

Klassifikasjons-systemer og diagnostisk praksis

Den unike person lar seg ikke forstå ut fra antatt almengyldige empiriske lovmessigheter. I praksis må psykologen alltid forholde seg til unike klienter på en kreativ måte. Da er klassifikasjonssystemer som f. eks. DSM IV til liten hjelp.

Diagnostisk-klassifikatorisk forskning har de siste 15-20 årene fått en renessanse innenfor psykiatri og klinisk psykologi. I tråd med en økt biologisering av psykiatrien, på den ene side, og en stadig sterkere markedsorientering med vekt på effektiv målrasjon-alitet, på den annen side, investeres det betydelige resurser i utviklingen av klassifikasjonssystemer som ICD 10 og DSM IV. Nesten alle nyere lærebøker i psykopatologi gir fyldige fremstillinger, særlig av DSM IV. Det sikrer en god sosialisering til den utpreget empiristiske tenkemåten som er innbakt i dette og tilsvarende diagnostiske systemer.

Men representerer denne type klassifikatorisk forskning egentlig noe *vitenskapelig* (epistemologisk) fremskritt, og bidrar den egentlig til en *bedre terapeutisk praksis* (og dermed til en reell humanisering av psykiatri og klinisk psykologi)? I det følgende skal jeg argumentere for at dette sannsynligvis ikke er tilfelle, og at vi som behandlende psykologer bør søke et annet grunnlag for forståelse av dem vi ønsker å hjelpe.

Om klassifikasjon

Klassifikasjonssystemer utvikles for å *skape orden* i, og for å gi *interessant informasjon* om fenomenene på et gitt område. Et klassifikasjonssystem kan sammenliknes med et system av skuffer. Utenpå hver skuff er det klistret en lapp som angir **hva** som kan plasseres i skuffen. Hvis *alle* gjenstandene i et værelse kan plasseres i skuffene, og *ingen gjenstand kan plasseres i mer enn en skuff*, kan man si at systemet både er *uttømmende* (alle gjenstandene kan plasseres) og *gjensidig utelukkende* (hvis en gjenstand er plassert i en skuff, er det utelukket at den kan plasseres i en annen) med hensyn til værelsets gjenstander. Et slikt system gir god *orden*.

Selv om orden kan være en ønskelig egenskap i mange sammenhenger, er orden i seg selv ikke tilstrekkelig til å gjøre noe, in casu et skuffesystem, interessant eller brukbart:

“Enhver forskningsmessig tilfredstillende klassifikasjon er formålstilpasset på det vis at når noe faller i en begrepsbestemt klasse, kan man på en enkel måte slutte seg til andre interessante egenskaper ved det enn de som er stillet opp som begrepskjennetegn.” (Næss, 1966, s. 158).

Vanligvis stilles to viktige krav til psykiatriske klassifikasjons- eller diagnosesystemer, nemlig kravene om *reliabilitet*, og *validitet*.

Kravet om reliabilitet ("pålitelighet") må primært tolkes som *interbedømmer-* eller *interbrukerrelia-*

Waldemar Rognes

bilitet. Ulike brukere av systemet må, når de anvender det på en og samme person (pasient) uavhengig av hverandre, komme til det samme resultat (diagnose). Bedømmelser ved hjelp av systemet må med andre ord resultere i en høy grad av enighet. Under forutsetning av at de "sykdommer" som kategoriseres av systemet ikke forandrer seg, bør systemet også ha *stabilitet*: Ulike bedømmere må ved gjentatt bedømmelse av en og samme person ("sykdom") på ulike tidspunkter oppnå samme resultat (diagnose).

Validitet betyr "gyldighet". Dette kan oppfattes på ulike måter: I en abstrakt forstand kan det sies at systemet bør være *sant*, dvs. være i overensstemmelse med, eller gjenspeile, "virkeligheten" og de *lovmessigheter* som finnes i denne. Uten at en slik "korrespondanse"-oppfatning av validitet motsies, kan kravet om validitet i denne sammenheng tolkes i hvertfall to retninger, der den siste avgjort er den viktigste:

(a) Klassifikasjonssystemets kategorier bør være meningsfylte og stabile, dvs. symptom mønstrene som definerer de ulike kategoriene bør utgjøre "naturlige" syndromer med en viss kontinuitet og varighet.

(b) Klassifikasjonssystemet bør gjøre det mulig å trekke *interessante slutninger* om det som klassifiseres, X, utover det forhold at X tilfredstiller kriteriene for en bestemt kategoritilhørighet. Nærmere bestemt bør systemet være utformet slik at man fra kategoritilhørighet kan trekke vesentlige og interessante slutninger om (i) *årsak*, (ii) *prognose*, (iii) *forløp* og (vi) *behandling*. Med andre ord, hvis en pasient har et bestemt (meningsfylt) mønster av symptomer, Ms, så bør man kunne si vesentlige ting om hva som er årsaken til Ms, hvilke fremtidsutsikter en pasient med Ms vil ha under ulike vilkår (f. eks. behandlet/ubehandlet), hvordan Ms arter seg på ulike tidspunkter, dvs. utvikler seg, forløper, og, ikke minst, hva slags behandling som er indisert, og som vil kunne muliggjøre lindring og/eller bedring og/eller helbredelse. Alt dette forutsetter at hver kategori avgrenser eller bestemmer et sett av (empiriske) lovmessigheter som gjør det mulig å beskrive, forklare, forutsi og kontrollere fenomenene, dvs. symptomene. I kravet om at et klassifikasjonssystem skal være valid ligger det med andre ord at systemet bør utgjøre en god og empirisk prøvbar teori.

Det ledende diagnosesystemet

DSM IV ("Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders"), utarbeidet av den amerikanske

psykiaterforening (APA), er idag det internasjonalt ledende diagnosesystemet i psykiatri og klinisk psykologi. Det offisielle norske diagnosesystemet er riktignok ICD 10 ("International classification of diseases"), men dette er nylig revidert og lagt tett opp til DSM IV, både med hensyn til kategorier og til grunnliggende tankegang.

DSM IV er et multiaksialt system til klassifisering av "mentale forstyrrelser" (APA, 1994a, p. xxi). Det har fem akser.

Den første aksen omfatter det klinisk psykiatriske syndrom, eller den foreliggende symptomforstyrrelse. Her inngår 18 av systemets 20 hovedkategorier (bl. a. organisk og medikamentbetingete, schizofrene, paranoide og affektive forstyrrelser) (Ibid, p. 37-627).

Den andre aksen omfatter personlighetsforstyrrelsene og mental retardasjon. Personlighetsforstyrrelsene er inndelt i tre klustere: Gruppe A, "De underlige" (schizotypal, schizoid og paranoid PF), Gruppe B, "De dramatiske" (ustabil, antisosial, histrionisk og narsissistisk PF) og Gruppe C, "De fryktomme" (avhengig, unnvikende og tvangspreget PF) (Ibid, p. 629-673).

Systemet omfatter videre en tredje akse for legemlig sykdom, en fjerde for psykososiale og miljømessige stressfaktorer og en femte for pasientens generelle symptomatologiske og sosialt-yrkesmessige funksjonsnivå.

DSM IV er et *kategorialt* (og ikke et dimensjonelt) system. Svært mange av diagnosene avgrenses prototypisk og ikke klassisk, dvs. personen får diagnosen dersom han/hun oppfyller minst X av Z mulige kriterier, f. eks. fire av syv eller fem av ni. Systemet tilsikter videre å være mest mulig *deskriptivt og ateoretisk*, dvs. diagnostiseringen skal skje på basis av symptom- eller atferdsobservasjon, og ikke på basis av slutninger om til grunnliggende årsaksforhold. I tråd med dette har systemet en utpreget *operasjonalistisk orientering*: For å sikre en mest mulig reliabel personklassifisering anvendes eksplisitte kriterier i form av beskrivelser av observerbare symptomer, bl. a. utarbeidet til strukturerte diagnostiske intervju manualer for både Akse I og Akse II-diagnosene (SCID I og SCID II). (APA, 1994b, 1994c.)

Diagnostisering: Noen pro-argumenter

Utvikling og bruk av klassifikasjonssystemer i psykiatri og klinisk psykologi legitimeres vanligvis på følgende måte:

Et godt klassifikasjonssystem sikrer *presis, rask og effektiv kommunikasjon* om pasienten, og skaper

orden og klarhet. Det befrir derved praktikerne for uklare meddelelser, usikkerhet og forvirring. Der- nest er det slik at viktig informasjon om årsak, prog- nose, forløp og behandling er "pakket" inn i de enkelte kategoriene i systemet. Man kan derfor ofte angi en *standardbehandling* for hver enkelt diag- nose (sykdom.) Et godt klassifikasjonssystem er således en ufravikelig betingelse (et *sine qua non*) for effektiv terapi. Dessuten er et slikt system, som nevnt, egentlig det samme som en *god teori*, og det er en alment anerkjent oppfatning at intet er så *frukt- bart og produktivt forskningsstyrende* som nettopp gode teorier. Gode diagnosesystemer gir av denne grunn ikke bare hensiktsmessige sammenfatninger av allerede etablert psykopatologisk viten, noe som er *pedagogisk* betydningsfullt. De representerer også *et uovertruffent instrument til å utvikle ny viten* om mentale lidelser. Hertil kommer at diagnostiske sys- temer bidrar til bedre epidemiologiske studier, og dermed til bedret sosialpolitisk planlegging. I kraft av det de kan si om ulike tilstanders forløp og prog- nose representerer de, til slutt, kunnskap av betyd- ning for utviklingen av adekvate forsikrings- og trygde-ordninger.

