

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Naturlige reaksjoner blir diagnostisert som sykdommer

Sykepleiere kan styrke unge mennesker slik at de kan håndtere normale utfordringer uten å sykeliggjøre dem.

[Charlotte Konradsdatter Aronsen](#)

Universitetslektor

Sykepleierutdanningen, UiT Norges arktiske universitet

[Ungdom](#)

[Massemedier](#)

[Sosiale medier](#)

Sykepleien 2024;112(97546):e-97546

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2024.97546](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.97546)

Hovedbudskap

Sykepleiere har et ansvar for å synliggjøre hvordan samfunnsforhold påvirker helsen, og hvordan medikalisering bidrar til at naturlige menneskelige reaksjoner gjøres til sykdommer. Ungdommer påvirkes særlig av sosiale medier, som skaper urealistiske forventninger til helse og livsmestring. Det kan ha en selvforsterkende negativ effekt på deres psykiske helse. Det er et samfunnsansvar å styrke unge menneskers evne til å håndtere normale utfordringer i livet uten å sykeliggjøre dem.

Sykepleieren har et samfunnsansvar (1) og må være en talsperson som synliggjør hvordan vi mennesker blir påvirket av sosiologiske samfunnsstrukturer. Sosiologien som fagfelt lar oss forstå samfunnet på ulike måter. Som sykepleiere trenger vi sosiologien for å oppdage maktstrukturer i samfunnet som vi kan rokke ved. Befolkningens helse og opplevelse av sykdom påvirkes av samfunnsforholdene. Et samfunnsvitenskapelig perspektiv kan bidra til at vi som sykepleiere forstår og kan utfordre slike sammenhenger (2).

Ulike medier er budbringere i dagens samfunn, og sosiale medier er en naturlig del av ungdomslivet (3). Gjennom informasjonen mediene formidler, har de stor påvirkningskraft både på folks oppfatning av helse og sykdom, og på deres holdninger til bruk av legemidler og helsetjenester.

Lian hevder i sin bok at det skjulte budskapet i mye av informasjonen som mediene formidler, er at helse kan skapes, kontrolleres og styres, og at alle legemidler og all profesjonell helsehjelp er av det gode. Med sitt skjulte budskap og ensidige vinklinger blir massemediene en sentral medikaliseringsagent (4).

Hva er angst?

Diagnoser blir innlemmet i dagligtalen. Vi bruker ordet «angst» når vi er engstelige, og «deprimert» om vi er nedstemte eller triste. Depresjon er en klinisk diagnose med symptomer som smerter, tretthet, konsentrasjonsvansker og langsommere tankevirksomhet, som omfatter mer enn nedstemthet (5).

For å tydeliggjøre budskapet mitt har denne fagartikkelen utgangspunkt i angstlidelser. En angsttilstand er en kombinasjon av skrekkfylte forestillinger og plagsomme fysiske symptomer som hjertebank, kvelningsfornemmelser, svetting og skjelving. Angst kan være situasjonsbetinget eller mer generell, men de fysiske angstsymptomene er uansett fremtredende (5).

Angstlidelser er grundig beskrevet i psykiatrien. De akutte angstlidelsene kan være svært dramatiske med hjertebank, skjelving, brystsmerter, åndenød, kvelningsfornemmelser, dissosiasjonssymptomer og frykt for å dø (5).

Sosiale medier forteller om «høytfungerende angst»

Åpner man sosiale medier, kan man få opp sider som tilbyr kurs og podkaster til deg som har «høytfungerende angst», og som lider av symptomene som presenteres. Hvis du har høytfungerende angst, kan du ha plager som prestasjonsangst, indre uro, lide av kontrollbehov eller ha en indre kritiker, selv om andre ser deg som en rolig og tilfreds person. Vi kan vel alle være selvkritiske og nervøse før vi skal ha et fremlegg, eller ha behov for å ha kontroll?

