

SENSE OF COHERENCE – sundhedsfremmende eller sygdomsforebyggende?

Karen Albertsen

Sundhed og sygdom beskrives ofte som hver sin pol i et kontinuum, hvor fravær af sygdom udgør et midtpunkt. Sundhedsfremme sigter mod at styrke en bevægelse i retning af den sunde pol og sygdomsforebyggelse sigter mod at forhindre en bevægelse mod den syge pol. I artiklen stilles der spørgsmålstegn ved, om denne opfattelse er adækvat. Specielt fremdrages problemer som den bipolære opfattelse afstedkommer for den empiriske forskning: Sammenblanding af positivt og negativt formulerede items og som følge deraf manglende klarhed i begrebernes dimensionalitet. Problemerne illustreres med udgangspunkt i Antonovskys begreb om Sense of Coherence. Det foreslås, at den bipolære opfattelse erstattes af en multivariat: sundhedstilstanden af sundhedstilstandene.

Sundhed og sygdom som kontinuum

Sundhed har snart i mange år stået højt på dagsordenen. Ofte tenderer det sunde ligefrem mod at blive ensbetydende med det gode eller det moralsk rigtige. Begreber med relation til sygdom er blevet erstattet med begreber, der inddrager sundhed. Sygdomsforebyggelse er fx i mange sammenhænge blevet erstattet med sundhedsfremme. Vi har fået et *sundhedsministerium* og et *sundhedsvidenskabeligt fakultet*, osv. I nogle tilfælde er de sproglige forandringer sket, uden at det reelle indhold i aktiviteten har ændret sig. Man kan mistænke, at en del af forandringerne mere handler om sproglig glasur end om reelle forandringer af praksis (Wackerhausen, 1996).

Bevægelsen er blevet beskrevet som et orienteringsskift i retning af sundhedspolen i et sundheds-sygdoms kontinuum. Frem for, som tidligere, alene at fokusere på faktorer, der skader helbredet eller fremmer helbredelsen, når man er blevet syg, er det blevet mere populært at beskæftige sig med forhold, der fremmer sundheden. Den israelske sociolog Aaron Antonovsky introducerede betegnelsen et salutogenetisk perspektiv til forskel fra et patogenetisk (Antonovsky, 1987). Hvor polerne

Karen Albertsen, Cand. Psych., ansat som forsker i Arbejdspsykologisk/sociologisk afdeling på Arbejdsmiljøinstituttet. Artiklen er udarbejdet under ansættelse på forskningsprojektet: »Psykosociale forholds betydning for sygdoms- og sundhedsadfærd«, finansieret af Forskningsrådenes pulje til tværvideenskabelig sundhedsforskning.

i kontinuumet før var sygdom i den ene ende og fravær af sygdom i den anden ende, er det ud fra et salutogenetisk perspektiv sygdom i den ene ende og sundhed i den anden ende, således at fravær af sygdom kommer til at udgøre et midtpunkt (Ryff og Singer, 1998).

Men spørgsmålet er, om det er et særlig præcist billede. Hvis vi forestiller os sundhed og sygdom som to ender af et kontinuum, må det indebære, at de to begreber udgør to ekstremer på samme dimension. De har med samme fænomen at gøre, men udgør hinandens modsætninger og forudsætninger (Otto, 1995). Sundhedsfremme handler ud fra dette perspektiv om at fremme bevægelsen mod den sunde pol i kontinuumet og sygdomsforebyggelse om at forhindre bevægelse mod sygdomspolen.

De amerikanske psykologer Tiffany Ito og John Cacioppo har fremført, at en bipolar sundheds-sygdoms-model har tre forudsætninger:

- At sundhedstilstanden hos et individ er en funktion af både sundheds- (resilience) og sygdoms-relaterede faktorer. Altså at en persons sundhedstilstand kan forstås som et samlet resultat af de processer, som fremmer sundhed og dem, der skaber sygdom.
- At sundheds- og sygdomsrelaterede faktorer generelt har modsat rettede effekter. Altså, at processerne normalt enten fremmer sundhed eller sygdom, men ikke begge dele samtidig.
- At sundheds- og sygdomsrelaterede faktorer er reciprok kontrollerede. Det indebærer, at sundheds- og sygdomsrelaterede faktorer er udskiftelige spejlbilleder. Når de sundhedsfremmende processer øges, så mindskes samtidig de sygdomsfremmende.

