicin til at forstærke og forbedre helt almindelige egenskaber som fx hukommelse og koncentration hos personer, der ikke i vores dagligdags forståelse af ordet er syge. Der er flere mulige argumenter og værdimæssige grundsynspunkter, som vil kunne støtte eller afkræfte en sådan intuitiv modvilje. En liste over de etiske aspekter af medicinsk optimering udfolder vi i 5. kapitel af denne udredning. Det drejer sig om fire grundovervejelser:

(1) Medicinsk optimering kan skabe uretfærdighed, fordi de økonomisk og socialt privilegerede, nu får en potent mulighed for at blive yderligere privilegerede – i intelligens og mental kapacitet.

(2) Medicinsk optimering er en risikabel udfordring mod "naturens visdom" – hjernen er alt for kompleks til, at vi kan overskue de eventuelle følgevirkninger af ikke-sygdomsbekæmpende kemiske indgreb i dens processer.

(3) Medicinsk optimering kan svække grundlaget for samfundsfællesskab, som traditionelt har været, at mennesker ikke selv er ansvarlige for deres talenter eller mangel på talenter, og at alle derfor er velkomne, uanset hvor meget hver især kan yde.

(4) Medicinsk optimering kan mindske den menneskelige autenticitet. For hvis man fx doper sig med Ritalin forud for en eksamen og derved får en bedre karakter end ellers, så er præstationen ikke på samme måde ægte og i samme grad "ens egen", som hvis præstationen udelukkende er en konsekvens af de evner, man har, og de anstrengelser, man har gjort sig.

OPTIMERING KONCENTRATIONS

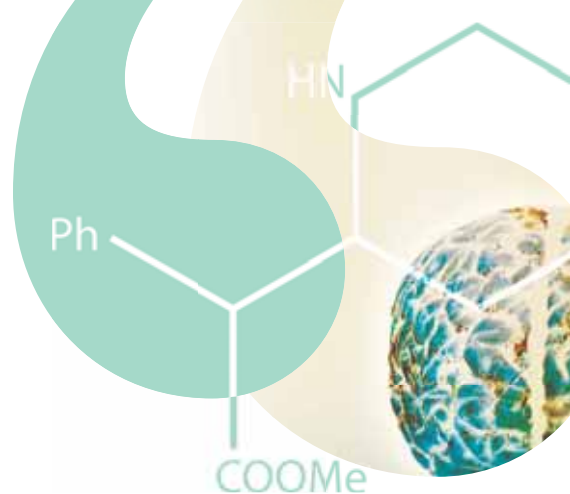


HI



COOMe

Kapitel 2: Forskning i medicinsk optimering



Mange nye typer af medicin til hjernen er kendetegnet ved, at de målrettet virker ind på ét af de bestemte kemiske stoffer i hjernen, som kaldes neurotransmittere. Meget kort sagt er neurotransmittere kemiske stoffer, som er med til at bestemme, om et givet signal i hjernen bliver kommunikeret videre fra en hjernecelle til en anden. Der findes tusinder af forskellige neurotransmittere med forskellige kemiske egenskaber og derved med forskellige funktioner i forhold til videreførelse eller hæmning af de elektrokemiske signaler, som udgør den komplekse og vidtforenede kommunikation mellem hjernecellerne.

I dag har forskerne formentlig ikke kendskab til alle neurotransmittere. Men i den medicinske og neurofarmakologiske forskning er der særligt fokus på nogle få vigtige neurotransmittere, der har indflydelse på væsentlige områder af menneskers mentale liv. Det er kemiske stoffer som fx serotonin og dopamin. Tilstedeværelsen af dopamin har blandt andet indflydelse på, i hvor høj grad man som menneske opnår en følelse af belønning og glæde ved de aktiviteter, man er i gang med. Ritalin, der bruges i behandlingen af børn og unge med ADHD (koncentrations- og opmærksomhedsforstyrrelse), virker ved at hæmme genoptagelsen af dopamin i den enkelte hjernecelle, hvorfra et givet signal skal transporteres videre til andre hjerneceller. Når genoptagelsen hæmmes betyder det omvendt, at mængden af dopamin øges i det lille mellemrum mellem den ene og den anden hjernecelle. Dette mellemrum kaldes den synaptiske kløft, og de kemiske processer, der foregår her, er afgørende for, om et givent signal bliver sendt videre til andre hjerneceller. Meget forsimplet kan man sige, at når mængden af dopamin øges i dette mellemrum, så øges også sandsynligheden for, at det elektrokemiske signal – fx et signal om belønning – overlever og vokser sig stærkt fra hjernecelle til hjernecelle. Det skyldes, at en neurotransmitter – og i dette tilfælde dopamin – udelukkende virker ved at binde sig kemisk til bestemte receptorer på den "næste hjernecelle". Når dette sker, opstår der ændringer i den elektriske ladning af både den enkelte hjernecelle og de nærliggende hjerneceller, og hermed øges sandsynligheden for, at den enkelte celle "fyrrer" og dermed sender signalet videre.

Det er i meget korte træk sådanne farmakologiske påvirkninger af neurotransmittere, der karakteriserer de præparater, som allerede er på markedet, såvel som de præparater, der er på forskningsstadiet. Blandt de præparater, der allerede er på markedet, er det lige nu særligt de to præparater methylphenidat (Ritalin) og modafinil (Modiodal), der diskuteres i den nationale og internationale debat om neurofarmakologisk optimering af raske menneskers mentale evner. Begge medicintyper er udviklet til at behandle diagnosticerede sygdomme, nemlig henholdsvis ADHD og sygelig søvntræng. Men de to medicintyper kan også have en i hvert fald moderat forbedrende effekt på raske menneskers evne til at holde sig vågne, opmærksomme og koncentrerede om en given opgave. Blandt de medicintyper, der er på forskningsstadiet, er det især værd at nævne de såkaldte ampakiner. Ampakiner er neurofarmakologisk medicin, der kan styrke den

menneskelige hukommelse. De udvikles i forsøget på at opnå bedre behandlinger af demens og Alzheimers sygdom, mens videnskabelige forsøg på dyr har vist, at der desuden kan ventes optimerende effekter på den raske hjerne.¹⁴

De tre neurofarmakologiske medicintyper, der er nævnt her, er karakteristiske for den vej, udviklingen går i forhold til optimering af raske menneskers mentale evner. Det handler om koncentration, indlæringsevne, hukommelse og opmærksomhed. Det er mentale evner, som man inden for den psykologiske intelligensforskning kalder for "flydende" intelligens i modsætning til såkaldt "krystalliseret" intelligens, der i højere grad har at gøre med personens opnåede erfaringer og vidensmængde.¹⁵ Disse mentale evner, altså den flydende intelligens, topper rent biologisk, mens man er ung. Det vil sige, at ens hukommelse og koncentrationsevne biologisk set ikke bliver bedre, end den er, når man er en ung voksen person i tyverne. Det er imidlertid velkendt, at nutidens samfund, uddannelser og jobtyper i meget høj grad appellerer til og stiller krav om gode mentale evner netop inden for den såkaldte flydende intelligens, og det vel at mærke igennem hele livet. Det er måske baggrunden for, at det netop er disse medicintyper, der diskuteres. Og det er måske baggrunden for, at det faktisk er sådanne medicintyper, der allerede nu anvendes som præstationsfremmende midler fx i USA, men også i Danmark, selvom forbrugets omfang ikke er undersøgt videnskabeligt.¹⁶ Spørgsmålet er naturligvis for det første, hvor godt disse medicintyper rent faktisk virker på raske mennesker, og for det andet, hvilke muligheder og begrænsninger for en optimerende brug af neurofarmakologisk medicin, man kan øjne i den nære fremtid?

Forskningsoversigter over de videnskabelige forsøg med dosering af de nævnte medicintyper til raske mennesker er ikke entydige i vurderingen af, hvor godt de faktisk virker og dermed, i hvor høj grad den neurofarmakologiske medicin kan anvendes som en sikker vej til optimering af normale mentale evner hos raske. Den gennemsnitlige vurdering kan nok bedst beskrives sådan, at den optimerende virkning kan siges at være moderat. Typisk for oversigtsartiklerne og de mere debatterende videnskabelige artikler på området er imidlertid også en konstatering af, at medicinen kan påvirke systemer af neurotransmittere relativt målrettet. Og at man derfor må forvente, at forskningen i den nære fremtid vil opnå fremskridt, som giver mulighed for at konsolidere og forstærke den udvikling inden for brugen af medicinsk optimering, som allerede er i gang blandt fx amerikanske studerende.¹⁷

Medicinsk optimering af mentale evner er og vil i den nære fremtid først og fremmest være begrænset til helt specifikke mentale funktioner som fx koncentration eller hukommelse. De nuværende medicintyper såvel som dem, der er i kikkerten, vil ikke være i stand til med ét slag fx at øge den enkeltes intelligenskvotient. Men dertil skal også siges, at det er meget svært at afgøre, hvornår man vil sige, at en given medicin har ændret afgørende på en mental evne. Det afhænger nemlig af, hvad man forstår ved mentale evner og menneskelig identitet. Et eksempel herpå er, at ingen forsøg og undersøgelser har kunnet påvise, at mennesker med et normalt stemningsleje generelt får et mere positivt og gladere humør af at indtage de tidligere så omdiskuterede SSRI-præparater (i folkemunde lykkepiller). Men undersøgelser viser på den anden side, at SSRI-præparater har den effekt hos raske, at de oplever færre situationer med negativt

14 Normann 2008, Schermer et al. 2009, Repantis et al. 2009.

15 Normann 2008.

16 Se fx Information 2010. I Nederlandene og Belgien er brug af medicin til medicinsk optimering undersøgt, og her viser det sig, at 2,8 og 3 % af de adspurgte studerende (12-18 årige i Nederlandene og universitetsstuderende i Belgien) havde anvendt medicin som optimering inden for det sidste år. Schermer et al. 2009, p. 79.

17 McCabe SE et al. 2004 og 2005.

stemningsleje, og at det på moderat vis styrker deres evne til social udadvendthed.¹⁸ Eksemplet med SSRI-præparater, der forbedrer stemningslejet hos depressive og "kun" reducerer situationer med negativt stemningsleje hos raske, viser, at det kan være vanskeligt at afgøre, hvad man skal tolke som en optimering. For det er ikke entydigt forkert at sige, at personens normale humør eller stemningsleje er optimeret alene som følge af, at der bliver færre situationer med et negativt stemningsleje. Ikke helt analogt hermed, men dog i lighed hermed kan man godt argumentere for, at en systematisk forbedring af en persons hukommelse i forbindelse med uddannelse eller eksamener faktisk vil kunne bidrage til en medicinsk funderet øgning af personens intelligens – om ikke andet så i hvert fald den såkaldte "krystalliserede" intelligens, altså personens erfaringer og vidensmængde eller leksikalske viden.

Når man et øjeblik ser bort fra disse definitionsvanskeligheder, virker det stadig rimeligt at udtrykke forskningens status på følgende måde: Nogle nuværende medicintyper, der målrettet påvirker hjernens neurotransmittere, kan moderat forbedre mentale evner som fx hukommelse eller koncentration hos mennesker, vi normalt opfatter som raske. Hjerneforskning og den farmakologiske forskning har vist, at det er muligt at påvirke specifikke mentale funktioner relativt målrettet med medicin, der virker ind på neurotransmitternes funktion. Det betyder, at man må forvente fremskridt inden for de kommende år, og det er på den baggrund ikke usandsynligt, at der vil kunne udvikles medicin, som har en mere end moderat optimerende virkning på raske menneskers mentale evner.

Det skal også nævnes, at hjerneforskningen og undersøgelser af den farmakologiske medicins virkemåder tegner billedet af nogle mere principielle begrænsninger for medicinsk optimering – altså begrænsninger, der er en konsekvens af selve hjernens biologi og de elektrokemiske signalers måde at fungere på. Det er i al væsentlighed to sådanne principielle begrænsninger, som bør bemærkes: For det første er hjernen en dynamisk helhed, hvor bestemte kemiske stoffer kan have en funktion ét sted, men andre funktioner andre steder. Det betyder fx for neurotransmitter-systemerne, at medicindoser, der er effektive til at forbedre en mental evne (fx hukommelse) kan vise sig at have dårlig effekt eller ligefrem skadelig effekt for andre mentale evner eller sindstilstande. Pointen er, at dette for hjernens vedkommende ikke tyder på at være en tilfældig risiko, men netop en risiko, der er underbygget af selve hjernens biologi. For det andet tyder undersøgelser af nogle neurotransmittere på, at fx hukommelsesforbedrende medicin kun virker effektivt op til et bestemt niveau, hvor det så tipper over og i stedet gør personens hukommelse ringere. Med andre ord: medicinen kan kun bruges til at løfte mennesker med en relativt ringe hukommelse op til et bedre niveau, mens den ikke kan bruges til at skabe "super-hukommelse" for mennesker, der i forvejen har en rigtig god hukommelse.

Medicintyper, der påvirker hjernens neurotransmittere, har bivirkninger ligesom al anden medicin. Ved nogle af de ovenfor nævnte medicintyper forekommer fx følgende bivirkninger, der kategoriseres som "meget almindelige" (dvs. hos flere end 1 ud af 10 patienter): hovedpine, søvnløshed og nervøsitet. Blandt de såkaldt "almindelige bivirkninger" (dvs. hos mellem 1 og 10 ud af 100 patienter) finder man blandt andet hårtab, aggressivitet, mavesmerter, ledsmerter og sløret syn. Blandt de meget sjældne bivirkninger (forekommer hos færre end 1 ud af 10.000 patienter) kan nævnes psykotiske symptomer og hjerteanfald. Ritalin beskrives i modsætning til modafinil som potentielt vanedannende; på nuværende tidspunkt er der dog ikke baggrund for at hævde, at der sker et misbrug af lægeordineret Ritalin i Danmark. Man kan i sagens natur ikke kortlægge, om der eksisterer et misbrug af ikke-lægeordineret medicin. Som nævnt

¹⁸ Schermer et al. 2009.

ovenfor er ampakiner en nyere medicintype under udvikling, og en af fordelene ved denne type medicin er, at den angiveligt ikke i så mange tilfælde som de øvrige medicintyper medfører søvnløshed, som er en almindeligt forekommende bivirkning fx ved Ritalin.

Man kan forestille sig, at de nævnte begrænsninger og bivirkninger ved medicinsk optimering i sig selv vil lægge en dæmper på begejstringen, og at man dermed vil se, at udviklingen mod en større folkelig accept af medicinsk optimering har en indbygget grænse. Omvendt er der andre ting, der taler for, at en sådan udvikling vil fortsætte – som vi skal se i næste kapitel. Tiden, den offentlige debat og eventuelt lovgivningen vil vise, hvilken vej, det præcist kommer til at gå.

MENTALE EVNER INTELLERING

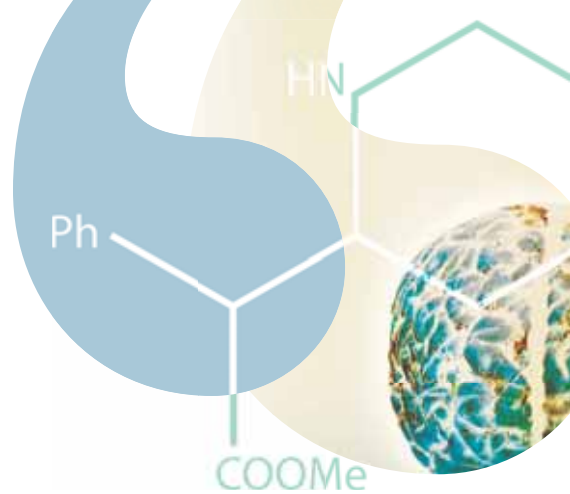


HM



COOMe

Kapitel 3: Den moderne medicinforbruger



Det har længe været forudsagt af tænketanke og forskere, at brugen af medicin til forbedring eller optimering af menneskets mentale evner vil blive en accepteret del af vores hverdag og måske på længere sigt gå meget videre, end vi har fantasi til at forestille os i dag. Allerede i 1997 skrev det amerikanske forsvarsministerium fx, at "over de næste 20 år vil forbedring af hukommelse, indlæring og fysisk formåen gradvist blive accepteret som normalt. Om nogle århundreder vil udviklingen inden for bioteknologi og elektronik muliggøre så dramatiske forbedringer af menneskets evner, at vores efterkommere vil finde det vanskeligt at forestille sig et liv med vores nuværende begrænsninger".¹⁹

Det amerikanske forsvarsministeriums begrundelse for, at det vil gå sådan, er lige så enkel, som den er overbevisende: Vi benytter allerede mange tekniske og medicinske hjælpemidler til at forbedre vores organismes funktionsevne. Mange af disse hjælpemidler anser vi det for at være helt uproblematisk at bruge. Det gælder fx briller og vacciner. Men derfra er springet til at benytte sig af biokemiske forbedringer ifølge det amerikanske forsvarsministerium meget lille, blandt andet fordi grænsen mellem helbredelse og forbedring ofte er flydende. Netop derfor er det ifølge det amerikanske forsvarsministerium kun et spørgsmål om tilvænning og dermed tid, før medicinske midler til optimering af vores mentale funktioner vil vinde indpas. Hvis vi er villige til at optimere os på én måde, vil vi også være villige til at optimere os på andre måder, når vi først lige har vænnet os til tanken om at gøre det.

Også i dansk sammenhæng har forskere forudsagt, at udviklingen kun kan føre ét sted hen. Claus Møldrup skrev fx i 2002: "Om vi vil det eller ej er vi på vej mod den medicinerede normalitet. Homo Sapiens 2.0 vil anvende medicin som brændstof, præcis som vi i dag tager vores daglige vitaminpille..."²⁰

Statistik og undersøgelser om medicinforbrug

Kan udviklingen siden 1997 bekræfte forudsigelserne? Nogle af de stoffer, der har været særligt omtalt blandt forskere og i medierne, er modafinil (Modiodal som bekæmper træthed) og methylphenidat (Ritalin som kan forøge koncentrationen). Salget af disse midler i Danmark i perioden fra 2004 til og med 2009 fremgår af den følgende tabel.

¹⁹ Citeret i Møldrup 2002. Se også: <http://etiskraad.dk/upload/publikationer/optimering-af-mennesket/fremtidens-krop/kap10.htm>.

²⁰ Møldrup 2002, s. 120.

Tabel 1: Solgt mængde af modafinil og methylphenidat målt i 1000 DDD (definerede døgndoser²¹) totalt for hele Danmark:

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Modafinil	91	110	145	203	259	276
Methylphenidat	1076	1531	2246	3116	5290	8406

Kilde: Lægemiddelstyrelsen (www.medstat.dk).

For den seneste udvikling se også portalen ORDIPRAX (www.ordiprax.dk).

Salget af modafinil og methylphenidat er steget markant i perioden, hvilket illustrerer hovedtendensen for salget af denne type af stoffer. Ikke mindst er antallet af personer under 15 år i behandling med såkaldte centralstimulerende midler som fx Ritalin steget væsentligt gennem flere år. I 2004 var der tale om 874 personer under 15 år, mens antallet i 2008 var 8.522. I slutningen af 2009 og begyndelsen af 2010 blev denne stigning diskuteret i Folketinget og den danske presse.²² Blandt andet blev det fremført, at udskrivningen af recepter på Ritalin ikke fulgte Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Af retningslinjerne fremgår det, at behandling med Ritalin kun må påbegyndes, efter at der er stillet en diagnose af en børnepsykiater, men denne fremgangsmåde var ikke blevet fulgt i alle tilfælde. Dette fik nogle – blandt andre Claus Møldrup – til at påpege faren for, at medicinen bliver en let løsning, et "teknisk fix", som blokerer for en flersidet indsats, som også involverer undervisningssituationen.²³ Andre i debatten var mindre bekymrede og hævdede, at stigningen i antallet af behandlinger formentlig i langt overvejende grad skyldtes bedre diagnosticering og fokus på behandlingsmulighederne for de relevante sygdomme hos børn.

De danske databaser giver ikke mulighed for at foretage en undersøgelse af, hvad begrundelsen for at udlevere medicinen til patienterne er. Derfor ved man ikke, om eller i hvilket omfang medicinen er blevet brugt til medicinsk optimering. Men under alle omstændigheder ville dette formentlig være svært at afgøre – også selv om der fandt en præcis registrering af anvendelsen sted – da grænsen mellem medicinsk optimering og sygdomsbehandling er flydende.²⁴

I udlandet er der gennemført flere undersøgelser, som har haft til hensigt at afdække brugen af medicin til optimering. En af de mest diskuterede undersøgelser udkom i tidsskriftet Nature i 2008.²⁵ 1.400 personer fra 60 lande havde svaret på et spørgeskema på nettet, hvor Nature havde stillet forskellige spørgsmål angående brugen af stofferne methylphenidat, modafinil og betablokkere. En ud af fem af disse 1.400 læsere af det

21 DDD defineres som den formodede gennemsnitlige vedligeholdelsesdosis per dag for lægemidlets hovedindikation hos voksne. DDD-værdien fastlægges som den gennemsnitlige værdi af de godkendte doseringer og de faktisk anvendte doseringer i forskellige lande på ansøgningstidspunktet. DDD-værdien repræsenterer dermed et internationalt kompromis, hvilket forklarer, hvorfor visse DDD-værdier til tider synes fjernt fra den kliniske virkelighed. (kilde: Institut For Rationel Farmakoterapi, se: http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel_farmakoterapi/maanedssblad/2003/anvend_den_definerede_dogndosis_med_omtanke.htm)

22 Se fx Politiken 2009, Folketinget 2009-10 svar på S 691 samt Folketinget 2009-10 svar på S 198.

23 Jf. artikel i Politiken den 27. december 2009.

24 Jf. fremstillingen i kapitel 1.

25 Maher, B., 2008.

videnskabelige tidsskrift svarede, at de havde brugt forskellige midler af ikke-medicinske grunde til at stimulere hukommelsen, koncentrationen eller evnen til at fokusere. Af disse personer havde 62 % brugt methylphenidat, 44 % modafinil og 15 % betablokkere – en vis procentdel havde altså benyttet sig af mere end ét af stofferne. 80 personer svarede, at de havde taget andre end de nævnte stoffer, blandt andet blev adderall, centrophexine, piractem og dexedrine nævnt – med adderall som det mest anvendte af disse stoffer. Adderall er som methylphenidat baseret på amfetamin og har en lignende effekt. Hvor hyppigt, stofferne blev taget, varierede nogenlunde ligeligt mellem dagligt, ugentligt, månedligt og ikke mere end en gang om året. I øvrigt mente fire ud af fem af alle personer, der havde besvaret spørgeskemaet, at raske, voksne personer skal have mulighed for at tage medicin til optimering, hvis de ønsker det.

I 2008 lavede det danske fagtidsskrift Ingeniøren en lignende afstemning blandt brugerne, som blev spurgt, om de tog præstationsfremmende medikamenter på jobbet.²⁶ Her svarede 1.297 (89 %) nej, mens 142 (11 %) svarede ja. Ingen af de to undersøgelser er egentligt videnskabelige undersøgelser og skal derfor tages med forbehold, blandt andet fordi respondenterne næppe er repræsentative for hele den adspurgte gruppe. Ikke desto mindre kan man sige, at disse og andre lignende undersøgelser²⁷ godtgør, at brugen af diverse stoffer til medicinsk optimering faktisk har vundet et vist indpas i forskellige sammenhænge. Hvordan udviklingen vil forløbe fremover, er det vanskeligt at spå om uden at vide noget mere om såvel brugernes som samfundets generelle holdning til medicinsk optimering.²⁸ I det følgende præsenteres nogle undersøgelser, der har forsøgt at finde frem til disse holdninger.