Begrepet «høytfungerende angst» eksisterer ikke i lærebøker i psykiatri, så hva finnes av forskning på begrepet? Søk i databaser som Pubmed og Cinahl, både med fritekst og MeSH-terminologi som «anxiety» og «highly functioning», gir ingen treff. Det gjør heller ikke søk på Idunn med fritekst eller norske MeSH-termer som «angst» og «høytfungerende».

Dette peker på at «høytfungerende angst» ikke er et medisinsk begrep, som heller ikke er forsket på. Hva er så dette begrepet «høytfungerende angst», og kan det påvirke oss som mennesker?

Stadig flere klassifiseres med tilstander i ICD-10

Medikaliseringsprosessen kan defineres som en omfattende og sammensatt prosess som resulterer i utstrakt bruk av medisinsk ekspertise og terminologi. Det fører til at stadig større, også normale, deler av menneskers liv anses som relevante for medisinsk intervensjon. Dermed inkluderes de i helsetjenestens ansvarsområde (4). Man kler noe i en sykdomsdrakt. At helsebegrepet gjøres relevant for stadig flere tilstander, vises ved en sterk økning av koder i ICD-10.

ICD-10 er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Kodeverket eies og forvaltes av Verdens helseorganisasjon (WHO) og brukes av WHO's medlemsland.

Kodene omfatter nå klassifiseringer av menneskelige egenskaper, følelser, tanker eller handlinger. Det er eksempelvis problematikk knyttet til at barn flytter hjemmefra, at man stryker på en eksamen, har lav inntekt eller er i konflikt med naboer eller kolleger. Man kan lese ICD-10 og klassifiseringen av menneskelige egenskaper som en liste over problemene et menneske kan komme i befatning med i løpet av livet. Det vil imidlertid medføre at disse problemene defineres som helseproblemer som kan kreve profesjonell hjelp (4).

Medikaliseringen fører til et medisinsk overforbruk

Enkelt forklart kan vi si at medikalisering som prosess gjør at vi setter diagnoser på ting som er naturlige menneskelige reaksjoner eller mønstre. Sjenanse og beskjedenhet er ikke lenger bare karaktertrekk, men også en sosial fobi-diagnose som kan behandles kognitivt eller medikamentelt.

«Sjenanse og beskjedenhet er ikke lenger bare karaktertrekk, men også en sosial fobi-diagnose.»

Allerede i 1993 anerkjente Kilwein medisinsk overforbruk som et nøkkelproblem i det moderne helsevesenet. Overdiagnostisering og overbehandling har blitt identifisert for et bredt spekter av sykdommer, og medikaliseringen av vanlige menneskelige tilstander har blitt kritisert (6). Hoffman poengterer at vi ser medisinsk intervensjon utelukkende som et gode som bidrar til overforbruket. Han trekker også frem at teknologien og mediene bidrar til medisinsk overforbruk (7).

Unge har forventninger om perfekt helse

Det er en bekymringsfull trend når studier viser at for høy sykdomsorientering kan være en bidragsfaktor til at barn og unge faller utenfor utdanningen og arbeidslivet (8). Medikalisering bidrar ikke bare til sykdomsorientering, men gir forventninger om nærmest perfekt helse og et problemfritt liv. Disse forventningene er urealistiske (2).

«Medikalisering gir forventninger om nærmest perfekt helse og et problemfritt liv.»

Urealistiske forbilder er vanskelige å unngå på sosiale medier. For ungdom er det vanskelig å se forbi denne polerte fasaden. Når vi da sammenlikner oss selv med disse urealistiske forbildene, får vi falske forhåpninger til måten vi skal mestre livet vårt på. Følelsen av ikke å mestre eget liv, at man ikke er pen nok, smart nok eller god nok, er selvdestruktive tanker som kan påvirke den psykiske helsen, og dermed redusere muligheten for selvutfoldelse og livskvalitet.

