Tittel: Diagnosens makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler

Ole Jacob Madsen

Førsteamanuensis

Født 1978

Cand. psychol., cand. philol. og ph.d.

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Postboks 1094

Blindern

0317 Oslo

[*o.j.madsen@psykologi.uio.no*](mailto:o.j.madsen@psykologi.uio.no)

Sjanger: Vitenskapelig artikkel

*Antall tegn: **9.041***

Tabeller og figurer: 0

Norsk sammendrag

I denne artikkelen vil jeg gi en oversikt over problemet med psykiatriske diagnoser hva angår validitet og reliabilitet, samt påståtte negative konsekvenser som «innsnevring av normaliteten», «tingliggjøring» og «stigmatisering». Tross denne kritikkens stadige relevans, vil jeg vise at kritikken liksom diagnosene den kritiserer ofte hviler på et tvilsomt kunnskapsgrunnlag, og selv er blitt gjentatt så mange ganger at de er blitt til «sannheter». Avslutningsvis antyder jeg «en tredje vei» der man verken aksepterer diagnoser som universelt gyldige kategorier eller feilaktige konstruksjoner, men som en foretrukken måte å organisere lidelse på som pragmatiske verktøy som både kan og ikke kan være hensiktsmessig.

Nøkkelord: Diagnoser, diagnosekritikk, sykelliggjøring, normalitet

English abstract

In this article I will provide an overview of the problem of psychiatric diagnoses in terms of validity and reliability, as well as supposedly negative consequences like "narrowing of normality", "reification" and "stigma". Although this critique is still relevant, I will show that the critique, like its object of critique, rests on a dubious foundation of knowledge, and has been repeated so many times that it has become "truths". In conclusion, I suggest "a third way" where one neither accepts diagnosis as universally valid categories or erroneous constructions, but as a preferred way to organize disorder as pragmatic tools that both can be and not be suitable.

Keywords: Diagnosis, critique of diagnosis, pathologization, normality

Introduksjon

Hva er en diagnose? Dersom man ser til leksikale oppføringer vil man finne svar som «klarlegging av et fenomens natur ved hjelp av karakteristiske kjennetegn; bestemmelse av en sykdom» (ordnett.no). En diagnose er et navn på sykdommer (tilstander) med felles kjennetegn. Enkelte diagnoser viser til tilstander med lik årsak, eksempelvis er tuberkulose navnet på alle sykdommer forårsaket av tuberkelbakterien. Andre diagnoser viser derimot til de kroppslige endringene sykdommen fører til; hjertekrampe er plager på grunn av innsnevring i hjertets kransarterier. Mens andre diagnosekategorier simpelthen kan være rene anvisninger av pasientens plager slik som lumbago (smerter i korsryggen), kefalgi (hodepine) og fibromyalgi (kroniske utbredte muskelsmerter) (Store medisinske Leksikon, 2009). Diagnoser er å anse som en nødvendig forutsetning for adekvat behandling og for å vurdere sykdommens prognose. Dette er imidlertid langt fra alt som er å si om diagnoser. For som jeg vil vise med denne artikkelen er det også mye annet som avhenger av diagnoser. Klassifikasjonen av sykdommer får i mange tilfeller en rekke konsekvenser der ikke bare rent medisinske-vitenskapelige hensyn bestemmer, men også juridiske, moralske, økonomiske, politiske og sosiale forhold vil kunne spille inn.

Jutel og Nettleton (2011) argumenterer i så henseende for at diagnoser i sin fulle konsekvens kategoriserer helsemessige realiteter på en begripbar måte så snart de er definerte (kategori) eller implementerte (prosess). De avgjør hvem som har tilgang til hvilke ressurser. Og under hvem sin jurisdiksjon forvaltningen av tilstanden vil falle. Samt hva den enkeltes erfaring nå betyr i forhold til identitet og prognose. Mens Bowker og Star (1999) har påpekt at diagnostiske kategorier som blir formalisert ved inkluderingen i autoritative retningslinjesystem som DSM eller ICD sementerer et fastsatt syn på sykdom som alltid vil privilegere enkelte stemmer og stilne andre. Diagnoser blir helt enkelt det moderne samfunns foretrukne måte å organisere lidelse på, og denne organiseringen kan aldri bli helt verdinøytral, ettersom den alltid er resultat av en bestemt verdsetting av menneskelig smerte og lidelse. Særlig gjelder dette psykiatriske diagnoser der man fortsatt ikke vet årsakene eller har noen kjente biomarkører for mentale lidelser (Singh & Rose, 2009). Dermed er det ikke så overraskende at spørsmål om diagnoser gjerne er kontroversielle ettersom mye står på spill. I denne artikkelen vil jeg ta for meg noen av disse kontroversene og gjøre opp status for både diagnoser og kritikken av den.

Diagnosekritikk da som nå

For å få et grep om noen av kontroversene rundt psykiatriske diagnoser trenger vi først en grunnleggende forståelse av spørsmålet om diagnoser reflekterer sanne tilstander i menneskets natur, eller er å forstå først og fremst som kultur: det vil si utslag av dominerende syn på lidelse innenfor bestemte historiske epoker, kunnskapsregimer og profesjoner.

Den såkalte korrespondanseteorien om sannhet postulerer at det finnes en objektiv virkelighet uavhengig av oss som vi kan få tilgang til. Ifølge korrespondanseteorien er et utsagn sant når det er i samsvar med de virkelige forhold (Patterson, 2003). Aristoteles definerte eksempelvis sannhet som tankens overensstemmelse med tingen. Kan så psykiatriske diagnoser være sanne? Korresponderer de med noe? Ja, mente blant andre, den tyske legen Emil Kraepelin (1856-1926), som regnes som grunnleggeren av moderne diagnoser i psykiatrien. Kraepelin ville avdekke universelle lover bak mentale lidelser. Han hadde en naturalisert oppfatning av sykdom som systematisk kunne studeres uavhengig av den syke selv. Inspirasjonen var blant annet fra botanikken, som var storebroren Karl Kraepelins geskjeft, hvor man kategoriserte planter i familier, og somatisk medisin basert på biomedisinsk epistemologi, det vil si at både diagnose og behandling skal forankres i vår forståelse av den biologiske kroppen som natur (Ekeland, 2014). Behandlingen skulle spesifiseres ut fra diagnosen, og virke uavhengig av ytre omskiftelige forhold.

En vanlig tilnærming for å vurdere hvorvidt moderne psykiatriske diagnoser er epistemologisk realistiske og oppfyller korrespondanseteorien om sannhet og refererer til stabile, universelle størrelser uavhengig av kontekst er å stille krav til deres *validitet* og *reliabilitet* (Spitzer, Endicott & Robins, 1975; Zimmerman & Mattia, 2001). Validiteten dreier seg om at man ut fra resultatene av en studie kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke. Reliabilitet brukes om konsistensen i målingen – det vil si at målinger under samme betingelser ikke bør variere. Overført på psykiatriske diagnoser innebærer validitet her at en diagnose som depresjon faktisk måler depresjon og ikke noe annet, som det å være trøtt eller i dårlig humør på måletidspunktet. Mens reliabilitet innebærer at den samme klienten får depresjonsdiagnosen og ikke en annen diagnose selv om eksempelvis en annen behandler også vurderer vedkommende.

Et friskt sinn på sinnsyke steder

Hvordan står psykiatriske diagnoser seg målt ut fra disse parameterne? En av de mest kjente og innflytelsesrike studiene av psykiatriske diagnoser ble utført av den amerikanske psykologen David L. Rosenhan (1973) ved flere psykiatriske avdelinger i USA på 1970-tallet.

