

Ein diagnose av psykiatri diagnoser

Men DSM vitnar også om ei villfaren ordensnevrose som ved hjelp av vitskaplege metodar i ein historisk fase fremjar ein profesjon sitt hegemoni og kolonisering av eit livsdomene ved å underleggje det ein vitskapleg legitimitet

Tor-Johan Ekeland

The way that can be spoken of
Is not the constant way;
The name that can be named
Is not the constant name
(Lao Tzu)

Innledning

Frå å vere ein medisinsk disiplin som gjorde galskap til sjukdom, har moderne psykiatri ekspandert til å gjelde livsens vanskar generelt. Samstundes, og særleg dei siste tiåra, har talet på diagnostiske kategoriar ein kan omtale som psykiske lidingar, eksplodert. Det skuldast ikkje minst utviklinga av nye diagnostiske system, ICD-systemet (International classification of diseases, injuries and cause of death), og DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). Det er særleg sistnemnde, som er skapt av den amerikanske psykiaterforeininga (APA), som har fungert hegemonisk i den vestlege kulturen. Frå starten i 1952 (DSM I) til versjon IV i 1994, har talet på diagnosar auka frå 60 til 350, ein ekspansjon på over tre hundre prosent. Systemet, i alle høve sidan versjon III, framstiller seg sjølv som produkt av vitskap og forankra i omfattande empirisk kunnskap. Som dominant diskurs i vestleg psykiatri og psykisk helsevern øver det definisjonsmakt overfor pasientar og behandlarar, og har juridisk, økonomisk og politiske implikasjonar.

Det kan stillast mange spørsmål ved denne utviklinga. I første omgang dette: Kva er kunnskapsgrunnet for denne utviklinga, og er det no slik at diagnostikk i psykiatrien er på høgde med medisinsk diagnostikk elles, slik at diagnosen impliserer etiologi, patologi og rett behandling? Det er på ingen måte tilfellet. Vitskapleg sett er DSM-systemet ikkje anna enn eit nosologisk system, og såleis ikkje meir avansert enn medisinske system var tidleg på 1800-talet (Valenstein, 2002). Om ein med "vitskap" legg til grunn ein praksis, som etter visse reglar for kva som kan kallast kunnskap, freistar å skape ein epistemologi som korresponderer best muleg med ein avgrensa ontologi, kan systemet heller ikkje kallast vitskapleg i streng tyding. Det er heller ikkje slik at systemet har utvikla seg frå praksis og klinikk som ein måte å forbetre denne på. Det er også høgst tvilsamt om denne "avanserte" psykiatrien har gitt pasientane betre behandling og auka psykiatrien sin suksessrate. At psykiatridiagnosar har iatrogene sider har vore kjent lenge (Chesno & Kilmann, 1975; Rosenhan, 1973; Scheff, 1966; Szasz, 1974; Goffman, 1963; Ommundsen & Ekeland, 1978), og har neppe blitt mindre med denne utviklinga. Det som derimot har blitt større er psykiatriprofesjonen si sjølvkjensle

og APA sin konto. DSM har vorte spreidd over heile verda og blitt ei økonomisk gullgruve for forein- inga.

Korleis skal ein forstå denne utviklinga? I det følgjande skal eg prøve å vise at den diagnostiske ekspansjonen først og fremst må skjønast i ein historisk samanheng som psykiatrien sin identitets- kamp, framskunda av ein kombinasjon av to sam- funnsmessige prosessar: psykiatrifaget sin profes- jonsambisjon og behov for vitskapleg legitimitet, og eit samfunnsmessig styringsbehov som føreset kate- gorisering som grunnlag for statistikk, administras- jon, og økonomitransaksjon i helsevesenet. **Eit helsevesen som har vakse seg større enn stort byd på styringsutfordringar, og alle styringslogikkar elsker standardisering slik DSM kan by på.** Den diagnos- tiske ekspansjonen som dette har ført med seg, har truleg både forsterka og blitt forsterka av ein fram- tredande ideologi i vestleg kultur: tendensen til å individualisere kulturelle problem og føretrekke biografiske framfor politiske løysingar. I siste delen av artikkelen skal eg drøfte dei mulege antiter- apeutiske verknadane av ein overdriven diagnostisk iver i behandlingsarbeidet.

Diagnose og metadiagnose

”Diagnose” kan omsetjast som kunnskap gjennom kategoriar. Vanlegvis tenkjer vi om omgrepet som noko som gjeld klassifisering av sjukdomar. Som praktisk handling dreier diagnostisering seg om eit sett av kognitive operasjonar etter ein viss logikk: å tolke teikn (symptom) for deretter å tilordne desse teikna i ein viss kategori, aktiviserer kunnskap om denne kategorien som utløyser handlingar og føre- trekte tiltak. Denne type rasjonalitet er neppe eks- klusiv for ein vitskapsorientert praksis, men uni- versell for alle typar medisinske system (Ekeland, 1999b). Men vi må samstundes skilje mellom diag- nosar og diagnostisering som praksis. **Ein diagnose er ein konklusjon om ein viss kategori innan eit sett av mulege kategoriar, dvs. kategoriane innan eit bestemt diagnosesystem og det medisinsk mein- ingssystemet det er ein del av.** Dette systemet kan vi difor seie fungerer som *metadiagnose*. Ein vestlege lege diagnostiserer mellom mulege diagnosar innan eit biomedisinsk meiningssystem, og ikkje mellom dette systemet og t.d. ajurvedisk medisin. Med andre ord: når vi set ein diagnose på ein pasient sine problem, set vi og ein metadiagnose – vi innordnar problemet innan eit omfattande meiningssystem som også impliserer ein teori om sjukdom.