En amerikansk undersøgelse: Selvbestemmelse og pres

De undersøgelser, der er lavet om holdningerne til at anvende medicin som Ritalin, betablokkere og modafinil, tegner et komplekst og modsætningsfyldt billede. Den amerikanske undersøgelse, som refereres i det følgende²⁹, viser, at det i høj grad anses for at være op til den enkelte selv at bestemme og tage ansvaret for, om han eller hun vil anvende medicin som præstationsfremmende middel. Men paradoksalt nok oplever brugerne ofte, at der ikke er tale om et reelt valg, fordi kravene til at præstere er meget høje. Undersøgelsen baserer sig på analyser af diskussioner i fokusgrupper af på forhånd stillede spørgsmål. Grupperne var sammensat af henholdsvis 29 universitetsstuderende under 25 år med en gennemsnitsalder på 20,9 år, 21 forældre til universitetsstuderende med en gennemsnitsalder på 53,8 år og 15 sundhedspersoner såsom læger og sygeplejersker med en gennemsnitsalder på 31,9 år. Undersøgelsen afdækkede deltagerne holdning til brugen af Ritalin som mental præstationsfremmer i forbindelse med studier. Deltagerne var rekrutteret gennem opslag på universiteter, e-mail og avisannoncer. De vidste ikke på forhånd, hvad undersøgelsen gik ud på.

26 Personlig kommunikation med fagbladet Ingeniørens redaktion

27 Se henvisningerne i Forlini og Racine 2009.

28 Der foregår i dag illegal handel med medicin, bl.a. via internettet. Det Ethiske Råd har igennem Skat fået oplyst statistik for toldmyndighedernes beslaglæggelser af medicin fra 2005 til 2009. Centralstimulerende midler som fx Ritalin og modafinil indgår i kategorien "psykotrope stoffer", der også omfatter stoffer som fx ecstasy og diazepam (Valium). Derfor er det ikke muligt gennem beslaglæggelserne at få et præcist billede af den illegale handel med medicin, der er velegnet til medicinsk optimering. I 2005 var der 25.000 beslaglæggelser af psykotrope stoffer, i 2006: 8.577, i 2007: 18.194, i 2008: 30.676 og i 2009: 225.469. Den kraftige stigning i 2009 skyldes primært to ekstraordinært store beslaglæggelser af diazepam og kan derfor ikke danne grundlag for at antage, at der har været en stigning i erhvervelse af medicin til medicinsk optimering. Oplysninger fra Skat v. Dorthe Lindberg i mail-korrespondance af 1. november 2010.

29 Forlini og Racine 2009.

Ifølge undersøgelsen knytter især gruppen af studerende deres holdning til brug af Ritalin sammen med en meget individorienteret, liberal opfattelse. Holdningen er, at den enkelte skal have størst mulig frihed til at leve ud fra sin egen opfattelse af, hvad det i en given situation er bedst eller rigtigst at gøre. Men det er helt centralt, at den studerende forsøger at bevare sin personlige integritet ved at træffe de valg, der er i overensstemmelse med hans eller hendes mest grundlæggende holdninger og værdier. Som det formuleres af en af de studerende: "[...] der er den type mennesker, som føler det er moralsk OK at gøre den slags ting, og der er mennesker, som ikke føler, det er godt. Men så længe folk bare holder sig til, hvad de synes er rigtigst, så er dét det bedste, de kan gøre".³⁰ Andre skal altså ikke blande sig i, hvad den enkelte finder det rigtigst at gøre – og holdningen til dette varierer fra person til person, fordi to personer kan have forskellige værdier og ønsker til tilværelsen.

De studerendes fokus på individets personlige integritet deles ikke fuldstændigt af sundhedspersonerne og forældrene. Sundhedspersonerne er i højere grad optaget af den sundhedsrisiko, der er forbundet med at tage Ritalin, mens det for forældrene er vigtigt at pointere, at de studerende har brug for vejledning og støtte fra blandt andet forældrene for at kunne træffe etisk acceptable valg.

Et væsentligt tema for alle tre grupper er imidlertid, at mental præstationsfremme ved hjælp af Ritalin er motiveret af den amerikanske kultur, som stiller store krav til de studerende og generelt er meget konkurrenceorienteret. En af de studerende formulerer det på følgende måde: "Man har brug for det 12-tal, fordi man vil ind på den bedste uddannelse og have det bedste job. For der er så mange lige som dig selv, som kan få din plads".³¹ Derfor havner de studerende ofte i et dilemma mellem deres personlige ambitioner og deres etiske værdier.

En væsentlig pointe i artiklen er, at der er grund til at tro, at flere og flere i den amerikanske universitetskultur fremover vil løse det beskrevne dilemma ved faktisk at benytte mentale præstationsfremmere. Det skyldes blandt andet, at præstationsfremmerne faktisk allerede har vundet indpas på universiteterne, endda i et sådant omfang, at det ikke længere anses for at være upassende at tale om, at man tager stoffet. En udtalelse fra en studerende illustrerer dette: "[...] det var førhen mere tabu, men nu mener jeg, studerende tøver meget mindre med at komme frem og sige: "Ja, jeg skrev den opgave på Ritalin, og jeg ved ikke, hvordan jeg skulle have klaret det uden".³² Hvis mange tager stoffet og taler åbent om det, kan det ifølge artiklen i sig selv være med til at legitimere brugen af det. Samtidig skaber det en radikalt ny valgsituation for de studerende, der måske som udgangspunkt er modstandere af at bruge stoffet. For denne gruppe af studerende er det nemlig ikke længere indlysende, at de giver sig selv en uberettiget fordel ved at tage stoffet. Situationen kan lige så godt fortolkes helt omvendt, hvilket den følgende udtalelse demonstrerer: "[...] folk vil altid, eller i hvert fald som regel, have gode intentioner. De ser ikke sig selv som sådan nogle, der snyder eller ønsker at give dem selv et forspring foran andre. [...] Men når flere og flere gør det, og du

30 Forlini og Racine 2009 (oversættelse: Det Ethiske Råd): "there's the type of people that morally feel that it's OK to do that kind of thing and there are the people that don't and as long as, I guess, people should just stick to what they feel is right and that's the best they can really do."

31 Forlini og Racine 2009 (oversættelse: Det Ethiske Råd): "You need that "A" because you want to get into the best program after and get the best job because there are so many just like you who can get your spot."

32 Forlini og Racine 2009 (oversættelse: Det Ethiske Råd): "[...]it used to be far more taboo but now I find there is a lot less hesitation for students to just come forward and say "Yeah I wrote that paper on Ritalin, I don't know how I would have done it otherwise."

ser dig selv komme bagud som følge af dine værdier, så er det meget mere sandsynligt, du vil komme til at tænke, at det måske er dine værdier den er gal med, siden de skaber disse problemer for dig. Det er svært at fastholde sine værdier under et større og større pres”.³³ At tage Ritalin medfører ifølge dette synspunkt altså ikke nødvendigvis, at man giver sig selv en uberettiget fordel. Det kan lige så godt udlægges sådan, at man bare bringer sig på niveau med dem, der allerede tager stoffet. Ifølge artiklen kan denne tankegang bruges til at retfærdiggøre ens eget forbrug – og det er en form for retfærdiggørelse, der meget let fører til en generel stigning i forbruget. For jo flere, der tager stoffet, jo bedre er argumentet – og des større er behovet for at forbedre ens egen præstation, hvis man vil være en af vinderne i karaktærræset.

Man behøver naturligvis ikke at lade sig indfange af den beskrevne argumentation, men kan som studerende insistere på, at ens egne værdier og personlige integritet bør gå forud for muligheden for at få bedre karakterer. Men under alle omstændigheder demonstrerer eksistensen af den beskrevne argumentationsform, at der er forskellige sociale og kulturelle årsager til, at forbruget af Ritalin blandt amerikanske studerende må forventes at blive forøget de kommende år. Ifølge artiklens forfattere er det påfaldende, at mange af deltagerne demonstrer en form for blindhed over for det sociale og kulturelle pres, som er hovedårsagen til brugen af Ritalin. Dette skyldes ifølge forfatterne, at disse sociale og kulturelle faktorer fortolkes i lyset af en insisteren på, at individet har ret til at bestemme selv – og at anvendelsen af Ritalin til mental forbedring derfor i sidste ende må anses for social acceptabel. På denne baggrund udlægges presset til at tage præstationsfremmende midler nemlig på en modsætningsfuld måde: “[...] valget af medicinsk optimering blev opfattet som et autonomt valg, men de sociale årsager, som motiverer denne praksis (fx kravet om succes, højt konkurrenceprægede akademiske miljøer, hurtigere tempo i livet og forhøjede forventninger) er forandret til selve begrundelsen for at gøre det. [...] Paradoksalt nok følte undersøgelsens deltagere, at det sociale pres skaber en slags fatalistisk social determinisme, som fører til konformitet med sociale værdier gennem opgivelse af personlige værdier”.³⁴

Man kan måske udlægge dette sådan, at deltagerne i undersøgelsen hylder autonomien på det normative plan (retten til det frie valg), men samtidig benægter eksistensen af det frie valg på det faktuelle plan for at give mening til, at mange studerende faktisk tilsidesætter deres personlige værdier og ender med at tage Ritalin.

En svensk undersøgelse: Begrænset accept af optimering

Som nævnt er det en amerikansk undersøgelse, der henvises til ovenfor. Det medfører, at konklusionerne ikke uden videre kan overføres til danske eller nordiske forhold. I 2008 blev der offentliggjort en artikel om en svensk undersøgelse, som også rummer en overraskende konklusion.³⁵ Ifølge undersøgelsen er der ikke – som man umiddelbart skulle forvente – en entydigt større accept af at benytte medicin til behandling af

33 Forlini og Racine 2009 (oversættelse: Det Ethiske Råd): “[...] people will always, usually at least, come in with good intentions. They don't see themselves as the kind of person that would cheat or whatever, give themselves an advantage over others (...) But when more and more people are doing it and you see yourself being put at a disadvantage because of your values you're a lot more likely to think maybe my values are wrong because they're causing me these problems. Like it's hard to stick to values with more and more pressure.”

34 Forlini og Racine 2009 (oversættelse: Det Ethiske Råd): “[...] the choice of CE was viewed as autonomous but the social causes motivating this practice (e.g., pressures to succeed, highly competitive academic environments, faster pace of life and increased expectations) transformed them into a reason to do it. ... Paradoxically, stakeholders ... felt that social pressures create a form of fatalistic social determinism leading to conformity with social values through a concession of personal values.”

35 Bergström og Lynöe 2008.

sygdom end til præstationsfremme. Dette skyldes blandt andet, at de to former for brug til en vis grad vurderes ud fra forskellige logikker. Når medicinen benyttes til sygdomsbehandling, vurderes den ofte ud fra, om den kan siges at gavne patienten, hvilket den ikke altid anses for at gøre. Omvendt betragtes det i nogen grad for at være op til den enkelte selv at bestemme, om han eller hun ønsker at anvende medicinen som præstationsfremmende middel. På den måde er der altså i en vis forstand en mere restriktiv holdning til at benytte medicinen til sygdomsbekæmpelse end til præstationsfremme.

Den amerikanske og den svenske undersøgelse kan ikke uden videre sammenlignes. Den svenske undersøgelse er en ren spørgeskemaundersøgelse rettet mod den almindelige befolkning og de praktiserende læger og altså ikke som den amerikanske undersøgelse primært mod personer med tilknytning til universitetsmiljøet.

Det følgende skema sammenfatter de relevante resultater fra den svenske undersøgelse.³⁶

Tabel 1: Procentdelen af adspurgte, der svarede ”ja” til spørgsmålet om, hvorvidt en rask person skulle have mulighed for at blive medicinsk optimeret for at (a) opnå større koncentration, (b) blive mere lykkelig og (c) forbedre hukommelsen henholdsvis af hensyn til familien/samfundet (altruistiske begrundelser) eller for sin egen skyld (egoistiske begrundelser)

	Koncentration	Humør (mood)	Hukommelse
Altruistisk begrundelse			
Almindelig befolkning	32,7 %	29,9 %	26,1 %
Praktiserende læger	17,6 %	22,8 %	8,7 %
Egoistiske begrundelser			
Almindelig befolkning	18,1 %	10,1 %	11,9 %
Praktiserende læger	11,8 %	2,0 %	3,9 %

Som det fremgår, er der ikke bred tilslutning til at anvende medicinsk optimering. På den anden side synes der ikke at være tale om en så markant afvisning, at man kan udelukke, at holdningen til at bruge medicinsk optimering udvikler sig efter det samme mønster, som er beskrevet i forbindelse med den amerikanske undersøgelse.

De praktiserende læger i undersøgelsen er gennemsnitligt mere kritiske over for medicinsk optimering end den almindelige borger. Derfor vil det måske i en del tilfælde være vanskeligt for en rask person at få en læge til at udskrive en recept på optimerende medicin. Dette medfører imidlertid ikke nødvendigvis, at det er vanskeligt for en potentiel bruger at skaffe sig adgang til medicinen alligevel. Nogle undersøgelser viser, at det er muligt at skaffe medicinen uden recept via nettet.³⁷

Bemærkelsesværdigt er det desuden, at den svenske undersøgelse viser, at graden af accept afhænger af, om det er koncentrationen, humøret eller hukommelsen, der ønskes forbedret. Tilslutningen til at optimere humøret eller sindsstemningen hos raske er fx

³⁶ Bergström og Lynöe 2008.

³⁷ Se fx Schepis, TS et al. 2008.

lavere end tilslutningen til at optimere koncentration eller hukommelse. Det gælder både for lægerne og den almindelige befolkning.

Den svenske undersøgelse anfører en mulig forklaring på resultatet: "En forklaring kan være, at optimering af stemningsleje er relateret til velbefindende og lykke, tilstande der nogle gange anses for problematiske, i den grad de ikke er resultatet af personens egne valg eller personlighed, eller er resultat af virkelige forandringer af personens situation".³⁸ Forklaringen peger på, at nogle træk ved et individ i særlig grad anses for at være knyttet til personens identitet eller personlighed og netop derfor opfattes som problematiske at påvirke ad rent medicinsk vej – i modsætning til træk ved individet, der ikke har denne betydning.

At der eksisterer en sådan skelnen i holdningen til medicinsk behandling bekræftes af andre undersøgelser. Fx indgår den i en fokusgruppeundersøgelse, der omhandler patienters holdninger til behandling af depression.³⁹ Ifølge undersøgelsen skelner patienterne klart imellem behandling af depression og behandling af rent fysiske sygdomme som fx kræft. Det anses for uproblematisk at behandle de fysiske sygdomme rent medicinsk, mens den medicinske behandling af depression er behæftet med stor ambivalens. På den ene side ønsker patienterne at slippe af med deres lidelser, men på den anden side giver evnen til at håndtere personlige problemer dem en følelse af selvtillid og integritet, som de kan have svært ved at bibeholde, når de løser problemet ved at indtage medicin. I den forstand har holdningen til at bruge bestemte former for medicin altså en tydelig eksistentiel dimension, fordi medicinen vedrører og påvirker træk ved individet, som er af afgørende betydning for hans eller hendes identitet og selvforståelse.

Det eksistentielle aspekt ved at bruge medicin

Den beskrevne eksistentielle dimension af depression beskrives på følgende måde i en anden artikel: "Patientens dybe følelse af usikkerhed er depressionens væsentligste karakteristika. Helt essentielt er det personens eksistentielle eller "basale" sikkerhed, som rystes i sit fundament. Derfor er det individets personlige eksistens, der er på spil i en depression. Depression kan ses som et ubehag ved eksistensen, som specielt stammer fra ødelæggelsen af personens forhold til ham eller hende selv og til andre".⁴⁰

Netop den eksistentielle dimension gør, at det ikke er ligegyldigt for patienten, *hvordan* lidelsen håndteres. Hvis depressionen fjernes med medicin, kan patienten opfatte løsningen som "et hurtigt medicinsk fix", som bringer patienten på afstand af sin egen personlighed. Ændringen af personligheden er nemlig kommet i stand "bag om ryggen" på patienten, uden at han eller hun i normal forstand har bidraget til den i kraft af sine egne overvejelser, handlinger og beslutninger. Patienten kan derfor opfatte det sådan, at "medicinen gør hele arbejdet". Omvendt vil patienten måske føle, at han eller hun har et mere autentisk og dermed mindre fremmedgjort forhold til sin egen personlighed, hvis problemet er blevet løst på en måde, som i højere grad har nødvendiggjort hans eller

38 Bergström og Lynøe 2008 (oversættelse: Det Ethiske Råd): "One explanation might be that mood enhancement is related to well-being and happiness, states that are sometimes viewed as morally problematic unless they are the result of the person's own choices or personality, or real changes in the person's situation."

39 Se Barr og Rose 2008. Undersøgelsen er foretaget i England og kan derfor ikke uden forbehold anvendes til at forklare resultaterne af den svenske undersøgelse.

40 Helén 2007, s. 157 (oversættelse: Det Ethiske Råd): "The patient's profound feeling of insecurity is the major characteristic of depression. Essentially, the existential or "basic" security of a person is shaken to its foundation. Thus, what is at stake in depression is the personal existence of an individual. Depression could be seen as a malaise of existence originating especially in the distortion of a person's relation to him- or herself and to others."

hendes aktive og bevidste medvirken gennem et længerevarende forløb. Der kan fx være tale om et terapiforløb, hvor patienten i kraft af samtaler med en psykolog har fået nogle indsigter om sig selv, som har medvirket til en ændring af selvforståelsen og måske også har fået patienten til at ændre sin tilværelse.

Det beskrevne eksistentielle aspekt ved brugen af medicin vil antageligt have meget forskellig betydning alt afhængig af, hvilke aspekter ved personen den påvirker og i hvilken situation. Formodentlig gør det fx en stor forskel, om man tager medicin i en begrænset periode alene for at forbedre sin koncentrationsevne, eller om man er nødsaget til permanent at tage medicin for overhovedet at kunne fungere normalt. I den førstnævnte situation kunne brugen af medicin have været valgt fra, uden at dette ville ændre personens eksistentielle grundvilkår i fundamental forstand. Af den grund behøver brugen af medicin måske ikke at påvirke personens identitets- og selvforståelse i nævneværdig grad. Dette gælder derimod ikke, hvis permanent brug af medicin er nødvendig for overhovedet at opretholde en normal tilværelse, eftersom medicinen i denne situation udgør en af grundpillerne i individets eksistensform. "At være medicinbruger" bliver derfor lettere en central del af individets selvforståelse, hvor det i så fald kan indgå som et element, individet har et problematisk og måske afstandstagende eller ligefrem fornægtende forhold til. Denne problematik udelukker naturligvis ikke, at permanent brug af medicin får nogle personer til at føle sig *mere* autentiske, end før de blev medicinerede, fordi medicinen forøger mulighederne for at give udtryk for personligheden og identiteten i det levede liv.

At den valgbare brug af medicin til optimering ikke desto mindre kan have eksistentiel betydning – omend måske en anden betydning end den form for brug, der er nødvendig for at opretholde en normal eksistens – kan belyses ud fra den beskrivelse af det gode liv, som den amerikanske filosof, Ronald Dworkin, opstiller. Dworkin hævder, at tilværelsen må betragtes som en udfordring i den forstand, at det er af afgørende betydning for, hvor vellykket en persons tilværelse kan siges at være, om og på hvilken måde han eller hun selv har været med til at forme sin tilværelse og personlighed. I særdeleshed er det væsentligt, at personen har handlet i overensstemmelse med sine mest fundamentale værdier og har investeret energi og engagement i sine projekter. Dworkin beskriver dette på følgende måde i sin såkaldte udfordringsmodel for det gode liv:

"Ud fra udfordringsmodellen bidrager en persons opfindelse, opdagelse eller værk til kvaliteten af personens liv, også langt udover den objektive værdi af det, han eller hun har skabt. Det etiske bidrag af en opfindelse til personens gode liv kan fx tænkes at bero på, hvor svært det var at konstruere den, på opfindelsens originalitet, eller det kan bero på, i hvor høj grad personen skulle gøre fuld brug af hans eller hendes evner. Ligeledes kan det etiske bidrag tænkes at bero på intensiteten af personens dedikation eller på måden, hvorpå personen følte, at hans arbejde flyder fra en følelse af hans rolle i et bestemt fællesskab eller en bestemt tradition".⁴¹

Hvordan man opnår resultater i sit liv, er altså ikke uden betydning for, hvor vellykket ens tilværelse er. Man skal have løst sit livs udfordringer på den rigtige måde og have brugt sine egne ressourcer for at nå resultatet. Dette medfører ikke, at medicinsk

41 Dworkin 1990, s. 61 (oversættelse: Det Ethiske Råd): "The contribution someone's invention or discovery or creation makes to the goodness of his life, on the challenge model, will undoubtedly be sensitive to much besides the objective value of what he has created. The ethical contribution of an invention might be thought to depend, for example, on the degree of difficulty involved in its making, or in its originality, or in the degree to which its author made full use of or stretched his abilities, or in the intensity of his dedication, or in the way in which his work flowed from his sense of his role in or his dedication to a particular community or tradition".

optimering nødvendigvis er en forkert løsning for en given person. Men på baggrund af udfordringsmodellen er der grund til at være skeptisk over for den lette løsning, som et "medicinsk fix" i nogle situationer kan siges at være, fordi individet ikke har ydet tilstrækkeligt meget selv for at frembringe resultatet. Hvis fx det, at man har fået en høj karakter til eksamen, i høj grad skyldes brugen af optimerende medicin, vil der på baggrund af udfordringsmodellen i nogle tilfælde være mindre grund til at være glad for og tilfreds med resultatet, end hvis karakteren var opnået uden brug af medicin. Dette kan blandt andet skyldes, at individet ved at tage medicinen har tilsidesat nogle af sine egne værdier, og at den gode karakter er vanskelig at opfatte som individets egen præstation. På grund af det sidste kan det måske være svært for individet at tage æren for præstationen og føle sig stolt over resultatet. Det er ikke fuldstændigt knyttet sammen med personen selv, hvilket kan skabe en fornemmelse af afstand i forhold til både præstation og karakter.

Også dele af den eksistentielle psykologi tilslutter sig tanken om, at den vellykkede tilværelse ikke er det gnidningsfrie og udfordringsløse liv. Dette kan illustreres med et citat fra den eksistentielle psykologis forfader, Viktor E. Frankl, hvor han opfordrer til, at man skelner skarpt mellem mental sygdom og åndelig nød: "Det kan godt være, at en læge fortolker den åndelige nød som en mental sygdom og begynder at begrave patientens eksistentielle fortvivlelse under en masse beroligende midler. Men det er snarere hans opgave at styre patienten gennem de eksistentielle vækst- og udviklingskriser... Jeg ser det som en farlig fejltagelse af mentalhygiejne at antage, at det, mennesket først og fremmest har brug for, er ligevægt eller, for at bruge det biologiske udtryk, "homeostasis", dvs. en spændingsfri tilstand. Det, mennesket virkelig trænger til, er ikke en spændingsfri tilstand, det er at stræbe eller kæmpe for et eller andet værdigt mål".⁴² Heller ikke Frankl's overvejelser er et endegyldigt argument for, at medicinsk optimering i alle situationer er en dårlig løsning. Men de taler for, at lette, medicinske løsninger kan medvirke til at hindre en persons eksistentielle og psykologiske vækst i stedet for at fremme den.