Rosenhans utgangspunkt var at de «ikke-syke» måtte la seg adskille fra «de sinnssyke». Det fundamentale spørsmålet han stilte var om de karakteristiske kjennetegnene som fører til en diagnose er å finne i pasientene selv eller i miljøet de blir utredet i. Rosenhan gjennomførte sin studie i to deler. I den første delen av forskningsstudien etterapet åtte pseudopasienter (inkludert Rosenhan selv) hørselshallusinasjoner med det formål å bli innlagt på tolv ulike psykiatriske avdelinger i fem forskjellige stater i USA. Alle ble innlagt, og diagnostisert med schizofreni med unntak av en som fikk diagnosen manisk-depressiv. Rosenhan bemerker for øvrig at unntaket var på det eneste private sykehuset i studien, og spekulerer i om foretaket således har en interesse av å gi mer fordelaktige diagnoser hva angår prognose. Etter innleggelsen så oppførte pasientene seg normalt og fortalte ansatte at de følte seg helt fine og ikke lenger hørte stemmer. Alle ble tvunget til å innrømme at de hadde en psykisk lidelse og måtte godta medisiner og avnevroleptika som en betingelse for å bli utskrevet. Gjennomsnittstiden de tilbrakte på de psykiatriske avdelingene var 19 dager, med 7 dager som korteste opphold og 52 dager som det lengste. I andre del så reagerte et sykehus på Rosenhans første resultat og utfordret han til å sende pseudopasienter til dem, ettersom de mente at deres ansatte ville være i stand til å avdekke dem. Rosenhan gikk med på dette, og i de påfølgende ukene så utpekte de ansatte 41 potensielle pseudopasienter blant de 193 nye pasientene de fikk innlagt. 19 av dem ble mistenkt for å være blant Rosenhans konspiratorer av minst en psykiater og et annet medlem av staben. I realiteten hadde Rosenhan ikke sendt en eneste pseudopasient til det aktuelle sykehuset. Så mens den første studien avslørte problemet med falske positive (type 2 feil), man antok psykisk lidelser blant individ som i realiteten var friske, demonstrerte den andre studien faren for falske negative (type 1 feil), men antok at syke individ var friske. Og følgelig var diagnosesystemets validitet og reliabilitet lite tillitsvekkende. Rosenhan (1973) konkluderer slik: Det er ikke mulig å skille friske fra syke på psykiatriske avdelinger. Et diagnostisk system som tillater såpass fundamentale feil kan ikke kalles spesielt pålitelig.

Kritikken fra Rosenhan var direkte utslagsgivende for den tredje revisjonen av DSM-systemet der man søkte å redde diagnosesystemet fra kritikk om lav validitet og reliabilitet. En av hovedarkitektene bak DSM-III den amerikanske psykiateren Robert L. Spitzer (1975) hadde tidligere engasjert seg personlig i å gjendrive den aktuelle kritikken, blant annet argumenterte han med at de fleste av Rosenhans pseudopasienter fikk diagnosen schizofreni i remisjon ved utskrivningstidspunkt, noe som var en relativt sjelden diagnose blant reelle pasienter, og i realiteten betydde at de faktisk ble ansett som mer eller mindre friske. Det er

dessuten verdt å merke seg at med DSM-III som kom i 1980 gikk man vekk fra en psykoanalytisk forståelse av psykiske lidelser tilbake til en biologisk orientering, der hver enkelt diagnose var ment å korrespondere med reelle tilstander i hjernen. Kort forklart så returnerte man til Kraepelins drøm om psykiatri som en nomotetisk vitenskap parat til å avdekke universelle lover bakom mentale lidelser etter et historisk mellomspill der Freuds tanker hadde dominert (Ekeland, 2014).

I dag er det relativt bred enighet om at psykiatriske diagnoser fortsatt verken er spesielt valide eller reliable, selv om det har skjedd en viss bedring. Aboraya et al. (2006) skriver at reliabiliteten til psykiatriske diagnoser fortsatt er et betydelig problem i psykiatrien, ikke minst på et klinisk nivå. Om validitet kommenterer Høye (2013) at siden psykiatrisk forskning tar utgangspunkt i sykdomskategorier basert på kliniske manifestasjoner av symptomer og tegn så leter man i realiteten etter en-til-en forklaringer. Det blir imidlertid mer og mer åpenbart at slike ikke finnes, og man står derfor i fare for å få en sirkelargumentasjon av typen en depresjon er en depresjon fordi det er en depresjon.

Psykiatriprofessoren Jan Haavik (2014) foretok nylig en oppsummering av hvordan arbeidet med å kartlegge såkalte biomarkører for psykiske lidelser står seg. Haavik poengterer at det er usannsynlig at biologien vil respektere diagnostiske grenser som er resultat av flertallsbeslutninger i diagnosekomiteer, der praktiske hensyn og vitenskapelige dokumentasjon av vekslende kvalitet ligger til grunn. På kort sikt er det derfor urealistisk å forvente at nye genetiske funn skal føre til nye nosologiske kategorier eller erstatte klinisk diagnostikk. Usikkerheten er som regel så stor at DNA-markører av enkeltmenneskers genetiske profil sjelden kan benyttes i praktisk diagnostikk. Selv om han også legger til at det ikke er noen vei tilbake. Psykiatrien må forholde seg til den nye kunnskapen fra nevrovitenskap og genetikk. Men selv om vi kan få litt bedre innsikt i de biologiske mekanismene bak mentale lidelser, tilsier kompleksiteten på ingen måte genetisk determinisme, men snarere en erkjennelse av alt vi ikke vet (Haavik, 2014).

Tross problemene med validitet og reliabilitet, så ser flere diagnostiske grupper mer og mer ut til å betraktes som om de refererer til helt konkrete, naturlige enheter. Nærliggende eksempler er diagnosekategorier som schizofreni, depresjon og ADD/ADHD, som raskt ble oppfattet som validerte enheter selv om man i DSM-III eksplisitt skrev at de ikke var det (Høye, 2013). Man forutsatte imidlertid at det ville foregå en gradvis empirisk validering av de ulike kategoriseringene i takt med nyere forskning. Høye vedgår at det langt på vei har

vært mislykket, men like fullt er diagnosemanualenes kategorier i økende grad blitt benyttet som om de representerer faktiske tilstander der årsaken til sykdommen er kjent. Ifølge Høye (2013, s. 1329) er ikke det overraskende, og hun gjengir et treffende sitat av den britiske filosofen John Stuart Mill: «The tendency has always been strong to believe that whatever received a name must be an entity or being, having an independent existence of its own». Dette er senere også kjent som reifikasjonsproblemet - diagnoser blir mer og mer betraktet som konkrete, naturlige størrelser tross i at de i utgangspunktet var konstruksjoner.

Intet menneskelig er DSM fremmed

Som en følge av denne «mismatchen», og det faktum at for hver enkelt revisjon i DSM-systemet så mengden psykiatriske diagnoser bare ut til å øke, har kritikken av psykiatriske diagnoser tiltatt i styrke. Et foreløpig «høydepunkt» kom da en gruppe bekymrede kanadiske barneleger (Shea, Gordon, Hawkins, Kawchuk, & Smith, 2000) tok utgangspunkt i A. A. Milnes klassiske fortelling om Ole Brumm og argumenterte for at samtlige kjente og kjære figurer i Hundremeterskogen vil oppfylle bestemte diagnoser i daværende DSM-IV-TR som ble lansert i 2000: Ole Brumm (ADHD, undertype uoppmerksom, alternativt OCD); Nasse Nøff (generalisert angstlidelse); Tigergutt (ADHD, undertype hyperaktiv-impulsiv); Petter Sprett (narsissistisk personlighetsforstyrrelse); Tussi (dystymi). Den alvorstunge undertonen i deres humoristiske utlegging er den «innsnevringen av normaliteten» DSM-systemet representerte, i særdeleshet for barn, som innebar at ulike menneskelige fasetter og væremåter som Ole Brumm og vennene er ment å innbefatte ikke lenger aksepteres ved inngangen til et nytt millennium, men nå sykeliggjøres gjennom diagnoser.