Biomedisin som metadiagnose

Metadiagnosen i vestleg medisin kan vi kalle bio- medisinsk; ei *naturalisert* oppfatning av sjukdom – at både diagnose og behandling skal forankrast i vår forståing av den biologiske kroppen som natur. Bio- medisinen sin praksis for sjukdomsklassifisering har ei lang historie med utgangspunkt i det vi kan kalle **ein botanisk tradisjon, nosologien**. Nosologien i medisinen vart grunnlagt av *Thomas Sydenham* (1624-1689) som bygde vidare på Paracelsus si ent- itetsoppfatning av sjukdom. Sjukdom vart såleis ontologisert som kvalitative storleikar ein kunne gjere greie for ved å beskrive dei slik ein beskriv plantar; **ordne dei i familiar og slektskap og deretter utvikle spesifikk behandling.** Denne forståinga var historisk sett grunnlag for store framsteg. For det første gjorde den det muleg å systematisere klinisk erfaring på ein ny måte, og å omtale sjukdom uavhengig av den sjuke sjølv. Sjukdom vart **nomotetisk, ein universelle kategori.**

Sidan den gong har biomedisinen sitt grunnskjema utvikla seg mykje, og kategoriane endra seg i takt med akkumulert vitskaplege kunnskap. **Nosologien, at kvalitativt ulike tilstandar kan identifiserast gjennom klassifikasjon på grunnlag av symptom, er berre eit element i moder- ne diagnostikk, og har ingen verdi i seg sjølv. Like viktig er det at diagnosen impliserer vitskapleg kunnskap om etiologi (ei årsakskjede som ligg bak), patologi (sjukdomsprosessen) og prognose (utvikling), og at dette kan etterprøvast gjennom medisinske data.** Slik kan ein velje behandling med forutseieleg verknad. Difor tek vi det for gitt når vi går til legen at *diagnosen* er det viktigaste - utan den kan vi ikkje få den behandlinga vi treng.

Sjukdom som sosial kategori

Kva ein medisinsk sett klassifiserer som sjukdom eller ikkje, er likevel ikkje eit medisinsk eller vitska- pleg spørsmål åleine. I kroppen finst berre biolo- giske variasjonar, og denne variasjonen finnes ikkje *for oss* før vi erkjenner den. Å karakterisere ein biol- ogisk prosess som sjukdom inneber å veve den inn i ein kompleks vev av sosial meining. **Alle diagnosar av sjukdom er difor fundamentalt sett sosiale kon- struksjonar** (Veatch, 1973) og føreset ei kulturell avklaring og forhandling av kva som kan gjevast status som sjukdom. Å ”vere sjuk” er såleis ein sosial kategori som ikkje utan vidare impliserer at ein ontologisk sett ”har ein sjukdom”. Det moderne helsevesen definerer slik sett ikkje eit naturgitt domene, men eit domene som kjem til syne gjen- nom ein kulturhistorisk prosess. Biomedisinen har ikkje berre fungert hegemonisk innan helsevesenet, men også hatt stor innverknad på den generelle dis-

kursen i den vestlege kulturen (Foucault (1973). Den er naturlig nok forankra i eit naturvitskapelig og modernistisk vitskapssyn: tanken om at røyndomen kan avdekkast empirisk og stå fram gjennom universelle og sanne kategoriar.

Kva så med diagnoser i psykiatrien? Det er medisinen som etablerer psykiatrien ved gradvis å overta definisjonsmakta over galskapen som livsomsråde. Galskapens diskurs blir ein medisinsk diskurs i den tyding at medisinen autoriserer kva språk og nomenklatur dette fenomenområdet skal omtalast gjennom. Biomedisinen har fungert som hegemonisk metadiagnose for den delen av psykiatrifaget som har sett diagnosesystem som avgjerande for vitskapelege framsteg. Som i medisinen elles har ambisjonen vore å klassifisere domenet psykiske lidningar i stabile universelle kategoriar (nomotetiske) slik at ein kan avsløre lidingane sin etiologi og patologi, og på det grunnlaget utvikle spesifikke behandlingar med treffsikker effekt.

Den historiske konstruksjon av psykiatridiagnosar

For å erkjenne verda er det nødvendig å dele den opp, men *korleis* vi deler opp er ikkje gitt av seg sjølv, men skapt av våre egne klassifiseringssystem. Vi har ein tendens til å gløyme at verda ikkje treng vere oppdelt slik vi deler den opp – at vi rett og slett forvekslar kart (epistemologi) med terreng (ontologi). Når diagnoser blir ein del av språk og diskurs blir dei gjerne reifisert og nemninga og det namnet omtalar blir eit og det same. Våre epistemologiske versjonar blir då ikkje berre ein omtala av røyndomen, men også ein måte vi formar han på. Då er det ikkje lenger vi som brukar kategoriane, men dei som brukar oss. For å undersøkje dette når det gjeld psykiatridiagnosar er det nødvendig å setje kategoriane inn i ein historisk samanheng.

Vitskap og opplysning

Opplysningstida og vitskapen sin framvekst og auka rolle er kontekst også for framveksten av psykiatri så vel som moderne medisin. Alt var i prinsippet tilgjengelig for objektiv forskning, alt kunne i prinsippet erkjennast. På same vis som med plantar og dyr meinte ein at mennesket og dei menneskelege variasjonane sin nøyaktige plass i naturen kunne fastsettast ved observasjon, måling og samanlikning mellom grupper. *Linné* (1707-78), den vitskapelege taksonomiens far og store førebileta for den vitskapelege ordensnevrosen som voks fram, hadde registrert skilnadene mellom europearar og innfødde i Afrika med same skrupuløse nøyaktigheit som når