Hvis ikke disse tre forudsætninger opfyldes, vil en bipolar model ikke kunne give noget dækkende billede af processerne bag sundhed.

Den første og den anden antagelse kan umiddelbart se ud til at holde stik. Et individs sundhedstilstand må formodes på en gang at være afhængig af processer, som fremmer sundheden og af processer som skaber sygdom, og generelt vil faktorer eller processer som fremmer sundheden ikke samtidig fremme sygdom eller omvendt. Dog kan den anden forudsætning diskuteres. Hvis man anvender et bredt sundhedsbegreb, vil man finde tilfælde, hvor den anden forudsætning ikke holder stik. Fx kan kondom under samleje på en gang forebygge sygdom og hæmme sundhed, hvis man i sundhed inkluderer nydelse.

Den tredje forudsætning er for alvor problematisk. En implikation af denne forudsætning er, at sundheds- og sygdoms-relaterede faktorer er udskiftelige spejl-billeder. Men sundheds- og sygdoms- relaterede faktorer opererer ikke i reciprokke relationer på den måde, at forøgelser i den ene dimension efterfølges af formindskelser i den anden (Ito & Cacioppo 1998).

Sense of Coherence – fremmende af sundhed eller hæmmede af sygdom?

Den bipolære opfattelse af et sundheds-sygdoms kontinuum viser sig på flere forskellige problematiske måder i den empiriske sundhedsforskning. Et problem, som jeg mener er afstedkommet af eller i hvert fald relateret til forestillingen om et kontinuum med modsat rettede poler, handler om, at nogle af de skalaer, som anvendes til at måle psykosociale variable med, er sammensat af items (spørgsmål), som er positivt formuleret og items, som er negativt formuleret. De negativt formulerede items scores efterfølgende omvendt. Når man tillader sig at score omvendt, må det indebære, at man antager, at negationen af det man har spurgt til vil have den modsatte effekt på den uafhængige variabel, man ønsker at undersøge, end det positivt formulerede item ville have haft. Men spørgsmålet er om det holder. For at blive lidt mere konkret, vil jeg komme med et eksempel relateret til målingen af begrebet Sense of Coherence.

Begrebet om Sense of Coherence er udviklet af Aaron Antonovsky med det formål at kunne beskrive faktorer, der bidrager til at holde folk sunde, dvs. at fremme en bevægelse mod den sunde pol i sundheds/sygdoms kontinuumet. Derfor har begrebet en særlig interesse i denne sammenhæng. Sense of Coherence blev defineret af Antonovsky som:

» a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement« (Antonovsky 1987).

De tre delkomponenter kaldes forståelighed (comprehensibility), håndterbarhed (manageability) og meningsfuldhed (meaningfulness). Sense of Coherence er blevet operationaliseret i en skala med 29 items og i en kort version med 13 items (Antonovsky, 87). Både den korte og den lange version af skalaen har i en række undersøgelser vist sig at være associeret med eller prædiktiv for både helbred og trivsel (Antonovsky 1993).

Der er imidlertid væsentlige problemer med, hvordan man skal tolke denne sammenhæng. En del items i Sense of Coherence skalaen er negativt formuleret, dvs. at man fx spørger: »Sker det at du har følelser, som du helst ikke vil føle?« – og svarene scores efterfølgende omvendt. Hvis det fx sker sjældent eller aldrig, at man har følelser, som man helst ikke vil føle, giver det en høj score, som bidrager til en høj Sense of Coherence. Men hvad er det egentlig man har målt? I praksis har man målt hvor ofte det sker, at personen oplever følelser, som vedkommende ikke ønsker at føle. Det gælder for 13 ud af de 29 items i den lange version, at

