

Det är överhuvudtaget en imponerande samling medeltida filosofer som Ebbesen har samlat ihop. Svensk filosofi kan inte visa upp något som ens kommer i närheten av denna intellektuella rikedom. Nu kan man ju undra hur danska dessa filosofer egentligen var. De var inte i Danmark när de skrev sina verk, de råkade bara vara födda i Danmark, och i många fall de lämnade landet tidigt för att aldrig återvända.

Det är dock på många sätt en fröjd att läsa Ebbesens översikt. Han skriver klart och elegant om än lite ålderdomligt emellanåt. Han skriver i sitt förord att han låtit sin dotter läsa igenom manuset för att ta bort de formuleringar som låter allt för gammalmodiga. Hon kunde allt ha gått lite hårdare fram!

Det är också en mycket vacker bok med flertalet bilder och illustrationer. Den är även vetenskapligt helt korrekt med en gedigen notapparat där de anförda texterna återfinns på originalspråk. Boken avslutas också med en omfattande litteraturlista och ett mycket användbart index. Dess främsta egenskap är egentligen inte det att den är en historisk översikt över dansk filosofi på medeltiden utan den fungerar i stället bäst som introduktion till medeltida filosofi. Den som orkar igenom den får i sig en rejäl dos medeltida filosofi filtrerad och förklarad av en mycket kompetent vägvisare.

HENRIK LAGERLUND

Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning

Bengt Brülde och Per-Anders Tengland

Studentlitteratur 2003. 324 s. ISBN 91-44-04208-6

I förordet till boken *Hälsa och sjukdom* av Bengt Brülde och Per-Anders Tengland får vi veta att innehållet i densamma fördjupats och expanderat så att "slutresultatet kan betraktas både som ett forskningsbidrag och som en lärobok" (9). Denna balansgång tycker författarna att de klarar av tack vare att de förlagt de komplicerade resonemangen till noterna (10), något jag anser bara stämmer för kapitlet "Klassifikation av sjukdom", vilket blivit rumphugget av manövern. (Övriga kapitel är tämligen enkla.) På baksidan står det dessutom att boken är "tänkt som ett inlägg i den fortgående debatten om hälsa och sjukdom". Boken tycks med andra ord vara skriven med tre olika syften och för tre olika läsargrupper. Redan två är för mycket.

I bokens inledning dominerar läroboksstilen: ett opersonligt och "objektivt" von oben-perspektiv. Lite fler nominaliseringar och jag skulle ha trott att det var en statlig utredning. I själva analyserna – begrepps-

analyserna – är stilen mer forskarens. Mer personlig, mer engagerad, men alltför tjatig för att boken ska fungera som vare sig debattinlägg eller lärobok och alltför kortfattad för att den ska fungera som det sistnämnda. Här radas adekvansvillkoren upp efter varandra: nio i kapitel två; fyra plus åtta i kapitel sex; nio i kapitel sju. Här görs ansatser till pedagogiska förklaringar, men just bara ansatser, som när vanliga fel på definitioner ska exemplifieras: ”Låt oss illustrera detta med den klassiska definitionen av ’kunskap’ som ’sann, berättigad tro’. Enligt detta definitionsförslag finns det *tre villkor* som alla samtidigt måste vara uppfyllda för att något ska räknas som kunskap” (36, min kursivering). Och så följer en redogörelse för hur definitionen kan kritiseras för att vara för snäv eller för vid. Men jag skulle vilja träffa den student som själv räknar ut att de tre villkoren är att ”kunskapen”, satsen q , är sann; att vi är berättigade att tro att q ; samt att vi tror att q . Några tecken, stilistiska eller andra, på debattbok har jag inte kunnat urskilja. Kanske är det en förlagets önskedröm.

Förlaget ja, har det inte stått bi med någon redaktör? I kapitel sex, ”Klassifikation av sjukdom”, talas det ideligen om hur ”det sjuka styckas upp” (128) och i kapitel två, ”Teorier om sjukdom”, talas det om lidande och lidande: den som lider av en sjukdom ”lider ökad risk att lida ont” (119). Till och med sjukdomsbegreppen själva lider: ”Störning, åkomma, patologiskt eller sjukligt tillstånd lider av andra problem” (53). Vidare låter det som om Björn Borg redan gått hädan (71) och som om män kan föda barn: ”människor med högre IQ i genomsnitt . . . föder färre barn” (92). Det irriterar mig också att nya författare och verk refereras utan att först introduceras. Förresten ser det av referenserna att döma ut som om Lennart Nordenfelt redan skrivit allt som är värt att veta i ämnet.