Metateoretiske premisser

Hvilke forutsetninger ligger til grunn for en diagnos- tisk-klassifikatorisk tenkning av den type vi nå har skissert? De viktigste metateoretiske premissene lar seg sammenfatte i fire innbyrdes sammenhengende hovedkategorier: (1) *Sykdomstenkning*, (2) *realisme*, (3) *empirisme* og (4) *en teknisk-instrumentell prak- sisoppfatning*. Samlet kan disse fire hovedkate- goriene sies å definere det *paradigme* (Kuhn, 1962) denne tenkningen beveger seg innenfor.

(1) I DSM IV-håndboken heter det at

"... the term mental disorder unfortunately implies a distinction between "mental" disorders and "physical" disorders that is a reductionistic anachronism of mind/body dualism. A compelling literature documents that there is much "physical" in "mental" disorders and much "mental" in "physical" disorders" (APA, 1994a, p. xxi)

Dette sitatet synes å antyde at man innenfor DSM IV ikke ønsker å skille mellom "mentale" og "fysiske" forstyrrelser (et skille som her, på tvers av all etablert filosofisk språkbruk, betegnes "reduksjonistisk"). Tvertimot ønsker man å betone enheten mellom det mentale og det fysiske, og å understreke at det som kalles "mentale" forstyrrelser er sykdommer så gode som noen. Man tenker seg altså at de *samme prinsip-*

per som gjelder for "vanlige", fysiske sykdommer, også gjelder for såkalte "mentale" forstyrrelser, hvilket nettopp er et *reduksjonistisk* synspunkt.

(2) "*Realisme*" betegner vanligvis det standpunkt at det finnes en ytre fysisk verden utenfor og uav- hengig av det erkjennende subjekt, en ekstramentale realitet som subjektet kan danne seg et mer eller mindre presist og "korrekt" bilde av gjennom sanse- erfaring eller observasjon. En realisme av dette slag er nært forbundet med en naturvitenskapelig metodeholdning, som en diagnostisk-klassifiserende tenkning og forskning også er basert på. Det er van- skelig å tenke seg at en slik tenkning og forskning skulle betrakte sykdommer (og det finnes altså ingen prinsipiell forskjell mellom mentale og fysiske sykdommer) som noe annet en ytre, håndfaste, organismebaserte realiteter.

(3) Hele den diagnostisk-klassifiserende forsk- ningstradisjon som har resultert i systemer som DSM IV og ICD 10 er utpreget *empiristisk*. Kunnskap vinnes ved at man formulerer hypoteser om bestemte, lovmessige variabelsammenhenger ("Alltid hvis A, så B"), gir operasjonelle defini- sjoner av variablene, samler inn relevante observa- sjoner eller "data" gjennom sanseerfaring, sammen- likner disse data med hypotesene, reviderer hypotesene dersom det ikke er samsvar mellom hypotese og data, osv.

Mer presist kan man si at denne forskningstradi- sjonen forutsetter to forhold:

(a) *I psykiatri og klinisk psykologi (psykopatologi) er det mulig å etablere lover (lovmessighetsrela- sjoner ("Alltid hvis A, så B") om fenomenene) som både er allmengyldige og empirisk prøvbare.*

Hvis det ikke fantes slike lovmessigheter, ville det ikke være mulig å finne frem til stabile symptom- mønstre og avgrense diagnostiske kategorier, eller si noe interessant om årsaksforhold, prognose, forløp og behandling i tilknytning til de ulike diagnostiske kategoriene. Dessuten, som en presisering av (a):

(b) *Alle relasjoner mellom kriterier innenfor de enkelte diagnoser, mellom diagnoser innbyrdes, osv. er empiriske og kontingente.*

Forutsetningene (a) og (b) kan, når det gjelder DSM IV, lett underbygges ved en henvisning til tre forhold: For det første systemets deskriptive og operasjonalistiske karakter. For det andre at man hele tiden har tilstrebet å basere, revidere og videre- utvikle systemet på etablert empirisk viten. I de "Sourcebooks" som ledsager systemet har man forøvrig samlet det enorme tilfang av statistisk avan- serte survey- og registerundersøkelser, eksperimen- ter og ikke minst korrelasjons- og faktoranalytiske studier som ligger til grunn (APA, 1994d, 1994e). Og til slutt: Ikke på noe punkt i lit-

teraturen omkring DSM IV (og aller minst i håndboken) omtales eller anvendes noe skille mellom apriori og nonkontingente utsagn på den ene side og empiriske og kontingente utsagn på den annen side. (Bradley & Swartz, 1979.)

(4) Vi har tidligere nevnt at et valid klassifikasjonssystem egentlig er ensbetydende med en empirisk prøvbar teori som har fått mye støtte. Teorier antas å være nyttige fordi de muliggjør *prediksjon, forklaring og kontroll* av fenomenene. Har vi gjort en bestemt observasjon, A, kan vi fra denne observasjonen, sammen med teorien eller loven "Hvis A, så alltid B", avlede eller *predikere* en ny observasjon, B. Undrer vi oss over en gitt observasjon, B, (som vi betrakter som en *virkning* av noe), kan denne *forklares* med henvisning til at den strengt logisk lar seg avlede fra en gitt tidligere observasjon som vi også har gjort, nemlig A, sammen med teorien eller loven "Alltid hvis A, så B" ("The covering law theory of explanation" (Kim, 1967; Hempel, 1967; Nagel, 1961.)

Fra en teori i ovenstående forstand lar det seg lett gjøre å avlede handlings- eller praksisveiledende "tekniske normer". En *teknisk norm* er et utsagn som sier hvilket middel, eller hvilken fremgangsmåte, en skal bruke for å nå et gitt *mål*. Forutsatt at vi ønsker B (at B er vårt *mål*), kan vi fra en teori som sier "Alltid hvis A, så B", f.eks. avlede følgende tekniske norm eller forskrift: "Vil du oppnå B, så gjør (realiser) A". Og forutsatt at vi *ikke* ønsker B, kan vi fra den samme teorien eller loven avlede denne tekniske normen: "Vil du *ikke* oppnå B, så sørg for å forhindre A. "Kunnskap om lovmesighets- eller årsakssammenhenger, systematisert i form av teorier, muliggjør altså *kontroll* av fenomenene. Kontrollpotent handling i overenstemmelse med strengt teoriavledete tekniske normer vil vi her kalle *teknisk-instrumentell praksis*.

Diagnostisk praksis er klart teknisk-instrumentell. Det ligger forsåvidt i selve hensikten med å utarbeide diagnostiske systemer. Dersom vi i "A" ovenfor setter inn "P har fått diagnosen "depresjon"" og i "B" "Alltid hvis en P har fått diagnosen "depresjon", så foreligger en feil X i P's serotoninstoffskifte", så kan vi *predikere* at vi ved nærmere undersøkelser av P's serotoninstoffskifte vil finne feil X, *forklare* feil X ved å vise til at P har fått diagnosen "depresjon" (selv om dette er en nokså triviell forklaring) og stille opp en *teknisk norm* som sier at "Ønsker du å eliminere P's depresjon, så sørg for å rette feil X i P's serotoninstoffskifte" (f. eks. ved hjelp av et antidepressivum).

Internal versus eksternal kritikk

Det skal trekkes et skille mellom (a) *internal kritikk* på den ene side og (b) *eksternal kritikk* på den annen side:

(a) Med *internal kritikk* av et standpunkt, en teori eller en praksis, X, menes en kritikk av X som ikke retter seg mot de *metateoretiske premissene* for X. Det dreier seg med andre ord om en kritikk som tar det "paradigmet" som X er utformet innenfor for gitt, og som aksepterer de "føringer" dette legger på X, og arbeidet med X.

(b) Med *eksternal kritikk* av et standpunkt, en teori eller en praksis, X, menes derimot en kritikk som nettopp retter seg mot de *metateoretiske premissene* for X. Det dreier seg altså om "paradigme"-kritikk, om en fundamentalkritikk.

Internal kritikk kan møtes med justeringer og forbedringer, eller med Kuhn's term, "puzzle-work", *innenfor* det rådende paradigma (Kuhn, 1962). Treffende eksternal kritikk fører derimot til at dette paradigma må *oppgis*, og at det må utformes standpunkter, teorier og former for praksis som er prinsipielt annerledes.