de skal scores omvendt og for 5 ud af de 13 items i den korte version. Dette forhold kan tænkes at være en medvirkende årsag til, at en del empiriske undersøgelser har fundet, at Sense of Coherence er stærkt (omvendt) associeret med negativ emotionalitet eller neurotisisme og med depression (Hawley et.al. 1992, Kravetz et.al. 1993, Mlonzi, & Strümpfer, 1998). Så højt, at man har diskuteret, om det i virkeligheden er det samme fænomen, man måler med de forskellige skalaer. Enkelte undersøgelser har desuden fundet, at Sense of Coherence er relativt svagt associeret med robusthed (health-proneness) (Kravetz et al., 1993). Robusthed blev i den undersøgelse målt som engagement (commitment), udfordring (challenge), kontrol og *locus of control*. Når man på den baggrund undersøger associationerne mellem Sense of Coherence og fx helbredsproblemer, så kan man konstatere, at en høj Sense of Coherence er associeret med få symptomer. Men det kan indvendes, at det man reelt har undersøgt er en sammenhæng mellem manglende klarhed i emotionerne, negativ emotionalitet, depression og tilstedeværelsen af helbredsproblemer. Interessant og relevant, men altså stadig patogene aspekter. Man ved stadig ikke om *klarhed i emotionerne* eller oplevelse af vitalitet fx er relateret til sundhed, hverken forstået som fravær af helbredsproblemer eller ud fra en bredere definition af sundhed.

Undersøgelser af de psykometriske egenskaber ved de to skalaer afslører andre problemer, som er forbundet med de førnævnte. Begge skalaer blev oprindeligt konstrueret, så de hver for sig afspejlede begrebets tre dimensioner: oplevelsen af meningsfuldhed, forståelighed og håndterbarhed. Empiriske undersøgelser har dog ikke kunnet bekræfte de tre dimensioner. De spørgsmål, der har at gøre med forståelighed hænger ikke særlig tæt sammen indbyrdes. Det gør de spørgsmål, der har at gøre med håndterbarhed heller ikke. Derimod tyder undersøgelserne på, at der er lidt større indbyrdes sammenhæng mellem de spørgsmål, som er konstrueret til at måle oplevelsen af meningsfuldhed. (Hart et.al. 1991, Flannery & Flannery 1990, Hawley et.al. 1992, Frenz 1993, Sandell et.al. 1998, Samallathi et.al. 1996).

En af grundene til, at det ikke er muligt at genfinde begrebets tre underbegreber empirisk, kan være, at begge skalaer netop er sammensat af items, der er formuleret negativt og scores omvendt og items, der er formuleret neutralt, og hvor svarkategorierne afgør, om der er tale om en positiv vægtning. Dvs. at svarkategorierne formodes at have et neutralt midtpunkt, en positiv vægtning i den ene ende og en negativ i den anden, altså på samme måde, som man kan forestille sig et sundheds-sygdoms kontinuum

I flere undersøgelser har det vist sig, at de items der empirisk set hænger sammen indbyrdes, er konstrueret på samme måde. Det vil sige, at items, der grupperer sig sammen, enten overvejende er formuleret neutralt eller overvejende er formuleret negativt (Sammalahti et.al.1996, Sandell et.al. 1998). De items, som er konstrueret til at skulle afspejle

meningsfuldhedsdimensionen, er således langt overvejende neutralt formuleret. Den eller de øvrige dimensioner eller faktorer, som er fundet i de empiriske undersøgelser, består primært af negativt formulerede items, hvis scoring efterfølgende er vendt. Undersøgelser af skalaer i andre empiriske undersøgelser bekræfter også, at skalaer, som indeholder både positivt og negativt formulerede items, som oftest må deles i disse to dimensioner (Albertsen, 1999)

Det viser sig således at være ret afgørende for svarene, om items formuleres negativt, positivt eller neutralt. Men kan ikke forvente, at de positivt formulerede items vil være omvendt associeret med de negative.

Disse problemer med målingen af Sense of Coherence er naturligvis ikke ensbetydende med, at begrebet som sådan ikke har noget indholdsmæssigt interessant at byde på. De er alene ment som illustration af, at den opfattelse, der ligger bag, hvor sundhed og sygdom ses som et kontinuum, får nogle uheldige konsekvenser for den empiriske forskning.

Den svære sundhedsdefinition

Problemerne med sundheds-sygdoms kontinuumet kan naturligvis også anskues mere indholdsmæssigt som et spørgsmål om definitionen af sundhed. Tanken om et kontinuum indebærer, at sundhed må opfattes som en modsætning til sygdom, og det salutogenetiske perspektiv, at sundhed ikke alene er en negation af sygdom, men udgør et positivt modstykke. Men giver det overhovedet mening?