Nu är det hög tid att säga något positivt, till exempel att *Hälsa och sjukdom* är en lättöverskådlig bok. Den består av tre delar: en om sjukdomsbegreppet, en om hälsobegreppet och en om mätning av hälsa. De två första delarna är parallellt upplagda. Författarna går igenom konkurrerande definitioner och teorier om sjukdom respektive hälsa för att vaska fram vad de tycker är riktiga kriterier på respektive fenomen. Brülde och Tengland vrider och vänder förtjänstfullt på andras kriterier, även om det finns mycket smått och gott som jag skulle vilja diskutera med dem. Kapitel nio: ”Hälsa som funktionsförmåga” är det bästa ur forskningssynpunkt. Naturligtvis lär man sig en hel del om hälso- och sjukdomsbegreppet genom att läsa boken (den största behållningen är kanske idéhistorisk), men framförallt om begreppsanalys.

Det är bara det att jag blir mer och mer misstänksam mot den verksamheten. *Det* är nyttigt! Här har vi två vardagliga, inte alltför normativa,

begrepp som analyseras för att senare definieras, men med lite luddiga syften: "En definition av termen 'sjukdom' bör vara så beskaffad att den kan hjälpa oss att ta ställning i olika praktiska frågor, t.ex. frågan om vem som har rätt till vård eller sjukpenning, eller vem som ska dömas till vård snarare än fängelsestraff" (55). Och om "hälsa" heter det att "en sådan definition kan hjälpa oss att avgöra om en viss hälsoförändring (förbättring eller försämring) har ägt rum, något som kan vara av stor betydelse i olika utvärderingssammanhang" (39). På andra ställen i boken står det att det är bra att definiera dessa termer för att veta vad hälso- och sjukvården har för uppgifter. Sjukvården har bland annat som uppgift att lindra lidande men inte allt slags lidande, utan endast det lidande som är "av rätt sort" (34), det vill säga sjukdomsrelaterat lidande och inte till exempel "sådant lidande som beror på fattigdom" (34). Men trots att uppgiften verkar ganska enkel ser man snart att dessa specifika praktiska syften alla förmodligen kräver sina egna definitioner. Till exempel kan en person ha rätt till vård, säg av lindrig astma, men inte till sjukpenning, säg att personen är arbetsför, vilket Brülde och Tengland är de första att erkänna. Ändå låter de sig inte avskräckas. (Man kan undra om sjukdom ens borde vara ett nödvändigt men inte tillräckligt villkor för sjukpenning: för en pianist räcker det att bryta lillfingret.) Och när det gäller valet mellan vård och fängelsestraff är det många olika överväganden som spelar in. Dessutom räcker det inte med att förövaren är sjuk, utan hon måste vara sjuk på ett mycket speciellt sätt, för att dömas till vård. (Detta är inget som diskuteras i boken.) Säg vidare att en persons värkande axlar beror på arbetslöshet, har den personen då inte rätt till smärtlindring och sjukgymnastik? Författarna skulle nog svara "jo" på detta: smärtan beror på spänningar som i sin tur beror på arbetslösheten, med andra ord är inte arbetslösheten den "omedelbara" orsaken (99), utan det är ett "inre tillstånd" – spänningarna – som utlöser smärtan. (Stark oro över arbetslöshet, som inte blir somatisk eller leder till depression, skulle enligt dem däremot inte berättiga till vård.) Men man kan tycka att det vore effektivare att hjälpa personen ifråga att komma in på arbetsmarknaden än att ge henne sjukgymnastik. Hur ansvarsområden och uppgifter ska fördelas mellan å ena sidan sjuk- och hälsovården och å andra sidan socialtjänsten kan knappast avgöras med hjälp av begreppsanalys.

