

Eutanasi i Nederland

Sturla Solheim kommer med en korrigerings til Dillmanns statistikk i Tidsskriftet nr. 29/2002 (1). En fullstendig omforming av Dillmanns definisjoner kan vel knapt kalles «en trykkfeil». Og Solheim klarer ikke å overbevise meg om at disse (for meg nye) tallene fra Dillmann ikke gir en betydelig øking av de nederlandske tall for utførte eutanasier. Solheim redefinerer «with the intention of ending life» (15,5 %) med «...not with the intention of ending life, but taking into account the probability what he does for another reason (pain relief) will have that effect». For meg er denne siste definisjon det som kommer inn under «indirekte hensikt å avslutte livet» (3 %), også kalt «dobbelteffekten».

Tross mine protester gjentar Solheim sine beskyldninger om at jeg ikke vet forskjell på («sistestiller») eutanasi og behandlingsunnlattelse. Det er vanskelig å kommunisere med en som i så liten grad tar til seg hva den annen part har skrevet, så jeg ser ikke noe grunnlag for videre diskusjon.

Oslo *Helene Pande*

Litteratur

2. Solheim S. Trykkfeil årsak til misforståelse om eutanasi i Nederland. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2818.

Fenomenologi, medisin og funksjonelle somatiske lidelser

Med utgangspunkt i Tidsskriftets serie om funksjonelle somatiske lidelser, en betegnelse som for øvrig ble valgt av Tidsskriftet og ikke av artikkelforfatterne, tar kollega Anne Luise Kirkengen avstand fra den biopsykososiale modellen (1). Kirkengen har rett i at det i dag ikke finnes noen samlende overordnet teori for menneskelig sykdom og lidelse. At det er en mangel og en utfordring, synes vi å være enige om (2). Problemet oppstår når hun argumenterer for en fenomenologisk værens- og kroppsfilosofi som et alternativ.

Fenomenologiske tilnærminger har i mesteparten av det 20. århundre vært en integrert del av klinisk psykiatri og psykosomatisk medisin. Men selv om meningsaspektet alltid er sentralt for å forstå de humanistiske sidene ved sykdom og lidelse, er det en dyrekjøpt erfaring at ensidig fenomenologisk tilnærming ofte ikke hjelper pasienten til funksjonsbedring og optimal livskvalitet. For eksempel kan en genetisk tilstand som

bipolar lidelse manifestere seg med regelmessige og gjentatte perioder med diffuse legemlige plager uten sikre biomedisinske funn. Det er fullt mulig å velge en fenomenologisk basert forståelse av dette, men det fjerner ikke periodene med funksjonstap og lidelse. Derimot vil biomedisinsk diagnostikk og tilhørende biologisk behandling *supplert med* fenomenologisk basert psykologisk samspill med pasienten dramatisk kunne endre lidelsens kroniske forløp.

Min erfaring er at *ensidig* fenomenologisk tilnærming øker faren for overpsykologisering. Pasienten og legen kan danne en «hellig allianse» hvor man bekrefter hverandre. I noen tilfeller kan det til og med utvikle seg en kronisk «dyrking» av en krenkelse uten at mennesket det gjelder lærer å fordøye, mestre, reise seg opp og utvikle seg videre. Utisiktet kan en ensidig fokusering på krenkelsen da bli selve meningen i livet. De andre, for eksempel ektefelle eller familie, eller andre leger, blir fienden som ikke forstår. Innenfor den psykoterapeutiske tradisjonen er det eksempler på slike uheldige langtidskonsekvenser av en ensidig fenomenologisk tilnærming.

Når dette er sagt, er jeg den første til å medgi at en ensidig biomedisinsk tilnærming er like farlig og utilstrekkelig (3). Biomedisin i sin rendyrkede form innebærer risiko for tingliggjøring og forakt for det enkelte menneske slik vi i dens ytterste konsekvens så det blant nazistenes leger – og fremdeles ser det for eksempel i land der leger deltar i tortur. Derfor er jeg også enig med Kirkengen i at et helhetssyn bør vektlegges ved all legegjerning, og ikke bare ved de såkalte funksjonelle lidelser. Men slik jeg ser det, er enhver ensidig tilnærming ekskluderende og totalitær og dermed krenkende for menneskets verdighet.

Oslo *Ulrik Fredrik Malt*
Psykosomatisk avdeling
Rikshospitalet

Litteratur

1. Kirkengen AL. Begrepet «funksjonelle lidelser» vitner om biomedisinens dysfunksjonelle teorigrunnlag. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2647–9.
2. Malt UF. Motesykdommer, sosial smitte og sykdomsforståelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 171–2.
3. Malt UF. Philosophy of science and DSM-III. Acta Psychiatr Scand 1986; 73 (suppl 328): 35–44.

A.L. Kirkengen svarer:

Jeg takker kollega Ulrik Fredrik Malt for en kommentar til min kronikk om biomedisinens dysfunksjonelle teorigrunnlag. Men denne kommentaren har forvirret meg.

Hvis jeg forstår riktig, så gir Malt meg ubetinget rett i at biomedisinens teorigrunnlag tingliggjør mennesket. Han samtykker i at nettopp tingliggjøringen innebærer en mulighet for medisinsk legitimert krenkelse, det vil si medisinsk maktmisbruk. Han gir meg også rett i at den «biopsykososiale modellen» mangler ethvert teoretisk fundament. Han samtykker i mitt resonnement angående en manglende medisinsk konsensus om hvordan menneskelig sykdom og lidelse best kan forstås. Og dessuten er han enig i at all legegjerning bør være preget av å omfatte det syke mennesket uavhengig av sykdommens uttrykksform.

På bakgrunn av så stor tilsynelatende enighet, undres jeg desto mer over to forhold. For det første begår Malt en ansvarfraskrivelse med henblikk på begrepsbruken i den angjeldende serien. Hvis han som inneholder av en lærestol ved et av Norges mest sentrale medisinske læresteder ikke er den rette person til å opplyse en villfarene redaktør om mangetydigheten i disse begrepene, hvem ellers skal gjøre det? At han som professor i psykosomatikk former sitt eget bidrag til serien etter en mal som han faktisk oppfatter som teoriløs, uten å klargjøre sitt teorigrunnlag, er forvirrende og tillater to mulige tolkninger. Enten ser Malt følgene av teorimangelen, men velger ikke å påpeke dem, uvisst av hvilken grunn. Eller så har han faktisk ikke analysert problemet radikalt nok, og er blitt fanget av modellens besnærende «enkelhet».

For det andre angriper Malt fenomenologien som en metode med innebygd fare for å holde krenkede mennesker fastlåst i en offerrolle. Jeg antar at Malt ikke mener at fenomenologi er en medisinsk behandlingsmetode. Jeg antar dessuten at Malt ikke tenker at fenomenologi, som er en værenslære og en vitenskapsteoretisk tradisjon, kan sidestilles med psykiatri eller psykologi. Dette ville bety at han blandet både kategorier og analytiske nivåer.

Oslo *Anne Luise Kirkengen*

Alle preparatomtaler er på nettsiden til Statens legemiddelverk

Preparatomtalen er *bruksanvisningen* til et legemiddel og er et meget viktig dokument for leger og annet helsepersonell. Vi er overrasket over at Kirsten Myhr i Tidsskriftet nr. 27/2002 (1) hevder at preparatomtalene ikke er tilgjengelige på nettsiden til Statens legemiddelverk.