han omtala skilnadar mellom skaldyr og fisk. I hagebruk som i medisin blei det nyttige skilt frå det unyttige, det reine frå det ureine. På same viset iscenesette psykiatrien seg som ein proklamert orden som lovde å sette tinga på plass. Galskapen var eit problem som skulle løysast – slik ein elles tok kontroll over naturen for å meistre den og forbetre den. Det er ein interessant historisk observasjon, som m.a. Foucault (1973) har gjort seg, at samstundes som kategoriane grip forklarande inn, svinn også verdien av å ta for gitt menneskeleg mangfald og variasjon. Dei bipolare opposisjonane (gal/normal, sjuk/frisk) grip formande inn i tilværet. Galskapen blir mindre flytande, grensene blir skarpare gjennom kategoriane. Dette er i sin tur også ein nødvendig føresetnad for den samfunnsmessige administreringa og kontrollen av galskap. Nemninga psykiatri vart først teken i bruk av *Johan Christian Reil* (1759-1813), og den tidlege diagnostiske tilnærminga skjedde gjennom det observerande kliniske blikket. Slik utvikla ein galskapens ikonografi – visualisering av galskapen som t.d. i *Esquirol* (1772-1840) sitt velkjende biletatlas frå 1838 (Gilman, 1981). Å framstille galskapens fysiognomi var ein del av den generelle fysiognomiske læra som tilsa at dei verdifulle eigenskapane måtte gå saman med dei estetisk verdsette fysiognomiske kvalitetane. Galskapen, det avvikande sinn, blei portrettert med sin avvikande fysiognomi.

Galskap som objekt

Psykiatrien etablerer seg med andre ord gjennom å studere den gale som objekt: fokuset er galskapen, ikkje den gale. Som subjekt er den gale i hovudsak stum og språklaus fram til *Sigmund Freud* (1856-1939) erstattar blikket med hørselen: å lytte til den gale. Rett nok hadde psykologiske versjonar gjort seg gjeldande før den tid, men i hovudsak slått tilbake av den hegemoniske tyske psykiatrien som var organisk orientert. Psykiatri var nevrologi. Når Sigmund Freud lanserte sine idear om å skjønne galskap i lys av den gales psykologi, vart dei følgeleg oppfatta som nye. Psykoanalysen si etablering og gradvise hegemoni er eit interessant historisk mellomspel i den historiske utviklinga av psykiatridiagnosar fram til DSM-systemet. I denne læra var ein omfattande nosologi sett på som uvesentleg i det ein tenkte seg at alle psykiske lidningar hadde eit felles etiologisk opphav. Psykoanalysen sin posisjon førte truleg til at ein av Freud sine samtidige, tyskaren *Emil Kraepelin*, ikkje kom til å prege utviklinga i same grad det neste hundreåret. Mens Freud og psykoanalysen i dag er på veg til historias skraphaug, er Kraepelin si diagnostiske tenking rehabilitert gjennom dei siste DSM- versjonane.

Emil Kraepelin (1856-1926)

Fram til Kraepelin sette seg føre å ordne opp i psykiatrien sin nomenklatur, var der fleire konkurrerende system, men ingen konsensus om kva ein burde nytte. Kraepelin kan difor med rette omtalast som grunnleggjar av dei moderne kategoriane i psykiatrien, og i ettertid kanoniserast som DSM sin åndelege far. Han hadde ei usvikeleg tru på vitskapen sin akkumulerande karakter og såg på psykiatri som ein nomotetisk vitskap som kunne avdekke universelle lover bak mentale lidningar. Såleis var han ikkje interessert i individet sine unike problem, men kva det hadde til felles med andre. Ambisjonen hans på vegne av medisinen strekte seg også lenger i det han både var sosialdarwinist med sans for degenerasjonslæra og eugenisk tenking, og vona medisinen i framtida kunne styre folks livstil og hushaldere samfunnsstrukturen etter hygieniske prinsipp (Engstrom, Burgmair & Weber, 2002). Truleg var lidenskapen for botanikk ikkje uvesentleg for hans nosologiske interesse, og denne hobbyen dyrka han heile livet saman med broren Karl, som hadde botanikk som fag. Kraepelin kritiserte tesen om ein-skapspsykosen og utvikla eit system for differensiering og kategorisering bygd på førestellinga om skilde sjukdomseiningar. Ambisjonen hans var også å utvikle psykologiske normer og eit batteri av kvantitative mål slik at ein kunne fastsetje avvik og skilje mellom kategoriane på nøyaktig vis. Den moderne varianten av dette ser vi i dag gjennom utbreidd bruk av skalaer som følgje av DSM-IV (nokre opplista her med sine akronymiar: GHQ, GAS, SADS, DIS, CIDI).

Kraepelin gjorde grundige studiar av pasientane sine og la merke til følgjande. Nokre blir psykotiske, men kjem seg igjen – andre blir berre verre (degenerasjon). Dette skiljet i prognose vart avgjerande for klassifikasjonen. Låg det føre degenerasjon var behandling følgeleg bortkasta. Læreboka hans i psykiatri starta som eit hefte, men voks seg tjukk etter å ha kome i 8 utgåver frå 1883 til 1915. I dei tidlige utgåvene fann ein klassifikasjon etter etiologi med interessante diagnosar som "bryllaupsnattspsykose" og "masturbasjonsvanvidd". Etterkvart slo han saman mange av kategoriane. Han hadde for eksempel seks forskjellige stemningslidningar, men kom etterkvart fram til at alle var ulike former for maniodepressive lidning. To hovuddiagnosar vart ståande: manisk-depressiv psykose og dementia praecox. Sistnemnde kom seinare til å bli avløyst av "schizofreni" etter bidrag frå *Eugen Bleuler* (1857-1939). Sjølv om Kraepelin sin deskriptive psykiatri vart vidt akseptert og læreboka hans lesen over heile verda, skuldast populariteten først og fremst dei gode og utførlege kassusmta-

lane. Det diagnostiske systemet vekte heller liten vitskapleg interesse. Ei vesentleg innvending var at så lenge ein ikkje kjende kva som var lidningane sine årsaker, var ei inndeling av dei lite meiningsfull.