En annan sak jag undrar över är varför Brülde och Tengland tar så stor hänsyn till språkbruket som de gör? Att en definition stämmer någorlunda med rådande språkbruk är det först nämnda adekvansvillkoret samt, får man intrycket av, det författarna uppfattar som det viktigaste villkoret. Men vems språkbruk handlar det om? Jo, författarnas förstås.

De verkar inte ens ha slagit upp ”sjukdom” och ”hälsa” i en ordbok. Åtminstone refereras ingen sådan och ingen ordbok nämns i bibliografin. Men mitt språkbruk stämmer inte helt med deras. Jag skulle till exempel aldrig säga att någon som brutit benet var sjuk, vilket författarna gör (100). Inte heller skulle jag säga att dövhet och blindhet var sjukdomar (99). Handikapp men inte sjukdom, är min spontana klassifikation. Och varför skulle hälsan inte vara beroende av miljön enligt språkbruket (201)? Våra relationer påverkar vår hälsa och därför är hälsan eller sjukdomen inget vi bara har ”inom” oss, så som författarna beskriver det: ”Fel på personen, inte på omgivningen” (119). De betraktar depression som en sjukdom, men avsaknad av nära relationer kan leda till depression. Sorg betraktar de däremot inte som en sjukdom, eftersom sorgen skulle försvinna om orsaken – ett dödsfall – mirakulöst upphävdes. Men samma sak gäller ett barn som blir deprimerat av att skiljas från sin familj. Vid en återförening tillfrisknar det i många fall. Och inte visste jag att ”[n]ormalt språkbruk förbjuder oss att tala om sorg som sjukdom” (122). Folk brukar väl bli sjuka av både sorg och längtan – trånsjuka – om än det senare något metaforiskt. Förresten har jag bekanta som blivit sjukskrivna när någon anhörig dött. Vidare anser författarna att sänkt ambitionsnivå inte kan innebära en hälsoförbättring enligt språkbruket (251). Men varför inte det? Sänkta krav – mindre stress – bättre hälsa. Deras svar är att endast om ambitionerna varit orealistiskt höga medför en sänkning en hälsoförbättring. Men vi människor förändras, åldras, försvagas. En person kan ”må bättre” om ambitionerna sänks, även om de inte varit orealistiskt höga. Hänsynstagandet till språkbruket kompliceras ytterligare av att vårt språkbruk redan är påverkat av sjukförsäkringen och lagstiftningen, vilket författarna själva nämner. Varför ska vi då binda oss så mycket vid det existerande språkbruket vid till exempel lagstiftning?

Den definition av sjukdom författarna slutligen kommer fram till är följande: ”det vida sjukdomsbegreppet innebär att en individ lider ont. Att lida ont innebär att vara i ett tillstånd som innebär lidande eller funktionsnedsättning, eller ökad risk för lidande, funktionsnedsättning eller för tidig död. Vi lämnar det öppet om definitionen också måste inkludera avvikande beteende eller skada för andra [relevant för psykiska sjukdomar]” (123–4). (Formuleringen är inte helt lyckad: tillståndet ska vara ett ”inre” tillstånd, vilket är vagt.) Den sjuka ska alltså ha ont i kroppen eller i själen, orsakat på ett visst sätt (dödsfall i familjen eller fattigdom duger som vi sett inte), eller riskera att få ont, eller fungera sämre än vanligt, eller riskera att göra det – allt av samma typ av ”inre” orsak. Cancer i ett tidigt stadium är alltså sjukdom, även om den ännu inte gör

ont eller aldrig kommer att göra det: risken finns ju. Det mest problematiska med sjukdomsbegreppet är vad "funktionsnedsättning" står för.