I det følgende skal det først gis noen *eksempler* på internal kritikk av den diagnostisk-klassifikatoriske tenkning og praksis som er knyttet til DSM IV og beslektete systemer. Deretter skal det gis en eksternal, og derfor mer prinsipiell, kritikk av denne tenkning og praksis.

Internal kritikk

Den internale kritikk kan inndeles i kritikkpunkter som gjelder DSM IV-systemet *generelt* og i kritikkpunkter som gjelder henholdsvis *Akse I* - og *Akse II-diagnosene*.

Generelt

På den allmenne siden skal to punkter fremheves:

(a) DSM IV anvender i meget høy grad *polytetiske* i motsetning til *monotetiske definisjoner*. De siste innebærer at diagnosen defineres (klassisk) ved et sett av kriterier (begrepskjennetegn) som *alle* må være tilfredstilt for at diagnosen skal kunne stilles. Kriteriene er altså samlet både nødvendige og tilstrekkelige for diagnosen. Ved *polytetiske definisjoner* foreligger derimot et sett kriterier (begrepskjennetegn) hvorav bare et visst antall, men ikke alle, må være tilfredstilt. Slike definisjoner har følgende form: 'En person, P, skal ha diagnosen, D, hvis (og bare hvis) P har i det minste antall X av Z mulige symptomer på D.' Bruken av polytetiske definisjoner har flere ulemper:

Polytetiske definisjoner innebærer at i en gitt situasjon kan f.eks. fem symptomer av "svak" type gi diagnose, mens fire symptomer av "sterk" type ikke resulterer i noen diagnose. Dermed kommer det til å hefte noe tilfeldig og misvisende ved systemet. Tilnærmingmåten bærer preg av atomisme, dvs. av en manglende forståelse for helhetens (kontekstens) betydning. Den blir i Hegelske termer "abstrakt" (ser ting løsrevet fra kontekst) og ikke "konkret" (ser ting i kontekst).

En fremgangsmåte med polytetiske definisjoner vil dessuten (i tråd med det allerede nevnte) ofte kunne skape tvil om det man diagnostiserer egentlig representerer noe enhetlig. Når det gjelder f.eks. den diagnostiske kategorien "Ustabil personlighetsforstyrrelse" får man bl.a. hele 256 kombinasjoner av symptomer på ustabilitet, og dermed hele 256 måter å stille diagnosen på (!). En slik situasjon skaper tvil om hvorvidt "Ustabil personlighetsforstyrrelse" i virkeligheten utgjør noen enhetlig "lidelse". Har man egentlig med noen sykdoms-enhet å gjøre?

Polytetiske definisjoner innskrenker mulighetene for å trekke slutninger og gjøre prediksjoner. Hvis D er polytetisk definert som 'enhver gjenstand som har minst tre av kjennetegnene a, b, c, d, e og f', kan vi ikke fra viten om at en gjenstand er en D si noe bestemt om hvilke egenskaper gjenstanden har: Den kan ha egenskapene a, b og c, men like godt egenskapene d, e og f, eller f, a, b, eller c, d, e, osv. Jo flere polytetiske definisjoner et begreps- eller klassifikasjonssystem inneholder, jo færre definitive konsekvenser eller prediksjoner går det an å avlede fra systemet, og jo vanskeligere blir det også (bl. a. empirisk) å prøve systemet.

Et generelt argument for å avvise polytetiske definisjoner til fordel for en posisjon der klassiske definisjoner forsvares ligger i at

"...without classical definitions and axioms, formal logic becomes excluded from psychological theory (with the exception of 'fuzzy' logic), and with this exclusion there is no possibility of distinguishing sharply between logical and empirical relations. A failure to make this latter distinction also means that pseudoempirical research cannot be detected. Pseudoempirical research involve attempts to test empirically what are really logically necessary relationships, and, hence, may involve a waste of time, effort and money" (Smedslund, 1993, p. 11).

(b) Vi har allerede nevnt at DSM IV disponerer for å betrakte mentale problemer som "sykdom" eller som "forstyrrelser" som befinner seg *inne i* individet, og ikke som noe som både oppstår, utvikles og opprett-

holdes i *samspill* med andre mennesker. Den implisitte betraktningssmåte er ekstremt *individorientert*, og i svært liten grad *interaksjonsorientert*. At man i DSM IV har tatt med en Akse 4 ("Psykososialt stress") og en Akse 5 ("Høyeste adaptive nivå") endrer lite ved dette forhold. Disse aksene er dessuten svært *statisk* og *objektivistisk* utformet. (Knfr. den følgende fremstilling.)

Akse I-diagnosene

Selv om det kan være grunn til å mene at DSM IV er langt mere *reliabelt* enn tidligere diagnosessystemer, står det trolig adskillig igjen når det gjelder å skape et *valid* system, dvs. et system som kan angi stabile og generelt gyldige invarianser mellom diagnose, årsak, prognose og behandling. Når det gjelder Akse-I diagnosene, fremhever f. eks. Bentall (1990) og Boyle (1990) at schizofrenidiagnosen har meget liten validitet. Etter Chadwick, Birchwood & Trower (1997):

"There is no common symptom which everyone who has the diagnosis would show, and the symptoms that do define the diagnosis appear in other disorders - that is not a fatal flaw, but it means that the diagnosis is less informative to a clinician than it might be. The course and outcome of the disorder is extremely mixed and difficult to predict in advance. In spite of prodigious research endeavour, the cause(s) of schizophrenia remain elusive. Nor does it always respond to a particular class of treatment, and to that class alone What these authors are saying is that in effect there is no good reason to group the symptoms of schizophrenia into one category, or diagnosis, because the scientific requirements which warrant this are so far absent" (Chadwick, Birchwood & Trower, 1997, p. xvii).

Det samme gjelder i nokså stor grad de andre Akse I-diagnosene, som affektive forstyrrelser, angstforstyrrelser, somatoforme forstyrrelser, osv. På tross av en nesten ekstrem spesifisering i underkategorier (noe som bl. a. har ført til at systemet har vokst kolossalt), og på tross av at enorme midler er blitt investert i meget omfattende forskningsanstrengelser, har man funnet ytterst få substansielle empiriske invarianser mellom Akse I-diagnose, årsak, forløp, prognose og behandling. Det samme gjelder Akse II- forstyrrelsene. Dette fremgår for såvidt av selve håndboken til DSM IV. For hver diagnose finnes det her avsnitt som inneholder opplysninger om assosierte trekk og forstyrrelser, spesifikke kulturelle, alders- og kjønnsmessige trekk

knyttet til diagnosen, prevalens, forløp, familiemønstre, osv. Det fremgår av disse avsnitt at det er lite man med sikkerhet kan slutte fra diagnostisk tilhørighet til andre *interessante* (spesielt behandlingsmessige) forhold. Avsnittene gir ingen overbevisende holdepunkter for de ulike diagnosenes validitet. Som vi skal komme tilbake til, er det imidlertid tvingende og prinsipielle grunner til dette.

Akse II-diagnosene

'Når det gjelder personlighetsdiagnosene skal vi (etter Kringlen, 1992) innskrenke oss til følgende kommentarer:

(i) For det første er det en gradvis overgang fra normalitet til patologi. Dette reiser problemet med hvor grensen til patologi skal settes, og av hvilke grunner. Kriteriene i DSM IV-systemet har i nokså stor utstrekning blitt fastlagt gjennom diskusjoner og *flertallsavgjørelser i arbeids-grupper* bestående av meritterte fagfolk. (APA, 1994a). Vitenskapelig sett kan dette neppe sies å være en særlig tilfredstillende løsning.

(ii) Der nest er det et problem at også Akse II-diagnosene i DSM IV er så sterkt orientert mot *symptomer*. Siktepunktet er personligheten og "forstyrrelser" i dens funksjon. Samtidig er det ikke uten videre slik at man kan slutte fra symptomer til personlighet. Symptomer underbestemmer i høy grad personligheten, dvs. det kan godt tenkes at svært ulike "underliggende" personlighetsmønstre gir det samme sett av symptomer.

(iii) For det tredje legger man i kriteriene ofte vekt på *atferd som har liten validitet*, mens man neglisjerer indre forhold som kunne ha stor validitet. At en person er "mye alene" kan utenfra sett lett registreres. Men dette er av underordnet betydning i forhold til en indre variabel som f.eks. kvaliteten av personens selvfølelse. Lav selvfølelse er forbundet med at andre mennesker lett fremtrer som truende. Å være alene på dette grunnlag er noe helt annet enn å være alene fordi man er så opptatt av produktivt arbeid at selskapelighet kommer i annen rekke.