Ser man alene på fysisk sygdom og sundhed, så er det et stort spørgsmål, om det er rimeligt at definere fysisk sundhed som andet og mere end fravær af sygdom. Der er tydeligvis nogle iboende fysiologiske grænser for den fysiske sundhed. Der eksisterer et spekter indenfor hvilket kroppen er velfungerende eller kan siges at fungerer sundt. Udenfor det spekter er der både i den ene og den anden ende risiko for sygdom eller fysisk skade. Fx kan immunsystemet ikke fungere bedre end adækvat. Et overaktivt immunsystem er udtryk for sygdom. Et overaktivt hormonsystem er også udtryk for sygdom (Drew & Kiecolt-Glaser, 1998).

Med hensyn til psykisk sundhed kan det også diskuteres, hvor langt man kommer med en positiv definition. Man kan være velfungerende psykisk, eller man kan have problemer som overstiger det, man kan klare alene eller sammen med andre. Men i det spektrum, hvor man kan tale om, at personen er velfungerende, er det et spørgsmål, om det giver mening at rangere folk efter mere eller mindre psykisk sundhed. Man kan tale om, at nogle er mere lykkelige end andre, nogle oplever tilværelsen mere meningsfuld end andre, nogle er bedre i stand til at realisere deres mål end andre, nogle har et mere positivt selvbillede eller nogen har bedre sociale relationer end andre. Men kan man tage det som udtryk for, at de er mere eller mindre psykisk sunde?

Hvis man vælger at gøre det, og det kan man naturligvis godt, så er det i hvert fald åbenlyst, at denne psykiske eller sociale sundhed ikke nødvendigvis udgør en modsætning til fysisk sygdom, og at man kan være sund på nogen områder og ikke sund på andre. Det er også åbenlyst, at det sunde, det gode og det moralsk rigtige står i overhængende fare for at blive synonyme (Antonovsky, 1995), og at det ikke giver mening fx at bruge en måling af oplevelsen af meningsfuldhed som prædiktor for sundhed – da oplevelsens meningsfuldhed må opfattes som en del af sundheden – og man derfor alene foretager en cirkelslutning. Det giver naturligvis stadig mening at undersøge sammenhængen mellem oplevelsen af meningsfuldhed og tilstedeværelsen af fysisk sygdom.

En bivariat eller en multivariat model som alternativ

Ito og Cacioppo foreslår som et alternativ til den bipolære model, at man må operere med en bivariat model, i hvilken sundhedsfremmende (resilience) processer og sygdomsfremmende processer holdes adskilt. De kan bidrage ligeligt og også reciprok til sundhedstilstanden, men gør det ikke nødvendigvis, da andre relationer mellem de to typer af processer også er mulige (Ito & Cacioppo, 1998).

En sådan bivariat opfattelse ville fx betyde, at oplevelsen af angst og negative emotioner kunne være sygdomsfremmende, uden at det samtidig blev taget for givet, at fraværet af angst og negativ emotionalitet var sundhedsfremmende. Men man kan indvende, at det stadig er et problem at operere med en størrelse, man kalder sundhedstilstanden. Hvis Ito og Cacioppo dermed alene mener den fysiske helbredstilstand, så kan man tænke sig, at en bivariat model i det store og hele vil holde stik. De fleste faktorer eller processer vil enten have en fremmende eller en hæmmende virkning på det fysiske helbred, få vil have begge dele samtidig.

Men arbejder man derimod med et bredt sundhedsbegreb, som inkluderer psykisk og socialt velbefindende, så havner man i nye modsætninger, hvor det ikke længere er muligt at operere med *et* endemål som sundhed. At få et barn kan f.eks. være yderst positivt for ens oplevelse af mening og mentalt velvære i tilværelsen men kan samtidig være belastende for ryggen, stærkt forøgende af infektionsrisikoen og begrænsende for ens sociale udfoldelse og tilknytning til arbejdsmarkedet. At deltage i en politisk protestbevægelse kan under nogen omstændigheder være moralsk rigtigt og nødvendigt for ens mentale velbefindende, men muligvis skadende for ens fysiske helbred (i hvert fald, hvis man lever i en diktaturstat). De samme processer som fremmer én sundhedstilstand kan modarbejde en anden. Hvis sundhed opfattes som omfattende stort set alle livets væsentlige områder, så havner man nødvendigvis i en multivariat model, hvor det ikke er muligt at udsige noget om sundhedstilstanden, men hvor man må tale om tilstandene, for en og samme person.