Med hälsa är det ännu mer komplicerat: diskussionen om hälsa är både nyanserad och insiktsfull. En person som har god hälsa är förstås inte sjuk, men det är inte allt. Starkt förkortat har hon också hög prestationsförmåga; är sensoriskt, motoriskt, kognitivt, emotionellt, beteendemässigt och socialt kompetent; och fungerar psykiskt bra tack vare vissa dispositioner, reaktionsmönster, föreställningar och attityder (228). Hälsa är för den skull inte detsamma som välbefinnande eller livskvalitet. En person kan vara handikappad och därför sjuk enligt Brülde och Tenglands definition, men ändå ha hög livskvalitet. Och troligen kan någons hälsotillstånd vara mycket dåligt, utan att personen är sjuk. Till exempel kan, efter vad jag förstår, ofrivillig barnlöshet enligt dessa definitioner vara eller leda till dålig hälsa, men inte klassas som sjukdom, såvida barnlösheten inte leder till depression. Om sjukvården tillämpade dessa definitioner skulle ofrivilligt barnlösa par med andra ord själva få bekosta fertilitetsutredningar och behandlingar. Är det bra? Och hur blir det med impotens? Definitionerna är så abstrakta att det är svårt att avgöra om impotens kan räknas som funktionsnedsättning eller inte, men jag vill absolut inte vara med och subventionera Viagra till Bert Karlsson och Kjell-Olof Feldt med mina skattepengar.

Kapitlet "Klassifikation av sjukdom" sticker av jämfört med de övriga kapitlen (någon motsvarighet finns begripligt nog inte i hälsodelen). Här ska den omdebatterade frågan "i vilken utsträckning våra befintliga diagnostiska kategorier speglar verkligheten som den är, och i vilken grad de är mänskliga påfund (t.ex. sociala konstruktioner)" tas upp. Det ser därför ut att bli den mest spännande läsningen så jag tänker låt gå då. Den enda filosof som refereras är Ian Hacking. Hacking är bra, det är inte tu tal om det, men hans syn på social konstruktion är bara en av flera. Michel Foucault finns med i bibliografin, men nämns inte i texten. Ludwig Fleck skyttar förbi ett par gånger (151, 157), men läsaren får aldrig stifta bekantskap med hans uppfattning om konstruktion. I sin *The Social Construction of What?* (Thales 2000) formulerar Hacking tre teser som läsaren kan jämföra sin egen uppfattning om naturvetenskapen med, för att testa hur mycket konstruktivist hon är angående just naturvetenskapen. Dessa teser tillämpar Brülde och Tengland på klassificering av sjukdomar. De kommer fram till det föga förvånande svaret att det är svårt att avgöra huruvida sjukdomar är naturliga sorter eller sociala konstruktioner. För vissa sjukdomar håller de på realism (naturliga sorter), för andra, speciellt psykiska, på konstruktivism. På detta har jag några synpunkter.

För det första konstaterar författarna att eftersom utomvetenskapliga faktorer som värderingar, vilket de antar är konstruktioner, bestämt gränsen mellan friskt och sjukt, så är de befintliga sjukdomskategorierna konstruktioner i åtminstone någon grad (147). Men detta förutsätter distinktionen mellan fakta och värde, vilken vissa konstruktivister förkastar. Dessa ”radikala” konstruktivister, dit jag tror att man kan räkna Foucault, skulle förstås hålla med om att kategorierna var konstruktioner, men inte för att värderingar smugit sig in bland fakta, utan för att det principiellt inte går att skilja mellan fakta och värde. Om det inte finns några av världen, naturen eller Gud ”givna” fakta, så ointetgör det många uppfattar som skillnaden mellan fakta och värderingar: både fakta och värderingar är beroende av oss och därför ”konstruktioner”.

För det andra är det tveksamt om Hackings test går att använda på sjukdomskategorisering (nosologi), ens om man tror på distinktionen mellan fakta och värde. Testet är utformat för att tillämpas på naturvetenskapen och innehåller i korthet följande tre teser: (i) nominalismen är den riktiga metafysiska positionen när det gäller vetenskapliga kategorier; (ii) vetenskapens utveckling är kontingent; (iii) vetenskapens stabilitet förklaras av utomvetenskapliga faktorer. Här följer Brülde och Tenglands omskrivningar av dem, något förkortade:

- i) ”Våra ... diagnostiska kategorier är ... skapade av oss ..., d.v.s. de refererar *inte* till några av oss oberoende sjukdomstyper (naturliga sorter)...” (148).
- ii) ”Våra ... diagnostiska kategorier ... hade kunnat se helt annorlunda ut, d.v.s. de är inte oundvikliga utan kontingenta eller godtyckliga. En framgångsrik medicinsk vetenskap skulle därför mycket väl ha kunnat utvecklas på ett annat sätt än vad den faktiskt har gjort” (148).
- iii) ”... våra befintliga diagnostiska kategorier är orsakade eller formade av ’utomvetenskapliga faktorer’... Förändringar i våra nosologiska system... beror i första hand inte på vetenskapliga framsteg, utan på sociala eller politiska faktorer av ’utomvetenskaplig karaktär’. Det faktum att våra sjukdomskategorier uppvisar sådan stabilitet över tid anses bero på samma slags faktorer” (149).