Ungdom bruker sosiale medier mye i hverdagen. Med sosiale medier har skillet mellom de profesjonelle, voksne aktørene og påvirkningen fra jevnaldrende blitt mer uklart (9). Hvordan påvirker dette en uferdig ungdomshjerne som bruker mye tid på sosiale medier (10, 11)? Bidrar de sosiologiske strukturene til at ungdom ikke utvikler det Antonovsky kaller «opplevelse av sammenheng» i sin teori?

Når alt kan behandles, fritas vi for eget ansvar

Begrepet «opplevelse av sammenheng» (OAS) finner vi innenfor Antonovskys teori om salutogenese. Det er knyttet til psykisk helse og menneskets motstandsressurser. Ulike motstandsressurser kan forklare at vi mestrer traumer eller stress ulikt, og at en sterkere OAS kan beskytte mot uhelse, påvirke arbeidslivet, helseatferden og livskvaliteten. Salutogenese er en teori som fokuserer på hvordan helse kan skapes, og dermed motvirke sykdom. Teorien inneholder sentrale begreper som motstandskraft, trivsel, tilhørighet og myndiggjøring (12).

Antonovsky presiserer at samfunnet har et stort ansvar for å fremme helse og opplevelse av sammenheng (13). Når medikaliseringen bidrar til ideen om at alt kan behandles, kan det tenkes at det påvirker oss mennesker til en tankegang der vi tar mindre ansvar selv, og heller forventer at konsekvensene av våre handlinger kan behandles.

«Man unngår rett og slett vanskelige og utfordrende situasjoner for å slippe å gå gjennom noe vanskelig.»

Ved å frata individet ansvaret for seg selv og sine handlinger risikerer vi å bli fratatt noe av evnen til, troen på og viljen til å møte utfordringer, ta vare på oss selv og selv hankses med egne menneskelige svakheter. Hvis så skjer, kan det få negative følger for helsen. Ved å frata menneskene statusen som ansvarlige personer krenker vi også deres autonomi (4).

Denne «ansvarsfraskrivelsen» henger sammen med begrepet «lært hjelpeløshet». Det er utført studier som viser at mennesker kan unnlate å ta grep for å komme seg ut av en vanskelig situasjon, selv om muligheten er der, fordi individet har erfart at det er uten kontroll og ikke kan endre situasjonen sin. Man unngår rett og slett vanskelige og utfordrende situasjoner for å slippe å gå gjennom noe vanskelig (14).

Kan en slik tillært hjelpeløshet bidra til en svekkelse av individers psykiske helse, og hvilke grupper er mest utsatt for å bli påvirket til en slik lært hjelpeløshet?

Hvor er samfunnsansvaret?

Det er viktig med åpenhet om psykisk helse. Likevel er det ikke utelukket at en økt offentlig bekymring for – og registrering av – ungdommenes psykiske helse kan påvirke hvordan de oppfatter seg selv, og hvordan de blir behandlet i helsevesenet.

Madsen har drøftet muligheten for såkalte selvoppfyllende profetier, det vil si at forventningen om noe selv utløser hendelsen. Madsen påpeker at samfunnet og mediene i liten grad ser ut til å reflektere over denne risikoen når det gjelder oppmerksomhet på ungdom og psykisk helse (15), til tross for at fenomenet attpåtil er kjent fra den medisinske litteraturen, det som Barsky kaller «helsens paradoks» (16).

«Kroppslige signaler og kognitive impulser som ikke tidligere ble registrert som psykiske plager, blir det nå.»

I boken advares det mot at økt fokusering på folkehelsen kan gjøre innbyggerne mer oppmerksom på og tilbøyelig til å overvåke sin egen indre helsetilstand. Selv om det kan være verdifullt å snakke om psykisk helse, tilsier også den psykiske helsens paradoks at det kan føre til økt oppmerksomhet på egen helse. Kroppslige signaler og kognitive impulser som ikke tidligere ble registrert som psykiske plager, blir det nå (15).