Dworkin's og Frankl's overvejelser er væsentlige, fordi de peger på, at den medicinske løsning på et problem kan være forbundet med væsentlige mangler og omkostninger i form af manglende udvikling og nedsat fornemmelse af, at tilværelsen er vellykket. Dette gælder også, når der er tale om at anvende medicin til optimering. Overvejelserne er også væsentlige, fordi de måske kan bidrage til at forklare den modvilje mod at anvende bestemte former for medicin, som man støder på i mange sammenhænge, blandt andet i den nævnte undersøgelse fra Sverige. Hvis det forholder sig sådan, at de beskrevne eksistentielle opfattelser har væsentlig indflydelse på, hvad befolkningen mener om medicinsk optimering, kan dette ikke undgå at påvirke den fremtidige udvikling inden for området. For opfattelserne leverer et kritisk perspektiv i forhold til den ubekymrede villighed til at lade sig optimere medicinsk: En sådan villighed kan medføre en forfladiget personlighed og en tilværelse, det kan være vanskeligt at betragte som vellykket. Hvis der er bred tilslutning til den beskrevne type af eksistentielle overvejelser, sandsynliggør det derfor, at der måske ikke er grund til at tro, at brugen af optimerende stoffer som Ritalin og modafinil ligefrem kan forventes at eksplodere de kommende år.

42 Frankl 1996, s. 107 og 109.

Medikaliseringen⁴³ af samfundet

De beskrevne eksistentielle opfattelser har givetvis stadig et vist fodfæste i de vestlige samfund. Men spørgsmålet er, om opfattelserne i det mindste på det medicinske område er ved at blive overhalet indenom af andre, konkurrerende synsmåder. Nogle undersøgelser peger på, at holdningen til at bruge medicin generelt har ændret sig gennem de senere år, så farmaceutiske løsninger på hverdagsproblemer efterhånden bliver anset for at være både fornuftige og acceptable.⁴⁴ Denne udvikling er ifølge flere iagttagere hjulpet godt på vej af de enorme summer, medicinalindustrien bruger til at markedsføre deres produkter direkte over for patientgrupper og enkelte borgere – og altså ikke som tidligere kun til læger og andre sundhedspersoner.⁴⁵

Fox og Ward (Fox og Ward 2008) peger på to aspekter af denne udvikling, som er særlig relevante her. Det første aspekt er, at dette at tage medicin for de fleste mennesker er blevet en helt normal og accepteret del af hverdagen. Det hænger sammen med, at der er udviklet mange former for medicin, som ikke kun kan bruges i forbindelse med sygdom, men også kan anvendes til at løse hverdagslige problemer eller problemer knyttet til en bestemt livsstil. Der er tale om en bred vifte af medicin med mange forskellige anvendelsesmuligheder, fx udsættelse af menstruationen under ferie, smertelindring, potensforøgelse for både kvinder og mænd, hindring af kalorieoptag i forbindelse med fedme, bekæmpelse af skaldethed, undgåelse af graviditet mv. Ifølge Fox og Ward lever vi med andre ord i en tidsalder, hvor der ikke bare er en pille til enhver dårlighed, men i lige så høj grad en dårlighed til enhver pille. Vi er vant til at kigge efter medicinske løsninger på vores almindelige problemer og udvider derfor hele tiden det domæne, hvor vi tager medicinske løsninger som en selvfølge. Derfor kan man tale om, at vores hverdag er blevet medikaliseret. Dette kan blandt andet illustreres med, at berigelsen af fødevarer med fx vitaminer eller jod er blevet en helt almindelig praksis, der kan formindske nødvendigheden af at indtage en varieret kost.

Det andet aspekt er, at accepten af at anvende medicin som løsning på livsstils- og hverdagsproblemer ofte er knyttet sammen med en opfattelse af medicinen som en "magisk kugle", der *i sig selv* udgør løsningen på brugerens problem. Opfattelsen underforstår ifølge forfatterne en ganske særlig selvopfattelse, hvilket de mener at have påvist gennem deres forskning i fedme- og potensproblemer: "Piller tilskrives magt – og som vi så i vores data – så erstatter de subjekternes egen følelse af selv at være handlende, og dermed bliver de centrale for brugernes liv".⁴⁶

Tilsammen peger de beskrevne to aspekter på, at eksistentielle begreber om autenticitet og autonomi i stigende grad tilsidesættes som målestok for vores livsførelse, fordi vi har en tendens til at suspendere dem i sammenhæng med vores medicinindtag, som trænger sig ind på flere og flere områder i vores liv. Dette gælder vel at mærke også, når der er tale om et medicinindtag, der er rettet mod at afhjælpe tilstande, man normalt ikke vil betegne som egentlige sygdomstilstande. Hvis dette er korrekt, er det på ingen måde givet, at de amerikanske universitetsstuderendes brug af blandt andet Ritalin og

43 Medikalisering har ikke blot har at gøre med indtagelsen af medicin, men henviser i bredere forstand til en proces, hvor menneskelige forhold, tilstande og processer i stigende grad begrebsliggøres, defineres og behandles som sygdomme (jf. Hvas, AC. 1999). Ud fra denne definition kan man sige, at den forøgede indtagelse af medicin er en del af medikaliseringen og understøttes af de bredere samfundsmæssige ændringer, medikaliseringen fører med sig.

44 Møldrup 2006, Møldrup et al. pending review, Maher, B. 2008.

45 Se fx Fox og Ward 2008. Det skal bemærkes, at en sådan markedsføring ikke er tilladt i Danmark.

46 Fox og Ward 2008 (oversættelse: Det Ethiske Råd): "Drugs are ascribed potency and – as we saw in our data – replace the subject's own sense of themselves as agentic, becoming central to the lives of their users."

modafinil skal forklares med, at de er udsat for et pres fra såvel universitetet som den omgivende kultur. Dette er ellers pointen i den citerede amerikanske undersøgelse. Alternativt kan forbruget forklares med, at det er en relativt enkel måde for de studerende at gøre deres hverdag mere bekvem på. De vælger den med andre ord, fordi den set fra deres perspektiv er en relativt uproblematisk løsning på et problem på samme måde som brugen af andre typer af medicin. I den forstand kræver brugen af medicin ikke som udgangspunkt nogen nærmere begrundelse eller retfærdiggørelse.

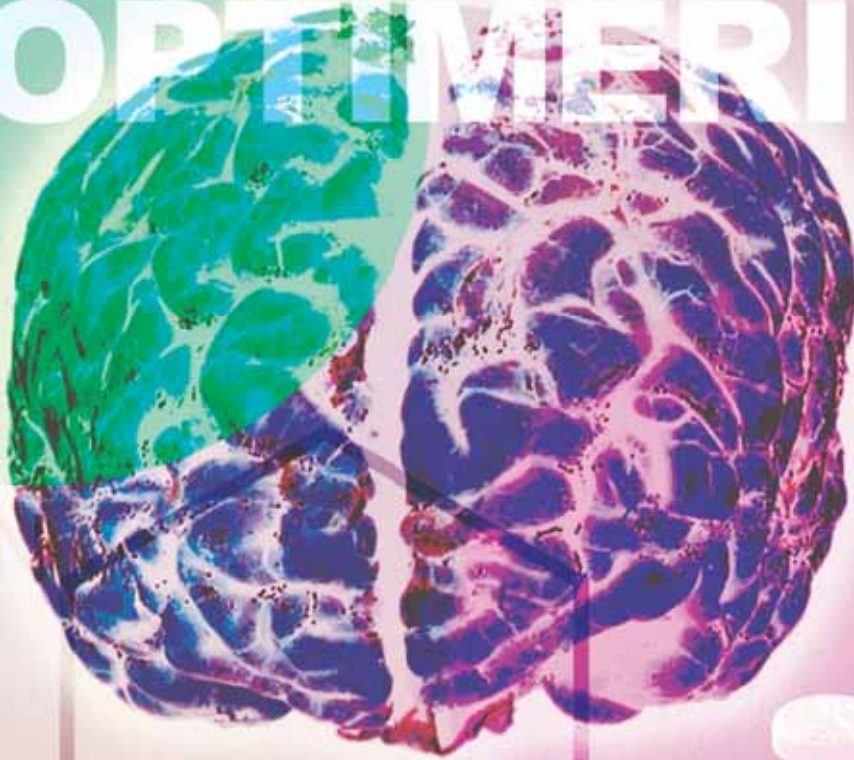
Konklusionerne ovenfor ligger helt i tråd med en anden konklusion i artiklen om medikalisering⁴⁷, nemlig at anvendelsen af medicin som problemløser i mange tilfælde fører til en ændring af den sociale praksis, medicinen indgår i – og ofte også til en ændret forståelse af denne praksis. Et illustrativt eksempel fra artiklen er, at anvendelsen af potenspiller som Viagra ofte giver brugeren en ny, maskulin selvforståelse og samtidig ændrer den seksuelle akt, idet forspillet forkortes eller eventuelt helt udelades.

Hvad vil fremtiden vise?

Som beskrevet tyder nogle undersøgelser på, at vores holdninger til at bruge medicin er under opbrud i den forstand, at flere konkurrerende og uforenelige synspunkter for øjeblikket trives side om side i vores kultur. Dette opbrud ser ud til at være foranlediget og fremprovokeret af den medicinske udvikling selv, idet mulighederne for at anvende medicin til alverdens formål har gjort os mere villige til at bruge medicin i vores hverdag. Samtidig passer nye medicintyper fortræffeligt sammen med vor tids individualiserede livsform, hvor den enkeltes præstationer og selvrealisering i højere grad end tidligere er blevet et mål i sig selv. Desuden lægger samfundets strukturer (fx karrierekrav på arbejdsmarkedet) direkte op til, at mennesker indpasser sig under en individualistisk kultur. Denne livsform udgør på sin side også en drivkraft for udviklingen af nye medicinformer, som kan understøtte den enkeltes projekter, hvad enten de angår karriere, udseende, fritidsinteresser, sundhed eller velbefindende.

47 Fox og Ward 2008.

KONKURRENCE OPTIMIERUNG



HI



COOMe

Kapitel 4: Brugen af medicin i det 20. århundrede - sygdom eller tilpasning?



1. Stigning i forbrug af centralstimulerende medicin

Der er tegn på, at centralstimulerende stoffer, der er udviklet til behandling af sindslidelser, også bruges som præstationsfremmende midler. Modafinil bruges typisk til behandling af kronisk træthed, men stoffet anvendes også af raske mennesker til at overkomme mere hverdagsagtige problemer med træthed. Et andet eksempel er Ritalin, der ordineres til behandling af ADHD, mens midlet også bruges af raske mennesker til at opnå en forøget koncentrationsevne.

Men også når det angår udskrivning af centralstimulerende medicin af læger med henblik på behandling af sygdom ser vi i disse år en bemærkelsesværdig udvikling i Danmark og mange andre lande. Som nævnt i kapitel 3 er der de seneste ti år fx sket en kraftig stigning i udskrivningen af medicin mod ADHD og der udskrives også væsentligt mere antidepressiv medicin. Det er tendenser, der på ny har forstærket interessen for den måde, læger diagnosticerer og udskrives medicin på, og som har skabt grobund for en til tider ophedet debat om medicins rolle i samfundet.

Der er overordnet to lejre i debatten. På den ene side mener nogle, at langt hovedparten af den medicin, lægen udskrives recept på, bruges til at bekæmpe sygdomme. Når der udskrives mere medicin nu end tidligere skyldes det med andre ord, at vi på grund af den videnskabelige udvikling er blevet bedre til at opdage og behandle sygdomme, og dermed kan tilbyde hjælp til nogle mennesker, der tidligere har måttet finde andre måder at leve med deres lidelse på. Det stigende medicinforbrug er derfor ikke problematisk, snarere tværtimod.⁴⁸ På den anden side mener nogle, at en betydelig del af det stigende medicinforbrug har baggrund i, at der er sket et skred i opfattelsen af sygdom, som kan ses i en tendens til, at flere og flere adfærdsmæssige og følelsesmæssige tilstande kategoriseres som sygelige og dermed som tilstande, der kan eller bør behandles med medicin.

En kritik har gået på, at vi i stadig større omfang bruger medicin som en løsning på problemer med at leve op til forventninger og krav, der stilles til os som følge af den levemåde og samfundsindretning, vi har valgt. Medicineringen afspejler forventninger til fx børns skoleparathed og sociale evner, til studerendes og medarbejderes præstationsevne eller partners udseende, humør eller seksuelle præstationsevne.

48 I april 2010 skriver Per Hove Thomsen (Thomsen 2010), overlæge ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Risskov, at stigningen kan tilskrives en aftaubisering af børnepsykiatrien: "Det er ikke nu, som tidligere, behæftet med skam og skyld at have et barn med psykiske vanskeligheder. Faktisk oplever vi nu det modsatte, nemlig en stor efterspørgsel på børnepsykiatrisk ekspertise fra forældrene, som ønsker deres børn undersøgt og behandlet."

Debatten illustrerer, at meningene er delte, hvad angår årsagerne til den stigende medicinering, og om hvorvidt den nuværende medicineringspraksis er hensigtsmæssig. Den illustrerer samtidig, at debatten står mellem forskellige sygdomsopfattelser. Der er en tendens til, at de skeptiske røster i debatten forfægter et relativt snævert sygdomsbegreb. De ser en fare i, at mere udbredte former for adfærd eller mere hverdagsagtige former for lidelse bliver kategoriseret som "sygdom". På den baggrund kritiserer de, at mange af dem, der i dag medicineres, faktisk er "raske". Mere optimistiske røster forfægter derimod et relativt bredt sygdomsbegreb, hvor patienternes egen oplevelse af sygdom betones, og i mulighederne for at tilfredsstille deres efterspørgsel på behandling, herunder medicinsk.

Der er meget på spil i denne definitionskamp. Først og fremmest for patienter, for hvem kritikken af den stigende medicinering let kan komme til at lyde som en benægtelse af, at deres lidelse er virkelig. For medicinalbranchen, der jævnligt beskyldes for "disease mongering", dvs. for med kommercielle motiver at overbevise folk om, at deres hverdagsagtige problemer skal bekæmpes med medicin. Og for lægerne, der anklages for at være for hurtige med receptblokken. I dette kapitel er intentionen ikke at pege fingre af en bestemt gruppe, men at sondere nogle af de dynamikker, der hævdes at have indflydelse på vor tids brug af medicin. Dynamikker, der i et vist omfang er forskellige fra diagnose til diagnose. I det følgende skal vi se på, hvilken sammenhæng der er mellem medicinering, sygdomsopfattelse og samfundsforhold i et konkret og meget omdiskuteret eksempel, nemlig ADHD.

2. Sygdom i sammenhæng – ADHD som eksempel

ADHD eller "attention deficit/hyperactivity disorder" er en diagnose, der primært stilles på børn i skolealderen, men i stigende grad også på voksne. Med en hyppighed på mellem tre og syv procent af alle skolebørn er det en af de mest udbredte diagnoser i børne- og ungdomspsykiatrien. Et markant flertal af dem er drenge, hvilket blandt andet er blevet forklaret med, at pigers ADHD fremtræder anderledes og derfor er mere vanskelig at diagnosticere.⁴⁹

Diagnosen stilles ud fra et broget billede af problemer med opmærksomhed, koncentration, impulsivitet og/eller et højt aktivitetsniveau. Nogle børn er overvejende opmærksomhedsforstyrrede, andre er primært hyperaktive og impulsive, mens andre igen er begge dele.⁵⁰ Forældrene oplever ofte, at børnene har problemer med at være sammen med andre børn, fordi de bliver voldsomme og er uimodtagelige for voksnes opdragelse.⁵¹ Grænsen mellem syg og rask er ret flydende, og en stor del af de børn, der henvises til udredning for ADHD hos børnepsykiaterne, befinder sig i en gråzone. Der er udbredt enighed om, at børns hjernebiologi spiller en vigtig rolle for, hvilken risiko de har for at udvikle ADHD. Denne forklaring har fundet støtte i, at ADHD-symptomerne hos flertallet meget klart kan påvirkes med bestemte centralstimulerende stoffer. Stoffernes virkning kan dog ikke ses som en entydig indikator på sygdom, da det har vist sig, at præparaterne har en lignende indvirkning på raske. Trods en omfattende indsats for at klarlægge den biologiske basis for ADHD er sammenhængen mellem arv og sygdom stadig omdiskuteret. Der er enighed om, at udviklingen af ADHD ofte opstår i et kompliceret samspil mellem børns biologi og faktorer i miljøet.⁵² Der er forskningsmæssigt fokus på både det sociale og det kemisk-biologiske miljø.

49 Thomsen, P.H. et al. 2008.

50 ADHD patientforeningen, www.adhd.dk.

51 Winthereik, J.T. 2007.

52 The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders - Clinical descriptions and diagnostic guidelines, World Health Organisation 2007.

Blandt andet forskes der i, om der findes en sammenhæng mellem ADHD-diagnose og fx graviditetslængde, fødselsvægt eller forekomsten i miljøet af hormonforstyrrende stoffer.⁵³ Meget tyder på, at børn der fødes for tidligt eller med lav fødselsvægt har en markant højere risiko for at blive diagnosticeret med ADHD. Siden 1970'erne er antallet af tvillingefødsler fordoblet på grund af, at flere modtager fertilitetsbehandling. Gennemsnitlig vejer tvillinger cirka et kilo mindre end gennemsnittet.⁵⁴

Anbefalinger vedrørende behandling af ADHD sker ud fra en samlet vurdering af forskellige behandlingsformers effekter, men afspejler også fx hvilken vægt de forskellige former for viden og erfaring, der findes om emnet, tillægges. Forskning viser, at medicinsk behandling har en markant og utvetydig effekt på ADHD kernesymptomerne. Medicinen fjerner dog ikke symptomerne hele døgnet rundt, og derfor er medicinering forbundet med et vist omfang af planlægning i forhold til fx skolegang og familieliv. I Danmark anbefaler Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab medicin som førstevalg til behandling af moderate og svære tilfælde af ADHD, mens man fx i England anbefaler andre behandlingsformer end den medicinske ved ADHD i moderat grad. Generelt lægger de engelske anbefalinger mere vægt på, at behandling af ADHD skal ske som del af et sammenhængende program, hvori der både lægges vægt på medicinske, pædagogiske og psykologiske muligheder.⁵⁵

Forældres håndtering af opmærksomhedsforstyrrede børn

Antropologen Julie Winthereik har undersøgt, hvordan forældre håndterer deres opmærksomhedsforstyrrede børn i Danmark i dag. Undersøgelsen viser, at mange forældre til disse børn først og fremmest oplever dem som anderledes i bestemte situationer, fx i skolen. Forældrene oplever hyppigt, at skoler og daginstitutioner, og i andre tilfælde forældre til andre børn eller familiemedlemmer, stiller krav om, at det opmærksomhedsforstyrrede barn ændrer adfærd, så det ikke forstyrrer så meget.

Ifølge Winthereik synes der bag kravene at ligge en kollektiv antagelse om, at børnenes adfærd skyldes forældrenes opdragelse. Hun påpeger, at mens institutionerne på den ene side hylder et ideal om rummelighed, oplever forældrene på den anden side, at ansvaret for børns adfærdsændring i høj grad bliver lagt over på forældrene. Ofte opstår de socialt uacceptable situationer på tidspunkter, hvor forældrene ikke kan være til stede, og forældrene føler sig magtesløse, fordi de ikke kan "fjernstyre deres børn". Efterhånden må mange forældre give fortabt i deres forsøg på at normalisere deres barn alene ved at gennemtænke og ændre deres relation til barnet. Forældrene er hyppigt dybt frustrerede og i vildrede.

Derfor kommer det ofte som en stor lettelse, hvis forældre på dette tidspunkt får stillet diagnosen ADHD hos deres barn – selvom lettelsen ledsages af en bekymring over, at barnets adfærdsproblemer måske er permanente. Ifølge Winthereik skyldes forældrenes lettelse dels, at diagnosen delvist afløser den tidligere så stærke tvivl. Men nok så meget, at barnets udskældte adfærd ikke længere så klart kan bebrejdes forældrene. Forældrene oplever derimod en social anerkendelse af dem selv og deres barn, som også formelt kan resultere i, at de får tilbudt forskellige offentlige ydelser.

53 Se fx <http://health.au.dk/nyheder/seneste/nyprofessorharstaerkemeningeromhormonforstyrrendestoffer>; Linnet, K. M., Wisborg, K., Agerbo, E., Secher, N. J., Thomsen, P. H., Henriksen, T. B.: Gestational age, birth weight, and the risk of hyperkinetic disorder. Archives of disease in childhood 91:655-660

54 Det danske tvillingeregister, http://www.sdu.dk/Om_SDU/Institutter_centre/Ist_sundhedstjenesteforsk/Centre/DTR.aspx.

55 Trillingsgaard, A et al. 2009

Mens diagnosen er mentalt og socialt forløsende, løser den ikke det konkrete problem med at normalisere barnet, hvilket er et håb, forældrene ikke opgiver. Det er forståeligt, at forældrene på den ene side har behov for omgivelsernes anerkendelse af, at deres barn er anderledes, på den anden side ønsker at give barnet så normal en opvækst som muligt.

Undersøgelsen peger på, at der i nogle tilfælde er en sammenhæng mellem, på den ene side, *forældrenes oplevelse af utilstrækkelighed* – dels i forhold til de krav og forventninger, der eksisterer i bestemte sociale situationer (såsom i skolen), dels i forhold til dem selv som opdragere – og *attraktionen ved at afprøve en medicinsk behandling*. Opfattelsen af barnets adfærd som biologisk forårsaget – snarere end som resultat af forældrenes opdragelse – skriver Winthereik, ”giver adgang til moralsk oprejsning, kompensationshjælp og medicinsk kontrol”.

Som vi skal se i det følgende kan forældrenes oplevelser af familiens og barnets sociale situation spille en vigtig rolle for lægernes beslutning om at udskrive medicin.

Objektivitet og pragmatisme – lægers diagnose- og ordinationspraksis

Når lægen stiller en diagnose, fastlægger han eller hun, hvilken sygdom personen lider af. I praksis er det en kompliceret proces, hvor lægen vurderer patientens symptomer, generelle sundhedsmæssige tilstand og livssituation ud fra blandt andet interview med patienten (og/eller patientens forældre), sin erfaring med tidligere patienter og sin teoretiske viden.⁵⁶ Lægen kan også indhente informationer udefra. I forbindelse med udredning af ADHD skal forældre og lærere fx udfylde et spørgeskema, der beskriver barnets adfærd i hjem og skole. Lægen vil ofte slå op i en manual, der beskriver indikationerne på, at en bestemt sygdom er til stede, og som angiver mulige behandlinger, herunder medicinsk behandling. I Danmark er WHO's diagnosemanual ICD-10 officielt godkendt af Sundhedsstyrelsen, mens amerikansk sundhedspersonale bruger deres egen manual, DSM-IV. I praksis bruger danske psykiatere imidlertid også DSM-IV ved siden af ICD-10.

Hensigten med disse værker er, at diagnosen stilles på et så vidt muligt objektivt og standardiseret grundlag. Den konkrete beslutning om, hvad patienten fejler, og hvorvidt der skal ordineres medicin, sker naturligvis ud fra en konkret vurdering af den enkelte patient. Der kan sagtens være forskel på forskellige lægers diagnose og ordination, fx fordi læger, og herunder psykiatere, uundgåeligt lægger vægt på forskellige indikatorer og har forskellige opfattelser af patienten og hans eller hendes situation. Forskelle kan også skyldes divergerende definitioner af sygdommen som sådan. Fx stiller ADHD-diagnosen i ICD-10⁵⁷ krav om, at et barn skal udvise alle ”kernesymptomer” (hyperaktivitet, opmærksomhedsforstyrrelse og impulsivitet), mens diagnosen i den amerikanske diagnosemanual DSM-IV opererer med undertyper, hvor nogle af disse er fraværende. Det betyder alt andet lige, at de der bruger den amerikanske DSM-IV manual vil kunne stille ADHD-diagnosen hos flere patienter.