Dersom vi bykser fram til den foreløpige siste revisjonen: DSM-5 som kom i mai 2013 var den heller ikke uten sine kontroverser. En av de mest kjente involverer den amerikanske psykiateren Allen Frances som ledet arbeidet med den forrige store revisjonen DSM-IV fra 1994, en «insider» og i utgangspunktet en forsvarer av diagnosesystemet, som nå ser med dyp bekymring på arbeidet til sine yngre kolleger. Et sentralt ankepunkt hos Frances (2013) er at arbeidet med DSM to tiår tidligere var preget av en edruelig grunnholdning der alle forslag til å innlemme nye diagnoser ble møtt med skepsis. Likevel må han registrere at særlig tre barnpsykiatriske diagnoser har hatt en formidabel utvikling – autisme, ADD/ADHD og bipolar lidelse hos unge – som alle har mangedoblet seg siden lanseringen av DSM-IV. Disse er å betrakte som «falske epidemier» slik Frances ser det, og driverne er særlig psykofarmalogiindustrien som nyter stor innflytelse etter at reklameforbudet for dets

produkter ble opphevet i USA for 15 år siden. Samtidig erkjenner han at DSM-systemet også har blitt utnyttet, og ikke har fulgt han og kollegene sin intensjon. Det samme gjaldt for øvrig forgjengeren DSM-III som uintendert ble «psykiatriens Bibel» selv om diagnostisering egentlig bare skulle inngå som del av en større evaluering, men praksis ble raskt at undersøkelser av «den hele pasienten» ble redusert til symptomsjekkliste med DSM-manualen som fasit. Klok av skade tar derfor Frances nå rollen som varslers om at nye diagnostiske kategorier i DSM-5 som «Relational disorder», «Sluggish cognitive tempo» og «Binge eating» kommer til å bli utnyttet for det de er verdt av «Big Pharma». Frances sin frykt for både patologisering og medikalisering understøttes av statistikk for perioden. Bruken av samtaleterapi blant psykiatere i USA sank i perioden 1996 til 2004 fra 44 til 29 prosent til fordel for medisiner. Grunnen er nok økonomiske interesser og helsesystemet der forskningsselskaper ikke lenger støtter langvarig ressurskrevende behandling som psykoterapi, men favoriserer «quick fixes» og utskriving av medisiner ved første konsultasjon.

Umiddelbart er det lett å bifalle Frances sin kritikk da den følger langs etablerte linjer som «innsnevring av normalitet», «patologisering» og «medikalisering», og fordi diagnoseepidemien omhandler barn som ikke er i stand til å motsette seg. Gitt den tidligere påviste lave validiteten og relabiliteten ved DSM-systemet er innvendingene om dens nytte og unytte høyst betimelig. Men går vi kritikken nærmere etter i sømmene er ikke Frances påstand om «falske epidemier» så opplagt og lett å underbygge som man ut fra common sense først kanskje skulle tro. I en sentral passasje av boken med den dramatiske tittelen *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life* redegjør Frances (2013) for sitt epistemologiske ståsted i synet på psykiatriske diagnoser. Her tar han utgangspunkt i en analogi fra baseballsporten. Tre forskjellige kampdommere utlegger tre ulike grunnsyn på virkeligheten som utspiller seg foran øyne deres: (1) «Det finnes baller og det finnes treff, og jeg melder dem slik de er», (2) «Det finnes baller og det finnes treff, og jeg melder dem slik jeg ser dem» og (3) «Det finnes ingen baller og det er ingen treff, før jeg melder dem» (Frances, 2013). Dommer 1 svarer til den vitenskapeteoretiske realisten, dommer 2 svarer til den vitenskapeteoretiske pragmatisten og dommer 3 svarer til den vitenskapeteoretiske konstruktivisten (ev. idealisten). Frances gir sin tilslutning til det andre grunnsynet: pragmatismen. Dette må, slik jeg ser det, karakteriseres som oppsiktsvekkende, gitt Frances sin tidligere domfellelse «falske epidemier» om autisme, ADD/ADHD og bipolar lidelse hos barn. Bruken av sann-falsk er nemlig tradisjonelt forbundet med en epistemologisk realisme

som dommer 1 bifaller, som i det tidligere refererte korrespondansesynet på sannhet. Elementær logikk tilsier at for at noe skal kunne kvalifisere som «falskt», må nødvendigvis også noe kvalifisere som «sant». Og kanskje enda mer problematisk for Frances vil man innenfor pragmatismen ha som et vilkår at man må si fra seg den privilegerte adgangen til en sann virkelighet. Hos en av pragmatismens opphavsmenn, William James (1907, s. 23) heter det: «Ideas [...] become true just in so far as they help us to get into satisfactory relations with other parts of our experience». Likeledes poengterer den pragmatistiske filosofen Richard Rorty (1999, s. xxv): «We have no use for the reality-appearance distinction, any more than for the distinction between the found and the made. We hope to replace the reality-appearance distinction with the distinction between the more useful and the less useful». Innenfor pragmatismen er man primært opptatt av nytten til teorier, begreper og kategoriseringer, ikke deres sannhetsverdi ettersom vi ikke har noen privilegert tilgang til virkeligheten og spørsmål om de er sanne eller falske er fånytt. Hvis pragmatismen likevel bruker et begrep om sannhet så er det å forstå som et pragmatisk sannhetsbegrep der målestokken blir nytteeffekten begrepet har. Det utgjør en vesensforskjell for Frances ståsted fordi da holder det ikke å argumentere med at økninger i diagnoser som autisme, ADD/ADHD eller bipolar lidelse er falske epidemier per se, men man må isteden gå inn i saksmaterialet og hevde at de pragmatisk sett er usanne fordi diagnosene ikke hjelper barn i det store og hele. Vesensforskjellen da er at man må gå inn i den empiriske virkeligheten og argumentere for unytten eksempelvis diagnostisering og/eller medisinerer har for barns selvforståelse, utfoldelsesmuligheter, helse med mer framfor å gi inntrykk av at man har et privilegert innsyn i det rette nivået av psykiske lidelser i befolkningen, og de høye forekomstene av diagnoser simpelthen skyldes overdiagnostisering og overbehandling, der legemiddelindustrien og legeprofesjonen har skylden. Og her kommer Frances sin kritikk til kort, da den ikke funderer seg på en funksjonalisme, som spør hvilken funksjon psykiatriske diagnoser tjener (som også kan forklare deres gjennomslag). Ut fra funksjonalismen i sosiologien vil ideer, praksiser og kategoriseringer bare få gjennomslag i befolkningen om de utfyller sentrale funksjoner (Illouz, 2008). Da kan vi spørre om hvilke samfunnsendringer som har skjedd de siste tiårene som tilsier at økt diagnostisering har blitt noe mange eksperter, behandlere og foreldre bifaller. Ironisk nok, i likhet med diagnosesystemet han kritiserer, opererer Frances primært på innsiden av «diagnosefabrikken» bak lukkede dører, i et samfunnsmessig vakuum. Det er først når vi tar steget ut i det og ser hvordan ulike diagnoser kommer i spill i barn og voksnes levde liv vi kan starte med å diskutere den potensielle nytten og unytten psykiatriske diagnoser har.

Hvor står den norske diagnosedebatten?