Medisinsk overforbruk skaper urealistiske forventninger

En annen side av problemet med medikaliseringen er at det som er normalt, blir definert som unormalt. Vi forsøker å ta kontroll over naturens gang ved hjelp av behandlinger og preparater, endrer vårt utseende og underkaster oss ikke lenger det uforanderlige. Vi behøver ikke forholde oss til det naturen har gitt oss fordi det kan endres, og dermed har vi ingen normalitetsmålestokk.

Slik kan forventningene våre, for eksempel til utseendet, nå urealistiske høyder. Tilfredshet og lykke er på en eller annen måte relatert til forholdet mellom forventninger og oppnådd resultat. En slik streben etter urealistiske forventninger kan resultere i et negativt tankemønster (4).

Behandlinger og legemidler blir nå tilbudt mot tilstander som ikke tidligere ble behandlet. For eksempel blir botulinumtoksin type A, Botox, et muskelavslappende middel som brukes til behandling av en rekke tilstander i kroppen, også anvendt mot rynker. Medisinsk overforbruk er en utfordring både for individet ved at det skapes urealistiske forventninger, men også av miljøhensyn (6, 17).

Legemiddelindustrien drives av profitt

Morgan og medarbeidere trekker frem at produksjon og salg av legemidler er den største industrien på verdensbasis. Man kan tenke idealistisk at legemiddelselskapene primært ønsker å produsere gode legemidler for å hjelpe mennesker, men slik er det dessverre ikke alltid. Legemiddelindustrien er økonomisk drevet, og ingen industri i verden har høyere fortjeneste enn legemiddelindustrien (18).

Legemiddelindustrien bruker mer enn dobbelt så mye penger på markedsføring som på forskning og utvikling. DSM-5 er et diagnosesystem for klassifisering av sykdommer, som blant annet brukes i USA. Når dette klassifikasjonssystemet skulle utformes, hadde 78 prosent av rådgivergruppen finansielle bånd til legemiddelindustrien. Klassifikasjonssystemet er også blitt kritisert for at det i praksis sykeliggjør normalt tilstander hos barn, med økt medisinbruk som resultat. I norsk psykiatri brukes diagnosesystemet ICD-10, som er svært likt DSM-5 (19).

Medikalisering som prosess gjør at vi ser på normale atferdsmønstre og reaksjoner som noe unormalt – som kan diagnostiseres og behandles. Alle skal passe inn i den samme boksen, også i form av atferd. For barn og unge i en skoleklasse kan aldersspennet være på nesten ett år. Kan vi forstå at noen barn ikke har samme evne til selvregulering som andre?

Forskning tyder på at rammene for det normale påvirker selv de minste barna, slik at diagnoser som ADHD kan bli satt dersom barna ikke passer inn i skoleverkets rammer, selv i tidlig alder. Barn født sent på året som begynner på skolen, er i størst risiko for å få en diagnose innenfor atferdsforstyrrelser (20, 21).

Oppsummering

Store samfunnskrefter påvirker befolkningens psykiske helse og syn på sykdom. Det rammer spesielt sårbare barn og ungdommer. Det synes å være lite nasjonal refleksjon over hvordan samfunnskrefter og sosiologiske prosesser påvirker de unge. Medikaliseringsprosessen gir et inntrykk av at alt kan behandles, selv ubehagelige følelser, og at individet ikke er ansvarlig i sitt eget liv.

I Antonovskys salutogene modell understreker han samfunnets ansvar for å skape forhold som styrker individets opplevelse av sammenheng (OAS). Det kan forstås som om kreftene drar i motsatt vei av salutogeneren – det som bringer helse.

Prestasjonsangst, indre uro eller kontrollbehov er normale menneskelige reaksjoner og en del av det å leve et menneskeliv. Det er viktig at sykepleiere formidler dette til våre sårbare unge.

Selve begrepet «høytfungerende angst» slår seg selv i hjel. Har man store angstplager, er man ikke høytfungerende. Og det ville vel vært mennesket som er høytfungerende – ikke angsten?