Desuden sker der en løbende udvikling i vores opfattelse af sygdom, som fører til ændringer i diagnose- og ordinationspraksis, og som afspejler sig i revisioner af diagnosemanualerne. Det skyldes blandt andet, at vores viden om de enkelte sygdomme konstant udvikler sig. Men det skyldes også, at synet på sygdom og psykisk sygdom har ændret sig kolossalt gennem historien; og spørgsmålet om, hvor grænsen går mellem psykisk sygdom og ikke-sygdom er vedvarende til diskussion.

56 ”Rationel Klinik”, Wulff, H. R. & Gøtzche, P. 5., udgave, 1. oplag. Munksgaard 2006.

57 I ICD-10 anvendes betegnelsen ”hyperkinetic disorder” snarere end ”ADHD”.

At klassificere en bestemt type adfærd som "sygdom" har juridiske, økonomiske, samfundsmæssige, sociale og psykologiske konsekvenser. Fx bliver det mere legitimt at udvikle og udskrive medicin til lidelsen, hvilket lægemiddelproducenter har en oplagt interesse i. Især i USA, hvor det er tilladt at markedsføre medicin direkte til forbrugerne, findes der en del eksempler på, at medicinalindustrien har forsøgt at definere en række lidelser som sygdomme, som ikke var det før. Det gælder fx nervøsitet, generthed, menopause, rejsningsproblemer, social fobi og skaldethed.⁵⁸ I USA medfører en ADHD-diagnose ekstra undervisningsressourcer, hvilket i et presset undervisningssystem kan skabe motivation hos sundhedspersonalet for at stille diagnose.⁵⁹

Alene de enorme forskelle, der er i diagnosehyppighed, vidner om, at definitionen af sygdomme i hvert fald til dels er bestemt af sociale og kulturelle forhold. Antallet af ADHD-diagnoser er højest i Sydamerika (11,8 % af alle skolebørn) og lavest i Europa (4,6 %), men diagnoseraten kan variere enormt inden for disse regioner. I England varierer diagnoseraten fx fra 0,5 % til 26 % af alle skolebørn fra region til region. Foruden forskelle i dataindsamlingsmetoder kan sådanne variationer skyldes, at forskellige typer personale står for diagnosticering. I Europa er det fx typisk speciallæger i børnepsykiatri, der diagnosticerer ADHD, mens det i USA også kan være både praktiserende læger, sygeplejersker og pædiatriske speciallæger.⁶⁰

Sådanne forskelle afspejler, at en diagnose (såsom ADHD) i vidt omfang er forskellig fra den ene sammenhæng til den anden. En yderligere forklaring på tallene kan være, at der er stor forskel på, hvor stor vægt lægerne lægger på de objektive kriterier for diagnosen. Tallene kunne således antyde, at lægerne i varierende omfang anlægger en pragmatisk tilgang til diagnose og ordination, som fx i højere grad inddrager patientens eller forældrenes fremstilling af lidelsen.

Om dette er et problem, afhænger af, om man mener, at sundhedsvæsnets bør sigte snævert på sygdomsbehandling (i objektiv forstand), eller om målet med sundhedsvæsnets snarere bør være at forbedre borgernes velbefindende eller livskvalitet i bred forstand.

Sociale og biologiske forklaringer på ADHD

Der kan være gode grunde til, at læger kun lægger begrænset vægt på objektive kriterier for sygdom. Det er dog sandsynligt, at der er en sammenhæng mellem en mere pragmatisk tilgang til diagnose og den omtalte stigning i medicinforbrug. Medicinhistoriker Karin Johannisson ser således tre primære årsager til, at vi for tiden generelt ser en eksplosion i antallet af diagnoser. For det første er lægernes autoritet dalet, idet deres objektive vurdering har måttet give plads til patientens subjektive sygdomserfaring. For det andet stiller stadig mere selvbevidste og velinformerede patienter krav om et navn for og accept af deres lidelse. For det tredje efterkommer lægerne i stigende grad denne efterspørgsel med nye diagnoser og medicin.⁶¹

58 Det er velkendt, at fx etableringen af potensmidlet Viagra som lægemiddel beroede på massiv markedsføring over for blandt andre praktiserende læger (Ofek 2004). Gennemsnitligt set anvender den farmaceutiske industri hovedparten af deres indtægter på markedsføring (Angell 2004): *The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It*. Random House). Disse indsatser er dog ikke altid kronet med held. Et forsøg på at etablere mandlig overgangsalder som en diagnose har fx kun ført til et begrænset salg af behandlinger i Danmark (Lægemiddelstyrelsen, pers. kom.).

59 Singh, 2008.

60 Singh, 2008.

61 Johannisson, 2007

En utilsigtet konsekvens ved at medicin i stigende omfang udskrives på efterspørgsel kan være, at diagnosen kommer til at understøtte bestemte sociale normer.

Amerikanske undersøgelser har fx vist en signifikant sammenhæng mellem forbruget af Ritalin og uddannelsesmæssigt præstationsniveau i forskellige stater. I stater, hvor præstationsniveauet er højere, ser man også et højere forbrug af Ritalin, og det antyder, at Ritalinforbruget til dels afspejler de præstationsforventninger, som forældrene har til deres børn.⁶²

En række andre hypoteser har været i spil som forklaring på ADHDs diagnosemønster. Sociologer har ikke mindst interesseret sig for det forhold, at langt størstedelen af de børn, der diagnosticeres med ADHD, er drenge. Det til trods for, at man i udredningen af ADHD rutinemæssigt sammenholder opmærksomhedsforstyrrede børns adfærd med det normale adfærdsmønster i forhold til barnets køn og alder. Generelt viser kontrolundersøgelserne, at drenge ligger højere på disse skalaer end piger.⁶³ Den højere frekvens af ADHD blandt drenge kan der både være biologiske og sociale forklaringer på. Man ved, at pigers symptomer på ADHD optræder anderledes end drenges. I nogle undersøgelser har man tillagt det betydning, at det i mange tilfælde mest er mødre og kvindelige skolelærere, der oplever børnenes adfærd som et problem. Det er blevet foreslået, at et mere begrænset overskud i hjemmene i takt med, at mødre er indtrådt på arbejdsmarkedet, især har udmøntet sig i konflikter mellem mødrene og de, ifølge disse undersøgelser, notorisk mere rebelske drenge.⁶⁴

Atter andre forslag går på, at stigende krav til børns evne til at kunne koncentrere sig i en tidligere alder er sværere at indfri for drenge.⁶⁵ I dansk sammenhæng har nogle set en forbindelse mellem fremvæksten af ADHD og en stadig mere krævende skolegang, der i stigende grad byder på løsere organiserede temaforløb og dermed øgede krav til elevernes selvdisciplin.⁶⁶ Kritikere har desuden hævdet, at stigningen i diagnoser som ADHD er udtryk for en tendens til at sygeliggøre børns uartighed. Psykiater Niels Bilenberg fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Odense fortæller, at hen ved halvdelen af det kraftigt stigende antal børn, der henvises til ADHD-udredning hos ham blot er uartige børn.⁶⁷ Det viser, hvordan diagnoser ikke er statiske kategorier, men i et vist omfang kan være med til at skabe sygdomme. Medicinhistoriker Karin Johannisson påpeger således, at "når diagnoser opstår (...) har de en tendens til at tiltrække bærere med det typiske symptombillede."⁶⁸

ADHD-diagnosen og Ritalin i historisk lys

Nogle forskere har gjort opmærksom på, at medicinering ikke altid for læger har udgjort så forholdsvis central og ukontroversiel en løsning på opmærksomhedsforstyrrelser hos børn, som den gør i dag. Stigningen i medicinering kan ses i forlængelse af en generel teoretisk udvikling, som i løbet af det 20. århundrede gjorde et biologisk perspektiv på psykisk sygdom dominerende inden for psykiatrien på bekostning af psykologiske, sociale og religiøse perspektiver.

62 Hart, Grant og Riley, 2006.

63 Poulsen, Lotte et al., 2009.

64 Det er fx blevet beskrevet, hvordan lægemiddelproducenten Ciba i sin markedsføring af Ritalin i USA kapitaliserede på en gammel, kulturelt indlejret forestilling om et problematisk forhold mellem "mødre og vilde drenge". Singh 2007.

65 Hart og Riley, 2006.

66 Dagens Medicin, 2010.

67 Socialrådgiveren, 2009.

68 Johannisson, 2007.

Sociologen Ilna Singh beskriver, hvordan sammenhængen mellem adfærdsvanskelige børn og medicinering med amfetaminlignende stoffer (såsom Ritalin) blev opdaget af den amerikanske børnelæge Charles Bradley i slutningen af 1930'erne. Han var teoretisk bredt orienteret i sine undersøgelser af de adfærdsvanskelige børn, som han behandlede i sin eksperimentelle klinik "the Bradley Home". Selvom han konstaterede, at amfetamin havde en slående indvirkning på mange af børnenes indlæring og temperament, var han meget opmærksom på børnenes sociale liv og fysiske rammer, og han kombinerede medicinering med psykoterapi.

I midten af det 19. århundrede vandt den biologiske psykiatri frem, som betonede biologiens betydning for vores mentale liv. I 1957 foreslog direktøren for Bradley Home, Maurice Lauffer, en sammenlægning af en klynge af symptomer på grundlag af amfetamins virkning. Dette skabte reelt diagnosen ADHD (skønt under et andet navn) og rodfæstede den i børnenes biologi, både i forhold til indikationer, behandling og årsag. Diagnosen betød imidlertid, at andre forhold, såsom sociale forhold, hvis betydning for de adfærdsvanskelige børn ellers var kendt, blev skubbet mere i baggrunden. Ritalin, som blev det foretrukne lægemiddel, blev lanceret i samme periode.⁶⁹

Ved på denne måde at knytte en gruppe af ofte vage og heterogene kendetegn sammen til en diagnose og en bestemt løsning, nemlig den medicinske, blev sygdommen defineret som en biologisk tilstand. Resultatet var, at den medicinske løsning blev til en standardløsning, selvom det var velkendt, at ADHD havde både biologiske, psykologiske og sociale årsager, og at medicinen blev udskrevet på baggrund heraf. Den svenske læge Helene Ekström påpeger, at tendensen til at definere komplekse tilstande, som både er biologisk og socialt betingede, som simple "sygdomme" til dels er en utilsigtet konsekvens af forskningens og sundhedsmyndighedernes behov for og krav om præcise definitioner og afgrænsninger. Det er imidlertid uheldigt, fordi definitionen af en given sygdom spiller en afgørende rolle for, hvordan bestemte afvigelse opleves og behandles; derfor hviler der et stort ansvar på de læger, forskere, myndigheder og virksomheder, der medvirker til definition af sygdomme.⁷⁰

3. Sygdom eller tilpasning

En diagnose afspejler ikke nødvendigvis en individuel biologisk tilstand, som vi måske umiddelbart forbinder med begrebet "sygdom". ADHD-eksemplet illustrerer, at sygdom kan være udtryk for en blanding af biologiske, miljøkemiske, samfundsmæssige og kulturelle forhold. Winthereiks undersøgelse indikerer, at nogle af de børn, der diagnosticeres med ADHD med en vis ret kan siges at være socialt utilpassede, snarere end syge i biologisk forstand – i mange tilfælde kan det fx tænkes, at der findes omstændigheder, hvorunder familierne ville fungere og børnene blive lykkelige, også uden medicin. Men i mange tilfælde ligger disse vilkår langt fra dem, en typisk dansk familie har forestillet sig at leve under. Undersøgelser peger altså på, at det pres, der er på diagnosticering og medicinering af ADHD i et vist omfang kan forbindes med den levemåde typiske familier vælger, og som igen er forbundet med de krav og forventninger, der stilles både af forældrene selv og af det omgivende samfund. Inden for disse rammer fremstår et stigende antal børns adfærd udfordrende for både forældre, skoler, kammerater, osv. Indirekte synes skoler og andre børneinstitutioner at spille en vigtig rolle for, hvor mange børn der modtager diagnose, ved konkret at sætte grænserne for, hvornår børns adfærd kan rummes.

69 Singh 2006 og 2007.

70 Ekström 2010.

En konklusion heraf, som ofte har været fremført i debatten, har været, at en stigende del af dem, der modtager medicin faktisk er "raske" mennesker – eller i det mindste var blevet betragtet som sådan før i tiden; mennesker der derfor, i dette perspektiv, unødvendigt medicineres. Ikke mindst lægemiddelindustrien og lægerne er i dette kritiske perspektiv blevet set som drivkræfter for udviklingen, men også patienterne selv – eller i børns tilfælde, deres forældre – har stået for skud.⁷¹ Niels Egelund, professor ved Danmarks Pædagogiske Universitet, sagde fx om udviklingen i medicinering af ADHD børn i december 2009 til Ritzau, at: "Det er en sygeliggørelse af helt normale børn at stoppe medicin i dem. Ritalin kommer til at stå alene som behandlingsform, og omgivelserne siger: Giv dem noget medicin, så skal det nok gå. Det er simpelthen en sygtendens."⁷²

Niels Egelund afviser altså ikke, at de børn, der medicineres for ADHD kan have reelle problemer, men han slår til lyd for, at medicinering af dem uhensigtsmæssigt udpeger dem som "syge"; denne sygeliggørelse legitimerer et ensidigt fokus på den medicinske løsning. Som vi så i indledningen står denne snævre sygdomsdefinition i kontrast til en bredere sygdomsdefinition, hvor diagnosen i vidt omfang beror på patientens egen oplevelse af sin situation og krav om en løsning.

Hvad der på overfladen kan fremstå som en teknisk diskussion om, hvad årsagerne til givne diagnoser er (og dermed om stigningen er udtryk for en over- eller undermedicinering), er også i høj grad en politisk diskussion om, hvilke konsekvenser det har at udpege større befolkningsgrupper som "syge", og om hvem der bærer ansvaret for de opmærksomhedsforstyrrede børns adfærd. En fremherskende hypotese er som nævnt, at den stigende medicinering af ADHD først og fremmest er udtryk for videnskabelige fremskridt, der muliggør behandling af ADHD børn, vi tidligere overså. Det fremstiller ADHD som en individuel biologisk tilstand, og medicin som en mere oplagt løsning, end hvis vi lagde vægt på betydningen af forandringer i samfundet og i vores sygdomsopfattelser. Sidstnævnte kan tilsvarende bedre legitimere kollektive løsninger, såsom flere ressourcer til skoler og daginstitutioner. ADHD-eksemplet viser, at nøglen til at forstå stigningen i forbruget af medicin måske ikke ligger så meget i konstateringen af, hvem der "faktisk" er syg, men i overvejelser om, hvad vi forstår ved sygdom som sådan. Der er således ingen tvivl om, at mange af lægerne og forældrene oplever både diagnose og medicinering som hensigtsmæssige løsninger på reel sygdom – selvom andre, ud fra en mere snæver sygdomsdefinition benægter dette.

Ganske vist er det blevet påpeget, at de to positioner ikke nødvendigvis er så uforenelige, som man måske umiddelbart kunne tro. Det er som nævnt en almindelig opfattelse i videnskabelige kredse, at psykiske lidelser opstår i et komplekst samspil mellem miljø og biologi.⁷³ Det åbner op for den udlægning, at den diagnosestigning, vi er vidne til, i høj grad skyldes samfundsændringer – og dermed, at stigningen ikke nødvendigvis bare skyldes, at vi er blevet bedre til at opdage tilfælde af ADHD, som i øvrigt altid har været der. Men spørgsmålet om, hvorvidt en del af forklaringen skal findes i, at vi har ændret syn på, hvornår man er "syg", står stadigvæk til diskussion. Det samme gør diskussionen

71 Antropologen Christopher Lane (Lane 2007) viser, hvordan bearbejdelsen af den psykiatriske diagnosemanual, som anvendes af amerikansk sundhedspersonale, er præget af tilfældighed og af den indflydelse, medicinalindustrien gør gældende. Det har ført til oprettelsen af en række nye diagnoser og dermed til, at en række psykiske tilstande med ét kan betragtes som sygdomme. Der er visse tegn på, at en tilsvarende udvidelse af den psykiatriske diagnose finder sted i Europa, men der er også meget store forskelle mellem amerikansk og europæisk diagnosepraksis, jf. Singh 2008.

72 <http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2009/12/27/070459.htm>.

73 Se fx Singh 2008 og Thomsen 2010.

om, hvorvidt udviklingen er ønskværdig eller ej, og om hvilke handlinger, situationen lægger op til.

Kritikken af det stærkt øgede medicinforbrug for adfærdsbetonede diagnoser kan i et vist omfang ses som en samfundskritik, der retter sig mod daginstitutionernes, skolernes og arbejdsmarkedets manglende evne til at inkludere forskellige mennesker. I det perspektiv bliver den påståede overmedicinering mest af alt et symptom på en samfundsindretning, der på den ene side har en iboende, og måske stigende, tendens til at sætte snævre grænser for acceptabel adfærd, på den anden side gør medicinering til den altoverskyggende handlemulighed. Winthereiks undersøgelse knytter disse to forhold sammen, for så vidt at den tegner et billede af den medicinske løsnings attraktion som et produkt af bestemte vilkår. To vigtige forhold er her dels forældrenes oplevelse af at skulle bære enensvaret for børnenes adfærd, dels deres ønske om at indfri deres forestillinger om et normalt familieliv.

Forældrene oplever altså, at løsningen på de utilpassede børn skal komme fra dem selv, mens de i utilstrækkeligt omfang kan vente opbakning fra de fællesskaber, børnene indgår i. For så vidt tegner undersøgelsen en forbindelse mellem medicinering og en samfundsmæssig individualisering. Idealet om rummelighed er blevet til et krav om, at alle elever skal kunne leve op til de krav skolen stiller i dag. Ifølge chefspsykolog ved Aarhus Kommune, Jan Kirkegaard, har disse krav været støt stigende samtidig med, at lærernes overskud til den enkelte elev har været faldende. Det ser han som en vigtig forklaring på stigningen i ADHD-lignende diagnoser: "Der er ikke blevet flere bogligt svage børn. Der er faktisk rigtig mange dygtige børn. Men nogle af de børn, som har vanskeligheder i ADHD-boldgaden, som tidligere kunne være der i kraft af en knap så krævende skolehverdag, er der ikke plads til mere. Jo flere krav, der bliver stillet, jo mere tydeligt træder deres ADHD-vanskeligheder frem."⁷⁴ Det peger på, at man kan sænke antallet af ADHD-tilfælde ved enten at sænke kravene til børns præstationer, øge bevillingerne til skoler og daginstitutionerne eller at opgive idéen om, at skolen skal rumme alle børn.

Man kan i den sammenhæng måske rette en kritik imod forældrenes insistere på at leve et bestemt liv, som udfordrer det opmærksomhedsforstyrrede barn. Men selv her, foreslår Winthereik, må man se beslutningen i lyset af, at vi lever i en lighedskultur, hvor der implicit sættes lighedstegn mellem lighed og enshed. På den baggrund er tilvalget af medicinering altså ikke alene et spørgsmål om forældrenes egoistiske ønske om at fastholde en bestemt livsstil, men måske også til dels et valg, der er motiveret af ønsket om at ligestille barnet med andre børn. Det betyder med andre ord, at forældres fravalg af medicinering til ADHD børn ville være betinget af, at de kunne se en, måske meget alternativ, livsbane, som giver deres barn en ligeværdig tilværelse.

Er der en sammenhæng mellem optimering og diagnose?

Ved medicinsk optimering forstås normalt brugen af medicin af raske til præstationsfremmende formål. I modsætning hertil er der i dette kapitel fokus på brugen af medicin af folk, der betragter sig som syge. På den måde kan de to fænomener forekomme modsatrettede. Som vi har set her, hævder visse kritikere imidlertid, at der i disse år sker et skred, som udvisker grænsen mellem "syge" og "raske". Ubevidst bringes vi til at opfatte medicin som løsningen på en række problemer, der rettelig burde betragtes som menneskelig forskellighed, eller som i vidt omfang burde løses på andre måder end ved hjælp af medicin. Kritiske røster betragter altså en del af dem, der tager medicin mod en lidelse, som raske, eller i det mindste som nogle, hvis problem ikke burde medføre

74 JP Århus 2010.

medicinering. I debatten om det øgede medicinforbrug har en kritik ligefrem været, at en del af den medicin, der udskrives i behandlingsøjemed, indgår i bestræbelser på at muliggøre eller fastholde en bestemt livsstil.⁷⁵ Dermed er forskellen mellem stigningen i diagnose og medicinering på den ene side og optimering på den anden side måske ikke så stor, som man først kunne tro.

For måske viser ADHD-eksemplet, at medicin indgår i vores bestræbelser på at leve på en bestemt måde. Man kan stille spørgsmålet, om det at tage optimerende medicin for at øge præstationsevnen i den sociale konkurrence (fx på studiet eller arbejdsmarkedet) er sammenligneligt med valget af et medicinsk middel til at tilpasse sig samfundets mere basale krav, fx at kunne passe ind i skolesystemet eller på arbejdsmarkedet. Heri skal ikke nødvendigvis læses nogen kritik af forældre til opmærksomhedsforstyrrede børn. Selv i de tilfælde, hvor man måtte antage, at den medicinske behandling ikke er strengt nødvendig, kan de netop på mange måder hævdes at være magtesløse overfor kulturelle og samfundsmæssige strukturer, der kan stå i vejen for eller skygge for andre løsninger end den medicinske.

Som i diskussionen af den intenderede medicinske optimering er der altså tegn på, at strukturelle forhold får folk til at handle imod deres egne værdier. Amerikanske studerende ser præstationspres som en faktor, der presser dem til et ellers uønsket forbrug af mentalt præstationsfremmende medicin. I dette kapitel har vi set, at forældre til opmærksomhedsforstyrrede børn, i et vist omfang, føler sig presset til at medicinere deres børn for at kompensere for, hvad der i forskellige sammenhænge fremtræder som utilpasset adfærd. I begge situationer synes en mulig løsning at være en eller anden form for fælles koordinering og regulering. For så vidt at problemet skyldes mangel på kollektive tiltag – med henblik på i højere grad at indrette skolesystemet så skolerne kan rumme mere opmærksomhedsforstyrrede børn – kan man i begge tilfælde se medicinering som et produkt af individualisering. Kollektive tiltag kan dog være i konflikt med en liberal samfundsvision. Krav om større rummelighed vil alt andet lige omfordele de nuværende ressourcer til fordel for de sårbare børn, og dermed gå ud over de øvrige børn, ønsker om øget faglighed, mm.