Amerikansk psykiatri og utviklinga av DSM

Det såg lenge ut til at psykiatrien kunne klare seg utan standardiserte system for klassifikasjon. Men det kunne ikkje dei som skulle telje folk. Utviklinga i amerikansk psykiatri som førte fram til DSM, var ikkje initiert av psykiatrien sjølv, men av det amerikanske byrået for folketeljing (Bureau of Census) (Kirk & Kutchins, 1992). I arbeidet sitt med statistikk over folkesetnaden hadde byrået fleire gonger (1904 og 1908) forsøkt å telje pasientar i institusjonar, men var i beit for gode kategoriar utover dei to som vart nytta: "idiocy" og "insanity". Dei vende seg difor til den amerikanske psykiaterforeininga (APA) for å få hjelp, og i 1918 kom ein statistisk manual med 22 diagnostiske kategoriar som kunne nyttast til klassifikasjon av sinnssjuka i institusjonar. Fram til 1942 kom den i 10 utgåver sjølv om den stadig vart kritisert, m.a. fordi den var inkonsekvent med omsyn til klassifikasjon anten på grunnlag av etiologi eller nosologi. Frå leiande psykiaterhald (t.d. Adolf Meyer) vart det peika på at statens administrative behov for statistikk ikkje måtte overstyre kva det var faglege behov eller grunnlag for (Grob, 1991). Den amerikanske hæren hadde utvikla sitt eige system, og dette vart seinare nytta av WHO i utviklinga av ICD.

Når APA i 1952 lanserer DSM I er konteksten ein etterkrigssituasjon med overfylte institusjonar, vekst i psykiatrideserjonen og nye konkurrerende profesjonar som psykologar og sosialarbeidarar. Det er behov for eit diskursivt leiarskap. Systemet var relativt enkelt med eit skilje i hovudgruppene organiske og psykiske lidningar etter etiologi, og sistnemnde gruppert i psykosar og nevrosar. I alt var der 60 diagnostiske kategoriar. Komiteen i APA som utarbeidde systemet hadde 21 medlemmar, i hovudsak psykoanalytisk orienterte fagfolk. DSM I kom difor til å markere at psykodynamisk og psykoanalytisk tenking no hadde overteke hegemoniet frå den biologisk orienterte psykiatrien (Kirk & Kutchins, 1992). I kliniske og vitskaplege miljø var det likevel liten interesse for klassifikasjon på denne tida. Både versjon I og seinare versjon II, som kom i 1968 med 145 diagnosar, var relativt beskjedne dokument med ei oppstilling av kategoriane samt ein kort omtale av kvar av dei utifrå komiteen si oppfatning av konsensus i psykiaterlauget (Beutler & Malik, 2002.)

Frå revisjon til revolusjon

Skal ein skjone dagens situasjon og DSM-systemet sin kolossale vekst og gjennomslag, er forseplet til revisjonen på syttitalet eit nødvendig utgangspunkt. Dette var ein samfunnsmessig situasjon der psykiatrien møtte sterk kritikk frå fleire hald. Det galdt ikkje minst eit kritisk sosialpolitisk søkjelys på psykiatriske institusjonar og deira inhumane sider, samt faget sin eigen inkompetanse i høve til effektiv behandling. Kritikken vart også artikulert frå det medisinske faderhuset sjølv, og frå nye faglege orienteringar som opposisjon mot den psykoanalytiske ortodoksien og maktdominansen. Viktig er også den veksande samfunnsvitskapen som stiller grunnleggjande spørsmål både ved psykiatrifaget sin vitskapelege legitimitet og faget sine ideologiske funksjonar. Psykiatrien sin stigmatiserande funksjon vart drøfta slik at faget sjølv på sett og vis vart stigmatisert. Kritikken mot DSM II var også ein del av denne situasjonen, som både var ein lærekamp og ein politisk kamp. I denne konteksten blir det t.d. synleg at kategoriane er svært upresise, og ulike granskingar viste oppsiktsvekkjande låg reliabilitet. Til dømes viste det seg at diagnosen schizofreni vart nytta så ulikt i USA og i Europa at om sjansane i England for diagnosen var 2 %, var den tilsvarande 69 % i USA (Kendell, 1971).

Homofili

Overgangen frå DSM II til DSM III kan ikkje kallast ein revisjon, men ein revolusjon. I APA var det, av grunnar som skissert ovanfor, sterke faglege spenningar. I slike situasjonar vil spesifikke saker og konkrete aktørar kunne kome til å spele ei viktig rolle. Saka i denne samanhengen var diagnosen ”homoseksualitet” og aktøren *Robert Spitzer* (Kirk & Kutchins, 1992). Samstundes som APA i 1973 var i gang med å legge planar for revisjon av DSM II, vart det utløyst ein kontrovers om homoseksualitet som mental lidning som ikkje berre heldt på å sprengje foreininga innanfrå, men også førte til nærgåande merksemd frå media og publikum. Gayrørsla hadde engasjert seg i saka og psykiatarar kom sjølve ”ut av skapet” og erklærte seg som mentalt friske, trass si legning. Dei ortodokse insisterte like fullt på at dette var eit avvik som kvalifiserte for ein sjukdomsdiagnose. Begge partar hevda å ha solid vitskapeleg dokumentasjon for sine argument, og striden var hard.