Dersom vi ser til mer hjemlige forhold er det ikke vanskelig å finne eksempler på hvordan diskusjonen om psykiatriske diagnosers gyldighet i psykisk helsevern dukker opp med jevne mellomrom. Den foreløpige siste større debatten i skrivende stund ble startet av psykologspesialist Birgit Valla som ytrer seg i en kronikk på *NRK Ytring*. Vallas (2016) budskap lød i henhold til overskriften slik: «Legg vekk de psykiatriske diagnosene» «Psykiatriske diagnoser er mer til skade enn gagn». Valla innleder sin argumentasjon rundt en samtale med sin 13-årige sønn der hun spør han om han vet hva en psykisk diagnose er. Etter å ha tenkt seg lenge om svarer han at en psykisk diagnose kanskje er en psykisk sykdom. Så spør hun han videre om ADHD er en sånn diagnose, og får til svar «Nei...Eller...det spør hvordan syk du mener...» (Valla, 2016, avs. 6) Så spør hun han om angst, og om det er en sykdom. Det svarer han mer entydig nei på. «Men er det ikke rart at det også er en diagnose?» avslutter Valla (2016, avs. 13) retorisk. Det underliggende poenget er naturligvis at sønnens forvirring, ikke skyldes hans unge alder, men at psykiatriske diagnoser ikke gir mening, heller ikke for voksne. Synet presenterer Valla (2016, avs. 17) i det følgende:

Psykiatriske diagnoser omtales i dagligtalen som noe som faktisk finnes, sykdommer som eksisterer i kroppen til folk. Men faktum er at selv med mange års forskning finnes det ikke en eneste biologisk markør for noen av lidelsene. De psykiatriske diagnosene slik de fremstår i dag gir rett og slett ingen mening.

Som vi har sett har Valla ordene sine i behold hva gjelder begge leddene: psykiatriske diagnoser blir mer og mer sementert som navn på faktiske sykdommer gjennom hyppig referanser til 'depresjon' og 'angst'. Tross betydelig fremgang innenfor genetikk og nevrovitenskap har man fortsatt ikke funnet noen biologiske markører som korresponderer med lidelsene slik de kategoriseres. Likevel er jeg tvilende til om slutningen hun trekker («De psykiatriske diagnosene slik de fremstår i dag gir rett og slett ingen mening») er rimelig. For det første er det en problematisk slutning da det forholder seg slik at vi omgir oss med en rekke språklige kategorier, som, selv om vi ikke har noen videre viten om deres objektive eksistens, gir god mening, som «lykke», «selvet» eller «samfunnet». Ut fra kommunikasjonsteori (Moscovici, 2001) må man også anta at psykiatriske diagnoser sementeres og spres i stor skala nettopp fordi de kommuniserer et meningsinnhold. Ergo må

vi se på konsekvensene psykiatriske diagnoser har i praksis, om de fortøner seg som meningsløse for klientene som får dem eller er meningsløse å benytte i behandling.

I så henseende henviser Valla til sin praksis, Stangehjelpa, en kommunal psykisk helsetjeneste for barn, familier og voksne der de «opplever å forstå mennesker bedre uten diagnoser, og vi får et bedre samarbeid når merkelappen ikke kommer i veien for forståelsen» (Valla, 2016, avs. 23). Jeg har ikke noe grunnlag for å betvile kvaliteten på arbeidet til Valla og hennes kolleger, men hva angår psykiatriske diagnosers legitimitet, er det vanskelig å trekke noen generelle slutninger ut fra dette. Vi vet ikke om det er fraværet av diagnoser som er virkningsfullt, eller helt andre forhold. Og de aller fleste behandlingsinstitusjoner benytter seg av diagnoser og de aller fleste rapporter om et godt tilbud til sine brukere. Ergo er det vanskelig å konkludere fra eksemplet.

Et annet eksempel der psykiatriske diagnoser var oppe til debatt finner vi et halvt år tidligere, denne gangen utløst av kronikken «En psykiatrisk hengemyr» ført i pennen av fastlege Gisle Roksund (2015) i *Aftenposten*. Her skildrer Roksund den moderne psykiatrien i dyp krise ettersom diagnosesystemet er å betrakte som en samling mer eller mindre tilfeldige grupperinger av symptom og atferd som ikke tar hensyn til det komplekse menneskelivet bakenfor. Dessuten er det gått inflasjon i bruken av diagnoser, og en rekke tidligere normalreaksjoner kan nå gi grunnlag for en sykdomsdiagnose. Etter denne tilstandsbeskrivelsen følger Roksund opp med kjente forklaringer som legemiddelindustrien og psykiatere og psykologers profesjonsinteresser, at skillet mellom sykdom og naturlige reaksjoner hviskes ut, diagnosene medfører en tingliggjøring, de leder til depersonifisering og er til hinder for å se hele personen bak symptomene. Roksund viser dessuten til tidligere nevnte Frances som kilde og siterer han på det følgende: «Våre barn er ikke sykere nå enn de alltid har vært, det er bare det at de altfor ofte får en feilaktig diagnose for en adferd som tidligere har vært ansett som en del av normalvariasjonen» (Roksund, 2015, s. 14).

Innsnevring av normaliteten

Et gjennomgangstema i Roksunds kritikk er argumentet om at normalvariasjon og normalreaksjoner nå sykelliggjøres. Han lister opp flere eksempler: den sørgende som risikerer å få diagnosen depresjon, en stillferdig, innadvendt person som risikerer å få diagnosen autisme, en sjenert person risikerer å få diagnosen sosial angst, en aktiv gutt som risikerer å få diagnosen ADHD, en person med skiftende humør risikerer å få diagnosen bipolar lidelse og en eldre med sviktende hukommelse risikerer å få diagnosen predemens.

Oppfatningen om at psykiatriske diagnoser truer normaliteten er svært sentral i diagnosekritikken, og den blir ofte uttrykt i vendingen om at det skjer en «innsnevring av normaliteten» (Madsen, 2014a). Frances sin bok har til og med fått tittelen *Saving Normal* – normaliteten er ikke bare truet, men må faktisk reddes. Det er ikke så vanskelig å forstå argumentet. Det postuleres at terskelen for å sette enkelte diagnoser er lavere enn før, dessuten er det blitt mange flere typer diagnoser, slik at flere av livets områder og menneskelige reaksjoner og væremåter kommer i berøring med diagnosesystemene. Begge disse beleggene er i og for seg riktige, men fra å si dette til å hevde at normaliteten blir innskrumpet eller enda verre må reddes er langt mindre opplagt. Det man utelater er som Brinkmann, Petersen, Kofod og Birk (2014) tidligere har bemerket at parallelt med patologisering av normaliteten foregår det også en normalisering av det patologiske. Med utviskede grenser siver det patologiske nok inn over det normale, men det normale siver også inn over det patologiske. Dersom det unormale er i ferd med å bli det normale, må vi ikke også ta høyde for at en slik utvikling faktisk kan gjøre det lettere å være et menneske med en diagnose? Kanskje er derfor uttrykk som «utvidelse av normaliteten» vel så treffende for veksten i antall psykiatriske diagnoser som vendingen «innsnevringen av normaliteten».

Om vi tar utgangspunkt i et av Roksunds konkrete eksempler så viser han blant annet til den sørgende som risikerer å få diagnosen depresjon etter kun to-tre uker. Den aktuelle bakgrunnen for Roksunds bekymring er en debatt rundt revisjon av DSM-5 i USA, som også har vært oppe i Norge i forbindelse med arbeidet med en ny ICD-manual. Kort fortalt valgte man i DSM-5 å ta bort det såkalte dødstapsekklusjonskriteriet for diagnosen alvorlig depresjon som instruerte om at man *ikke* skulle sette diagnosen alvorlig depresjon dersom symptomene kunne relateres til dødstop av en nær andre rett forut for symptombildet. Man valgte å ta bort dette eksklusjonskriteriet fordi flere hevdet at skillet ikke lenger var meningsfullt ettersom noen vanskelige og vonde sorgtilstander i symptom ikke lot seg adskille fra alvorlig depresjon, men kunne gå over i det (Prigerson et al., 2009). I Norge har man diskutert om det er nyttig med en egen diagnose kalt komplisert sorglidelse for de tilfellene av unormal sorg der den involverte blir lammet over lengre tid, slik at man ikke lenger klarer å opprettholde vanlig funksjonsnivå. Dette har naturligvis vært kontroversielt, og kritikerne hevder at en ny diagnose vil sykliggjøre normalreaksjoner. Komplisert sorglidelse er ikke å betrakte som en sykdom man har oppdaget, men en diagnose vedtatt av en komite, innvendes det (Herrestad, 2011).