I den offentlige debat om sygeliggørelse af normale træk har kritikken hyppigt været rettet imod lægemiddelindustriens indflydelse. Også i europæisk sammenhæng er industrien blandt andet blevet anklaget for "disease mongering" ("sygdoms-sælgeri"). Disease mongering er blevet formuleret som det, "at sælge sygdom der udvider grænserne for sygdom og øger markedet for dem, der sælger og leverer behandlinger." Underforstået, at lægemiddelindustrien snarere end at løse problemer ved at udvikle lægemidler, finder på lidelser, der kan sætte gang i salget af deres lægemidler – nogle gange med det resultat, at folk ligefrem bliver dårligere, end hvis de havde undladt at tage medicin.⁷⁶ Som tidligere omtalt konkluderer medicinhistoriker Karin Johannisson, at diagnoser har det med at tiltrække folk med symptomer, der ligner dem, diagnosen opstiller, og derfor er oprettelsen af diagnoser ikke bare uskyldig.⁷⁷ ADHD-diagnosens historie viser desuden, at bestemte udlægninger af årsagerne til opmærksomhedsforstyrrelser privilegerer bestemte løsninger; således vil betoningen af en biologisk opfattelse af psykisk sygdom legitimere udskrivningen af medicin, hvilket i princippet tjener lægemiddelproducenternes interesser. Kritikken af lægemiddelindustrien retter sig dog ofte imod situationen i USA, som på mange måder er forskellig fra den danske, blandt andet fordi, lægemiddelproducenterne i USA må markedsføre deres produkter direkte til forbrugeren.

⁷⁵ Se fx Lane 2007, Hart og Riley 2006.

⁷⁶ Ekström 2010.

⁷⁷ Johannisson 2007.

Væksten i diagnoser og medicinering synes i et vist omfang at være patientdrevet. Lægerne føler sig i stigende omfang forpligtet til at tilbyde medicinske løsninger, når i stigende grad selvbevidste patienter presser på for en bestemt behandling. Både læger og patienter har tilsyneladende indrettet sig på en udvikling, hvor det i højere grad end tidligere er patienten, der afgør behovet for medicin. Det er naturligvis ikke muligt neutralt at afgøre, om de problemer, patienterne kommer med, er trivielle eller om deres krav om diagnose og medicinering er rimelige. Men den skitserede dynamik peger ikke desto mindre på, at det at flere og flere tilstande bliver kategoriseret som sygelige i et vist omfang kan forklares ud fra kombinationen af et stigende udbud af diagnoser fra læger og lægemiddelindustri og en stigende efterspørgsel fra patienterne.

Derfor skal forklaringen på væksten i diagnose og medicinering måske findes i svaret på, hvad der for læger og patienter får den medicinske løsning til at fremstå som et logisk og ansvarligt valg, til trods for de bekymringer der følger med. Winthereik beskriver lægernes handlinger som båret af en social ansvarlighed, der matcher forældrenes omsorg for deres familie, og at medicinering i ADHD-sammenhæng dermed foregår "på baggrund af mange aktørers solidariske samarbejde"⁷⁸. ADHD-eksemplet bekræfter, at efterspørgslen på diagnose og medicinering ofte hænger sammen med både de krav, vi oplever, at det omgivende samfund stiller, og med de hermed forbundne krav, vi stiller til vores liv. Lægerne er i stigende grad lydhøre for denne subjektive fortælling. Og endelig synes der at være sket en aftabuisering af det at behandle børn med centralstimulerende medicin, i takt med at denne løsning er blevet mere udbredt, som alt andet lige gør det nemmere for forældrene at vælge den medicinske løsning til.

Kapitlet her har primært haft omdrejningspunkt i ADHD. Gennemgangen illustrerede, at sammenhængen mellem diagnosepraksis og medikalisering i høj grad beror på de konkrete vilkår, forestillinger og motiver, der ligger til grund for de relevante aktører i en bestemt sammenhæng. Spørgsmålet om ADHD og Ritalin involverer fx den særlige situation, at det er forældre, der sammen med læger beslutter at give medicin til deres børn. Derfor kan der være relevante forskelle på de konklusioner, der ville kunne drages i relation til andre diagnoser.

Kapitlet tegner alligevel et overordnet billede af, at diagnose og medicineringspraksis bliver til i et samspil mellem patienter, læger, industri, stat og offentlige institutioner. Et kompliceret samspil, der givetvis har betydning for den alment udbredte forestilling om, hvad sygdom er, og hvad medicin kan eller bør bruges til. Den overordnede tendens synes at være, at afvigelser, mentale såvel som fysiske, i stadig mindre omfang accepteres. Snarere end at lære at leve med sådanne afvigelser, håber vi at medicin kan skaffe os helt af med dem. Det rejser imidlertid spørgsmålet, om vi dermed samtidig indskrænker det område, inden for hvilket vi kan se os selv som "normale". Dermed rummer udviklingen måske en risiko for at blive selvforstærkende, og en risiko for, at det for flere og flere bliver stadig mere presserende at medicinere sig for at leve op til omgivelsernes forventninger og krav.

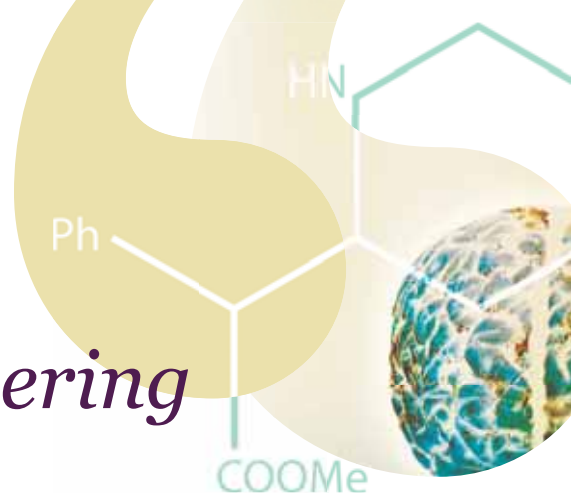
78 Winthereik, J.T. 2007, s. 107.

MEDICINSK HUKOMMELSE



COOMe

Kapitel 5: Etik og medicinsk optimering



Fortalerne for at foretage medicinske forbedringer af menneskets mentale evner benytter sig næsten altid af ét bestemt argument, når de skal begrunde deres synspunkt.⁷⁹ Argumentet lyder i korte træk som følger:

Vi benytter os allerede af en lang række forbedringsteknologier. Nogle af disse påvirker direkte menneskets biologiske funktionsmåde. Det gælder fx vaccinationer mod sygdomme, som kroppen har vanskeligt ved selv at bekæmpe, eller p-piller, som gør det muligt at planlægge reproduktionen. Andre teknologier har snarere karakter af artefakter, som vi "påfører" vores organisme, uden at de integreres med kroppens egne funktioner. Det gælder fx briller, sko eller solcreme. Også uddannelse kan siges at udgøre en forbedringsteknologi. Her planlægger man bestemte undervisningsforløb med det formål at forøge elevens færdigheder – i særdeleshed mentale og sociale færdigheder – blot er midlerne nogle andre end ved den direkte biologiske påvirkning.

Ifølge fortalerne for medicinsk optimering benytter vi os af de beskrevne forbedringsteknologier, fordi de gør det enkelte menneskes liv bedre eller lettere at leve – og nogle af dem forøger også samfundets samlede funktionsevne. Netop derfor er der ingen, der har de helt store principielle indvendinger imod sådanne forbedringer. Og ifølge fortalerne for medicinsk optimering er pointen nu, at medicinske forbedringer af hjernens funktioner ikke i relevant forstand afviger fra de andre måder at forbedre vores funktionsevne på, måder som vi allerede betjener os af og uden videre går ind for. Derfor er der ikke grund til at være specielt skeptisk over for netop medicinsk optimering: Det er bare en ny måde at gøre det på, som mennesket altid har gjort, nemlig at optimere vores funktionsevne for dermed at gøre livet lettere, mere behageligt og vellykket for os alle sammen.

Det betyder naturligvis ikke, at man helt ukritisk skal benytte alle mulige former for medicinsk optimering. Man skal tage stilling til, om de virker efter hensigten, har skadelige bivirkninger mv. Men det undersøger man også ofte, når man anvender andre former for optimering, og derfor er der ingen forskel.

Som fortaler for medicinsk optimering kan man anføre, at det ikke er velbegrunder at stille meget høje krav til den optimerende medicin om, at den skal have få bivirkninger, for det passer ikke sammen med vores praksis i andre sammenhænge. Fx er det muligt og fuldt ud lovligt at "decimere" sin mentale tilstand ved at indtage alkohol, selv om det har væsentlige bivirkninger. Så det bør også være muligt og lovligt at "opgradere" sine mentale evner, hvis bivirkningerne ikke er større end ved "decimering" – kunne man påstå.

⁷⁹ Se fx Harris 2007.

I vores kultur er der imidlertid komplekse sammenhænge mellem den folkeligt forankrede accept af medicinforbrug i hverdagen og den egentlige anvendelse af rusmidler, både de lovlige og de ulovlige. Noget tyder faktisk på, at unge i dag i højere grad anser brugen af selv illegale rusmidler for socialt acceptabel, når rusmidlet er af en sådan type, som kan optimere mentale evner i hverdagen. Danske forskere har lavet en kvalitativ undersøgelse af risikopfattelsen og accepten af illegale rusmidler blandt unge⁸⁰, der ikke selv er afhængige eller har megen erfaring med rusmidler, men som færdes i typiske danske ungdomsmiljøer. I de unges opfattelse viser det sig, at rusmidlernes farlighed og graden af acceptabel eller uacceptabel risiko især forbindes med fem forestillinger – rusmidlets "naturlighed", indtagelsesmetode, afhængighedsskabende effekt, dødelighed og dets brug i hverdagslivet. Fx viser samtalerne med de unge i fokusgrupper, at hash anses for mere ufarlig end fx ecstasy, blandt andet fordi hash for en umiddelbar betragtning "kommer fra" en plante, mens ecstasy "kommer fra" en kemisk fabrik. Omvendt viser det sig også, at stoffer i pilleform alt andet lige anses for mindre risikable, mere acceptable og mindre socialt detroniserende end stoffer, der som fx heroin injiceres. I forhold til medicinsk optimering er den mest interessante konklusion i undersøgelsen, at stoffer, der anses for at virke optimerende i hverdagslivet allerede af denne grund anses for væsentligt mere harmløse end stoffer, der fx skaber hallucinationer.⁸¹

Brugen af såvel lovlige som ulovlige rusmidler er omgærdet af en række komplekse og tilsyneladende ulogisk sammenhængende forestillinger om acceptabel eller uacceptabel risiko. Hvis man er meget skeptisk over for medicinsk optimering, kan man argumentere, at decimering af mentale egenskaber ved hjælp af fx alkohol nok er en lovliggjort og normaliseret brug af et rusmiddel, men at det ikke nødvendigvis er et argument for, at man bør lovliggøre eller acceptere yderligere sundhedsrisici ved at sanktionere medicinsk optimering. Derudover tyder den nævnte undersøgelse fx på, at netop illegale rusmidler undergår en normalisering gennem unges relative sociale accept, og at denne accept stiger i takt med, at det illegale rusmiddel minder om et middel til medicinsk optimering. Undersøgelsen konkluderer, at danske unge opfatter fx ecstasy som farlig, mens kokain anses for væsentligt mindre farlig, og det er muligvis et rusmiddel, som er i færd med at blive "normaliseret". Ifølge analysen af fokusgruppernes diskussioner viser det sig, at opfattelsen af kokain som et rusmiddel, der kan forbedre præstationer i hverdagen, er et væsentligt bidrag til den normative opfattelse af stoffet som mere acceptabelt end andre stoffer.

Fortalerne for medicinsk optimering vil naturligvis ikke benægte, at medicinsk optimering udgør et meget anderledes middel end de fleste andre "optimeringsmetoder", vi indtil nu har benyttet. Men det medfører ikke i sig selv, at den nye metode er mere problematisk. Tværtimod kan man ifølge fortalerne hævde, at man med medicinsk optimering vil kunne opnå noget af det samme, som man gør med andre metoder, bare på en mere effektiv måde. Det skyldes, at medicinen direkte påvirker de funktioner, man ønsker at forbedre. Ved de gamle metoder er påvirkningen ofte mere indirekte og må derfor antages at være mindre effektiv. Fx kan man forsøge at påvirke sin koncentrationsevne ved hjælp af forskellige mentale teknikker, ved at placere sig i det rette miljø osv. Men hvis disse tiltag alligevel kun virker, fordi de i sidste ende influerer på hjernens kemi, ville det være mere effektivt at tilføre de kemiske stoffer direkte til hjernen.

80 Demant og Ravn 2010.

81 Demant og Ravn 2010, s. 535: "Thus, drugs that are used by some people in everyday life situations or in competitive situations to perform better are not associated with high risks; on the contrary, these drugs are thought of as more or less harmless".

Disse argumenter for medicinsk optimering svarer dårligt til de umiddelbare bekymringer, mange mennesker har for samme sag. Således hævder filosofen Neil Levy, at det i reglen umiddelbart må foretrækkes at foretage indirekte ændringer af hjernen frem for direkte ændringer.⁸² Med direkte ændringer mener Levy medicinske påvirkninger, mens indirekte ændringer henviser til de utallige måder, hvorpå vi påvirker hinanden gennem diskussioner, terapi, undervisning, opdragelse, samtale osv. Disse aktiviteter ændrer også hjernen i den forstand, at diskussioner og opdragelse mv. faktisk sætter sig spor i hjernens organisering og kemi. Men i modsætning til de direkte ændringer foregår de indirekte ændringer oftest på en måde, som er nærværende for individet selv og involverer hans eller hendes aktive deltagelse: Personen *forstår* løsningen på det matematiske problem, bliver *overbevist* af et godt argument, *indser* at hendes tilværelse rummer mange stressfaktorer og er derefter motiveret for at lave sin tilværelse om osv. Flere medlemmer af Det Ethiske Råd deler de intuitioner, Levy beskriver. Problematikken *indirekte versus direkte hjernepåvirkninger* vil derfor indgå i nogle af de fire argumenter imod medicinsk optimering, som fremstilles i det følgende.

1. Naturens visdom

Det Ethiske Råd har i flere sammenhænge benyttet sig af en argumentationsform, der henholder sig til, at biologiske processer, og ikke mindst den menneskelige organismes måde at fungere på, rummer en slags naturens visdom, som vi bør være forsigtige med at gribe ind i, fordi vores viden om de komplekse processer i virkeligheden er ret begrænset.⁸³ Der er derfor altid en risiko for, at mennesket sætter uønskede virkninger i værk, som vi hverken kan forudsige eller kontrollere.

Argumentet om naturens visdom kan i princippet bringes på banen i forbindelse med et hvilket som helst indgreb i naturen, men det er mere velanbragt i nogle sammenhænge end i andre. I det følgende skal der argumenteres for, at det er særligt velanbragt i forbindelse med *forbedringer*, der retter sig mod at påvirke *hjernen*.

Det skyldes manglende viden, at mennesket risikerer at sætte uønskede processer i gang ved at gribe ind i naturen, og det må antages, at risikoen herfor forøges i takt med kompleksitetsgraden af det naturfænomen, mennesket ønsker at påvirke og kontrollere. Her udmærker den menneskelige hjerne sig ved at være et ekstremt komplekst system, både hvad angår de enkelte delprocesser og samspillet mellem processer forskellige steder i hjernen. Nogle forskere påstår endog, at hjernens kompleksitet er helt unik:

”Den menneskelige hjerne – målet for mange af de mest lovende blandt de foreslåede optimeringer – er givetvis det mest komplekse fænomen i hele det kendte univers. Når man tager i betragtning, hvor rudimentær en forståelse vi har af menneskets organisme og særligt af hjernen, hvordan kan vi så have et realistisk håb om at *forbedre* dette system?”⁸⁴

Hjernens kompleksitet udgør et argument for, at det i alle tilfælde kan have uforudsigelige konsekvenser at forsøge at gribe ind i dens processer. Nogle argumenterer for, at det er særligt problematisk at gribe ind med den hensigt at tilvejebringe *forbedringer* af hjernen. Det hænger sammen med, at naturen rummer en visdom, der – ifølge blandt andet

82 Levy 2007.

83 Se fx Det Ethiske Råd 2003 og 2006.

84 Bostrom og Sandberg 2009, s. 375-376 (oversættelse: Det Ethiske Råd): The human brain – the focus of many of the most alluring proposed enhancements – is arguably the most complex thing in the known universe. Given how rudimentary is our understanding of the human organism, particularly the brain, how could we have any realistic hope of enhancing such a system?”.

Darwins evolutionsteori – kan ses som resultatet af en udviklingsproces, der har strakt sig over millioner af år og har haft som konsekvens, at de mest optimale og velfungerende biologiske systemer og processer rent udviklingsmæssigt er blevet favoriseret. Vi er derfor naive, hvis vi forestiller os, at vi uden videre kan forbedre det, som er blevet til i løbet af millioner af år. Ikke mindst gælder dette, når vi har at gøre med et fænomen som hjernen, hvis opbygning og funktion vi – i det mindste på nuværende tidspunkt – er meget langt fra at forstå til fulde.

Hvis man ønsker at forbedre hjernen, vil det på grund af naturens visdom altid være på sin plads at spørge, hvorfor hjernen ikke i forvejen har den egenskab, man ønsker at forbedre den med. Måske kan det skyldes, at den "forbedrende" egenskab ikke kan sameksistere med hjernens eller organismens øvrige aktiviteter uden at påvirke dem på en negativ måde? Ud fra denne tankegang må man eksempelvis have et stof som modafinil under mistanke. Det virker ind på vores søvnmønster og gør det muligt for os at være vågne og oplagte i længere tid. Men eftersom vi endnu ikke forstår alle de funktioner, søvn og hvile har, er det sandsynligt, at en medicinsk nedsat søvnperiode kan have uønskede bivirkninger på andre områder. For hvis det var omkostningsfrit at sove mindre, hvorfor er vi så ikke for lang tid siden og på helt naturlig vis blevet udviklet til at kunne det?⁸⁵

Spørgsmålet er altså, om det er værd at forsøge at forbedre hjernens funktioner og derved udsætte sig for risikoen for uønskede bivirkninger, når de forbedringer af hjernen, man i bedste fald er i stand til at lave, alt andet lige må forventes at være begrænsede – og af samme grund vil have begrænset værdi for den enkelte.

Anderledes forholder det sig – i det mindste i nogle tilfælde – med indgreb i hjernens funktioner, som er rettet mod sygdomsbehandling. For dels kan man i disse situationer i nogle tilfælde genskabe hjernens normale funktioner uden at ændre væsentligt på den måde, hjernen normalt fungerer på. Derfor er der næppe den samme risiko for uønskede bivirkninger, som ved forbedrende indgreb. Og dels er der nogle gange tale om sygdomme, som er forbundet med så store lidelser eller funktionsnedsættelser, at patienten ikke er i stand til at leve et bare nogenlunde tilfredsstillende liv. I så fald kan det være mere velbegrunderet at foretage indgreb, der er forbundet med en vis risiko.

Argumentet om naturens visdom er et godt argument for at være varsom med at gennemføre medicinske forbedringer af hjernens funktioner. Men argumentet har også nogle svagheder, som gør det problematisk som definitivt argument imod alle former for hjerneoptimering.

En indvending kan fx være, at nogle af de forbedringer, der er tale om, ikke er *permanente*, hvilket måske gør brugen mindre indgribende. Det kan selvfølgelig godt være, at det på længere sigt har uhensigtsmæssige sideeffekter at anvende modafinil. Men hvis man kun bruger præparatet i begrænsede perioder, fx op til eksaminer, vil risikoen antagelig være væsentligt formindsket. Brugeren vil måske endda selv få en fornemmelse af bivirkningerne, som kan hjælpe ham eller hende til at anvende medicinen på en fornuftig måde.

En anden indvending kan gå på, at der ikke er grund til at antage, at hjernens funktioner faktisk er optimeret fuldstændigt i forhold til det, der må betegnes som optimering i vores nuværende samfund. Udviklingen af hjernen er sket ved hjælp af den naturlige selektion på den måde, at de mest overlevelsesegnede individer har været bedst til at videreføre

85 Se Ibid. p. 384 for en uddybning af denne tankegang.

deres egen arvemasse ved at få afkom. Men ifølge nogle opfattelser er denne proces ikke *målorienteret* og rummer derfor ikke nogen garanti for, at der sker en egentlig optimering af funktionerne. Det afhænger helt af, hvilke – tilfældige – mutationer der opstår. Dertil kommer, at det, der i tidligere tider talte som optimering, ikke nødvendigvis har karakter af optimering i dag. Nogle forskere har fx peget på, at det tidligere i menneskets udviklingshistorie har været en fordel ikke at have en alt for stor hjerne, fordi hjernen forbruger relativt meget energi. Derfor har det ikke givet større overlevelseschancer at have en stor hjerne, fordi det ville være svært for et individ med en stor hjerne at skaffe sig føde nok.⁸⁶ Men en tilsvarende fødevareknaphed eksisterer ikke i dag, hvor det også er helt andre evner, der er brug for for at fungere godt i samfundet, end det var i forhistorisk tid, hvor der fx ikke var behov for at kunne læse eller forstå symboler. Man kan derfor ikke uden videre konkludere, at hjernens samlede funktionalitet er optimeret i forhold til de funktioner, der er brug for i nutiden.

2. Optimering og grundvilkår for menneskelig sameksistens

I kølvandet på udviklingen af teknologier, der i radikal grad kan ændre menneskets funktionsmåde, fx præimplantationsdiagnostik⁸⁷, genetisk modificering og nu også medicinsk optimering, er en bestemt argumentationsform flere gange blevet fremført. Grundtanken er, at man ved at anvende teknikkerne kan komme til at ændre på de grundvilkår for vores sameksistens, der er en betingelse for at opretholde et civiliseret samfund baseret på normer angående fx solidaritet og sikring af menneskets værdighed. Bekymringen er derfor, at samfundene – forstået som etisk funderede fællesskaber – delvist bryder sammen og erstattes af samfundstyper, hvor det i højere grad end nu bliver op til den enkelte at klare sig selv.

Michael J. Sandel er eksempel på en debattør, der har udformet et argument med den beskrevne struktur.⁸⁸ Udgangspunktet for hans argumentation er, at vi mennesker har en række egenskaber – både kropslige og mentale – som vi ikke selv er herrer over og ikke kan kontrollere. Og ifølge Sandel er der flere grunde til, at vi bør fastholde en selvforståelse, som levner plads til betydningen af egenskaber, vi ikke har magt over. Blandt andet er de efter hans opfattelse med til at sikre en vis ydmyghed, fordi egenskaberne uundgåeligt får karakter af gave. Egenskaberne kan ikke fuldt ud betragtes som et resultat af vores egen indsats og stræben – selv ikke hvis vi har gjort alt, hvad vi kan, for at udvikle og kultivere dem. Fx kommer selv ikke verdens hidtil hurtigste mand – 100-meter løberen Usain Bolt – uden om at indrømme, at han ikke ville have sat verdensrekord, hvis han ikke havde fået sin specielle kropsbygning og sine muskelfibre med i vuggegave. Hans egen indsats er kun en del af historien, og netop derfor bør hans verdensrekord ikke føre til et alt for veludviklet hovmod. Det samme gælder meget kloge mennesker som fysikeren Albert Einstein, filosofen Ludwig Wittgenstein og renæssancekunstneren Leonardo da Vinci. De har uden tvivl gjort en indsats for at udvikle og raffinere deres talenter, men en overvejende del af deres intelligens har de fået som vuggegave.

Det vigtige i sammenhæng med debatten om de etisk definerede fællesskaber er her, at forståelsen af vores særlige evner – og mangel på samme – som "sat" af noget andet end os selv, er væsentlig for nogle af vores centrale etiske begreber. Ikke mindst gælder det ifølge Sandel ansvarsbegrebet. Indtil nu har vi primært opfattet det sådan, at ingen er fuldt ud ansvarlige for deres egen eller andres egenskaber. Derfor er der heller ikke

86 Ibid.

87 Ved præimplantationsdiagnostik befrugter man flere æg og undersøger deres arveanlæg, inden man beslutter, hvilke(t) æg der skal sættes op i livmoderen.