Robert Spitzer var på dette tidspunktet medlem av komiteén for statistikk og nomenklatur i APA, og hadde ofra sitt faglege liv til interessa si for diagnoser. Den faglege litteraturen om homofili kjende han ikkje, men var likevel overtydd om at dette var

ei lidning og diagnosen difor relevant. I den pågåande striden fekk han etterkvart møte ulike homofile i levande live, og vart slått av det paradoksale i at ein kunne ha ”denne lidinga” utan noko form for subjektiv lidning, og elles fungere i samsvar med høgverdige mentale kvalitetar (Bayer, 1981). Som pragmatikar tok han på eiga hand initiativ for å løyse striden gjennom eit notat til APA: ”Homosexuality as an Irregular Form of Sexual Development and Sexual Orientation Disturbance as a Psychiatric Disorder”. Han heldt fast ved homoseksualitet som ei forstyrrelse, men foreslo at der samstundes måtte vere mentale forstyringar i tillegg for å kvalifisere for ein diagnose. Den gamle og stigmatiserte nomenklaturen foreslo han erstatta med den meir nøytrale ”Sexual Orientation Disturbance” (Bayer & Spitzer, 1982).

Sjølv om framlegget vekte motstand frå begge leirar og frå Spitzer sin eigen komité, førte det Spitzer fram til ein heilt sentral posisjon i forsøket på å kome ut av det uføret foreininga var komen i. Med politisk kløkt og formuleringkunst sette han seg til skrivebordet og skisserte ikkje berre mange ulike diagnostiske alternativ, men også nye definisjonar både på mental helse og mentale lidingar. Prøvesteinen vart ei avstemming i det psykiatriske lauset som viste fleirtal for ei deklassifisering av homoseksualitet som eigen sjukdomskategori. Spitzer sine skrivekunstner førte til at dette både skjedde og ikkje skjedde. Etter mange framlegg (m.a. ”homodysphilia” og ”dyshomophilia”) inneheldt DSM III diagnosen ”Ego-Dystonic Homosexuality”, ein diagnose for dei som hadde trøbbel med legninga si (Spitzer, 1981). Striden ebba etterkvart ut og denne diagnosen vart ståande til 1987 då den stilt og fredeleg forsvann ved revisjonen til DSM-III-R.

Spitzer sin kløkt i homofilisaka gjorde at han i mellomtida vart utpeika til å leie arbeidet med å utvikle DSM-III. Saka fører også til endring i leiinga av APA og i ulike sentrale posisjonar med dei fylgjer at det psykodynamiske hegemoniet vart brote. Spitzer fekk fritt spelarom i samansetjinga av dei mange komitéar og underkomitéar for arbeidet, og det er han som skisserer den nye arkitekturen for DSM-III. Komiteane var i hovudsak antipsykoanalytiske og pro-kraepelinske i si orientering, og markerte at den biomedisinske psykiatrien igjen hadde overteke hegemoniet. Kringlen (2002) omtalar hendinga som eit kupp.

Den første utgåva av DSM III kom i 1980 med 230 diagnoser og revisjonen (DSM III-R) i 1987 med 292 diagnoser. I 1994 kjem DSM-IV med over 350 diagnoser – ein ”bibel” på over 800 sider (American Psychiatric Association, 1994). Undervegs har enkelte kategoriar både vore ute og inne igjen, men

trenden er altså ei ekspansiv underlegging av menneskelige livsproblem i eit nomotetisk klassifikasjonssystem i samsvar med den biomedisinske metadiagnosen. Som ein ironisk kommentar til utviklinga har psykolog og schizofreniforskar Richard Bentall (Networker, 2001) foreslått "Lykke" som ein ny kategori, sidan denne tilstanden, lik andre sjukdomar er statistisk unormale, kan beskrives gjennom eit avgrensa kluster av symptom, er assosiert med ei rekke kognitive abnormaliteter, og høgst sannsynleg også abnormale CNS-aktivitetar. I tillegg kan ein rekne med at folk som har "lykke" kan være farlege sidan dei ofte både er impulsive og upredikerbare.

Hegemoni

Det viktigaste i revolusjonen er likevel at frå versjon III av er DSM ikkje berre eit oversyn over diagnosar, men like mykje eit paradigmatiske program og initiativ for å gi psykiatrien eit nytt fagleg fundament. Dei tidlegare psykodynamisk orienterte etiologiske vurderingane er reinska ut til fordel for ei gjennomført nosologisk klassifisering etter kraepelinsk modell. Manualen gjer også greie for korleis atferd både skal grupperast og tenkjast om, og fører Kraepelin sin ambisjon om klassifikasjon med grunnlag i kvantitative mål vidare. Ein impliserer også, slik Kraepelin gjorde, at di meir alvorleg ein diagnose er, di meir er lidinga genetisk betinga. Systemet har forma den faglege og vitenskaplege diskursen og generert mykje forskning. Per 1990 var det 2300 vitenskaplege artiklar som eksplisitt refererte til systemet (Kirk & Kutchins, 1992) og applausen har kome frå forskarhald, frå forsikringsselskap, og frå legemiddelindustrien som samstundes har ekspandert marknaden for psykofarmaka enormt (Valenstein, 2002). Systemet er også, både i form av sitt paradigmatiske innhald og som kategorisystem, ein vesentleg føresetnad for den styringsambisjonen som kjem til uttrykk gjennom retorikken kring "evidensbasert behandling" (Ekeland, 1999b og 2002). Det er også liten tvil om at systemet passar godt til den veksande neurobiologiske psykiatrien som no freistar å skaffe fram data om biologiske markørar til dei ulike kategoriane. Det vil ein i prinsippet alltid kunne finne, utan at det gjer lidningane ontologisk sett meir biologiske av den grunn. Trass dette har fagfolk med omtanke for profesjonen sin status ukritisk utropt neurobiologien til psykiatrien sitt nye og samlande paradigme (Ringen og Dahl, 2002).

Psykiatrifaget har, enn så lenge, fått gjenoppretta sitt vaklande sjølvbilet; gjort fag og profesjon meir vitenskapleg respekterte i det medisinske faderhuset,

markert avstand til alle andre profesjonar som gjer sine hoser grøne innafør området mental helse, og overtydd styresmaktene om at dei har kontroll over domenet sitt. Samstundes har systemet si diskursive makt ført til marginalisering av andre faglege perspektiv i psykisk helsevern (Ekeland, 2001).