Igjen er det ikke vanskelig å sympatisere med Roksund og andres bekymring for at vi står i fare for å gjøre sorg til en sykdom. Men ser man nærmere på forslaget om en egen sorgdiagnose kan man faktisk finne igjen den samme bekymringen, men nå som et argument for å opprette en ny diagnosekategori. Flere fastleger i Norge har nettopp støttet forslaget om en egen sorgdiagnose fordi situasjonen i realiteten nå er at de blir nødt til å sette en feilaktig depresjonsdiagnose på pasienters reaksjoner på dødsfall hos nære andre for at disse skal få utløst rett til sykemelding. Sorgdiagnosen vil således kunne ha klinisk nytteverdi med bedre behandlingsforløp og vil lettere utløse rettigheter (Kristensen, 2013).

Sorgdebatten illustrerer også hvordan krav og kontroverser rundt enkelte diagnoser er betinget av historiske og kulturelle utviklingstrekk. Kanskje har vi å gjøre med en utvikling der mange mennesker i dag velger å oppsøke fastlegen sin for å få sykemelding ettersom de føler seg så invalidisert av sorgreaksjonene at de ikke føler at de mestrer arbeidet. Som igjen kan bero på en gradvis holdningsendring i befolkningen der det er blitt mer aksept for å bli borte fra jobben i en sorgperiode. Som igjen kan ha sammenheng med at døden er blitt et så stort tabu og nærmest noe skandaløst at mange ikke lenger får naturlig utløp for å sørge gjennom om å snakke om sorgen med andre. Da er det kanskje ikke bare skjulte makteliter som legemiddelindustrien eller fagekspertisen som driver dette fram, men det kan like mye handle om behov som oppstår i befolkningen. En slik «bottom up» forståelse av hvordan krav om diagnoser kan oppstå er sjelden kost i debattene. Det er paradoksalt ettersom diagnosekritikerne tradisjonelt sett har ment å representere folket mot elitene.

Tingliggjøring

Tingliggjøring eller reifikasjon kan defineres som en avhumanisering av mennesket og menneskelige forhold. I Roksunds (2015, s. 14) psykiatrikritikk heter det for eksempel: «Men det [diagnostisk kartlegging] tingliggjør personen og depersonifiserer mennesket som er kommet for å få hjelp». Tingliggjøring innebærer som navnet antyder at noe betraktes som ting uten å være det. Selve begrepet stammer opphavelig fra Georg Lukács (1923) tekst «Reification and consciousness of the proletariat» og hans fortolkning av Marx som indirekte beskrev en type fremmedgjøring i moderne kapitalistiske samfunn der menneskelige egenskaper, relasjoner og handlinger transformeres til ting og blir oppfattet som uavhengig av mennesket og dets sosiale relasjoner. Hvordan et marxistisk begrep som reifikasjon om fremmedgjøring i det moderne kapitalistiske arbeidsliv og samfunnslivet kom til å få en sentral plass i diagnosedebatten er imidlertid langt fra opplagt. En mulig kandidat av flere

som var med på å introdusere reifikasjonsbegrepet i forståelsen av sykdom finner vi i en artikkel av antropologen Michael Taussig (1980) som er det mest siterte enkeltarbeidet dersom man søker på 'reificaton' i kombinasjon med søkeord som 'diagnosis' eller 'disease' i søkerdatabasen Google Scholar. Med tittelen «Reification and conciousness of the patient» får man inntrykk av at Taussig bedriver et nyskapende oversetterarbeid ettersom det nettopp henspiller på Lukács autoritative essay fra et halvt århundre tidligere. Det sentrale som Taussig (1980) henter direkte fra Lukács later til å være varelogikken der menneskelige relasjoner inntar tingenes kvaliteter og får en fantom-objektivitet som virker så rasjonell og altomfattende at den skjuler dens fundamentale natur: relasjonen mellom mennesker. Taussig mener å påvise en fantom-objektivitet ved sykdom og behandling som bekymrer, ettersom den dominerende behandlingen der diagnoser står sentralt neglisjerer de menneskelige relasjonene innfanget i symptomene, tegnene og terapien, som ikke bare mystifiserer dem, men reproducerer en politisk ideologi i dekke av å være en vitenskap om angivelige virkelige biologiske og fysiske ting. Taussig gir oss en kasusberetning som er ment å illustrere dette. Pasienten er en 49-årig hvit, kvinne fra den amerikanske arbeiderklassen som har en sykdomshistorie med innleggelser de siste åtte årene og påvisningen av polymyositt – en bindevevssykdom som særlig angriper den tverrstripete muskulaturen med betennelse. Sykdommen blir klassifisert som en revmatismelignende sykdom, men årsaken er ikke kjent, og behandlingen består i perioder av steroider for å hindre ytterligere betennelse. Under intervjuer med Taussig forteller hun at hun stadig vender tilbake til spørsmålet «Hvorfor meg?», og føler at medisinen har lite tilfredsstillende svar å tilby i så måte. Kvinnen setter selv muskelsykdommen i sammenheng med den vanskelige livssituasjonen hun lenge har hatt. Hun må ta vare på fem barn som alenemor. De har ofte hatt manko på mat, medisiner o.l. Og fordi hun har satt barnas behov først, har det gradvis slitt ned kroppen hennes. Denne forklaringen er det ikke noe rom for i behandlingen av henne viser Taussig. Isteden blir behandlingsformen en samfunnsinstitusjon som tingliggjør sykdommen hennes, ved utelukkende å relatere den til en ukjent kroppslig tilstand, mens de sosiale relasjonene og den større politiske konteksten som hennes livssituasjon er betinget av aldri blir registrert eller handlet på. Dette står i sterk kontrast til antropologiske beretninger om sykdommens funksjon i ulike stammesamfunn der «hvordan» og «hvorfor»-spørsmål om sykdommen ikke er adskilt slik som i vestlig medisin: Årsaken til sykdom er alltid knyttet til sosiale relasjoner der noen andre har utløst ondskap over deg. En pasients sykdom betraktes som et tegn på at noe er råttent med hele samfunnskroppen, og pasienten vil ikke bli bedre før spenningene og aggresjonene i gruppens interrelasjonen kommer for dagen og avsløres i en rituell seremoni

(Taussig, 1980). Taussigs forsøk på å oversette Lukásc reifikasjonsbegrep til sykdomsforståelse er unektelig kreativt og tankevekkende, men også innfløkt og problematisk. Antagelig kunne Taussig ha skrevet samme kasusanalyse like godt uten begrepet, for tross i at det figurerer i tittelen på arbeidet, så informerer det i liten grad undersøkelsen hans. Så spørsmålet er om Roksund og andre vinner så mye på å bruke et begrep som tingliggjøring, og kanskje heller hadde lyktes bedre med å starte i den andre enden – ut i «felten» der mennesket lever og bor – for så å vise hvordan slike samfunnsforhold både har potensiale til å skape, opprettholde og helbrede lidelse?

Tingliggjøringsbegrepet har ikke uten grunn lenge blitt sett på som musealt og dunkelt. I nyere tid har imidlertid begrepet blitt forsøkt «reddet» fra historiens skraphaug av den tyske filosofen Axel Honneth særlig kjent for sin anerkjennelsesteori. Honneth (2008) har forsøkt å løfte begrepet ut av dets opprinnelige marxistiske tapning og introduserer det i sitt eget tankeunivers. I Honneths utlegging blir tingliggjøring definert som «forgetfulness of recognition»: «If this antecedent recognition is forgotten or suspended, one's own mental states, other people and one's surroundings are experienced as lifeless things to be used or abused as one pleases» (som sitert i Jütten, 2010, s. 236). Flere spør seg dog om det er mulig å innføre tingliggjøring i en mer generell filosofisk antropologi, for hva skiller egentlig Honneths tingliggjøring fra det å opptre moralsk klanderverdig når den opprinnelige marxistiske klasseanalysen den hviler på forsvinner? (Jütten, 2010).