Nu är det så att medicinen i meningen läkekonsten inte är en ren vetenskap utan en praktik, ett hantverk. Det är därför möjligt att vi hade kunnat ha en lika framgångsrik medicinsk *praktik* som vi nu har, utan att det hade varit ett argument för konstruktivismen. Brülde och Tengland diskuterar inte skillnaden mellan medicinsk praktik och medicinsk vetenskap, utan

förutsätter att det finns något vi kan kalla den medicinska vetenskapen. Men de nosologiska system som finns är skapade utifrån olika syften, varav ett är kliniskt, precis som det står i boken.

De tre teserna är, skriver Hacking (*The Social Construction of What?* 1999, 33) formellt oberoende. Brülde och Tengland anser att (i) ”antyder” men inte implicerar (ii). (Att (ii) antyds av (i), skulle en – icke-social – konstruktivist av Kants märke förstås inte hålla med om.) Däremot tycker de att (i) och (iii) tillsammans med den ”naturliga” (farligt ord i en diskussion om konstruktivism!) tanken att ”de historiska händelser som format våra kategorier kunde ha sett annorlunda ut...” (162) implicerar (ii). Detta kräver att den ”naturliga” tanken innebär att vi, om den utomvetenskapliga historien hade varit annorlunda, inte hade haft någon stabilitet inom nosologin, vilket inte är helt givet. Så som Brülde och Tengland tolkar den ”naturliga” tanken är den densamma som (ii), det vill säga kontingenstesen. Då är det inte underligt att (ii) följer från (i) och (iii) inklusive tillägget den ”naturliga” tanken!

För det tredje hade ett exempel varit på sin plats. Hackings egen diskussion om autism, som nämns i en not (161–2), är ett komplext och bra exempel som gör diskussionen om konstruktivism kontra realism nyanterad. Hacking tror att sjukdomens symptom är beroende av sociala faktorer och därför ”konstruerade”, medan dess orsak, som han verkar ta för fysiologisk, inte är beroende av sociala faktorer och därför inte är konstruerad utan reell. Sjukdomen autism är därför både och. I samma not gör Brülde och Tengland en ansats att analysera utbrändhet som en social konstruktion. Den analysen hade jag gärna sett utvecklad.

I samma kapitel, ”Klassifikation av sjukdomar”, finns en likaledes kort diskussion om relativism (156–7). Diskussionen innehåller inte mycket mer än en referens till Lars Bergströms *Grundbok i värde teori* samt ett par meningar om Flecks och Thomas Kuhns syn på sambandet (snarare bristen av samband) mellan konstruktivism och relativism. Detta trots att Brüldes arbete med boken, enligt vad som sägs i förordet (9), bekostats av projektet Relativism, stött av Riksbankens Jubileumsfond. En diskussion av någon annan form av relativism än den av Bergström preciserade ontologiska relativismen, som innebär att två oförenliga trosföreställningar båda kan vara sanna, hade varit på sin plats. Åtminstone kunde den så kallad kulturrelativismen och de inte helt lyckade försök att tolka denna som faktiskt finns i den filosofiska litteraturen (t.ex. i Finn Collin, *Social Reality*) ha berörts.

Om del tre, att mäta hälsa, vill jag bara säga att författarna – ur min synpunkt glädjande nog – konstaterar att det inte går att mäta hälsa helt och fullt. Kapitlet innehåller matnyttig mätteori för den oinitierade

läsaren, kritik av befintliga hälsotester och några förslag på hur man skulle kunna utforma bättre tester, eftersom vi ibland trots allt har behov av att mäta hälsa, om än ungefärligen.

Hälsa och sjukdom borde ha skrivits som en renodlad lärobok – men för vilka? – och forskningsrönen borde ha förlagts till några uppsatser. Debattboken väntar vi på. (Fy vad det här blev elakt, men skriv aldrig med dubbla syften!)

ÅSA CARLSON