88 Se fx Sandel 2007 og 2009, Habermas 2001.

nogen, der har ansvaret for alle aspekter af vores tilværelse – heller ikke den enkelte selv. Det skyldes netop, at en stor del af vores egenskaber er et resultat af faktorer, der ligger helt uden for vores kontrol. Men *hvis* det i højere grad bliver almindeligt og muligt at anvende de nye teknologier til at bestemme, hvilke egenskaber det enkelte menneske har, vil begrebet om ansvarlighed ifølge Sandel få en langt mere fremtrædende betydning. For den enkeltes egenskaber vil være udtryk for beslutninger eller valg og dermed have status som noget, vi i modsætning til nu har en næsten fuldstændig magt over. Fx ville det i høj grad være forældrenes ansvar, om deres børn var gode til atletik, hvis det uden risiko var muligt at give børnene gode anlæg for atletik ved hjælp af genetisk modifikation umiddelbart efter undfangelsen.

Hvis forståelsen af, hvad mennesket selv har ansvar for, ændres, har dette ifølge Sandel indflydelse på vores opfattelse af solidaritet. En af betingelserne for, at velstillede og velfungerende personer udviser solidaritet med dårligere stillede er nemlig, at de velstillede og velfungerende har forståelse for, at deres egen succes ikke blot er deres egen fortjeneste. Derfor omfatter de succesen med en vis ydmyghed og måske endda en vis taknemmelighed. Dette befordrer, at de kan drage en parallel konklusion angående de dårligere stillede, nemlig at disse heller ikke til fulde har ansvaret for *deres mangel* på succes. I den forstand er alle i samme båd og forståelsen for dette baner vejen for, at de bedrestillede kan udvise solidaritet over for de dårligere stillede.

Det skal nævnes, at Sandels argumenter ikke kun er rettet mod optimering af hjernens funktioner, men snarere mod det overordnede projekt, der går ud på at perfektionere mennesket ved hjælp af diverse bioteknologier. Og mange vil givetvis hævde, at holdbarheden af Sandels argumenter allerede er blevet bekræftet i flere af de sammenhænge, hvor vi anvender teknologi til perfektionering. Fx er det ofte blevet fremført, at fosterdiagnostikken har ført til en forøget ansvarliggørelse af forældre til børn med nogle typer af handicap. Dette skyldes, at forældrene i nogle tilfælde enten selv har fravalgt fosterdiagnostik eller har valgt ikke at få foretaget abort af et foster med et handicap.⁸⁹ I forlængelse heraf er det også blevet diskuteret, om støtten til familier med børn med nogle typer af handicap allerede er blevet – eller eventuelt vil blive – beskåret, netop fordi forældrene selv har et ansvar, hvilket bevirker, at solidariteten formindskes. Man kan også hævde, at Sandels overvejelser kan forklare nogle af de udviklinger, der finder sted i forbindelse med brugen af medicin til optimering af hjernens funktioner. I kapitel tre blev det således nævnt, at mange studerende ved de amerikanske universiteter er holdt op med at have dårlig samvittighed over at tage Ritalin med henblik på at forbedre hukommelsen, fordi så mange andre studerende gør det samme. Derfor bliver det ikke længere anset for uretfærdigt over for de studerende, der ikke tager stoffet, selv at tage det. De andre studerende kunne jo bare gøre det samme. Eksemplet følger fuldstændigt tankegangen i Sandels argumentation: Muligheden for at tage Ritalin gør indlæringsevnen til den enkeltes eget ansvar, hvorefter der ikke længere er plads til begreber om solidaritet og retfærdighed.

Et af kritikpunkterne mod Sandels argumenter har været, at hans begreber om ydmyghed og livets karakter af gave er upræcise og på sekulære præmisser måske endda uforståelige, fordi der per definition kun findes gaver, hvis der er en giver.⁹⁰ Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd har også sat spørgsmålstegn ved, i hvilken grad ydmygheden og den deraf følgende besindelse på det givne med rimelighed kan betragtes som et ideal. Kritikken er, at hvis disse aspekter overbetones, kan det

89 Filsoffen Joseph Raz (Raz 1986) skriver allerede i 1986 om den ansvarliggørelse af forældrene, som de nye fosterdiagnostiske metoder efter hans mening nødvendigvis ville føre til.

90 Se fx Harris 2007, Singer 2009 og Lewens 2009.

føre til for stor passivitet, hvor nogle af de negative aspekter af et individs tilværelse i unødvendig grad tages for givne. Dette skyldes blandt andet, at overbetoningen af livets gavekarakter rummer en iboende tendens til at underbetone, i hvor høj grad et menneskes præstationer faktisk kan være et resultat af dets flid, viljestyrke og vedholdenhed i forhold til den opgave, det har sat sig selv. Endelig er et helt tredje kritikpunkt, at der ikke er den sammenhæng mellem ydmyghed og solidaritet, som Sandel hævder. Ifølge John Harris er solidaritet således bundet op på et ønske om at gavne andre eller fjerne deres lidelse, men uafhængig af problematikken om ydmyghed.

Det fører for vidt at gå ind i en nærmere diskussion af de anførte kritikpunkter her, men det skal nævnes, at Sandel selv tager nogle af dem op. Fx gør han opmærksom på, at han ikke er ude på at underkende den betydning, individets egen indsats kan have for dets præstationer. Han mener bare, at dette aspekt overbetones i vores kultur, hvilket bidrager til at understøtte et billede af "the self-made man", som i virkeligheden aldrig kommer til at holde. Han nævner også, at ydmygheden og besindelsen på det givne efter hans opfattelse fx ikke bør føre til, at man ikke forsøger at helbrede sygdom. Det gælder snarere om at finde den rette balance mellem besindelse og kontrol. Denne balance anser Sandel for at være opnået, når "lægevidenskab og medicin er styret eller i hvert fald guidet af en norm om at bevare de naturlige funktioner, som udgør helbredet".⁹¹

3. Optimering, autenticitet og kultur

Som nævnt i kapitel to er der en risiko for, at et individ ved at benytte medicinsk optimering sætter sin egen autenticitet over styr. Dette skyldes, at det i mange sammenhænge gør en forskel for individets egen selvforståelse og selvvurdering, hvordan hans eller hendes handlinger og præstationer er kommet i stand. Selv om en handling eller en præstation set udefra kan være nok så vellykket eller måske endog beundringsværdig, kan den set indefra været forfejlet eller mislykket, fordi den ikke er kommet i stand på en måde, individet selv kan stå inde for eller identificere sig med. I så fald kan individet opleve en afstand til sine egne handlinger og have svært ved at forbinde sig med dem eller være stolt af dem. I en sådan situation kan man tale om, at individet har mistet sin autenticitet og føler sig på afstand af dele af sin egen eksistens.

Et godt eksempel på problemstillingen er brugen af doping i sport. Bjarne Riis behandlede ikke ligefrem sin gule vindertrøje fra Tour De France som et trofæ – hvilket man ellers skulle forvente – men sagde tværtimod på det pressemøde, hvor han erkendte at have taget doping: "Min trøje ligger hjemme i en papkasse i garagen, I må gerne komme og hente den."⁹² Udsagnet giver god mening. Han havde snydt og var nok ikke stolt over sin sejr på helt samme måde, som han ville have været, hvis han ikke havde brugt doping. Præstationen var ikke kun et resultat af hård og klogt disponeret træning, viljestyrke og talent. Den skyldtes også brugen af medicin og var som sådan ikke kun et resultat af hans egen indsats. Måske følte han sig netop derfor på en vis afstand af sin sejr.

Det er ikke svært at forestille sig, at en lignende problemstilling kan opstå i forbindelse med andre former for medicinsk optimering. Fx vil en elev, der har opnået en god karakter til eksamen på grund af selvdisciplin og slid givetvis ofte have en anden oplevelse af sin præstation end en elev, der har benyttet medicinsk optimering for at nå resultatet. Den første elev oplever måske i højere grad end den anden at have "investeret noget af sig selv" i hele processen med eksamenslæsning og eksamination og synes netop

91 Sandel, M.J. 2007 (oversættelse: Det Ethiske Råd): "Medicine is governed, or at least guided, by the norm of restoring and preserving the natural functions that constitute health".

92 Se: <http://nyhederne.tv2.dk/article/7069939/>

derfor, at præstationen er udtryk for hans eller hendes egen indsats. Derfor er det i høj grad en præstation, individet oplever som sin egen og forbinder sig med som en identitetsskabende begivenhed. Omvendt kan den anden elev måske føle en vis distance til præstationen – den skyldtes til dels medicinen – og endda have en fornemmelse af at have snydt. Det sidste problem ville dog stille sig anderledes, hvis det var legalt og almindeligt at anvende midlerne.

Problematikken om autenticitet er relevant i forbindelse med mange former for medicinering, men det er væsentligt at være opmærksom på, at brugen af medicin ikke i alle tilfælde udgør en trussel mod autenticiteten. I nogle tilfælde kan medicinen tværtimod understøtte et individs autenticitet. Dette gælder ikke mindst i forbindelse med sygelige tilstande som fx sindslidelser, hvor individet oplever, at sygdommen forhindrer ham eller hende i at give udtryk for sig selv. Men også i forbindelse med ikke-sygelige tilstande kan den medicinske løsning formodentlig føre til en forøget oplevelse af autenticitet. Man kan fx forestille sig, at en person med eksamensangst oplever nervøsiteten som et uvelkomment fremmedlegeme i sin personlighed og derfor føler sig mere "som sig selv" ved at tage en pille, der fjerner eller nedsætter nervøsiteten.

Det sidste eksempel peger på en problemstilling, det er relevant at diskutere i forbindelse med medicinering af såvel sygelige som ikke-sygelige tilstande. Spørgsmålet er, om det under alle omstændigheder er en god idé at benytte medicin til at afhjælpe et problem med, hvis medicinen faktisk forbedrer individets tilstand og i øvrigt er uden væsentlige bivirkninger. I forhold til eksemplet med nervøsitet ved eksamen kunne en betænkelighed være, at medicinen kun behandler symptomerne på et mere omfattende problem, som i sidste ende har at gøre med individets personlighed og psykologi. I stedet for at bekæmpe nervøsiteten ved hjælp af medicin burde individet måske derfor lære at styre den og samtidig forholde sig til, hvorfor han eller hun egentlig bliver så nervøs. Måske ville dette kunne sætte en udvikling i gang, så individet på længere sigt blev mindre nervøst anlagt, fordi han eller hun på et mere fundamentalt niveau havde ændret sin virkelighedsopfattelse og sin personlighed.

Det fremføres ofte som argument for at anvende medicinsk optimering, at det er en bekvem og måske også en mere effektiv løsning på et problem end at anvende fx psykologiske metoder og teknikker. Diskussionen ovenfor peger imidlertid på, at en pille ikke nødvendigvis løser problemet på samme måde som den ikke-medicinske løsning. Det er formodentlig rigtigt, at den ikke-medicinske løsning ofte vil være mindre effektiv i den forstand, at den ikke kan løse det givne problem med det samme. Det vil fx ofte tage lang tid og være forbundet med ganske meget ubehag at blive sin eksamensangst kvit – og måske løses problemet aldrig fuldstændigt. Men på den anden side vil den proces, individet skal igennem i sit forsøg på at løse problemet, i bedste fald føre til en ændring af virkelighedsopfattelsen og personligheden, som han eller hun vil nyde godt af også i andre sammenhænge. På den måde kan det måske vise sig at være alle anstrengelserne og ubehaget værd ikke at vælge den "lette" medicinske løsning. For det er i en vis forstand netop den modstand og de kriser, individet udsættes for og i bedste fald formår at håndtere, der er katalysator for den personlige udvikling, som individet på længere sigt kan have gavn af og måske også kan komme til at føle sig mere autentisk eller "hel" af at have gennemlevet.

Som med det første argument om autenticitet er dette andet argument naturligvis heller ikke et endegyldigt argument imod enhver form for medicinsk optimering. Det vil altid være udtryk for en afvejning, om den ene løsning er at foretrække frem for den anden. Men argumentet peger på, at det bør være en overvejelse, om den medicinske løsning på

et problem kan være uhensigtsmæssig, fordi den blokerer for den personlige udvikling. Medicinsk optimering bør ikke blive til noget, man udfører pr. automatik.

I diskussionen ovenfor er problemet, at individet ved at optimere sig risikerer at skabe en afstand til sine egne handlinger og præstationer eller at hæmme sin personlige udvikling. En anden forgrening af diskussionen om autenticitet går på, at individets autenticitet også kan sættes over styr ved, at individet anvender medicinsk optimering som en slags erstatning i tilfælde, hvor individets sociale relationer eller sociale betingelser ikke er optimale.⁹³

Man kan kritisere piller, der giver fx forøget selvtilid eller større lykkefølelse. Men et væsentligt spørgsmål er, om det største problem i denne type af situationer er, at de fører til uægte eller inautentiske oplevelser. For individet er jo selv klar over, at oplevelserne er skabt ved hjælp af medicin og må derfor formodes at være opmærksom på, at oplevelsen ikke er skabt på den "normale" måde. Måske er individet endda bevidst om, at den medicinske frembragte oplevelse er det næstbedste valg, men vælger den alligevel i mangel af bedre. Løsrevet betragtet kan sådan et valg være vanskeligt at kritisere.

Problemstillingen peger imidlertid på et andet og måske langt mere relevant tema, som andre kritikere af medicinsk optimering har taget op. Tanken er, at den medicinske løsning på et problem kan ende med at blive en sovepude, som blokerer for andre typer af løsninger og måske i sidste ende skaber en blindhed over for de menneskelige eller samfundsmæssige omstændigheder, der medvirker til at skabe problemet.

En lignende kritik kan anføres i forhold til mange andre af de tilstande, vi medicinere for. Et godt eksempel er brugen af Ritalin. At folkeskoleelever diagnosticeres med ADHD og derefter får Ritalin kan således siges at fastholde et skolesystem, hvor der bruges for få ressourcer i forhold til kravene til indlæring og dermed ikke skabes rummelighed nok til, at alle er i stand til at deltage med de forudsætninger, de som udgangspunkt har. Ligeledes kan man hævde, at studerendes brug af betablokkere, modafinil og Ritalin er et resultat af et uddannelsessystem, hvor krav og forventninger er blevet for høje, hvilket i sidste ende skyldes en kultur med et opskruet krav om stadig forøget vækst og effektivitet. At der findes former for medicin, der kan hjælpe med at tilpasse de studerende til den problematiske kultur, kan imidlertid som i de andre eksempler bidrage til at flytte fokus væk fra den egentlige opgave, som kunne være at ændre kulturen i stedet for individet.

4. Retfærdighed

I artiklen "Medical Enhancement and the Ethos of Elite Sport"⁹⁴ beskriver Torbjörn Tännsjö det retfærdighedsbegreb, der efter hans opfattelse er bygget ind i elitesport. Grundtanken er, at elitesport overordnet set har til formål at afsøge grænserne for, hvad det er muligt for den menneskelige organisme at præstere.⁹⁵ Netop derfor er det bandlyst at bruge doping, for den dopede sportsmands legeme er ikke længere en *menneskelig* organisme i relevant forstand, eftersom dets funktionsevne ikke er frembragt ud fra den naturgivne konstitution. I sportens verden må den enkelte sportsudøvers naturlige anlæg for at præstere tages som et givent udgangspunkt i forbindelse med konkurrencer. Derfor er det ikke uretfærdigt, at en sportsudøver vinder, fordi han eller hun genetisk set er bedre udrustet til den givne disciplin end andre. Tværtimod er det en del af pointen med sport, at de genetiske anlæg indgår som en central del af konkurrencen. At Florence

93 Se fx Levy 2007 og Parens 2009.

94 Tännsjö 2009, s. 315-326.

95 Denne beskrivelse er formodentlig mere dækkende for sportsgrene som atletik og cykling end for fx fodbold eller tennis, hvor også samarbejde og psykologiske eller mentale evner spiller en væsentlig rolle.

Griffith-Joyner var dominerende på både 100 og 200 meter i sidste halvdel af 1980'erne og endda satte verdensrekord på begge distancer i 1988 var altså fuldt ud retfærdigt, hvis det var udtryk for hendes medfødte fortrin og hendes vilje og evne til at træne optimalt. I så fald havde hun nemlig fortjent at vinde.

Elitesportens retfærdighedsbegreb er beskrevet her, fordi det i markant grad afviger fra og dermed perspektiverer de opfattelser af rimelighed og retfærdighed, vi henholder os til i mange andre sammenhænge. Her anses det ofte for at være retfærdigt eller rimeligt at forsøge at udligne eller i det mindste at afbøde de uligheder, der opstår som følge af det, man kalder det genetiske og det sociale lotteri. Det genetiske lotteri består i, at nogle fra naturens hånd er udrustet med bedre egenskaber end andre. Dette er i en vis forstand helt tilfældigt – et spørgsmål om held eller uheld, derfor udtrykket "lotteri" – og som sådan ikke noget, man har gjort sig fortjent til. Netop derfor er der efter manges mening grænser for, hvor store fordele eller ulemper, der skal komme ud af, at man har været heldig eller uheldig i lotteriet. Tilsvarende er det tilfældigt, om man har været heldig eller uheldig i forhold til, hvilken familie og slægt man er født ind i – om den er velstillet eller fattig, veluddannet eller uuddannet, og om den helt generelt er i stand til at yde én opbakning i forhold til opdragelse og uddannelse mv. Også i denne sammenhæng er der derfor grænser for, hvor store fordele eller ulemper der skal komme ud af, om man har været heldig eller uheldig.

De beskrevne opfattelser om retfærdighed og det genetiske og sociale lotteri er blevet brugt til at begrunde et ideal om, at borgerne i et samfund et langt stykke ad vejen skal have lige muligheder for at klare sig godt og få et vellykket liv. Idealet indebærer, at man til en vis grad skal forsøge at udligne de uligheder, der resulterer af det sociale og det genetiske lotteri. Det kan fx ske ved at forsøge at udligne forskelle i velstand gennem en kombination af et differentieret skattesystem (hvor "de heldige" i princippet bør betale mest) og adgang til forskellige velfærdsydelse (som "de uheldige" primært får gavn af). En anden mulighed er at give folk med indlæringsproblemer særligt gode muligheder for at få undervisning. Opfattelsen er også blevet sat i forhold til problematikken om medicinsk optimering og er blandt andet blevet brugt som argument for de følgende to synspunkter.

Det første er, at når muligheder og ressourcer er ulige fordelt i et samfund, vil nogle borgere have lettere adgang og råd til at betale for medicinske forbedringer. Men hvis det primært er de i forvejen velfungerende grupper, der benytter sig af medicinsk optimering, fx ved at forbedre deres koncentrationsevne eller nedsætte deres søvnbehov, vil dette bidrage til at forøge den allerede eksisterende ulighed. For disse forbedringer vil give de velfungerende grupper en endnu bedre arbejds- og præstationsevne – og dermed give dem mulighed for at opnå en endnu større indtjening og få endnu flere muligheder i forhold til andre grupper, end de havde i forvejen. Hvis det sker, kan man sige, at de dårligst stillede udsættes for en dobbelt uretfærdighed. Den første er, at de allerede i udgangspunktet er så meget dårligere stillet, at det begrænser deres handlemuligheder væsentligt. Den anden er, at de bedst stillede personer anvender deres overskud af ressourcer og muligheder til at tjene endnu flere penge og få endnu flere muligheder – og endda gør det ved, at de i det mindste til en vis grad ophæver det genetiske lotteris tilfældighed og vælger deres egenskaber selv. De dårligst stillede egenskaber vil derimod i højere grad vedblive at være et udtryk for lotteriets tilfældighed.

Det andet synspunkt er, at der etisk set er særligt gode grunde til, at samfundet bidrager til at helbrede eller afhjælpe sygdomme, så det enkelte individ opnår et normalt funktionsniveau eller – som filosofen Norman Daniels kalder det, ”et artstypisk funktionsniveau”⁹⁶. Det vil sige et funktionsniveau, der svarer til det normale i den forstand, at man kan udføre de funktioner, som mennesker blandt andet i kraft af deres biologiske udrustning i al almindelighed er i stand til at udføre. Hvis man medvirker til at bringe det syge individ op på dette funktionsniveau, har man ifølge Daniels og andre filosoffer i rimelig grad givet individet mulighed for at klare sig godt i samfundet og få et vellykket liv. Derimod er samfundet ikke forpligtet til at bringe det enkelte individ på et funktionsniveau, der ligger over det artstypiske funktionsniveau. Tværtimod kan der ifølge Daniels være gode grunde til ikke at gøre det, fordi det artstypiske funktionsniveau som udgangspunkt er et acceptabelt niveau, der giver individet rimelige udfoldelsesmuligheder: ”Hvis vi prøver at forbedre en ellers i øvrigt normal egenskab, så vejer selv en lille risiko for et dårligt resultat tungere end alternativet – den acceptable normalitet”.⁹⁷ Om denne opfattelse kan begrundes ud fra overvejelser om retfærdighed, diskuteres senere i kapitlet.

Ud fra denne opfattelse er samfundet altså ikke forpligtet til at hjælpe den enkelte med at foretage medicinske forbedringer, det må han eller hun i givet fald gøre for egen regning, hvis det overhovedet skal være tilladt. Men i et samfund som det danske, hvor sundhedsvæsenet primært drives med offentlige midler, ville det formodentlig være svært at opretholde vandtætte skotter mellem den private og offentlige sundhedssektor, hvis det blev almindeligt at anvende medicinsk optimering. Af den grund ville en stor del af udgifterne til optimering antageligt ende med at blive betalt af det offentlige system. Fx ville det være svært at forestille sig, at den medicinske optimering ikke i sidste ende ville involvere den praktiserende læges indsats, ligesom godkendelsen af de forskellige medicintyper uundgåeligt ville komme til at foregå i offentligt regi. På den måde ville det derfor realistisk set belaste det offentlige sundhedssystem at tillade medicinsk optimering, selv om optimeringen i princippet blev betragtet som en privat sag.

De beskrevne argumenter kan kritiseres på flere måder. En indvending mod det første argument har blandt andet været, at hvis der er tale om markante forbedringer af individets evner, som ikke alle har råd til at betale for at få udført, så ville det være logisk at lade det offentlige finansiere forbedringerne i første omgang.⁹⁸ Dette ville under alle omstændigheder være en god forretning på længere sigt. En anden diskussion har drejet sig om, hvorvidt dette at den bedrestillede del af befolkningen har flere ressourcer til og muligheder for at foretage medicinsk optimering udgør et særligt problem i forhold til alle de andre fordele, denne gruppe er i stand til at opnå, som fx at anskaffe sig det mest moderne elektroniske udstyr eller sende deres børn på velrenommerede betalingskoler. Som en del af denne diskussion har det været nævnt, at det i sidste ende også kommer de dårligst stillede til gode, at de velstillede er villige til at betale for medicinen i første omgang. Det medfører blandt andet, at priserne hen ad vejen falder, så alle ender med at få råd til den.⁹⁹

I det følgende skal en specifik problemstilling i tilknytning til det andet argument ofres særlig opmærksomhed. Problemet er, om det på baggrund af de skitserede overvejelser om retfærdighed er rimeligt at fastlægge det artstypiske funktionsniveau som det, man

96 Daniels, 1985.

97 Daniels 2009, s. 38 (oversættelse: Det Ethiske Råd): If we are trying to improve on an otherwise normal trait, the risk of a bad outcome, even if small, outweigh the acceptable outcome of normality.”