(iv) Enkelte vil kanskje hevde at *en dimensjonell tilnærming* er mer rimelig enn en tilnærming basert på kategorier. I mange tilfeller gir det mening å snakke om at en person er mer eller mindre mistenksom, innadvendt, engstelig, osv. Ved en dimensjonell tilnærming beskrives individet i forhold til et flertall kontinuerlige dimensjoner som gir rom for grader av et fenomen. Dette gir bedre muligheter for å kunne sammenlikne personen med andre personer langs disse dimensjonene. Men kan en plassering av en person i et nødvendigvis begrenset og statisk flerdimensjonalt rom fange inn det *dynamisk unike*

ved personen? Uansett er det et spørsmål om ikke for stor vekt på klassifikasjon, utvikling av kategorier, dimensjoner, osv. kan innebære en betydelig fare for *fragmentering*, slik at selve personlighetsforståelsen faller fra hverandre. (Kringlen, 1992.)

Eksternal kritikk

De eksterne kritikkpunktene kan inndeles i to grupper: (a) De "terapeutiske", og (b) de "metateoretiske". Den første gruppen omfatter argumenter som tar sikte på å vise at diagnostisering, innenfor rammen av den tankegang DSM IV representerer, er uforenlig - ja, *logisk uforenlig* - med *adekvat psykologisk behandling*. Den andre gruppen omfatter argumenter som mer direkte forsøker å begrunne at de *metateoretiske premissene* for diagnostisk-klassifikatorisk tenkning å la DSM IV er uholdbare.

Terapeutiske argumenter

I en "Psykologens ABC" formulert av Smedslund (1998) heter det:

"Møtet med klienter er alltid et møte med noe ukjent. Å formulere hypoteser og stille diagnoser er å forsøke å inkorporere den andre i din verden og dine kategorier. Dette er dømt til å mislykkes. Det unike andre mennesket kan bare erkjennes ved å lytte og se så åpent som mulig. Forståelsen vokser frem spontant" (Smedslund, 1998, s. 1092).

Grunnen til at det ovenstående må betraktes som en *nødvendig sannhet* ligger i at enhver person er unik, opplever seg som unik og ønsker å bli forstått som unik. Men det unike er noe som prinsipielt ikke kan fanges inn av et diagnosesystem, eller av et system av generelle lovmessigheter. Det unike lar seg ikke forstå ut fra det allmene. Derfor vil en person aldri kunne bli forstått ut fra en diagnose alene.

Enhver person er *sårbar* i den forstand at enhver person (reflektert eller ikke-reflektert bevisst) tror at at andre (med større eller mindre sansynlighet) kan gjøre ham eller henne noe vondt. (Aksiom 5.5.2. i Systemet EL i psykologikken (Smedslund, 1997)). I lys av dette kan tillit defineres slik: En person har *tillit* til en annen person hvis (og bare hvis) *personen tror at den andre ikke vil gjøre ham eller henne noe vondt*. (Definisjon 5.5.5. i EL.) Det er åpenbart at tillit står helt sentralt i alt psykologisk behandlingsarbeid. Uten tillit blir slikt arbeid umulig. Hvis vi kaller personen "P" og den andre "O", kan de nødvendige og tilstrekkelige betingelser for tillit formuleres slik:

P har tillit til O, hvis, og bare hvis P tror at O bryr

seg om P, at O forstår P, at O har egenkontroll, at O har selvkontroll, og at O har den relevante kompetanse.

Et eksakt bevis for denne setningen, Teorem 5. 5. 25 i Systemet EL, finnes i Smedslunds "The structure of psychological common sense" (1997). Du kan altså bare stole på en annen person når du tror at den andre har omsorg for deg, dvs. har et oppriktig ønske om at du skal ha det godt, forstår deg, har egenkontroll, dvs. ikke blir styrt av andre eller utenforliggende forhold, har selvkontroll, dvs. ikke handler impulsivt og uansvarlig, og når den andre altså har den nødvendige kompetanse ("know how") i forhold til situasjonen.

Å bli forstått (i sin unikhhet) av den andre er altså med nødvendig sannhet en nødvendig betingelse for tillit. Ovenfor har vi imidlertid konstatert at en person aldri vil kunne bli forstått (i sin unikhhet) ut fra en diagnose (eller en generell teori) alene. Det er derfor ikke mulig å skape tillit bare ved hjelp av diagnostisering, selv om de andre betingelsene for tillit skulle være tilstede. Dette betyr at vellykket psykologisk behandlingsarbeid også umuliggjøres: En psykolog kan ikke være til hjelp for noen bare ut fra den forståelse som følger av en diagnose.

Smedslund (1999) reiser spørsmålet om det kan ha noen verdi å bruke diagnoser i tillegg til en forståelse av den unike personen. Dette er en komplisert problemstilling. Svaret er muligens "ja" dersom man fra diagnosen overbevisende kan utlede at *somatiske* (biologiske, nevrofysiologiske, nevrokjemiske, ol.) *avvik* er inne i bildet. Men da har vi på den annen side forlatt psykologiens og psykoterapiens område, og begitt oss inn i medisinen.

I en artikkel fra 1981 forsøkte Smedslund å formulere og bevise syv regler som *må* følges dersom psykologisk behandling skal kunne lykkes. To av dem er relevante i denne sammenheng og egnet til å utdype det ovenstående. De gjengis her i undertegnede oversettelse, uten bevis. (Se forøvrig Rognes, 1995, 1996.)

(a) *Tolerer initial flertydighet og generaliser ikke fra andre personer i andre livssituasjoner.*

Dersom man ikke følger denne reglen, er faren for at det skal oppstå *kognitive skred* overveldende:

Anta at en person, P, oppfatter smilet til en annen person, O, som skadefro fordi det i den gitte situasjon minner P om en tidligere, ondskapsfull lærer. Men dersom O's smil *definitivt* oppleves som skadefro, så *må* P oppfatte O's etterfølgende bemerkning - "jeg likte det du sa for en stund siden" - som ironisk. Og dersom O inviterer P til lunch, i en formell situasjon der dette uansett er å forvente, så *må* P fortolke invitasjonen som motvillig og uærlig. "Med andre ord, dersom et sett av informasjoner er

tett knyttet sammen og flertydige, så vil det å innføre *sikkerhet* på et punkt, ha en tendens til å utløse et *kognitivt skred*" (Smedslund, 1981, p. 71). All flertydighet blir plutselig redusert og *ens inntrykk av den andre dramatisk fastfrosset og innskrenket*.

(b) *Objektiviser ikke i spørsmål som oppfattes som relevante for behandling, dvs. erklær ikke noe for å være sant eller falsk, godt eller ondt, riktig eller galt, men søk alltid å subjektivisere, dvs. understrek at for den involverte person er noe sant eller falsk, etc.*

Å forholde seg konsekvent til en annen person ut fra et diagnostisk system som f.eks. DSM IV innebærer et meget klart brudd på de to ovennevnte regler:

Å diagnostisere en annen person betyr nettopp at man *ikke* tolererer tvetydighet inntil "brikkene faller på plass av seg selv". Tvertimot søker man aktivt etter likheter mellom denne personen og andre personer (i andre livssituasjoner) som tilhører en bestemt (diagnostisk) klasse, med tanke på at personen skal tilordnes denne klassen. Dette innebærer en form for generalisering og øker som nevnt faren for *kognitive skred*, eller, formulert på en annen måte: De hypoteser man har styrer ens persepsjon, som dermed blir sterkt *selektiv* i retning av verifiserende evidens. Vi har nemlig alle en tendens til å se etter "data" som bekrefter våre oppfatninger (Smedslund, 1963; Chapman & Chapman, 1969). Eller, med Popper (1973), intet er så lett som å finne bestyrkende evidens for en teori.

Å diagnostisere en annen person betyr også at informasjonsfeltet struktureres ut fra den diagnostiserende, og ikke ut fra den diagnostiserte persons premisser. Den andres verbale og non-verbale adferd, inkludert atferd som artikulere hva som er tilfelle for den diagnostiserte person, betraktes som *symptomer*, dvs. som tegn på en objektivt foreliggende "forstyrrelse" eller "dysfunksjon". Det avgjørende er hva som er sant eller falskt for diagnosestilleren (f. eks. "er denne personen "narsissistisk"?), ikke hva som er sant eller falsk for den diagnostiserte.

Sterke og klare oppfatninger av andre personer medfører tilsvarende sterke *forventninger* om hvordan de er, eller vil oppføre seg. Særlig når den som besitter dem er en ekspert, en terapeut eller en annen *autoritetsperson*, vil slike forventninger, ikke minst dersom de er ikke-reflektert bevisste, kunne få en betydelig *formende virkning* på målpersonene, og skape grunnlag for *selvoppfylgende profetier*. (Knfr. forskningen omkring "experimenter bias" og "demand characteristics", f. eks. Rosenthal (1966) og Orne (1962)). Diagnosene realiserer seg selv og går over fra å være oppfatninger og hypoteser til å bli mer eller mindre håndfaste realiteter. Så langt fra å

være terapeutiske blir de tvertimot sykdomsskapende.