Hvis det virkelig var muligt at tage konsekvensen heraf, ville det også bidrage til langt større klarhed på feltet. Vi ville nødvendigvis blive tvunget bort fra at tale om sundhed og sundhedsfremme – som dette alt omfattende gode og rigtige – og over til at sætte præcise ord på det, vi ønsker fremmet eller modarbejdet. Vi ville komme tilbage til de fundamentale spørgsmål om værdier og prioriteringer og ville ikke så let forledes til at sætte lighedstegn mellem det sunde og det gode.

REFERENCER

- ANTONOVSKY, A. (1993): The Structure and properties of the Sense of Coherence scale. *Social Science of Medicine*. Vol 36(6) 725-733.
- ANTONOVSKY, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. Fossey-Bass.
- ANTONOVSKY, A. (1995): The Moral and the Healthy: Identical, Overlapping or Orthogonal? *Israelic Journal of Psychiatry and Relat. Science*, Vol 32(1), 5-13.
- ALBERTSEN, K. (1999): *Motivation for forandring af sundhedsvaner. Et sundhedspædagogisk perspektiv med fokus på unge og rygning*. Ph.d. afhandling, Københavns Universitet.
- DREW, J.B. & KIECOLT-GLASER, J.K. (1998): Defining Wellness: Stress, Illness, and the Application of existing Knowledge. *Psychology Inquiry*, Vol. 9(1), 37-39.
- FLANNERY, R.B. & FLANNERY, G.J. (1990): Sense of Coherence, Life stress, and Psychological distress. A Prospective Methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 46(4), 415-420
- FRENZ, A.W., CAREY, M.P., JORGENSEN, R.S. (1993): Psychometric Evaluation of Antonovsky's Sence of Coherence Scale. *Psychological Assessment Vol. 5(2)*, 145-153.
- HART, K.E., HITTNER, J.B., PARAS, K.C.(1991): Sense of Coherence, Trait Anxiety, and Perceived Availability of Social Support. *Journal of Research in Personality*. Vol 25, 137-145.
- HAWLEY,D.J., WOLFE, F. & CATHEY, M.A. (1992): The Sense of Coherence Questionnaire in Patients with Rheumatic Disorders. *The Journal of Rheumatology 19(12)*
- ITO, T.A. & CACIOPPO (1998): Representations of the Contours of Positive Human Health *Psychological Inquiry*, Vol 9(1), 43-48.
- KRAVETZ,S., DRORY, Y., FLORIAN, V. (1993): Hardiness and sence of coherence and their relation to negative affekt. *European Journal of Personality*, Vol. 7, 233-244.
- MLONZI, E.N. & STRÜMPFER, D.J.W. (1998): Antonovsky's Sense of Coherence scale and 16PF Second-order Factors. *Social Behavior and Personality*, 26(1), 39-50.
- OTTO, L.(1996): Helbredet eller hele tilværelsen – kontraster i befolkningens sundhedsopfattelser. I : *Forskelle og Forandring – bidrag til humanistisk sundhedsforskning*. Jensen, U.J., Qvesel, J. & Andersen, P.F. (red), Filosofia.
- RYFF, C.D. & SINGER, B. (1998): The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, Vol 9(1), 1-28.
- SANDELL, R. BLOMBERG, J., LAZER, A.(1998): The Factor Structure of Antonovsky's Sense of Coherence Scale in Swedish Clinical and Nonclinical Samples. *Personality and Individual Differences*, Vol 24(5), 701-711
- SAMMALAHTI, P.R. et.al. (1996): Comparing Two Self-report measures of coping: the sense of coherence scale and the defence style questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 52(5) 517-524.
- WACHERHAUSEN. S. (1996): Sundhed i fokus – retorik eller realitet. I : *Forskelle og Forandring – bidrag til humanistisk sundhedsforskning*. Red. Jensen, U.J., Qvesel, J. & Andersen, P.F., Filosofia.