Honneths begrep om tingliggjøring som mangel på anerkjennelse kan man likevel tenke seg gir mening anvendt på en klinisk setting der en behandler og en klient møtes, og behandleren ikke er tilstrekkelig anerkjennende overfor klienten. Det kan skje om vedkommende kun er opptatt av å komme raskest gjennom en symptomsjekkliste på jakt etter en psykiatrisk diagnose. Samtidig er faren for dette også til stede i andre faser av behandlingen. Og omvendt vil mange klinikere kunne imøtegå kritikken ved å hevde at det er nettopp ved å vise klienten at du på en åpen og inkluderende måte tar høyde for at vedkommende kan ha en psykisk lidelse som svarer til en diagnose at du ivaretar og anerkjenner hun eller han.

Stigmatisering

Å bli diagnostisert innebærer et stigma hevdes det gjerne. Roksund (2015, s. 14) argumenterer eksempelvis på følgende vis: «[...] hindrer at man kan se hele personen.» Mens

Valla (2016, avs. 23) skriver: «Vi opplever å forstå mennesker bedre uten diagnoser, og vi får et bedre samarbeid når merkelappen ikke kommer i veien for forståelsen.» Utgangspunktet for dette argumentet finner vi i sosiologien og den såkalte stemplingsteorien som tar utgangspunkt i at mennesker som tilhører visse miljøer eller oppfører seg på en bestemt måte, blir betraktet som avvikere. Denne formen for stempling av mennesker kan føre til utestenging fra storsamfunnet. Når du blir betraktet som en avviker og potensiell kriminell, er ikke spranget til faktisk å bli det lenger så stort. Sosiologen Howard S. Beckers (1963) bok *Outsiders* om kriminaliseringen av marihuanarøykere blir gjerne kreditert som opphavsverket for teorien. Noen år senere skrev sosiologen Thomas J. Scheff (1966) boken *Being Mentally Ill* som argumenterte for at stemplingsteorien også kunne være en gyldig forståelsesmåte av utviklingen av mentale lidelser, der diagnostiserte mennesker begynner å opptre i samsvar med diagnosene, ut fra en ubevisst aksept av samfunnets forventning til at vedkommende skal opptre på en bestemt, stereotyp måte. Fra denne perioden skriver også sosiologen Erving Goffman (1963) sin bok *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* seg, som introduserte ideen om stigma som han definerte som en mektig negativ merkelapp som endrer personens selvbilde og sosiale identitet.

Etter hvert som stemplingsteori ble populær ble den også gjenstand for kritiske evalueringer. Weinstein (1983) oppsummerer feltet på starten av 80-tallet og påpekte det paradoksale i at tilhengerne av stemplingsteori til da hadde vist påfallende liten interesse for de psykisk syke sine egne holdninger. Dette var ironisk ettersom forskningstradisjonen hentet sin inspirasjon fra en av sosiologiens store interaksjonister – George Herbert Mead – som med sin symbolske interaksjonisme nettopp la vekt på individets egne definisjoner og meninger i møte med definisjonsmakten fra andre mennesker og ulike institusjoner. Stemplingsteorien fram til da hadde nesten utelukkende handlet om samfunnets reaksjoner på avvik og oversett avvikerne egne reaksjoner på stigmatiseringen. Etter hvert fikk man derfor en mer moderat variant i form av modifisert stemplingsteori som ikke opererer med at stemplingen produserer mental lidelse, men like fullt kan ha negative konsekvenser for de involverte (Link, Cullen, Struening, Shrout, & Dohrenwend, 1989). Det er dessverre ikke vanskelig å finne aktuelle eksempler på det i dag. Et hårreisende eksempel fikk norske TV-seere servert da *NRK Debatten* skulle diskutere bevæpning av politiet 15. oktober 2015. En av tilhengerne av forslaget Høyres fraksjonsleder for byutvikling i Oslo bystyre Maren Malthe-Sørenssen ordla seg slik:

Det er ikke bankranere som er norsk politis hverdag. Det er jo i veldig stor grad psykisk syke mennesker som er ordentlig ustabile og vi har altfor mange triste eksempler på veldig syke mennesker som har gått til angrep på andre helt uten forvarsel. Og det er jo i de tilfellene hvor tid er lik liv. Og det en helt dramatisk forskjell på å ha et våpen på seg, med seg, og det å ha det rundt hjørnet. (NRK, 2015)

Som blant annet leder av Norsk Psykologforening Tor-Levin Hofgaard (2015) påpekte i etterkant er det ikke vitenskapelig grunnlag for å hevde at mennesker med psykiske lidelser er fagligere enn andre. Likevel fikk Malthe-Sørenssens påstand stå uimotsagt gjennom hele programmet.

Det siste aspektet ved stigma er hvordan diagnostisering virker på den hjelpetrengende sin selvforståelse og identitet. Her vil jeg trekke inn psykologspesialisten Per Are Løkke (2014, s. 767) som i et essay i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* (og i en kronikk i Aftenposten) tar et tankevekkende og radikalt oppgjør med psykiatriske diagnoser, ikke bare fordi de kan være til hinder i behandling, men også fordi de er et hinder for unge jenters identitetsutvikling: «Vår tids diagnosetenkning og opptatthet av psykiske symptomer kan hindre jentenes muligheter til vekst.» Løkkes resonnement tar utgangspunkt i det han kaller likhetsprinsippet («du er lik alle de andre som har den samme diagnosen»), hvis abstrakte språk innvandrere jentens private rom og sluker deres individuelle erfaringer i generelle sykdomskategorier. Løkkes (2014) argumentasjon minner en del om tingliggjøringsargumentet her. Jentene forhindres å sette navn på utenforliggende krefter som trelbinder, ødelegger, skader og krenker ettersom de isteden pådyttes abstrakte fortellinger om hva «psykiske lidelser» er via den rådende diagnosediskursen. Problemet med Løkkes argumentasjon, tross for at den er aldri så innovativ, er at han i likhet med sine forgjengere innenfor stempelingsteorien i liten grad har sikret seg at klientene virkelig har det sånn. Løkke spekulerer isteden om Linnea Myhre sin beretning om å ha blitt frisk på frokost-tv egentlig ikke er hennes egen, men fagmiljøenes. Dermed blir faren for å undervurdere menneskets unike evne til å fortolke, avvise, omkranse, redefiner og sjonglere med kategoriseringen de blir utsatt for betydelig.

Som et apropos kan det være verdt å minne om Weinsteins (1983) litteraturgjennomgang av datidens eksisterende forskning på stempelingsteorien om psykiske lidelser der han fant lite støtte for den. Hvorfor er det fortsatt da slik at stempelingsteorien antar at klienter og eks-

klienter er mer negative i sin vurdering av diagnosen enn de faktisk er, spør han. En forklaring kan at man som sosiolog opererer ut fra rollen som opposisjonell som støtter underdogene, og dermed betrakter mennesker med psykiske lidelser som «ofre» for samfunnet, skriver han. Stemplingsteoriens svakhet ser ut til å være at den ikke gir noen fyllestgjørende forklaring på hvordan personer selv fortolker sine problematiske følelser eller atferd.

Den tredje vei?