I tråd med dette bør det også fremheves at diagnostisering forflytter kilden til vurdering av personlige og livsmessige forhold ("locus of evaluation") fra personen selv og til en (empiristisk tenkende) ekspert, og derved undergraver den personlige autonomi (Gullestad, 1992) som nettopp tilstrebes i psykologisk behandling:

"... the very process of psychological diagnosis places the locus of evaluation so definitely in the expert that it may increase any dependent tendencies in the client, and cause him to feel that the responsibility for understanding and improving his situation lies in the hand of another. When the client perceives the locus of judgement and responsibility as clearly resting in the hands of the clinician, he is, in our judgement, further from therapeutic progress than when he came in. Also if the results of the evaluation are made known to him it appears to lead to a basic loss of confidence by the person himself, a discouraging realization that "I cannot know myself". There is a degree of loss of personhood as the individual acquires the belief that only the expert can accurately evaluate him, and that therefore the measure of his personal worth lies in the hands of another. The more he acquires this attitude, the further he would appear to be from any sound therapeutic outcome, any real achievement of psychological growth" (Rogers, 1951, pp. 223-224).

Konklusjon: Å forholde seg konsekvent til andre mennesker ut fra et system som DSM IV er logisk uforenlig med god psykologisk behandling.

Til slutt bør også nevnes den brennmerkende ("stigmatiserende") og sosialt sykdomsoppretholdende ("stemplende") virkning anvendelse av diagnostiske systemer har.

Alle beskrivelser av en person innebærer vurderinger, dvs. personen tillegges gode eller dårlige egenskaper. Å tillegge et menneske dårlige egenskaper gjør vondt, og fører vanligvis til sinne, angst eller depresjon. I enkelte tilfeller kan det ødelegge forholdet til vedkommende. Vårt selvilde, eller vår identitet, utgjør kjernen i våre personlige liv. Mens positive vurderinger kan innebære en forbedring av selvbildet, betyr negative vurderinger ikke bare en forverring av det, men også et implisitt krav om at personen må forandre seg. Hvis dette krav av ulike grunner ikke kan innfris av personen, vil den negative vurdering føre til et uleget sår (Smedslund, 1983). Det er derfor uvegerlig knyttet et betydelig

etisk ansvar til det å gi beskrivelser av klienter, og spesielt beskrivelser som nedtegnes i journaler, søknader, osv., dvs. i dokumenter som ikke uten videre lar seg slette, og som ofte blir tatt meget alvorlig av dem som klienten kommer i befatning med.

DSM IV-diagnoser kan neppe sies å representere positive vurderinger. Det ligger allerede i at alle kategoriene i systemet kalles "forstyrrelser", dvs. den som faller inn under en eller flere av dem er "avvikende", "fungerer ikke som man skal eller bør", "har en feil av et eller annet slag", osv. I tillegg kommer at nesten alle "forstyrrelsene" har betegnelser med negative semantiske over- eller undertoner i den alminnelige befolkning (knfr. f.eks. "schizofren", "manisk", "paranoid"). Ikke minst gjelder dette personlighetsdiagnosene, som for en realistisk og uhildet sosialpsykologisk betraktning neppe kan oppfattes som annet enn sterkt nedvurderende. Hvordan vil leseren like å bli betegnet som "tvangspreget", "avhengig", "ustabil", "antisosial", "dramatiserende", "narsissistisk", osv.? Når man dessuten betenker at DSM IV systemet har liten validitet i den forstand at det ikke angir, og i prinsippet heller ikke kan angi, entydige og holdbare terapeutiske anvisninger (se senere), blir DSM IV-diagnostisering også en etisk betenkelig praksis.

Diagnoser (også DSM IV-diagnoser) forblir sjelden en ikke-kommunisert og "privat" viten. De nedtegnes i journaler, epikriser, søknader, og andre dokumenter. Disse lagres og oppbevares over tid, og forfølger personen så lenge vedkommende befinner seg i behandlingssystemet, eller nært tilknyttede systemer (som f. eks. trygde- og rehabiliteringssystemet), av og til også langt utover dette. I den utstrekning nye behandlere leser dokumentene og merker seg diagnosene, er konsekvensen at personen om og om igjen blir møtt med de samme selektivt pregede, realitetsfastfrysende, selvoppfyllende og negative forventningene. Selve det sosiale systemet omkring personen vil ha en tendens til å opprettholde det potensielt realitetsdefinerende (potensielt sykdomsfremkallende og sykdomvedlikeholdende) "speilet" som det diagnostiske systemet representerer.

Metateoretiske argumenter

I det foregående gjorde vi oppmerksom på at DSM IV og beslektete systemer er utformet innenfor et paradigme der hjørnesteinene er (1) sykdomstenkning, (2) realisme, (3) empirisme og (4) en teknisk-instrumentell praksisoppfatning.

Sykdomsmodellen

DSM IV opererer med et begrep 'mental forstyrrelse' som har følgende begrepskjennetegn (APA, 1994a, pp. xxi-xxii):

(i) Det skal dreie seg om et klinisk viktig *adferdsmessig eller psykologisk mønster (syndrom)*. X. (ii) X skal opptre i et individ. (iii) X skal være forbundet med enten et (subjektivt) *plagsomt symptom*, eller med *reduksjon* på et mer eller mindre viktig *funksjonsområde*, eller begge deler. (iv) X skal være uttrykk for en *adferdsmessig, psykologisk eller biologisk dysfunksjon*. (v) X skal ikke foreligge bare i *relasjonen individ-samfunn*.

Begrepet synes å være en vag analogi (knfr. uttrykk som f. eks. "klinisk viktig", "plagsomt", "mer eller mindre") til det sykdomsbegrep man opererer med innenfor somatisk medisin. Det kan være grunn til å mene at det bl.a. hviler på følgende to forutsetninger:

For det første en art *dualisme* der det skjelles mellom et ytre, observerbart *symptomplan* (som impliserer distress (disability) og et underliggende (ikke-observerbart) *dysfunksjonsplan* (en underliggende 'forstyrrelse'), der den underliggende dysfunksjon befinner seg (inne) i individet.

For det andre en *dekontekstualiserende tenkning*, der 'mentale forstyrrelser' søkes oppfattet som symptomer eller syndromer som kan *isoler*es og forstås isolert, dvs. *uavhengig av kontekst*. Orienteringen er også individorientert: 'Mentale forstyrrelser' forstås som noe i personen, noe som kan begripes mer eller mindre løsrevet fra personens *relasjoner* til andre personer, eller fra personens forhold til samfunnet.

Begge forutsetninger har en tvilsom karakter (som blir omhyggelig utdypet i en omfattende studie av Finstad, Gran og Sødal (1979)):

(a) Sammen med en empiristisk årsakstenkning, som bare kjenner kontingente eller *utvendige* forhold (Østerberg, 1966), fører *dualismen* via en lang rekke ondartede epistemologiske problemer (bl. a. ytterverdensproblemet og problemet med den andres bevissthet) konsekvent gjennomtenkt til at man må innta et uholdbart *solipsistisk* standpunkt (Malcolm, 1971; Rognes, 1974, 1977). Den nære sammenheng mellom empirisisme, objektivisme og solipsisme er forøvrig vel kjent (Østerberg, 1966; Malcolm, 1971).

(b) Å betrakte et fenomen i lys av den (helhets-) sammenheng det inngår i, dvs. å betrakte det i kontekst, er med et Hegelsk uttrykk det samme som å betrakte det *konkret*. Siden psykologiske og sosiale fenomener (psykologiske fenomener er forøvrig alltid sosiale) i motsetning til naturfenomener er meningsfenomener (meningsfylte) følger det at de må forstås konkret, langs såvel (a) en *historisk* som

(b) en *sosial* dimensjon:

(a) Et psykologisk fenomen er historisk konkret for såvidt dets mening, dvs. hva vi identifiserer det som, er historisk betinget. Fenomenets identitet avhenger av den historiske situasjon vi befinner oss i. Et eksempel: München-forliket fra 1938, som åpnet Tsjekkoslovakia for Hitler, ble av vestmaktene opprinnelig feiret som en seier for freden:

"Med utbruddet av den annen verdenskrig året etter ble det betraktet som en katastrofal politisk bommert. I etterkrigstiden, med adgang til mer informasjon, er avtalen blitt tolket som en taktisk utsettelse fra vestmaktens side for å vinne tid til opprustning" (Kvale, 1972, s. 60). (Se forøvrig Kvale, 1971).