98 Se Singer, 2009.

99 Garcia og Sandler, 2008.

skal bringe et sygt eller dårligt fungerende individ op på – og at det på den anden side ikke er på sin plads at forbedre et individ ud over denne tærskel. En indvending over for denne måde at tænke på synes umiddelbart at være, at det kun løser de negative følgevirkninger af det sociale og det genetiske lotteri delvist. For selv om de dårligst stillede i bedste fald bringes på lige fod med normalt fungerende, kan der stadig være en væsentlig niveauforskel mellem denne gruppe og de bedst fungerende. Denne forskel vil i mange tilfælde være et resultat af det naturlige og/eller det sociale lotteri og netop derfor have karakter af en ulighed, det vil være retfærdigt at forsøge at udligne. Derfor ville det i princippet være mest retfærdigt at bringe alle på det højest mulige funktionsniveau, for så vidt som dette ville kunne lade sig gøre, uden at det var forbundet med nogen særlig risiko, således som det eksempelvis praktiseres med de almindelige offentlige vaccinationsprogrammer.

Evnen til at koncentrere sig kan bruges som et eksempel på det beskrevne ræsonnement. Som det fremgår af kapitel 3 er evnen til at koncentrere sig formodentlig et resultat af såvel arvelige som sociale faktorer. Hvis man har særlige problemer i forhold til at koncentrere sig, får man måske diagnosen ADHD, hvorefter man ved hjælp af Ritalin kan forøge sin koncentrationsevne til et vist niveau. Nogle af de individer, personen med ADHD nu er på niveau med, ville imidlertid også kunne forøge deres koncentrationsevne ved at anvende Ritalin og dermed komme på niveau med den gruppe, der har den største evne til at koncentrere sig. Og også i dette tilfælde ville der være tale om at forsøge at udjævne forskelle, som var et resultat af det genetiske og det sociale lotteri. Så hvorfor vælge normalniveauet som det niveau, der er afgørende for, om det er på sin plads at forsøge at forøge koncentrationsevnen eller ej?

Det er svært at give et entydigt svar på spørgsmålet, hvilket formodentlig skyldes, at begrebet om retfærdighed fungerer forskelligt i forskellige kontekster – uden at det er let at se en nærmere begrundelse for disse forskelle. Inden for sport er det retfærdige som allerede nævnt, at idrætsudøvernes præstationer i det mindste delvist afspejler de medfødte forskelle i fysiske potentialer. På samme måde kan eksamenssystemet – udover at klargøre den studerendes evne til i kraft af sin uddannelse at være i stand til at udfylde forskellige funktioner i det omgivende samfund – siges at have en retfærdighedslogik, som meget entydigt belønner personer med store ambitioner, god hukommelse og høj intelligenskvotient, selv om disse færdigheder i stor udstrækning er et resultat af det sociale og genetiske lotteri. På den anden side rummer skolesystemet i sin helhed mange andre elementer, der kan siges at modvirke de forskelle, der opstår som følge af det sociale og genetiske lotteri, som fx muligheden for at få særlig støtte i forbindelse med undervisningen. Det samme kan siges på det overordnede samfundsniveau, idet mange velfærdsinstitutioner i Danmark – fx sundheds- og undervisningssektoren – primært finansieres med offentlige midler og har et delvist lighedsskabende sigte.

Hvis det er korrekt, at retfærdighedsbegrebet fungerer forskelligt i forskellige kontekster, medfører dette naturligvis, at holdningen til medicinske forbedringer også vil variere afhængigt af konteksten. Dette synes også at være tilfældet. Fx har der indtil videre været langt mere fokus på medicinske forbedringer inden for sportens verden, i eksamenssituationen og inden for forskning end i andre sammenhænge, hvor retfærdighedsbegrebet er mindre veldefineret. At mange personer i årevis har anvendt forskellige stoffer til at forbedre deres sociale kompetencer og deres præstationer på arbejdsmarkedet, er gået mere upåagtet hen i det mindste i forhold til at kritisere selve den præstationsfremmende effekt.

Sammenfatning

I dette kapitel er forskellige argumenter for og imod medicinsk optimering af hjernens funktioner blevet fremstillet og diskuteret. Diskussionerne gør det muligt at drage flere konklusioner, der kan bruges som udgangspunkt for at forholde sig til den stigende brug af medicin til optimering af mentale evner. Konklusionerne præsenteres herunder og udgør en del af fundamentet for Det Ethiske Råds anbefalinger, som præsenteres i kapitel 7.

Den første konklusion er, at nogle former for optimering er mere problematiske end andre. Af rent sundhedsfaglige grunde er det formodentlig mere betænkeligt at optimere sig permanent end i en periode. Desuden er det ud fra overvejelser om retfærdighed mere problematisk at optimere sig i nogle situationer – fx til eksamen – end i andre. Det skyldes blandt andet, at retfærdighedsbegrebet fungerer forskelligt i forskellige sammenhænge.

En anden konklusion er, at den enkelte kan opleve et tab af autenticitet ved at lade sig optimere. Dette hænger sammen med, at personen kan føle sig på afstand af sine egne præstationer og oplevelser, fordi de er blevet til ved hjælp af medicin og altså ikke kun er et resultat af individets egen indsats eller af relationer til andre og begivenheder i omverdenen.

En tredje konklusion er, at medicinsk optimering både på det individuelle og det samfundsmæssige niveau kan bidrage til at fastholde nogle uhensigtsmæssige strukturer, hvor man løser problemerne ved hjælp af medicin i stedet for at løse dem på anden vis. Eksempelvis kan incitamentet til at modvirke stress på arbejdspladsen måske formindskes, hvis medarbejderen har gode muligheder for at forbedre sin præstationsevne ved hjælp af medicin.

En fjerde konklusion er, at medicinsk optimering både er en del af og medvirker til at udvikle en bestemt kultur, som i sidste ende vil påvirke os alle sammen på den ene eller den anden måde. Der er en risiko for, at nogle af de værdier, vi for nærværende anser for at være af væsentlig betydning for vores samfundsdannelse og eksistensform, bliver undermineret, hvis medicinsk optimering bliver udbredt.

MENTALE EVNER UDPÅVIRKELSE

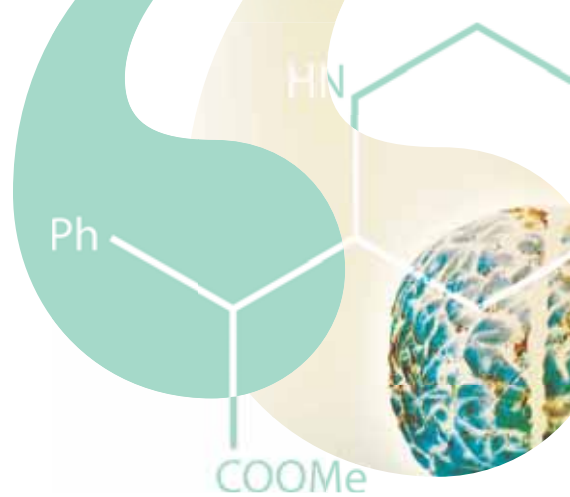


HM



COOMe

Kapitel 6: Nuværende regulering



I det følgende redegøres kort for den regulering, som er relevant for medicinsk optimering.

Allerede i dag er det sådan, at regler og lovgivning om håndtering af lægemidler begrænser den enkeltes muligheder for lovligt at anvende medicin til optimering i hverdagslivet. De væsentligste af disse begrænsninger finder man i forskellige love, regler og vejledninger, der regulerer lægers ordinationspraksis eller regulerer handel med og udlevering af medicin. Medicin, der kan påvirke hjernens kapacitet i forhold til koncentration eller hukommelse, er receptpligtig medicin. Derfor er der to veje til erhvervelse af medicin til optimering af mentale evner, hvis man tager udgangspunkt i samfundets nuværende ordning af lægemidlers anvendelse: Enten erhverves medicinen uden for det lægelige system og dermed uden recept (typisk gennem handel over internettet eller gennem køb eller overdragelse fra andre, der har recept på medicinen). Eller også søger man at få sin læge til at udskrive medicinen.

Der er, som beskrevet i kapitel 1, et stort gråzoneområde mellem intenderet medicinsk optimering og medicinsk optimering ud fra en sygelighedsopfattelse (det vil sige, hvor patienten selv oplever sig syg, eller hvor lægen vurderer, at det ud fra en lægelig betragtning er rimeligt at anvende medicin til at løse patientens problem). Netop denne gråzone gør det klart, at det både er regler for lægens ordinationspraksis og regler for handel med medicin, der er relevante at se på, når man etisk skal afgøre, i hvor høj eller lav grad vi som samfund ønsker at åbne op for medicinsk optimering af raske menneskers mentale evner. I det efterfølgende kapitel 7 med Rådets anbefalinger foreslår en del af Det Ethiske Råds medlemmer blandt andet egentlige lovreguleringer af medicinsk optimering. Det er derfor nødvendigt først at slå fast, hvilken regulering der allerede gælder for henholdsvis handel med medicin og for lægens ordinationspraksis:

- 1. Udlevering af receptpligtig medicin:** Det er ulovligt at udlevere eller sælge medicin, som man har fået på recept fra en læge, videre til andre. Det er derudover ulovligt at modtage eller besidde medicin, som ifølge lovgivningen betegnes som euforiserende stoffer, hvis ikke medicinen er udskrevet af en læge eller videregivet af andre autoriserede personer¹⁰⁰. Da fx Ritalin og modafinil er omfattet af bekendtgørelsen om euforiserende stoffer, gælder det, at disse stoffer hverken må handles eller besiddes uden for lægelig eller anden autoriseret kontekst (fx forskning).
- 2. Import af medicin:** Det er lovligt for en privatperson at indføre medicin til landet fra et andet EU-land, hvis medicinen er erhvervet lovligt i det pågældende EU-land. Der er fælles markedsføringsregler vedrørende medicin i EU, og der er også stor overensstemmelse mellem regler for, hvilken medicin der skal ordineres af en læge, og hvilken medicin, der kan købes i håndkøb. I praksis er det derfor ikke tænkeligt, at

¹⁰⁰ Jf. bekendtgørelse om euforiserende stoffer § 5, stk. 2.

man i et andet EU-land lovligt ville kunne erhverve et centralstimulerende lægemiddel som fx Ritalin eller modafinil uden recept for herefter at indføre det i landet. For centralstimulerende lægemidler er receptpligtige i alle EU-lande. I modsætning til reglerne inden for EU, er det ulovligt at indføre medicin fra lande uden for EU, uanset hvordan medicinen er erhvervet i disse lande. Det skyldes, at man ikke med disse lande har fælles regulering af markedsføring og godkendelse af medicinske produkter.

- 3. Lægens ordinationspraksis:** En læge skal overholde autorisationsloven og dermed udvise omhu og samvittighedsfuldhed, når han eller hun udskriver medicin. Lægen har fri ordinationsret og kan udskrive medicin også uden for det anvendelsesområde, medicinen er beregnet til. Sundhedsstyrelsen udsteder dog vejledninger, som fortæller den praktiserende læge, hvad der er faglige standarder for god lægelig praksis på udvalgte områder. Sundhedsstyrelsens vejledning om afhængighedsskabende lægemidler er relevant for medicinsk optimering. Vejledningen siger blandt andet, at medicintyper som Ritalin og modafinil kun skal anvendes til behandling af ADHD og narkolepsi. Lægen har dog stadig ret til at udskrive også disse medicintyper til andre behandlingsformål. Men der vil i så tilfælde være en skærpet oplysningspligt over for patienten, der skal have at vide, at lægen i dette tilfælde handler uden for den faglige vejledning. Tilsvarende har lægen skærpet pligt til i journalen og ved eventuelt tilsyn at begrunde, hvorfor det i et konkret og individuelt tilfælde er fundet lægefagligt rimeligt at fravige vejledningen. Ud over vejledninger fra Sundhedsstyrelsen er det relevant for medicinsk optimering, at Sundhedsstyrelsen løbende overvåger alle ordinationer af afhængighedsskabende lægemidler, herunder de centralstimulerende midler. Det sker på baggrund af oplysninger i et særligt register, der er baseret på indberetningerne til Lægemiddelstyrelsens lægemiddelstatistikregister. Registret indeholder imidlertid ikke den diagnostiske begrundelse for ordinationen. Men ved mistanke om, at lægen ordinerer uhensigtsmæssigt, kan Sundhedsstyrelsen indhente oplysninger fra lægens journal(er), herunder begrundelse for behandlingen. Skønner Sundhedsstyrelsen, at der er tale om forsømmelse, kan der iværksættes forskellige sanktioner. Ved gentagen og grov forsømmelse, kan lægen få frataget sin ordinationsret til et eller flere lægemidler, og i yderste konsekvens få frataget sin autorisation.

MEDICINSK OPREMLERING

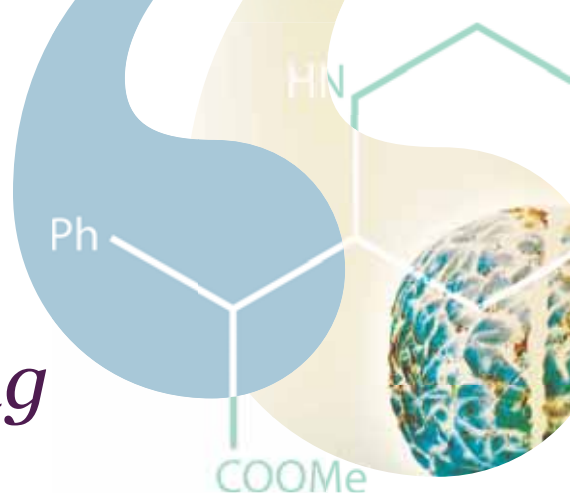


HM



COOMe

Kapitel 7: Anbefalinger om medicinsk optimering



I dette kapitel præsenterer Det Ethiske Råd sine holdninger til og anbefalinger om medicinsk optimering. Efter anbefalingerne gives der et resume af de fire etiske argumenter for at være kritisk over for medicin til optimering, som er mere udførligt formuleret i kapitel 4.

Det skal understreges, at holdninger og anbefalinger alene retter sig mod *intenderet medicinsk optimering*, hvor optimeringen har til formål at få en person, der opfatter sig som rask og ikke mener at have en behandlingskrævende lidelse, til at præstere bedre eller bringe sig selv i større mental balance. Anbefalingerne omhandler altså ikke tilfælde, hvor en person opsøger lægen med et problem eller en lidelse, som personen opfatter som behandlingskrævende af sundhedsfaglige grunde. Som beskrevet i redegørelsens første kapitel er Det Ethiske Råd opmærksomt på, at grænsen mellem disse to former for medicinbrug for øjeblikket bliver mere og mere flydende. Men for at gøre debatten tydeligere og den etiske stillingtagen lidt mindre vanskelig, vælger vi altså i første omgang at fokusere på det, vi kalder *intenderet medicinsk optimering*.

Som det fremgår andetsteds i denne redegørelse, er der evidens for, at nye medecintyper, der påvirker hjernens signalstoffer, er i stand til at styrke raske menneskers koncentration og hukommelse, hæve deres stemningsleje og forbedre andre mentale evner. Fælleseuropæiske meningsundersøgelser viser, at der blandt befolkningerne er en stigende accept af en sådan anvendelse af medicin uden for traditionel sygdomsbehandling, hvis medicinen kan hjælpe den enkelte til bedre mental ydeevne.¹⁰¹ Den faktiske brug af medicin som præstationsfremmende midler er dog endnu ikke tilstrækkeligt undersøgt eller dokumenteret.

Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd (Rikke Bagger Jørgensen, Klavs Birkholm, Jacob Birkler, Niels Jørgen Cappelørn, Elisabeth Dons Christensen, Thomas G. Jensen, Lene Kattrup, Karin Verland og Peter Øhrstrøm) finder udviklingen bekymrende og mener, der er grund til at rejse en debat om emnet og henlede Folketingets opmærksomhed på problemstillingen. Efter de nævnte medlemmers opfattelse bør vi som samfund sætte tiltag i værk for at undgå at komme i en situation, hvor fx studerende eller ansatte på virksomheder føler sig pressede til at anvende medicin, som kan forbedre præstationerne i studieforløbet eller arbejdslivet. De nævnte medlemmer er klar over, at problemets omfang i Danmark endnu ikke er kendt og måske er forholdsvis begrænset for nærværende. Medlemmerne mener imidlertid, at problemet kan blive væsentligt forøget i løbet af de næste 5-10 år. En af begrundelserne for denne opfattelse er den stigende medikalisering af samfundet (se kapitel 3 og 4), som generelt har ændret holdningen til medicinske løsninger og gjort det mere oplagt og accepteret at anvende medicin til et hvilket som helst formål. En anden begrundelse er, at præstationskravene på de danske arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner efter de nævnte medlemmers vurdering er så

¹⁰¹ Møldrup og Nielsen 2006. Møldrup et al. pending review.

store, at dette i sig selv kan være en tilskyndelse til at anvende medicinsk optimering. Og endelig kan man efter de nævnte medlemmers opfattelse ikke se bort fra, at udviklingen i USA ofte kan være et forvarsel om, hvad der kommer til at ske i Danmark.

Andre medlemmer (Peder Agger, Jon Andersen, Birte Boelt, Gunna Christiansen, Lotte Hvas, Lene Jensen, Peder Mouritsen og Elsebeth Gerner Nielsen) kan også se betænkeligheder ved at anvende medicin til raske personer, men er ikke sikre på, at problemets omfang i forhold til medicinsk optimering gør det særlig påkrævet at sætte ind med tiltag for at modvirke udviklingen allerede på nuværende tidspunkt. Desuden er nogle af disse medlemmer (Peder Agger, Jon Andersen, Gunna Christiansen, Peder Mouritsen og Elsebeth Gerner Nielsen) ikke overbeviste om, at medicinsk optimering i sig selv er så etisk problematisk, at det bør føre til centrale initiativer fra samfundets side i retning af at forhindre, at anvendelsen af medicinsk optimering øges i de kommende år. De sidstnævnte rådsmedlemmer mener ikke, det er en opgave for staten at detailregulere menneskers faktiske anvendelse af medicinsk optimering – endsige de kulturelle tendenser, der kan siges at give ophav til ændrede medicinske forbrugsmønstre.

De ovenfor beskrevne holdninger til udviklingen i brugen af medicin til optimering har væsentlig betydning for, hvilke anbefalinger de enkelte medlemmer tilslutter sig i det følgende.

Det Etske Råds fælles anbefalinger

1. Offentlig debat om medicinsk optimering

Det Etske Råd går ind for, at der rejses en offentlig debat om medicinsk optimering, men som det fremgår af de forudgående holdningstilkendegivelser, finder nogle medlemmer en sådan debat mere påtrængende end andre. Hensigten med debatten skal være at befordre forøget opmærksomhed om og klarere stillingtagen til problemfeltet.

Rådet finder det blandt andet væsentligt at få forskellige perspektiver på emnet bragt i spil, for herved at få afdækket holdbarheden af de involverede bekymringer og sammenhængen mellem samfundets krav og det enkelte individs ønske om eller behov for at optimere sig. Rådet finder det desuden nødvendigt at få tydeliggjort behovet for en undersøgelse af brugen af medicin til optimering i Danmark, ligesom der efter Rådets opfattelse er behov for at diskutere, om der er konsistens i holdningerne til henholdsvis at foretage medicinsk optimering og bruge andre midler med væsentlige bivirkninger, fx alkohol, cigaretter og usunde fødevarer.

2. Uddannelsessteder og arbejdspladser opfordres til at indføre en politik på området

Det Etske Råd peger på, at brugen af præstationsfremmende medicin på uddannelsesinstitutioner og nogle typer af arbejdspladser med tiden vil kunne skabe et miljø og et pres, der minder om det pres, man kan være udsat for i forhold til at anvende doping som elitesportsudøver eller som bodybuilder i et fitnesscenter.

Rådet mener, at præstationer i forbindelse med uddannelse bør udvikles og foregå i et socialt, menneskeligt fællesskab, hvor den enkelte har mulighed for at styrke sine egne talenter og evner for at tilegne sig ny viden og nye færdigheder uden at være nødt til at benytte medicin til optimering.

Medicinsk præstationsfremme på uddannelsesinstitutioner vil på flere måder være

skadeligt for et godt uddannelsesmiljø. Som doping inden for sportens verden vil det medføre et uretfærdigt bedømmelsesgrundlag i forhold til de elever, der ønsker at klare sig uden præstationsfremmende medicin. Endvidere vil det gøre eksamenerne mindre velegnede til at klargøre, i hvilken grad den studerende i kraft af sin uddannelse vil være i stand til at udfylde forskellige funktioner i det omgivende samfund.

Rådet mener generelt, at en øget social accept af præstationsfremmende midler vil have negative konsekvenser for vores menneskesyn og underminere nogle grundværdier, der er nødvendige forudsætninger for, at vi som mennesker kan have et velfungerende og udviklende fællesskab med hinanden. Det er grundværdier som tolerance og anerkendelse. Medicin som en mulig vej til bedre præstationer på arbejdspladser eller ved eksamener, vil skabe dårlige betingelser for disse to værdiers levedygtighed. For hvorfor er der grund til at tolerere forskellige talenter og forskellige grader af præstationsfærdigheder, hvis den enkelte blot kunne have brugt medicin til at levere en bedre præstation? Og omvendt: Hvilke grunde bliver der til sidst for at anerkende den ekstraordinære præstation, hvis det "bare" skyldes, at den enkelte har haft den rigtige medicin for hånden?

Det er altså både på grund af den unfair konkurrence og på grund af de potentielt underminerende effekter for vores menneskesyn, at de anførte medlemmer opfordrer arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner til at indføre regler om medicinsk optimering. På uddannelsesinstitutionerne er det primære behov formodentlig at sikre "hjernerodningsfri eksamener". Reglerne om dette kan fx indgå i det reglement, man lokalt beslutter vedrørende afholdelse af eksamen mv., idet sådanne regler i givet fald kan tjene til at markere uddannelsesstedets holdning til problemet, også selv om man ikke ønsker at tage urin- eller blodprøver fra studerende for at kontrollere, om et misbrug har fundet sted.

Nogle af Rådets medlemmer opfordrer desuden til, at både arbejdspladser og uddannelsessteder såsom universiteter og gymnasier iværksætter oplysnings- og debatkampagner om emnet.

Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd anbefaler:

3. En særskilt lovgivning om medicinsk optimering

Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd (Klavs Birkholm, Niels Jørgen Cappelørn, Karin Verland, Elisabeth Dons Christensen, Jacob Birkler, Lene Kattrup, Peter Øhrstrøm) mener, at Folketinget gennem lovgivning særskilt bør forsøge at forhindre eller i det mindste begrænse brugen af medicin til at optimere raske menneskers mentale evner. De nævnte medlemmer mener, at det vil være relevant at indføre et forbud mod fremstilling, besiddelse af, og handel med midler til medicinsk optimering, med mindre der er tale om behandling af sygdom.¹⁰²

Der eksisterer i dag med god grund en lov, der forbyder fremstilling, besiddelse af, og handel med visse dopingmidler til brug i sports- og idrætsverdenen.¹⁰³ Folketinget har derudover vedtaget en lov om fremme af dopingfri idræt. Efter denne lov er den statsstøttede selvejende institution Anti Doping Danmark oprettet. Det er en institution,

¹⁰² Man vil kunne anvende samme ordlyd som i nuværende "lov om forbud mod visse dopingmidler", § 3: "De i §§ 1 og 2 omhandlede dopingmidler må ikke fremstilles, indføres, udføres, forhandles, udleveres, fordeles eller besiddes, medmindre der er tale om anvendelse til sygdomsforebyggelse eller – behandling eller til videnskabelige formål".