Nypositivisme

Kunnskapshistorisk er det oppsiktsvekkjande at eit diagnostisk system skapt av ei profesjonsforeining i løpet av få år ikkje berre får talet på kategoriar av psykiske lidningar til å stige med 300 prosent, men også blir ein gjennomgripande hegemonisk diskurs på domenet mentale lidningar under banneret av å vere vitenskapleg. Til det sistnemnde kan seiast at frå ein vitenskapsteoretisk ståstad er diagnosen "positivisme" relativt uproblematisk. Nosologien er empiristisk i den tyding at inklusjonskriteria blir eksplisert i operasjonelle atferdstermar langs fleire aksar, og manualen er nesten monoman i si kontinuerlege insistering på å vere vitenskapleg fundert. Svært mykje av den vitenskaplege aktiviteten og dokumentasjonen har også dreia seg om reliabilitet. Og det er liten tvil om at framgangen her har vore stor i dei siste versjonane. Men det er også påfallande at den vitenskaplege legitimiteten nettopp har vore konsentrert om dei reint tekniske utfordringane som reliabiliteten representerer. For eit vitenskapleg måleinstrument, og diagnosar kan sjåast som det, er sjølv sagt høg reliabilitet ein vesentleg føresetnad. Men, som ein kvar grunnfagstudent må lære, høg reliabilitet seier ingen ting om validitet. Det er muleg at inkvisitorane også hadde stor konsensus når dei diagnostiserte heksene i si tid. Validiteten kan både vere låg og irrelevant sjølv om reliabiliteten er høg. Den vitenskaplege litteraturen kring DSM er påfallande lågmelt om dette problemet. Det er difor nødvendig å minne om at DSM-systemet er bygd på empiri om konvensjonar - ei empirisk systematisering av sosiale konstruksjonar innafør psykiatrilauget framført gjennom avstemming og konsensus i oppnemnde komitear. Den sosiale strukturen kring skapinga av den nye læra er heller ikkje så ulik vatikankonsila si rolle i den katolske kyrkja, og i denne metaforen må Robert Spitzer utnemnast til leiande kardinal.

Ideologi

I eit pragmatisk perspektiv kan DSM og liknande system sjåast som ein katalog som kan lette kommunikasjonen i psykiatrien sitt arbeidsfelt. Men DSM vitnar også om ei villfarene ordensnevrose som ved hjelp av vitenskaplege metodar i ein historisk fase

fremjar ein profesjon sitt hegemoni og kolonisering av eit livsdomene ved å underlegge det ein vitskapeleg legitimitet. Vi kan sjå det som eit døme på det Wifstad (1994) kallar «skjemaviten», og som han frå ein foucauliansk posisjon ser som ein maktdiskurs som «tvingar» individet inn i ei kategorisering som held vedlike denne diskursen og dei institusjonelle formene den spring ut av. Det er difor ikkje berre slik at «kunnskap gir makt», men at makt også gir høve til å definere kva som skal telje som kunnskap. Klåre kategoriar og sjukdomsdiagnosar skaper tydelege skilje mellom det avvikande og det normale, samstundes som det avvikande vert individualisert og objektivisert – alt nødvendige føresetnader for utøving av ulike former for sosial kontroll og administrative tiltak.

Om ein del granskingar står til truande har psykiske vanskar og lidningar av ulikt slag auka dramatisk i den vestlege verda dei siste tjue åra (Twenge, 2000; Weissman, 1992). Det er vanskeleg å vite kor reelt dette er, og kva som er skapt av auka diagnostisk aktivitet. Gjennom å patologisere folks livsverd er psykiatrien i så fall sjølv deltakar i å skape dei problema ein seinare tilbyr sine tenester for. Psykiatrien sitt bidrag elles til å skjønne psykisk liv i det postmoderne har i hovudsak vore å utvikle nye diagnostiske kategoriar. Konsekvensen av dette er at kulturelt betinga lidningar blir voven inn i ein ein sided individualiserande diskurs som kamuflerer at spørsmål om psykisk helse/psykiske lidningar alltid også gjeld kulturelle og samfunnsmessige, og dermed normative spørsmål. Vi vil gradvis kunne flytte grensene mellom sjukt/friskt, normal/unormalt og få dette til å framstå som faglege/vitskapelege landevinningar medan det i røynda er uttrykk for sjukeliggjering og tilhøyrande medikalisering av menneskeleg variasjon. Det er ille nok at psykologien bidreg til å kamuflere kulturelle feil som biografiske og individuelle feil – langt verre blir det når slike også blir utlagt som biologiske feil, slik den aukande biologiseringa i psykiatrien vitnar om. Vi har den biologien vi har. Språket i den biomedisinske psykiatrien seier implisitt at denne biologien ikkje er bra nok – og så sant vi finn metodar bør vi gripe korrigerande inn og forbetre den. Det som er sagt her har med psykiatrien sine ideologiske funksjonar å gjere.

Rett diagnose – rett behandling?

Treng ikkje folk diagnosar for å få rett behandling? Diagnosar har ulike funksjonar. For folk som lid er tilgangen til ein diagnose og kategorien ”sjuk” viktig av fleire grunnar, først og fremst fordi den gir tilgang

på ei sosial rolle – rolla som sjuk. Det gir både pliktar og rettar. Dei materielle er tydelege nok: fritak frå arbeid og plikter, sjukepengar og trygd, og tilgang på behandlingsapparatet sine tenester. Men like viktig er den symbolske legitimeringa: retten til å kunne lide i samfunnet sine auge. Ein diagnose seier implisitt at ein ikkje er ukjend – ein har noko som andre har eller kan få. For mange som er ”sjuk” er det lettare å seie kva ein *har* og lid *av*, enn å forklare at livet er vondt eller meningslaust.