(b) Et psykologisk fenomen er imidlertid også sosialt konkret fordi vi ikke kan identifisere det korrekt, eller forstå det, utenfor og uavhengig av den sosiale og materielle (totale) sammenheng som det opptre i. En hevet arm med utstrakt håndflate betyr ikke det samme (og er følgelig ikke det samme) i det følgende situasjoner: (i) P er viking og treffer en frende, (ii) P er medlem av Hitlerjugend og deltar på et nazistisk ungdomsmøte, (iii) P strekker seg etter en bok som befinner seg høyt oppe i bokhyllen, (iv) P hilser på en venn som ennå befinner seg langt unna - anno 1999. Sosiale fenomener kan således ikke uten videre isoleres, f.eks. gjennom kontrollerte empiriske studier, uten at de underkastes en transformasjon med hensyn til meningsinnhold, hvilket igjen innebærer at de skifter identitet og blir helt andre fenomener. Empirisk-psykologisk (og psykiatrisk) forskning står derfor kontinuerlig overfor et problem knyttet til *ytre validitet*.

Med bakgrunn i det ovenstående kan det hevdes at den tendens til *akontekstuell tenkning* som preger DSM IV strider mot psykologiske fenomeners "vesen". Den er altså *prinsipielt forfeilet* i forhold til selve beskrivelsesobjektet. Men hertil kommer også at den samme tendens har en rekke andre uheldige konsekvenser, bl. a. blir mentale problemer lett *individualisert (privatisert)*, slik at en vanskeligere får øye på deres avhengighet av familiemessige, sosiale, økonomiske og ikke minst politiske forhold. Slik sett kan det være grunn til å mene at et diagnostisk system som DSM IV fungerer *politisk undertrykkende*. (Knfr. Finstad, Gran og Sødal, 1979.)

DSM IV's bruk av uttrykk som "forstyrrelse" og "dysfunksjon" synes forøvrig ytterligere å understreke at man (parallelt til vulgærmaterialistiske oppfatninger av legemlig sykdom) betrakter mentale problemer som en kausal konsekvens av en slags "feil" i personen, oppfattet som en art "maskin" ("maskinfeil"). Mentale problemer fortolkes i termer av *upersonlig*, ikke *personlig kasusalitet*. (Heider,

1958; Ericsson, 1973). Konsekvent gjennomført innebærer en slik fortolkningsmåte en vidtgående *tingliggjøring* av personen. Dersom denne fortolkningsmåten overtas av personen selv (og presset vil uvegerlig gå i denne retning), blir resultatet lett en *ansvarsfraskrivelse* som heller svekker enn styrker muligheten for vellykkete psykologiske og psykososiale behandlingstiltak.

Realisme

Den realisme som ligger til grunn for DSM IV innebærer at 'mentale forstyrrelser' - på samme måte som somatiske sykdommer - oppfattes som en slags reelt eksisterende "entiteter" ("der ute"). De eksisterer uavhengig av språk, samfunn og kultur. Derfor kan de studeres med de samme metoder (den samme metodeholdning) som i naturvitenskapene.

En litt "naiv" realisme som dette lar seg avvise med henvisning til at de fenomener vi studerer i psykologien og psykopatologien representerer en *menneskeskapt virkelighet*, strukturert av et menneskeskapt språk og en menneskeskapt kultur. Denne omfatter såvel forsker som forsøksperson (målperson, informant). Forskning på psykologiens område innebærer at forskeren egentlig bare studerer *seg selv*, og dette kan ikke innebære *nyhet* i betydningen "viten om sammenhenger som eksisterer helt utenfor og uavhengig av erkjennelsessubjektet, og som man ikke hadde noen form for kunnskap om på forhånd" (realisme). Hvis man selv har laget noe, X, og deretter studerer X, kan man ikke hevde at det man studerer er helt nytt og ukjent for en. I kraft av at vi er kompetente brukere av dagligspråket og kompetente medlemmer av kulturen har vi *allerede* en omfattende forståelse og kunnskap om psykologiske og "psykopatologiske" fenomener, om enn denne forståelse og kunnskap, dvs. "psykologiske common sense", har en intuitiv, implisitt eller ikke-reflektert bevisst form, dvs. vi vet, men vet ikke alltid at vi vet det vi vet. På tross av sin tilsynelatende vitenskapelige og "objektive" form parasiterer et system som DSM IV hele tiden (som vi skal se) på denne "psykologiske common sense".

Empirisme

DSM IV forutsetter en *empirisme* som innebærer (a) at det i psykiatri og klinisk psykologi (psykopatologi) skulle være mulig å etablere lover som både er allmengyldige og empirisk prøvbare, og, i tråd med dette, (b) at relasjonene mellom kriteriene innenfor de enkelte diagnosene i systemet, mellom diagnosene innbyrdes, osv. skulle være empiriske og kontingente. Ingen av disse forutsetningene holder:

(a) For det første har det i psykologi og psykiatri vist seg umulig å formulere lover som *både* er generelt gyldige og empirisk prøvbare. (Knfr. Smedslund, 1991, 1995; Rognes, 1995, 1997. Se særlig Rognes, 1999a, der argumentasjonen blir nøye gjennomgått og sammenfattet.). Dette henger sammen med menneskets *historiske og selvfortolkende eksistensmåte*. Enhver statistisk lov kan alltid falsifiseres ved at personen lærer å oppføre seg på en annen måte enn loven sier. Dynamiske lover (forandringslover, læringslover) kan alltid falsifiseres ved metalæring, dvs. ved at personer lærer å lære, lærer å lære å lære, osv. Ethvert presumptivt generelt gyldig og empirisk prinsipp kan derfor falsifiseres ved at man tilrettelegger en egnet læringsprosedyre. Dette betyr at empirisk-psykologiske utsagn aldri kan være allmengyldige, men bare kan ha en *lokal*, dvs. en sosiokulturelt og historisk begrenset gyldighet. Unntaket er utsagn som gjelder innenfor psykologiens grensedisipliner, f.eks. utsagn som relaterer fysiske og biologiske variabler til psykologiske.

Når det gjelder de generelle teoretiske prinsipper som har fremstått som relativt stabile og populære opp gjennom psykologiens historie, viser de seg ved nærmere undersøkelse å være *a priori og nonkontingente (nødvendig sanne)*. Et eksempel er Skinners velkjente forsterknings-prinsipp, A: "Hvis en handling, H, i situasjonen, S, (dvs. en "operant") etterfølges av en positiv forsterker, Rf, så vil sannsynligheten for H i S øke". Hva er imidlertid en "positiv forsterker"? Den eneste allmengyldige formulering (definisjon) man har kunnet gi er, B: "En positiv forsterker er enhver hendelse som øker sannsynligheten for en forutgående H i S". Det sirkulære eller nonkontingente i dette er imidlertid åpenbart. Innsettes nemlig B i A får vi: "Hvis en H i S etterfølges av en hendelse som øker sannsynligheten for H i S, så vil sannsynligheten for H i S øke". Tilsvarende analyser kan fremlegges når det gjelder andre presumptivt allmengyldige prinsipper, således lærings-"lovene" ("tilhørighetsloven", "lovene" for overføring av læring), frustrasjons-aggresjonshypotesen, dobbel-bind hypotesen, grunnantagelsene i kognitiv dissonanst teori, Seligmans teori om lært hjelpeløshet (Smedslund, 1984), deler av C. R. Rogers terapiteori (Rognes, 1978a), osv. osv.

Dersom det ovenstående er riktig, vil det *aldri* bli mulig å etablere empirisk-psykologiske diagnose-systemer med annet enn en "lokal" sosial og historisk gyldighet. Systemene vil, i tråd med historiske, sosiale og kulturelle forandringer, måtte revideres og revideres i det uendelige, slik det allerede er blitt gjort siden Kraepelins tid. DSM IV vil etterfølges av

DSM V, DSM VI, DSM VIII, osv. DSM-systemene vil aldri kunne bli objektivt-vitenskapelige klassifikasjoner av "mentale forstyrrelser" slik disse "er". De vil forbli scientistisk-pedantiske beskrivelser av den mellompersonlige og den personlige lidelses skiftende uttrykksformer. "En psykiatri i ruter og rubrikker" (Hamsun), underkastet en uendelig metamorfose.

(b) På den annen side: I den grad et diagnosesystem, eller deler av det, skulle vise seg å ha generell gyldighet, vil det bero på at de relasjoner som inngår i systemet er "tankenødvendige", dvs. *ikke-kontingente*, og bare gjenspeiler forholdene mellom de begreper som vi *må* anvende for å kunne forstå det domene som dekkes av systemet. Dette er, etter undertegnede oppfatning, i høy grad tilfelle når det gjelder klassifikasjonen av "personlighetsforstyrrelser" i DSM IV. Men synspunktet kan sansynligvis også anlegges på de øvrige deler av systemet. Som et eksempel kan vi bruke diagnosen "Unnvikende personlighetsforstyrrelse". (Rognes, 1998a.) Den avgrenses slik:

"A. Et vedvarende mønster av sosial tilbakeholdenhet, en følelse av ikke å strekke til, og overfølsomhet for negative vurderinger, som starter i tidlig voksen alder, og som manifesterer seg i en rekke sammenhenger, angitt ved minst fire av følgende kriterier:

(1) Unngår sosiale og yrkesmessige aktiviteter som innebærer mye mellommenneskelig kontakt av frykt for kritikk, misbilligelse og avvisning.