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



MEDIKALISERING: Sosiale medier påvirker ungdommers oppfatning av helse og sykdom. Vanlige utfordringer, som sjenanse og beskjedenhet, ses som en diagnose som kan behandles med medisiner. *Foto: Mostphotos / illustrasjon: Sissel Vetter*

1. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [internett]; 2023 [hentet 31. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
2. Ingstad K, Ingstad K. Sosiologi i helsefag og sykepleie. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2021.
3. Schönning V, Hjetland GJ, Aarø LE, Skogen JC. Social media use and mental health and well-being among adolescents – a scoping review. *Front Psychol.* 2020;11:1949. DOI: [10.3389/fpsyg.2020.01949](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01949)

4. Lian OS. Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2022.
5. Snoek JE, Engedal K. Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
6. Kilwein JH. Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick. *Am J Hosp Pharm.* 1993;50(7):1506. DOI: [10.1093/ajhp/50.7.1506](https://doi.org/10.1093/ajhp/50.7.1506)
7. Hofmann BM. Too much technology. *BMJ.* 2015;350:h705. DOI: [10.1136/bmj.h705](https://doi.org/10.1136/bmj.h705)
8. Markussen S, Røed K. Bidrar medikalisering av ungdom til utstøtning fra skole og arbeidsliv? *Søkelys på arbeidslivet.* 2020;37(4):219–37.
9. Bakken A, Sletten MA, Eriksen IM. Generasjon prestasjon? Ungdoms opplevelse av press og stress. *Tidsskr ungdomsforsk.* 2018;(2):46–76.
10. Jensen FE, Nutt AE, Lund B. Tenåringshjernen: hjerneforskerens overlevelsesguide til livet med ungdom. Oslo: Pax; 2016.
11. Alonzo R, Hussain J, Stranges S, Anderson KK. Interplay between social media use, sleep quality, and mental health in youth: a systematic review. *Sleep Med Rev.* 2021;56:101414. DOI: [10.1016/j.smrv.2020.101414](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101414)
12. Hochwälder J. Sense of coherence: notes on some challenges for future research. *Sage Open.* 2019;9(2). DOI: [10.1177/2158244019846687](https://doi.org/10.1177/2158244019846687)
13. Antonovsky A, Sjøbu A. Helsens mysterium: den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
14. Maier SF, Seligman MEP. Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychol Rev.* 2016;123(4):349–67. DOI: [10.1037/rev0000033](https://doi.org/10.1037/rev0000033)
15. Madsen OJ, von Soest T. En plaget ungdomsgenerasjon? Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2021.
16. Barsky AJ. The paradox of health. *N Engl J Med.* 1988;318(7):414–8. DOI: [10.1056/NEJM198802183180705](https://doi.org/10.1056/NEJM198802183180705)
17. Wang J, Wang S. Removal of pharmaceuticals and personal care products (PPCPs) from wastewater: a review. *J Environ Manage.* 2016;182:620–40. DOI: [10.1016/j.jenvman.2016.07.049](https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2016.07.049)

18. Morgan SG, Bathula HS, Moon S. Pricing of pharmaceuticals is becoming a major challenge for health systems. *BMJ*. 2020;368:l4627. DOI: [10.1136/bmj.l4627](https://doi.org/10.1136/bmj.l4627)
19. Geelmuyden NC. *Pillebefinnende: Hva vet vi om medisinene vi tar?* Oslo: Cappelen Damm; 2017.
20. Karlstad Ø, Furu K, Stoltenberg C, Håberg SE, Bakken IJ. ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month: nationwide cohort study from Norway. *Scand J Public Health*. 2017;45(4):343–9. DOI: [10.1177/1403494817708080](https://doi.org/10.1177/1403494817708080)
21. Juwariah T, Suhariadi F, Soedirham O, Priyanto A, Setiyorini E, Siskaningrum A, et al. Childhood adversities and mental health problems: a systematic review. *J Public Health Research*. 2022;11(3). DOI: [10.1177/22799036221106613](https://doi.org/10.1177/22799036221106613)