Ein skal heller ikkje undervurdere behovet for ord og namn når situasjonen er uskjønneleg, ord som kan tette sprekkene når angsten og det ukjente pressar på. Å kunne gi det namnlause namn spelar ein funksjon i seg sjølv, både for lek og lærd. Når det ”meningslause” handlar om kompliserte ting mellom menneske, blir diagnosar å føretrekkje fordi dei fritak ein frå å vere implisert, og difor frå vanskelege saker som ansvar og skuld. Dei enkle forklaringane fungerer ofte best i slike situasjonar. Dessverre er det også slik at om ein seinare vil bli kvitt diagnosen ein har fått i psykiatrien, er det inga kurant sak. No kan det vere at mange av dei nye diagnosene vert opplevd som mindre stigmatiserande, og det er på ingen måte slik at alle klientar helst vil vere utan. Så kompliserte som identitetsprosjekta har blitt i vår kultur og i vår tid, kan ein gjere diagnosen til eit symbolsk ”asyl” (fristad) for å sleppe unna det normale livet med alle dei krav og forventningar ein likevel ikkje trur det er muleg å leve opp til. Å vere sjuk er iallfall betre enn å vere ingen ting.

I høve til dette kan vi seie at diagnostiske kategoriar i eit viss omfang er nødvendige, men her talar vi om sosiale og psykologiske funksjonar eksternt til systemet si eiga grunngeving. Den gjeld, som vi har sett, at diagnosen spesifiserer behandlinga. Dette er ein av dei store mytane i psykiatrien. Skal ein oppsummere forskning på behandling dei siste femti åra er det lite som tyder på at sams diagnose bør gi sams behandling. Diagnosen åleine ser ut til berre i liten grad å kunne spesifisere kva behandlingssopplegg som vil vere mest tenleg. Derimot vil diagnostisering som ei ideografisk klinisk utgreiing vere eit langt betre utgangspunkt – dvs. skreddarsaum i staden for konfeksjon slik standardisering etter diagnose tilseier (sjå t.d. Bergin & Garfield 1994; Hubble, Duncan & Miller 1999, og Ekeland, 1999). Det er også lite som tyder på, slik den biomedisinske meta-diagnosen impliserer, at sams diagnose spesifiserer sams etiologi på ein særleg treffsikker måte. Tvert imot er det meir eit karaktertrekk ved mentale symptom at ein både finn ekvifinalitet (ulik etiologi, same symptom) og multifinalitet (sams etiologi, ulike symptom).

Objekt eller subjekt?

Det høyrer med til den positivistiske tankegangen at domenet ein studerer kan avdekkjast som om det var ”natur”, at natur og kultur, kropp og sjel vert omtala som om det var av sams ontologisk realitet. Då overser ein eit vesentleg skilje mellom å diagnostisere kroppen som objekt (natur) og kroppen som subjekt. Å diagnostisere sjukdom i kroppen som natur affiserer ikkje kroppen. Ein får ikkje kreft av ein kreftdiagnose; diagnosen kommuniserer ikkje med sin gjenstand. Å diagnostisere den andre si atferd, tankar og kjensler er derimot noko heilt anna. Det er å diagnostisere det som gjer den andre til ein person – ein objektiviserer den andre sin subjektivitet. Dette er samtidig kommunikasjon – ein kommunikasjon som i prinsippet kan forme det den kommuniserer om fordi den er input både til personen si sjølvfortolking og omgjevnaden si fortolking. Diagnoser av andres subjektivitet er difor i prinsippet alltid formative. Etikken i dette tilseier at vurderingane ein må gjere i samband med diagnostisk praksis er noko ulike i somatikk og psykiatri. I somatikken tilseier legeetikken at under tvil, diagnostiser sjukdom. Det er betre å diagnostisere kreft, og så viser det seg at ein tok feil, enn motsett. I psykiatri er det ikkje like enkelt å seie at under tvil, diagnostiser schizofreni.

Språket vi nyttar er såleis ikkje uskuldige greier. Det skaper realitetar og kan forme både pasientar og behandlarar si forståing og sjølvforståing. Det er ein vesentleg skilnad for eit menneske å bli sett som kategori eller som person og subjekt. Ei diagnostisk haldning i samsvar med ein biomedisinske metadiagnose inneber i kliniske samanhengar at ein ser den andre i perspektiv av eit allment skjema, eller i perspektiv av naturen innanfor den biologiske horisonten. Ein impliserer at symptoma ikkje kan forståast som handlingar i kontekst av den handlande sin psykologi og livsverd. Fenomena blir reaksjonar, maskinfeil, vrangforestillingar eller tome handlingar som korkje refererer til røyndomen eller til ein sjølv. Den mentale lidinga har med andre ord ingen intensjonalitet, den er i prinsippet utan mening. I kliniske samanhenger er objekt ”den mentale lidinga”, noko den andre har.

I psykoterapi veit vi at noko av det viktigaste for seinare terapeutisk utbytte er at klienten opplever å bli sett, at ein stadfestar den andre som subjekt. Dette er ein nødvendig føresetnad for det relasjonstilhøvet som all psykoterapi er avhengig av. Her må ”objektet” difor vere ”den mentalt lidande Andre”, eit medmenneske sett i perspektiv av si eiga livsverd og ein antropologi om det å vere menneske. Å gjere den andre til objekt berre for ei fagleg åskoding, gjer

at han forsvinn som subjekt og som aktør i si eiga livsverd. Og det hjelper oss lite terapeutisk å klassifisere mønsteret av avvik i ein eller annan diagnostisk kategori – om vi ikkje skjønar kva slags funksjon og mening dette mønsteret har for denne personen. Og vi ser lettare det vi ser etter. Om diagnosen er viktigast vert sjukdom og avvik det mest synlege, mens personen sine ressursar og eiga subjektkraft ikkje blir sett eller undervurdert. Sidan diagnoser er nomotetiske kategoriar forsvinn personen som individualitet for oss, og vi møter han eller henne som eksemplar av ein allmenn kategori og ikkje som eit særlege subjekt. Når lidinga blir gjort til objekt, blir den lidande i neste omgang stum og språklaus – ikkje lenger eit talande subjekt. Det er også berre gjennom å fasthalde den andre som subjekt at han blir eit medmenneske. Når behandlaren er fanga av sitt diagnostiske skjema, dvs. ikkje nyttar det som skjema, men skjemaet nyttar han; aukar sjansane for at den andre kjem på distanse som medmenneske. Ein slik distanse gir dårleg vern mot inhumane tiltak.