(2) Er ikke villig til å involvere seg med andre mennesker så sant vedkommende ikke er sikker på å bli likt.

(3) Er tilbakeholdende i intime forhold av frykt for å bli beskjemet eller latterliggjort.

(4) Er besatt av frykten for å bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner.

(5) Er hemmet i nye situasjoner på grunn av følelsen av utilstrekkelighet.

(6) Ser på seg selv som sosialt udyktig, som en som mangler personlig appell, eller er mindre verdt enn andre.

(7) Er uvanlig nølende når det gjelder å ta sjanser eller å involvere seg i enhver ny aktivitet, fordi vedkommende tenker de kan føre en i forlegenhet" (APA, 1994a, p. 662).

Forholdene mellom kriteriene i denne diagnosen består av et mylder av *nonkontingente* relasjoner. Bare noen få av dem kan antydes her.

Kriterium (1) impliserer f. eks. Kriterium (2), Kriterium (3) og Kriterium (7). Det er direkte motsigelsesfylt å hevde at en person som unngår sosiale aktiviteter pga. av frykt for kritikk, osv., dvs. Kriterium (1), reservasjonsløst skulle være villig til å

involvere seg med andre, altså Kriterium (2), eller skulle være uanfektet i intime forhold uten frykt for å bli beskjemet eller latterliggjort, mao. Kriterium (3), samt at vedkommende uten tanke på mulig forelegenhet skulle involvere seg i nye aktiviteter med andre mennesker, dvs. Kriterium (7). Osv.

Det kan være grunn til å anta at et betydelig antall av interkriterie- og interdiagnose-relasjonene i DSM IV, gitt en rimelig avgrensning av de involverte begreper, ikke er empiriske og kontingente, men tvertimot a priori og nonkontingente. Det er derfor sansynlig at mye av den forskningsvirksomhet som tar sikte på å validere systemet har karakter av å være *pseudoempirisk*.

Det er en avgjørende forskjell mellom det å *forstå* at det er en sammenheng mellom (A) "mistillit til andre" og (B) "motvilje mot å åpne seg for andre", og det å *konstatere* at det er en korrelasjon på 0.87 mellom de nevnte variablene (A) og (B) (Karlsson, 1995). Det siste innebærer at det skulle være mulig å finne personer som er både mistillitsfulle og åpne på en og samme tid. Dette er klart absurd. I den grad DSM IV er et psykologisk system, synes det således å *representere en empiristisk "blind" og inadekvat forståelse av et virkelighetsdomene som i vid utstrekning er kulturelt-språklig konstituert og strukturert*.

Det instrumentalistiske mistaket

Ut fra den tankegang som ligger til grunn for DSM IV må diagnose og behandling forstås som *teknisk-instrumentell* praksis. Når det gjelder slik praksis kan man skjelne mellom to oppfatninger: (a) En *totaliserende*, som går ut på at all psykologisk praksis kan være av denne art, og (b) en *ikke-totaliserende*, som går ut på at selv om ikke all praksis kan være teknisk-instrumentell så er det ønskelig å strebe etter at mest mulig praksis blir slik. (Knfr. debatten om "forskningsbasert praksis" i Tidsskrift for Norsk Psykologforening (1998))

(a) Den første oppfatningen holder ikke av følgende grunner:

(i) Oppfatningen innebærer at *all* atferd er lovbestemt, dvs. at mennesket er et *absolutt determinert system*. Men en slik absolutt determinisme er (bl. a.) selvreferende inkonsistent dersom den pretenderer å være en *sann* doktrine. Ut fra denne doktrinen blir det nemlig umulig for en person å avgjøre om noe er sant ut fra fornuftsoverveielser, en person kan alltid bare si det personen *må* si. Dette må imidlertid også gjelde for doktrinen selv, som derfor ikke kan sies å være sann i noen meningsfylt betydning av dette ord. Den er bare noe enkelte *må* si (Vestre, 1967; Skirbekk, 1971).

(ii) At mennesket er et absolutt determinert system

betyr videre at all menneskelig atferd i prinsippet kan predikeres. Men da må også alt *det nye* som skjer kunne forutsies, og dette er en begrepsmessig urimelighet ettersom det nye pr. definisjon er det *uforutsigbare*. Siden det nye (overskridelsen) er et faktum i den menneskelige eksistens, faller en absolutt determinisme (Popper, 1950; Østerberg, 1966, 1971).

(b) Den andre oppfatningen faller fordi det i hvert fall er tre hovedbetingelser

".../som må være tilstede/ for at vitenskap skal kunne anvendes på et problem. Man må ha tid til å planlegge, analysere, legge til rette; man må ha kontroll, slik at betingelsene kan manipuleres eller iethvertfall registreres systematisk i sine forandringer, og fremfor alt må man operere med reversible prosesser, slik at replikasjon og reproducerbarhet er prinsipielt mulig. Uten å gå nærmere inn på dette, kan jeg bare si at i profesjonelt psykologisk arbeid har man aldri tid nok, aldri kontroll nok, og fremfor alt dreier det seg om historiske prosesser, dvs. irreversible, slik at replikasjon ikke er mulig. Som i alle møter mellom mennesker må psykolog og klient fungere konkret, dvs. i kontekst, og bare ved denne funksjonsmåte kan mening fremtre og deles. Abstrasjon (dvs. isolering) av et overkommelig antall reversible variabler er en umulighet" (Smedslund, 1975, s. 55).

Til slutt forutsetter både oppfatning (a) og (b) at det lar seg gjøre å etablere *lover* for menneskelig atferd som både er universelt gyldige og empirisk prøvbare. Ovenfor har vi imidlertid argumentert for at dette ikke er mulig.

En skisse av et alternativ

I det foregående har vi kritisert det diagnostiske systemet DSM IV både med henblikk på det *empiristiske* paradigmaet som ligger til grunn, og med henblikk på de behandlingsmessige konsekvensene et system av denne type er forbundet med. Hvis synspunktene tas alvorlig, vil det ha vidtrekkende konsekvenser ikke bare for forståelsen av klinisk-psykologisk og psykiatrisk teori og forskning, men også for forståelsen av den behandlingsmessige tilnærming. Noen viktige konsekvenser skal kort antydes.

Den "blinde" empirisme som ligger til grunn for hovedstrømmen av klinisk-psykologisk og psykiatrisk teori og forskning, inkludert systemer som DSM IV, må oppgis. Så langt vårt emne er *personer*,

betyr dette at vi må tenke og handle i termer av det felles psykologiske begrepssystem som ligger innebygget i dagligspråket, dvs. vår "psykologiske common sense" og ikke i termer av semitekniske og (i Hegels forstand) abstrakte kategorisystemer, som f. eks. DSM IV. Forskningsmessig kan veien frem mot generelt gyldig kunnskap ikke gå gjennom tradisjonell empirisk forskning, som f. eks. å "forbedre" DSM IV gjennom flere korrelasjonsstudier, metaanalyser av ulike typer empiriske undersøkelser og ekspertkonferanser. Den må snarere gå gjennom en mer nøyaktig og forfinet analyse av det begrepssystem som vi alle bruker, og *må* bruke, for å forstå mentale problemer, dvs. gjennom en videre utvikling av psykologikken. (Smedslund, 1988, 1997; Rognes, 1996.) Dette innebærer økt vekt på begrepsanalyse og systematisering av resultatene av begrepsanalytisk arbeid.

Gitt den argumentasjon som er fremført her, kan klinisk praksis ikke oppfattes som en teknisk-instrumentell anvendelse av generelt gyldig empirisk kunnskap med utgangspunkt i en diagnostisk fiksering av problemet. Heller enn som en lege eller som en ingeniør må psykologen oppfattes som en "bricoleur" (altmuligmann) (Levi-Strauss, 1962) som forholder seg til konkrete (unike) personer som befinner seg i en konkret (unik) livssituasjon, og som finner løsninger som er skreddersydd til den enkelte. (Knfr. Rognes, 1998b.) Psykologen forstår, predikerer og handler ("navigerer") ut fra et empirisk "usårbart" psykologisk begrepssystem som han/hun deler med dem han/hun skal hjelpe, psykologikken. Et slikt system gir også grunnlag for å konstruere praktiske prosedyrer som kan fungere i den aktuelt foreliggende sosiale og historiske situasjon. (Rognes, 1999b.)