Heldigvis har det de siste årene vokst fram et forskningsfelt som empirisk interesserer seg for hvordan psykiatriske diagnoser kommer til uttrykk i barn, voksne og ulike pasientgrupper sine liv. En av de analytisk rikeste tilnærmingene til hvordan individ interagerer med sin klassifisering finner vi hos den kanadiske vitenskapsfilosofen Ian Hacking. Hacking (2009) har blant annet undersøkt hvordan en diagnose som autisme har vært med på å skape en felles identitet for unge som får diagnosen. Han trekker en parallell til bevegelser som «gay pride», der homobevegelsen selv tok ansvar og omdefinerte en i utgangspunktet sykelliggjørende diagnose. Det samme ser ut til å skje med en del andre diagnostiske kategoriseringer, hevder han. Hacking åpner således for muligheten av at diagnoser istedenfor kun å forstyrre identitetsutviklingen, også kan virke formative ved å tilby noen felles grupperinger som annerledesfølende mennesker og deres pårørende kan anvende om seg selv. Like før DSM-5 ble sluppet i 2013 kunne man i *Morgenbladet* lese en reportasje om hvordan det norske Aspergersmiljøet reagerte på at diagnosen var i ferd med å forsvinne, og isteden ble inkorporert i sekkebetegnelsen autismspekterforstyrrelse (Næss Olsen, 2012). Ut fra stigmatteorien skulle man forvente at mange jublet over at diagnosen deres nå ble fjernet, men de fleste av de som intervjues gir snarere uttrykk for en tapsfølelse. Representanten Gustav Koi sier: «Jeg synes ikke det virker så positivt, for mange har funnet en identitet gjennom den» (Næss Olsen, 2012, s. 7). Dette betyr naturligvis ikke at stigma ikke fortsatt er et problem, men det kan noen gang virke som dens tilhengere reproducerer kritikken den selv retter mot opphøyde behandlere, ved selv å betrakte mennesker som passive ofre for ekspertenes definisjonsmakt. Mens folk i realiteten er interaktive typer kapable til å snakke tilbake til og ta makten i egne hender (se Madsen, 2014b for mer om Hackings teori).

Det finnes også flere beretninger om hvordan grupper kjemper på utsiden av diagnosesystemet for å få en offisiell diagnose på sin felles lidelse og dermed samfunnets anerkjennelse. Flere diagnoser er sågar blitt til for å anerkjenne bestemte grupper av lidende,

som Vietnam-veteranene i USA og PTSD-diagnosen (Young, 1995). Trundle (2011, s. 885) har beskrevet hvordan britiske veteraner som ble utsatt for senskader etter atomprøvesprengninger i Stillehavet manglet en knagg å henge dem på:

So we went to a psychiatrist, an excellent one and for the last session. Adam and I sat there and [the psychiatrist] said "Squadron Leader, I have to tell you that I have never felt so helpless in all my life." And my stomach lining went straight down to my boots, because he was our last hope. And he said. "You see in medical terms you are not a manic depressive, you are not a psycho whatever it was, you are not a split personality there is no medical term for what is happening to you and I have no idea what is the matter with you, but I do know you are not mad and you are not insane and I know you are suffering agony and I can't help you."

Her ser vi hvordan fagrepresentanter selv kan gi uttrykk for at lidelsen ikke er å betrakte verken som en sykdom eller psykisk lidelse, men like fullt føler man at den burde ha en diagnose. Som disse eksemplene viser er konsekvensene av en diagnose i realiteten langt mer åpent for subjektets selvforståelse enn den skjematiske stigmaten vil ha oss til å tro. Som Jutel og Nettelson (2011, s. 794) også påpeker: «The naming of disease can give rise to 'biographical disruption', a 'loss of self', and 'narrative reconstruction', or a symbolic transformation». Videre skriver de at en diagnose kan føre til rettferdiggjørelse eller skyld, kan legitimere eller stigmatisere, kan fremme adgang til ressurser eller begrense muligheter. En diagnose kan ønskes velkommen eller være noe man helst vil holde seg fra (Jutel & Nettleton, 2011). De seneste årene har man sett framveksten av internasjonale og tverrfaglig fagfelt som «diagnosens sosiologi» som forsøker å ta den enorme variasjonen i menneskers omgang med kategoriseringer som diagnoser på alvor. I motsetning til fortidens radikale sosialkonstruktivisme der psykiske lidelser mer eller utelukkende ble antatt å betinges av sykdomsskapende strukturer eller undertrykkende syn på avvikerne, og der man som psykiatrien man kritiserte også «glemte» å spørre hvordan klientene egentlig hadde det, søkes det nå en mer virkelighetsnær og kompatibel tilnærming.

Blant de mest frekvente psykiatriske diagnosegruppene som ADD/ADHD og depresjon har det etter hvert også kommet til mer forent forskning. I forskningsprosjektet «Diagnostic Culture: The Experience, History and Social Representation of Depression and ADHD» ved Ålborg Universitetet undersøker man både opplevelsedimensjon, representasjonen av diagnosene i offentligheten og media og den historiske utviklingen som har gjort det mulig

for diagnosene å bli så sentrale i det senmoderne menneskets selvforståelse (se Brinkmann & Petersen, 2015). Ilina Singh (2011) ved Oxford-universitetet har gjennom flere år foretatt banebrytende intervjuundersøkelser med barn diagnostisert og medisinert med ADHD/ADD og undersøkt konsekvensene for deres selvidentitet. Der hun søker svar «hinsides polemikken» som hun skriver, uten verken å måtte velge den sosialkonstruktivistiske relativiserende tilnærmingen eller en ren biomedisinsk forståelse der man gjør det eneste, riktige fordi man intervensjonerer på lag med sannheten og opprettholder den rette kjemiske balansen i hjernen (Singh, 2008). Her hjemme har psykologspesialisten Aina Olsvold (2014) gjort lignende arbeid med barn diagnostisert og medisinert for ADHD/ADD. Hun finner at flere barna opplever både diagnosen og medisineringsen som relativt invaderende. Det innebærer at de gjerne tar i bruk strategier for å beskytte identiteten sin: en avvisende, en identifiserende og en forhandlende. Olsvold får også fram hvordan noen av de mer ressurssterke barna har en omgang med ADHD-diagnosen som må kunne kalles strategisk, og er langt mer handlekraftig enn diagnosekritikken tradisjonelt postulerer. 14-årige Hans forteller hvordan han kan veksle mellom å hevde «Jeg er som vanlig» tross diagnosen, mens andre ganger kan han si «Det er ikke min skyld, for jeg kan ikke noe for at jeg har ADHD» (Olsvold, 2014, s. 702).

Lidelsen må alltid ha et navn poengterer den svenske idehistorikeren Karin Johannisson (2010) i sin bok *Melankolske rom*. For at menneskets lidelser og plager skal bli forståelige for oss må de navngis. Uansett om de nåværende systemene blir forkastet i framtiden på grunn av deres lave vitenskapelige holdbarhet eller nytteverdi tror jeg heller ikke man kommer utenom et behov for å foreta en bestemt kategorisering og systematisering av det menneskelige lidelsesregister. Den senere tid er alternativ til de kategoriske diagnosesystemene DSM og ICD blitt seriøst diskutert der man isteden mener at diagnoser best kan konseptualiseres som dimensjonale fenomen. Et av de meste kjente er systemet Research Domain Criteria (RDoC). Der søker man å løse problemene til de kategoriske diagnosemanualene som komorbiditet mellom diagnoser eller variasjonen i bestemte diagnoser basert på felles biologiske basale mekanismer som kan variere innenfor bestemte diagnoser og være like på tvers av ulike diagnoser (Insel et al., 2010). Tiden vil vise om dette alternativet blir tatt i bruk i stor skala, men en fordel med en mer dimensjonal tilnærming er at den lettere vil få oss til å forstå at skillet mellom patologiske og ikke-patologiske symptom og trekk er flytende og kontinuerlig fordelt i befolkningen, og således kanskje redusere stigma mellom «oss» og «dem», selv om

man også med dimensjonale diagnoser heller ikke kommer utenom at terskelen må settes ett sted (Skjelstad, 2013).