¹⁰³ Det drejer sig om "Lov om forbud mod visse dopingmidler."

der oplyser om doping og indgår aftaler om dopingkontrol med idrætsverdenen og de kommercielle fitnesscentre. Ledelsen varetages af en bestyrelse med medlemmer, der udpeges af kulturministeren og centrale idrætsorganisationer.

De nævnte rådsmedlemmer mener, at der er væsentlige lighedspunkter mellem doping i idræts- og motionssammenhænge og den form for "hjerner doping", som muligvis er ved at blive etableret som en socialt acceptabel praksis blandt ansatte på forskellige virksomheder og studerende ved danske uddannelsesinstitutioner. En forskel er dog, at de betydelige, sundhedsskadelige virkninger af nogle former for doping er veldokumenterede. En anden forskel er mere formel, men alligevel et væsentligt forhold, nemlig at den danske lov om forbud mod visse dopingmidler specifikt er vedtaget for at opfylde "Den Europæiske Anti Doping Konvention".¹⁰⁴ De nævnte rådsmedlemmer vil dog pege på, at det omvendt ville være ønskværdigt at indføre en lignende europæisk konvention imod medicinsk optimering i hverdagslivet (herunder arbejde og uddannelse).

De nævnte lighedspunkter mellem doping i idrætsverdenen og medicinsk optimering i hverdagslivet gør det relevant at indføre et lignende forbud mod fremstilling og besiddelse af samt handel med medicin, når formålet er at anvende det til medicinsk optimering eller populært sagt "hjerner doping".

I Danmark har vi et veletableret system, hvor den praktiserende læge er den person, der kan give adgang til medicinsk behandling i sundhedsvæsenet efter en professionel vurdering af, om og på hvilken måde patientens problem er af en sådan karakter, at det kan og bør løses medicinsk eller med behandling via speciallæge, udredning og behandling på hospital mv. I forbindelse med studerendes brug af fx Ritalin og modafinil på uddannelsesinstitutioner forbigås dette system, når medicinen ikke er ordineret af en læge. Man kan derfor definere enhver anvendelse af Ritalin, modafinil og lignende stoffer, der ikke er lægeordineret, som misbrug.

Herudover er brugen af optimerende medicin som fx Ritalin eller modafinil på uddannelsesinstitutioner på flere punkter parallel til brugen af dopingmidler i fx fitnesscentre.

Den første oplagte parallel er, at en ukontrolleret brug af Ritalin eller lignende centralstimulerende stoffer kan være behæftet med alvorlige bivirkninger, selvom dette er dårligere dokumenteret end ved brugen af dopingmidler i idræts- og motionsverdenen. Blandt mulige og kendte bivirkninger kan blandt andet nævnes mundtørhed, hjertebanken, søvnløshed, nervøsitet, aggressivitet, mavesmerter, sløret syn og i sjældne tilfælde psykotiske symptomer og hjerteanfald. Desuden kan man ikke afvise en afhængighedsskabende effekt.

Den anden oplagte parallel er, at miljøet omkring og kravene til idrætsudøveren eller bodybuilderen skaber et pres i retning af at indtage dopingmidler: Et pres, der på nogle måder kan minde om, hvad ansatte og studerende kan være udsat for. Vigtigt er det også i denne sammenhæng, at brugen af Ritalin til eksamenslæsning ikke blot forekommer på universiteter, men ifølge pressen også på gymnasier, hvor en del af eleverne er under 18 år. I lighed med fitnesscentre og eliteidrætten er der dermed tale om miljøer, hvor ganske unge mennesker har deres daglige gang og er i en livsfase, hvor deres krop er under udvikling og deres identitet under dannelse.

104 Se: <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/135.htm>.

Det Ethiske Råd mener, det vil være nyttigt at få undersøgt omfanget af den medicinske optimering eller hjernedoping på danske uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser ved hjælp af kvalitative og kvantitative undersøgelser. Nogle af medlemmerne (Peder Agger, Jon Andersen, Gunna Christiansen, Lotte Hvas, Thomas G. Jensen og Elsebeth Gerner Nielsen) mener, at Folketinget kun bør overveje en strengere regulering af området, hvis sådanne undersøgelser bekræfter, at der er tale om en væsentligt stigende tendens i misbrug af fx Ritalin og modafinil til præstationsfremmende formål.

4. Indikationsområdet for præstationsfremmende medicin bør indskræpes

Den ovennævnte anbefaling om lovregulering angår brugen af centralstimulerende og receptpligtig medicin uden for recept, det vil sige i situationer, hvor medicinen ikke er ordineret af en læge til den person, som indtager medicinen. Det kan anføres, at man i det danske system pr. definition bør betragte receptpligtig medicin, der anvendes uden om ordination, som medicin, der ikke anvendes til et helbredsmæssigt formål.

En del af Det Ethiske Råds medlemmer (Klavs Birkholm, Birte Boelt, Niels Jørgen Cappelørn, Karin Verland, Lene Kattrup, Peder Mouritsen og Elisabeth Dons Christensen) mener i forlængelse heraf, at det bør indskræpes over for læger, at medicin som Ritalin og modafinil, der kan bruges som præstationsfremmende midler, kun bør udskrives inden for det indikationsområde, som er oplyst på medicinens indlægsseddel. Teksten på indlægssedlen godkendes af Lægemiddelstyrelsen, og indikationsområdet betegner det spænd af sygdomme, som medicinen af Lægemiddelstyrelsen er godkendt til behandling af. Formålet med en indskræpelse af indikationsområdet for de nævnte centralstimulerende midler er at give lægerne en øget støtte fra samfundets side til, at de kan afvise patientønsker, som ikke er begrundet i sygdom eller væsentlige helhedsbetegnede forhindringer for den enkeltes livskvalitet.

Sundhedsstyrelsen er tilsynsmyndighed i forhold til de praktiserende læger. I Sundhedsstyrelsens "Vejledning om ordination af afhængighedsskabende midler" fremgår det af afsnit 5.1, at midler som methylphenidat (Ritalin) og modafinil kun skal "anvendes til behandling af narkolepsi og hyperkinetisk forstyrrelse" (hyperkinetisk forstyrrelse er en anden betegnelse for ADHD).

Derfor er det rimeligt at sige, at det allerede nu er sådan, at læger er vejledt af deres tilsynsmyndighed til kun at anvende disse centralt stimulerende midler inden for indikationsområdet.

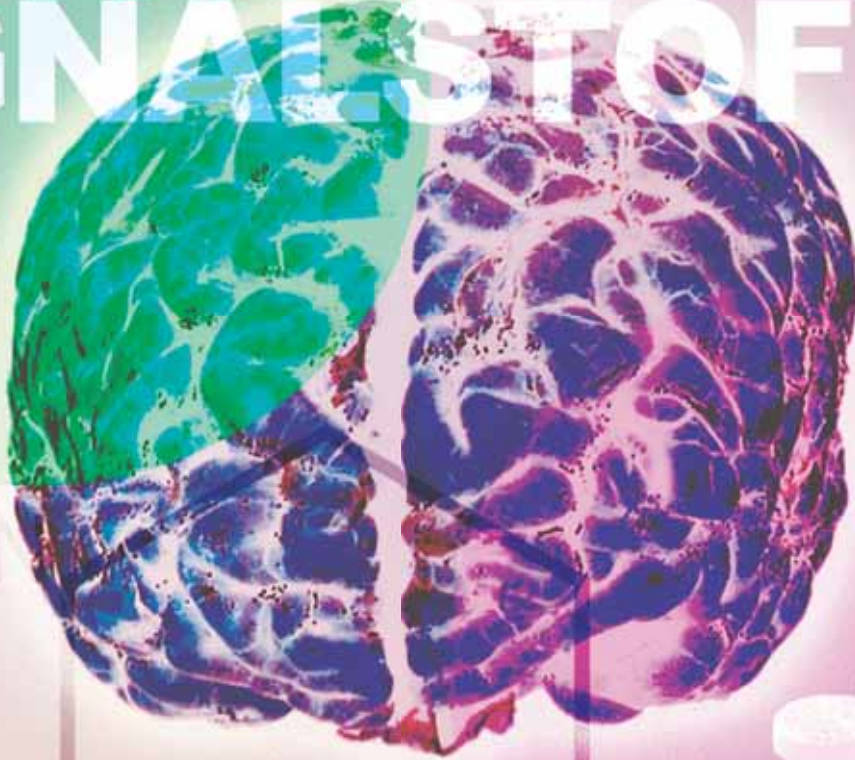
Men en vejledning kan fraviges af læger, og en for vidtgående ordination kan føre til medicinsk optimering gennem sygeliggørelse af manglende præstationsevne i uddannelse eller på arbejde. Derfor mener de nævnte medlemmer af Det Ethiske Råd, at der er grund til at indskræpe over for læger og sundhedspersoner, at medicin som fx Ritalin og modafinil udskrives med forsigtighed og med en restriktiv bedømmelse af, hvilke tilstande man bør opfatte som sygdom og dermed som noget, der kan tilbydes behandling for. Den etiske begrundelse for en sådan indskræpelse er blandt andet, at de nævnte medlemmer finder det bekymrende, at grænserne for det normale indskrænkes, således at det bliver almindeligt at gå til lægen med et ønske om hjælp til fx bedre præstation ved eksamener. Af samme grunde anbefales det, at man fra politisk hold bør overveje at iværksætte en tættere overvågning af udskrivningspraksis for de nævnte medicintyper.

Etiske argumenter vedrørende medicinsk optimering

I det følgende gives der et resume af de fire begrundelser for at være kritisk over for brugen af medicin til optimering, der er blevet opstillet i kapitel 4 om etik og medicinsk optimering. De medlemmer, der tilslutter sig en eller flere af de ovenfor beskrevne tiltag, der skal modvirke brugen af medicin til optimering, har i varierende omfang lagt et eller flere af disse argumenter til grund for deres stillingtagen.

1. Medicinsk optimering af mentale funktioner er skadelig for retfærdigheden i samfundet. Det vil som regel være de i forvejen ressourcestærke, der vil benytte sig af medicinsk optimering i uddannelses- eller arbejdslivet. Dette gælder især, hvis og når den farmaceutiske udvikling er kommet så langt, at man kan købe sig til langt mere effektive optimeringer, end det er muligt i dag. På den måde vil de i forvejen velstillede og velfungerendes arbejds- og præstationsevne øges til stor ugunst for dem, der er ringere stillet socialt, økonomisk eller uddannelsesmæssigt.
2. Medicinsk optimering fører til tab af autenticitet, fordi det fremmer en kultur, hvor selve resultatet af en præstation eller en mental evne bliver det altafgørende, mens vejen dertil bliver ligegyldig. Det kan i høj grad bevirke, at vi som mennesker kommer til at føle os på afstand af vores egne præstationer og oplevelser, fordi de bare er resultater af en målrettet medicinsk behandling. Dermed undergraves personens egen følelse af ejerskab til den proces, der normalt er en integreret del af den samlede præstation. Ligeledes vil en optimeringskultur underbetone eller devaluere det sociale liv og den læring, der traditionelt er en betingelse for værdifulde menneskelige præstationer og relationer.
3. Medicinsk optimering vil nedbryde værdifulde betingelser for sameksistens mellem mennesker. Det er blandt andet afgørende for mellemmenneskelig tolerance, at vi som mennesker besidder en række egenskaber og evner, som vi ikke selv har det fulde ansvar for at være begavet med. En udbredt praksis med medicinsk optimering vil nemt resultere i en mindre grad af tolerance mellem mennesker, idet man kan frygte, det bliver en almindelig opfattelse, at "man selv er ude om det", hvis man præsterer dårligt (man kunne jo bare have købt eller erhvervet sig medicinsk optimering).
4. Medicinsk optimering af mentale funktioner kan som nævnt i kapitel 2 have en række bivirkninger såsom søvnløshed, nervøsitet, aggressivitet, mavesmerter, sløret syn og i sjældne tilfælde psykotiske symptomer og hjerteanfald. At det er risikabelt at anvende medicin til optimering skyldes blandt andet hjernens kompleksitet. Biologiske processer og ikke mindst den menneskelige organisme rummer billedligt talt en slags "naturens visdom", som vi bør være forsigtige med at gribe ind i, fordi vores viden om de komplekse processer er ret begrænset. Ikke mindst ved indgreb i den menneskelige hjerne er der risiko for, at man sætter uønskede virkninger i gang, som ikke kan forudsiges eller kontrolleres. Afvejningen af denne risiko må holdes op imod det forhold, at medicinsk optimering er en kulturel luksus og ikke en egentlig sygdomsbehandling.

MENTALE EVNER SIGNALESTOFFER

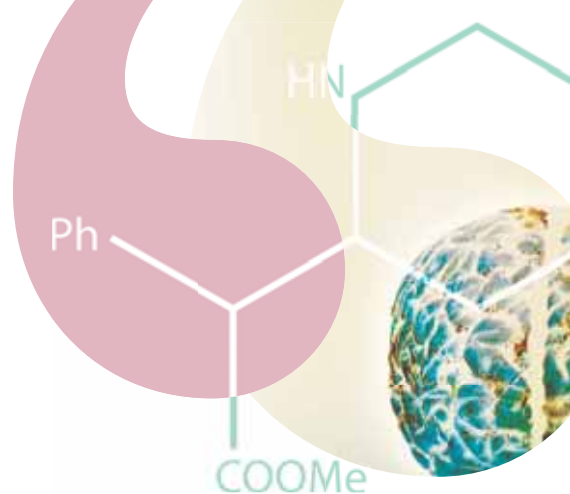


HM



COOMe

Litteratur



Angell, Marcia. 2004. *The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It*. Random House.

Barr, Michael og Rose, Diana. 2008. The great ambivalence: factors likely to affect service user and public acceptability of the pharmacogenomics of antidepressant medication. *Sociology of Health & Illness*: 30 (6): 944-958.

Bergström, LS og Lynöe, Niels. 2008. Enhancing concentration, mood and memory in healthy individuals: An empirical study of attitudes among general practitioners and the general population. *Scandinavian Journal of Public Health*: 36: 532-537.

Bostrom, Nick og Sandberg, Anders. 2009. *The Wisdom of Nature*. In Savulescu og Bostrom (red.): *Human Enhancement*. Oxford University Press.

Dagens Medicin. 2010. Børnepsykiatere advarer: »Pas på overmedicinering mod adhd«. Artikel i *Dagens Medicin* 5. marts 2010.

Daniels, Norman. 2009. Can anyone really be talking about ethically modifying human nature? In Savulescu og Bostrom (red.): *Human Enhancement*. Oxford University Press.

Daniels, Norman. 1985. *Just Health Care*. Cambridge University Press.

Demant, Jakob og Ravn, Signe. 2010. Identifying drug risk perceptions in Danish youths: Ranking exercises in focus groups. *Drugs: education, prevention and policy*: 17(5): 528-543.

Det Ethiske Råd. 2003. Ethiske problemer vedrørende kunstig befrugtning, 3. del – Mikroinsemination og præimplantationsdiagnostik.

Det Ethiske Råd. 2006. Nytte, etik og tro i forbindelse med udsætning af genmodificerede planter.

Dworkin, Ronald. 1990. *Foundations of Liberal Equality*. The Tanner Lectures On Human Values, XI. University of Utah Press.

Ekström, Helene. 2010. Menopausen og disease mongering. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering*: 2: 164-170.

Folketinget 2009-10 svar på S 198.

Folketinget 2009-10 svar på S 691.

Forlini, Cynthia og Racine, Eric. 2009. Autonomy and Coercion in Academic Cognitive Enhancement Using Methylphenidate: Perspectives of Key Stakeholders. *Neuroethics*: 2: 163-177.

Fox, NJ og Ward, KJ. 2008. Pharma in the bedroom and the kitchen – The pharmaceuticalisation of daily life. *Sociology of Health & Illness*: 30 (6): 856-868.

Frankl, Viktor E. 1996. *Psykologi og eksistens*. Gyldendal.

Garcia, Tamara og Sandler, Ronald. 2008. Enhancing Justice? *Nanoethics*: 2: 277-287.

Greely, Henry et al. 2008. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*: 456: 702-705.

Habermas, Jürgen. 2001. *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* Suhrkamp.

Harris, John: *Enhancing evolution – The Ethical Case for Making Better People*, Princeton University Press, 2007.

Hart, Grant og Riley. 2006. Making the Grade: The Gender Gap, ADHD, and the Medicalization of Boyhood. In: Rosenfeld, Dana og Faircloth, CA (red.): *Medicalized Masculinities*. Temple University Press: Philadelphia.

Helén, Ilpo. 2007. Multiple Depression: Making Mood Manageable. *Journal of Medical Humanities*: 28 (3): 149-172.

Hvas, AC. 1999. Sygeliggørelse og "medikalisering". *Ugeskrift for Læger* 161: 5783-5.

Information. 2010. Study drugs vinder frem på universiteter. Avisartikel 12. juni 2010, 1. sektion, side 4.

Institut for Rationel Farmakoterapi. 2010. Behandling af ADHD er en specialistopgave - Forbruget bør følges tæt. Nyhedsbrev (http://www.irf.dk/dk/nyheder/forbruget_af_adhd-medicin_marts_2010.htm).

Johannisson, Karin. 2007. Hur Skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. In: Hallerstedt (red.): *Diagnosens makt – om kundskap, pengar och ildanda*. Uddevalla: Diadalos.

JP Århus. 2010. Chefspsykolog advarer mod hårde elevkrav. Avisartikel 4. januar 2010, s. 4.

Lane, Christopher. 2007. *Shyness – how normal behaviour became a sickness*. Yale University Press.

Larrieviere, Dan et al. 2009. Responding to requests from adult patients for neuroenhancements. *Neurology: Official Journal of the American Academy of Neurology*: 73: 1406-1412.

Levy, Neil. 2007. *Neuroethics – Challenges for the 21st Century*. Cambridge University Press.

Lewens, T. 2009. Enhancement and human nature: The case of Sandel. *Journal of Medical Ethics*: 35: 354-356.

Lægemiddelstyrelsen (a). 2010. Mere end ti doubling i antallet af personer i behandling med medicin mod ADHD på ti år. Lægemiddelstyrelsens forbrugsanalyser (http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/db/filarkiv/7849/ADHD_notat.pdf).

Lægemiddelstyrelsen (b). 2010. Vurdering af sikkerheden ved brug af methylphenidat. Fokusrapport. (http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/db/filarkiv/8119/rapport_vurdering_af_sikkerheden_ved_brug_af_methylphenidat_til_behandling_af_ADHD.pdf)

Maher, B. 2008. Poll results: look who's doping. *Nature*: 452: 674-675.

McCabe SE et al. 2004. Prevalence and correlates of illicit methylphenidate use among 8th, 10th, and 12th grade students in the United States, 2001. *Journal of Adolescent Health*: 35: 501-504.

McCabe SE et al. 2005. Nonmedical use of prescription opioids among U.S. college students: prevalence and correlates from a national survey. *Addictive Behaviour*: 30: 789-805.

MetroXpress. 2010. Børn får fejlagtigt konstateret ADHD. Avisartikel 28. september 2010, side 10.

Møldrup, Claus et al. Pending Review. European populations' approval of medicine use for non-disease conditions: international representative cross-sectional survey in 25 countries.

Møldrup, Claus og Nielsen, RR. 2006. Public acceptance of drug use for non-disease conditions. *Current Medical Research and Opinion*: 22: 777-8.

Møldrup, Claus. 2002. Fremtidens medicinsk optimerede krop. In: *Homo Sapiens 2.0* (red. Gert Balling). Gads Forlag.

Normann, Claus og Berger, Matthias. 2008. Neuroenhancement: status quo and perspectives. *European archives of psychiatry and clinical neurosciences*: 258 (suppl. 5): 110-114.

Ofek, Elie. 2004. Product Team Cialis: Getting Ready to Market. Avisartikel i *Harvard Business Review*.

Parens, Erik. 2009. Toward a More Fruitful Debate About Enhancement. In Savulescu og Bostrom (red.): *Human Enhancement*. Oxford University Press.

Politiken. 2009. Børn får hjernemedicin uden kontrol. Avisartikel 27. december 2009 1. sektion, s. 4.

Poulsen, Lotte et al. 2009. Dansk standardisering af attention deficit/hyperactivity disorder-ratingskalaen. *Ugeskrift for Læger*: 171(18):1500.

Prudhomme White, B. et al. 2006. Stimulant medication use, misuse and abuse in an undergraduate and graduate student sample. *Journal of American College Health*: 5: 261-8.

Raz, Joseph. 1986. *The morality of Freedom*. Oxford: Clarendon Press.

Repantis, Dimitris et al. 2009. Antidepressants for neuroenhancement in healthy individuals: a systematic review. *Poiesis & Praxis: International Journal of Technology Assessment and ethics of Science*: 6 (3-4): 139-174.

Rose, Nikolas. 2009. *Livets politik. Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. Dansk Psykologisk Forlag.

Sandel, MJ. 2009. The Case against perfection. In Savulescu og Bostrom (red.): *Human Enhancement*. Oxford University Press.

Sandel, MJ. 2007. *The case against perfection: Ethics in the age of genetic engineering*. Harvard University Press.

Savulescu, Julian og Bostrom, Nick (red.). 2009. *Human Enhancement*. Oxford University Press.

Schepis, TS et al. 2008. The availability and Portrayal of Stimulants over the Internet. *Journal of Adolescent Health*: 42: 458-465.

Schermer, Maartje et al. 2009. The Future of Psychopharmacological Enhancements: Expectations and policies. *Neuroethics*: 2: 27-87.

Singer, Peter. 2009. Parental Choice and Human Improvement. In Savulescu og Bostrom (red.): *Human Enhancement*. Oxford University Press.

Singh, Ilina. 2006. A Framework for Understanding Trends in ADHD Diagnoses and Stimulant Drug Treatment: Schools and Schooling as a Case Study. *Biosocieties* 1: 439-452.

Singh, Ilina. 2007. Not just naughty: 50 years of stimulant drug advertising. In: Toon, A. og Watkins, E. (red.): *Medicating Modern America*. NYU Press.

Singh, Ilina. 2008. Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience*: 9: 957-964.

Socialrådgiveren. 2009. Halvdelen har ikke ADHD. Artikel i *Socialrådgiveren* 21: s. 6.

Synofzik, Matthis. 2009. Ethically Justified, Clinically Applicable Criteria for Physician Decision-Making in Psychopharmacological Enhancement. *Neuroethics*: 2: 89-102.

Tännsjö, Torbjörn. 2009. Medical Enhancement and the Ethos of Elite Sport. In Savulescu og Bostrom (red.): *Human Enhancement*. Oxford University Press.

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders - Clinical descriptions and diagnostic guidelines, World Health Organisation 2007.

Thomsen, PH. et al. 2008. Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Forening.

Thomsen, PH. 2010. Derfor skal børn behandles medicinsk. Kronik i Politiken 24. april 2010, 3. Sektion, side 3-4

Trillingsgaard, A et al. 2009. Børn og Unge med ADHD. Psykolog Nyt (3).

Winthereik, JT. 2007. Det der virker – Forældres håndtering af livet med opmærksomhedsforstyrrede børn i Danmark. Specialeafhandling, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.

Videnskab.dk. Hjernedoping på danske universiteter, 1. december 2009, Se: http://videnskab.dk/content/dk/blogs/redaktionens_blog/hjernedoping_pa_danske_universiteter.

Wulff, H. R. & Gøtzche, P. 2006. Rationel Klinik. Munksgaard.

DET ETISKE RÅD
Ravnsborggade 2, 4. sal
2200 København N
Tel +45 35 37 58 33
www.etiskraad.dk