Innenfor rammen av dette syn mister diagnoser i tradisjonell forstand sin betydning. Det å klassifisere personer i overenstemmelse med kategorisystemer som er mer eller mindre "vindskjeve" i forhold til, og egentlig ikke overskrider, common sense (knfr. den foregående analyse av "Unnvikende personlighetsforstyrrelse"), og som hertil virker fastfrysende på ens oppfatning av den andre personen, blir behandlingsmessig meningsløst. "Diagnose" blir istedenfor et spørsmål om hvordan man mest mulig effektivt skal kunne skaffe seg informasjon om, og danne seg en forståelse av den andres subjektivt unike livssituasjon (dvs. livssituasjonen *slik den fremtrer for personen*). Bare ut fra en slik forståelse blir det mulig å forklare og forutsi den andres handlinger og forholde seg behandlingsmessig fornuftig. Denne informasjons- og forståelsessøken består ikke i en avgrenset operasjon forut for behandlingen, men må oppfattes som en

vedvarende kommunikasjonsprosess der målet er en høyest mulig grad av enighet mellom psykolog og klient om hva som er likeverdig med, følger av, motsier og er irrelevant for klientens uttrykk til enhver tid. (Smedslund, 1970.) I denne prosessen forutsettes *nødvendigvis* den delte psykologiske forståelse som ligger innebygget i dagligspråket, og jo mer *eksplisitt* denne forståelsen er, jo mer bevisst og målrettet vil prosessen også kunne styres fra psykologens side. Bl. a. heri ligger den praktiske nytten av psykologikken.

I den praktiske behandlingshverdag vil det ofte være nødvendig å videreformidle "diagnostisk" informasjon til kolleger og medarbeidere. Ut fra det foregående skulle det være klart at bruk av DSM IV's personlighetsdiagnoser vil ha liten eller tvilsom verdi i denne forbindelse. Det avgjørende må være å formidle et bilde av den andre som klargjør *hans eller hennes subjektive problem- og situasjonsforståelse*, og det på en slik måte at den "indre" (psykologiske) sammenhengen i bildet trer tydelig frem. Og dette bør gjøres med bruk av vanlige norske ord og uttrykk (dvs. dagligspråket), med klar referanse til forståelsens *prinsipielt foreløpige* (uavsluttede) og *subjektivt* (eller snarere *intersubjektivt*) bestemte karakter, og med et skarpt blikk for formidlingens *etiske* aspekter.

Litteratur

- American Psychological Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychological Association. (a)
- American Psychological Association (1994). *Clinical Interview Using DSM IV*. Vol. 1. Washington, DC: American Psychological Association. (b)
- American Psychological Association (1994). *Clinical Interview Using DSM IV*. Vol. 2. Washington, DC: American Psychological Association. (c)
- American Psychological Association (1994). *DSM IV Sourcebook*. Vol. 1. Washington, DC: American Psychological Association. (d)
- American Psychological Association (1994). *DSM IV Sourcebook*. Vol. 2. Washington, DC: American Psychological Association, 1994. (e)
- Bentall, R. P. (1990). *Reconstructing schizophrenia*. London: Routledge.
- Boyle, M. (1990). *Schizophrenia - A scientific delusion?* London: Routledge.
- Bradley, R. & Swartz, N. (1979). *Possible worlds: An introduction to logic and its philosophy*. Oxford, England: Blackwell.
- Chadwick, P., Birchwood, M., & Trower, P. (1997). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. New York: John Wiley & Sons.
- Chapman, L. J., & Chapman, J. P. (1969). Illusory correlation as an obstacle to the use of valid diagnostic signs. *Journal of abnormal psychology*, 74, 271-280.
- Eriksen, K. (1973). Personlig og upersonlig kausalitet. I: Hem, L. & Holter, H. (Red.) *Sosialpsykologi*. En del norske bidrag gjennom 20 år. Oslo: Universitetsforlaget, 522-539.
- Finstad, M., Gran, S. & Sædal, I. J. (1979). Sykdomsanalogien i psykologien. En kritisk undersøkelse av teoretisk og filosofisk grunnlag, samt av praktiske og samfunnsmessige konsekvenser. Hovedoppgave. Oslo: Psykologisk institutt.
- Gullestad, S. (1992). *Å si fra. Autonomibegrepet i psykoanalysen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heider, F. *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley, 1958.
- Hempel, C. G. (1966). *Philosophy of natural science*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Karlsson, G. (1995). Att korrelera fakta eller att tolka mening: Två olika kunskapssteoretiska projekt inom psykologisk forskning. *Nordisk Psykologi*, 47, 4, 256-274.
- Kringlen, E. (1992). Personlighetsdiagnostikkens historie. Forelesning holdt ved kurset "Grunnlagsproblemer i psykiatrien". Oslo: Psykiatrisk klinikk, Vindern.
- Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kvale, S. (1971). Den ahistoriske og asosiale positivisme. Stensil. Oslo: Psykologisk institutt.
- Kvale, S. (1972). Hukommelse og dialektikk. *Impuls*, 26, 3-4, 50-64.
- Kim, J. (1967). Explanation in science. In: Edwards, P. (Ed.) *The Encyclopedia of Philosophy*. New York: MacMillan 3, 159-163.
- Levi-Strauss, C. (1962). *The savage mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Malcolm, N. (1971). *Problems of mind*. Descartes to Wittgenstein. London: Allen & Unwin.
- Nagel, E. (1961). *The structure of science*. Problems in the logic of scientific explanation. London: Routledge and Kegan Paul.
- Næss, A. (1966). *Logikk og metodelære*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Orne, M. T. (1962). On the social psychology of the psychological experiment: With particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologist*, 17, 776-783.
- Popper, K. R. (1950). Prediction and invention. *British Journal for the Philosophy of Science*, 1, 2-3.
- Popper, K. R. (1973). *Kritisk rationalisme*. Udvalgte essays om videnskab og samfund. København: Nyt Nordisk Forlag.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rognes, W. (1974). *Det fenomenologiske felt*. En kritisk drøftelse av noen epistemologiske aspekter ved opplevelsesebegrepet i klient-sentrert teori. Stensil. Oslo: Psykologisk institutt.
- Rognes, W. (1977). Experience and solipsism. On the dualistic foundation of client-centered theory. *Journal of Phenomenological Psychology*, 7, 2, 123-147.
- Rognes, W. (1978). Some metatheoretical notes on C. R.

- Rogers' theory of therapy and personality change. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 15, 3, 3-10.
- Rognes, W. (1995). Selvfølelsens psykologikk. Bind I-IX. Fotokopiert. Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Rognes, W. (1996). Selvfølelsens psykologikk. Doktoravhandling. SV-fakultetet, Universitetet i Oslo.
- Rognes, W. (1998). DSM IV: Noen kritiske bemerkninger. *Impuls*, 52, 2, 38-44. a
- Rognes, W. (1998). Psykologikk og praksis. *Impuls*, 52, 3, 66-71. b
- Rognes, W. (1999). Om generelle teorier i psykologi og psykiatri. *Impuls. Tidsskrift for psykologi*, 53, 3, 78-91. a
- Rognes, W. (1999). Pseudoempirisk forskning: Det ikke-empiriske, det empiriske og det pseudoempiriske. Upublisert manuskript. b
- Rosenthal, R. (1966). *Experimenter bias in behavioral research*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Smedslund, J. (1963). The concept of correlation in adults. *Scandinavian Journal of Psychology*, 4, 165-173.
- Smedslund, J. (1970). Circular relation between understanding and logic. *Scandinavian Journal of psychology*, 11, 217-219. (b)
- Smedslund, J. (1975). Arbeidsnotater om kriseintervensjon. mm. Stensil. Oslo: Psykologisk institutt.
- Smedslund, J. (1981). The logic of psychological treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 22, 65-77.
- Smedslund, J. (1983). *Praktisk psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Smedslund, J. (1984). What is necessarily true in psychology? In: Royce, J. R., & Mos, L. P. (Eds.): *Annals of Theoretical Psychology*. New York: Plenum, 2, 295-302.
- Smedslund, J. (1988). *Psycho-logic*. New York: Springer-Verlag.
- Smedslund, J. (1991). The pseudoempirical in psychology and the case for psychologic. *Psychological Inquiry. An International Journal of Peer Commentary and Review*, 2, 4, 325-338.
- Smedslund, J. (1995). Psychologic: Common sense and the Pseudoempirical. In: Smith, J. Harré, R. and Van Langhove, L. (Eds.) *Rethinking Psychology*. London, Sage, 196-206.
- Smedslund, J. (1997). *The Structure of Psychological Common Sense*. London: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Smedslund, J. (1998). Hvorfor klinisk forskning og klinisk praksis ikke går hånd i hånd. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 35, 1090-1095.
- Smedslund, J. (1999). Psykologikk, forskning og praksis. Svar til Geir Overskeid. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 3, 228-231.
- Skirbekk, G. (1971) *Nymarxisme og kritisk dialektikk*. Oslo: Pax forlag.
- Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. (1998). 35, 11.
- Vestre, B. (1966). *Sartre*. Oslo: Pax.
- Østerberg, D. (1966). *Forståelsesformer*. Et filosofisk bidrag. Oslo: Pax, 1966.
- Østerberg, D. (1971). *Meta-sosiologisk essay*. Oslo: Universitetsforlaget.

Waldemar Rognes
Psykologiske klinikker
Psykologisk institutt
NTNU