Avslutning

I denne artikkelen har jeg vist hvordan psykiatriske diagnoser gjennom system som DSM og ICD er blitt gjenstand for langvarig kritikk for manglende validitet og reliabilitet, og for uforutsette konsekvenser. Gjennom en evaluering av kritikkens relevans og gyldighet har flere paradokser vist seg: diagnosekritikken begår ofte samme feil som man kritiserer diagnosene for – symptom blir til sannheter og ting - gjennom hyppig navngiving så er kritikk som innsnevring av normaliteten, tingliggjøring og stigmatisering blitt sementert som sannheter. Det samme gjelder forståelsen av enkeltmennesker som blir diagnostisert, der man kritiserer den tradisjonelle sykdomsfokuserte og diagnostiserende behandlingen for å være undertrykkende og reduksjonistisk, men i iveren etter å kritisere ser man ut til å ha et inntatt en omvendt opphøyd rolle som «den undertrykte og umyndiggjorte pasientens forsvarer», men som regel uten å spørre om det virkelig forholder seg slik. Nyere forskning som er fundert i hvordan ulike grupper omgås sine kategoriseringer og diagnoser gir imidlertid et helt annet bilde: mennesker er interaktive typer som forhandler med sine sykdomsmerkelapper, og de er tilsynelatende like troende til å omfavne dem som å fordømme dem. Dette betyr ikke at diagnosekritikken er passé, men man har mye å tjene på en pragmatisk tilnærming til diagnoser, der kritikken viser hvordan de ikke alltid virker til det beste for enkeltgrupper eller enkeltindivids i deres virkelige liv. Å fortsette å insistere på at de er falske eller meningsløse per se, vil først og fremst opprettholde forestillingen om at de kan være sanne.

Referanser

- Aboraya, A., Rankin, E., France, C., El-Missiry, A., & John, C. (2006). The reliability of psychiatric diagnosis revisited. *Psychiatry (Edmont)*, 3(1), 41-50.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press.
- Bowker, G. C., & Star, S. L. (1999). *Sorting things out. Classification and its consequences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Brinkmann, S., & Petersen, A. (red.). (2015). *Diagnoser: perspektiver, kritik og diskusjon*. København: Klim.
- Brinkmann, S., Petersen, A., Kofod, E. H., & Birk, R. (2014). Diagnosekultur – et analytisk perspektiv på psykiatriske diagnoser i samtiden. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(9), 692-697.
- Ekeland, T.-J. (2014). Psykiatridiagnoser - ein kunnskapskritikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 715-722.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: Harper Collins.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Haavik, J. (2014). Trenger vi genetikk i psykiatrien? Psykiatriske diagnoser i lys av genetisk forskning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(9), 759-762.
- Hacking, I. (2009). How we have been learning to talk about autism: A role for stories. *Metaphilosophy*, 40(3-4), 499-516. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9973.2009.01607.x>
- Herrestad, H. (2011, 4.4.). Sorg er ikke en sykdom, *Aftenposten*, s. 5.
- Hofgaard, T. L. (2015). Farlig kunnskapsløst om psykisk lidelse. *Dagens Medisin*. Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no/blogger/tor-levin-hofgaard/2015/10/23/farlig-kunnskapslost-om-psykisk-lidelse/>
- Honneth, A. (2008). *Reification. A new look at an old idea*. Oxford: Oxford University Press.
- Høye, A. (2013). På tide å tenke nytt om psykiatriske diagnoser. *Tidsskr Nor Legeforen*, 133, 1329 – 1331. doi: <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.13.0327>
- Illouz, E. (2008). *Saving the modern soul: therapy, emotions, and the culture of self-help*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., . . . Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- James, W. (1907). *Pragmatism*. New York: Dover.
- Johannisson, K. (2010). *Melankolske rom*. Oslo: Cappelen Damm.
- Jutel, A., & Nettleton, S. (2011). Towards a sociology of diagnosis: reflections and opportunities. *Soc Sci Med*, 73(6), 793-800. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.014>
- Jütten, T. (2010). What is reification? A critique of Axel Honneth. *Inquiry*, 53(3), 235-256. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00201741003784606>
- Kristensen, P. (2013). Sorg som diagnose. *Tidsskr Nor Legeforen*, 133, 856 – 858. doi: <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.13.0005>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders. *American Sociological Review*, 54(3), 400-423. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/2095613>

- Lukács, G. (1923). Reification and the consciousness of the proletariat. I G. Lukács, *History and class consciousness* (ss. 83–222). Cambridge, MA: MIT Press.
- Løkke, P. A. (2014). Jenters stumme raseri - i diagnosenes tidsalder. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 767-772.
- Madsen, O. J. (2014a). Diagnosens makt over sinnene. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(9), 690-691.
- Madsen, O. J. (2014b). Hinsides sant eller falskt: En undersøkelse av Ian Hackings teori om mentale lidelsers sosiale dynamikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 745–752.
- Moscovici, S. (2001). *Social representations. Explorations in social psychology*. New York: New York University Press.
- NRK. (2015). Debatten. Hentet fra <https://tv.nrk.no/serie/debatten/NNFA51101515/15-10-2015>
- Næss Olsen, M. (2012, 21.12.). Asperger, farvel, *Morgenbladet*, ss. 6-7.
- Olsvold, A. (2014). «Jeg er som vanlig» - Barns fortellinger om ADHD. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(9), 698-707.
- Patterson, D. (2003). What is a correspondence theory of truth? *Synthese*, 137, 421-444. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/b:synt.0000004905.68653.b3>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., . . . Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6(8), e1000121. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Roksund, G. (2015, 7.10.). En psykiatrisk hengemyr, *Afternposten*, s. 14.
- Rorty, R. (1999). *Philosophy and social hope*. London: Penguin.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(Jan.), 250-258. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-08-017738-0.50055-7>
- Scheff, T. (1966). *Being mentally ill*. Piscataway, NJ: Transaction.
- Shea, S. E., Gordon, K., Hawkins, A., Kawchuk, J., & Smith, D. (2000). Pathology in the Hundred Acre Wood: a neurodevelopmental perspective on A.A. Milne. *CMAJ*, 163(12), 1557-1559.
- Singh, I. (2008). Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neurosciences*, 9, 957-964. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/nrn2537>
- Singh, I. (2011). A disorder of anger and aggression: Children's perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK. *Social Science & Medicine*, 73(6), 889-896. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.049>
- Singh, I., & Rose, N. (2009). Biomarkers in psychiatry. *Nature*, 460(7252), 202-207. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/460202a>
- Skjelstad, D. V. (2013). Er tiden moden for dimensjonale diagnoser? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(6), 552-558.
- Spitzer, R. L. (1975). On pseudoscience in science, logic in remission, and psychiatric diagnosis: A critique of Rosenhan's "On being sane in insane places". *Journal of Abnormal Psychology*, 84(5), 442-452. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0077124>
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1975). Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *The American Journal of Psychiatry*, 132(11), 1187-1192. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.132.11.1187>
- Store Medisinske Leksikon. (2009). Diagnose. *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/diagnose>
- Taussig, M. T. (1980). Reification and the consciousness of the patient. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(1), 3-13. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0160-7987\(80\)90035-6](http://dx.doi.org/10.1016/0160-7987(80)90035-6)

- Trundle, C. (2011). Biopolitical endpoints: Diagnosing a deserving British nuclear test veteran. *Social Science & Medicine*, 73, 882-888. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.034>
- Valla, B. (2016). Legg vekk de psykiatriske diagnosene. *NRK Ytring*. Hentet fra <https://www.nrk.no/ytring/legg-vekk-de-psykiatriske-diagnosene-1.12827438>
- Weinstein, R. M. (1983). Labeling theory and the attitudes of mental patients: A review. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(1), 70-84. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/2136304>
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions*. Princeton, NY: Princeton University Press.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (2001). The psychiatric diagnostic screening questionnaire: Development, reliability and validity. *Comprehensive Psychiatry*, 42(3), 175-189. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/comp.2001.23126>