Avslutning

At galskapen historisk og kulturelt har hatt ulike måtar å tre fram på er velkjent. Når ein til dømes tolkar den som besetting av ulikt slag, t.d. av demonar eller andre åndelege agentar som tek bustad i den gale, ja då blir den gale som besett – besettinga blir ein fenomenologisk og sosial realitet. Ein har altså gjennom eit visst kulturelt skjema drive inn ein demon i vedkomande. Då er utdriving det minste ein kan gjere, og for så vidt høveleg terapi som i institusjonaliserte kulturelle former kan tene sine funksjonar (Obeysekere, 1975.) Demonar er for lengst drivne ut av den profesjonelle sektoren i vår kultur, jamvel om den framleis gjer seg gjeldande i den folkelege. Den profesjonelle sektoren finn seg meir til rette med «sjukdom» i ulike diagnostiske variantar. Men, også «sjukdom» kan drivast inn i folk, og sjølv vår moderne og vitskaplege praksis kan ikkje frigjere seg frå at fortolkinga kan forme sin gjenstand. På trygg kulturell avstand er det lett å sjå framandgjeringa frå det menneskelege når teikna ein leiter etter gjeld diagnosen ”demonbesett”. I dagens situasjon møter dei lidande opplyste og velutdanna terapeutar, og nokre av dei besett av DSM eller tilsvarande. Eg kan likevel ikkje fri meg frå at framandgjeringa kan bli av same slaget når den lidande etter å blottstilt sin subjektivitet blir møtt med eit batteri av dei nye og populære diagnostiske instrumenta. Mens sanninga om den andre i den psykoanalytiske æra låg så djupt i det umed-

vetne at berre analytikaren hadde tilgangen til ho, ligg den no så bortgøymd i datamatriza at berre statistikaren finn fram. Det motsette av framandgjerjing er ansvar, og ansvar føreset at ein er nær den andre. Å skape avstand, slik kategoriar gjer, inneber å redusere ansvar. Når avstanden aukar skrumper ansvaret for den andre. Ansvar er i dag den største utfordringa for eit humannt psykisk helsevern, ikkje fleire kategoriar.

Litteratur

- Bayer, R. (1981). *Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis*. New York: Basic Books.
- Bayer, R., & Spitzer, R. L. (1982). Edited correspondence on the status of homosexuality in DSM-III. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 18, 32-52.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (1994). Overview, trends, and future issues. In A.E. Bergin og S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley.
- Beutler, L. E., & Malik, M. L. (Eds.). (2002). *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chesno, F. & Kilman, P. R. (1975). Societal labeling and Mental Illness. *Journal of Community Psychology*, 3, 49-52.
- Ekeland, T.-J. (1999a). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 36, 1036-1047.
- Ekeland, T.-J. (1999b). *Meining som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjonar for terapi og terapeutiske teoriar*. Psykologisk fakultet, Institutt for samf: Universitetet i Bergen.
- Ekeland, T.-J. (2001). Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. *Fokus på Familien*, 29, 308-323.
- Ekeland, T.-J. (2002). Vitskap, evidens og makt. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 39:826-832
- Engstrom, E. J., Burgmair, W., & Weber, M. M. (2002). Emil Kraepelin's "Self-Assessment": clinical autography in historical context. *History of Psychiatry*, 13, 89-119.
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. London: Tavistock.
- Gilman, S. L. (182). *Seeing the insane*. New York: John Wiley & Sons.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- Grob, G. N. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry*, 148, 421-431.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D. (1999). *The Heart & Soul of Change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kendell, R. E. et al. (1971). Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 24, 123-130.
- Kirk, S. A., & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM. The rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine de Gruyter.
- Kringlen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Networker, P. (2001). *Psychotherapy Networker* (March/april), 15.
- Obeyskere, G. (1975). The idiom of demonic possession: A case study. In T. Scheff (Ed.), *Labeling madness* (pp. 135-151). Englewood Cliffs, New Jersey: Spectrum.
- Ommundsen, R., & Ekeland, T.-J. (1978). Psychiatric labeling and social perception. *Scandinavian Journal of Psychology*, 19, 193-197.
- Ringen, P. A., & Dahl, A. A. (2002). Modeller og trender i psykiatri - bør nevrobiologi danne en felles basis?. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122, 2024-2027.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(January 19), 250-258.
- Scheff, T. (1966). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine Publ. comp.
- Spitzer, R. L. (1981). The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: A reformulation of the issues. *American Journal of Psychiatry*, 148, 210-215.
- Szasz, T. (1974). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper & Row.
- Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1007-1023.
- Valenstein, E. S. (2002). *Hjernen som syndeboek*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Veatch, R. M. (1973). The medical model: Its nature and problems. *Hastings Center Studies*, 1, 59-76.
- Weissman, M. M. (1992). The changing rate of major depression. *Journal of the American Medical Association*, 268, 3098-3105.
- Wifstad, Å. (1994). Møte med Den Andre. Om ekspertkunnskapens grenser. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 114(114), 3678-3680.