

# Diskursen om diagnosen

---

Ein intervjustudie av kliniske psykologar



---

**UiT** / THE ARCTIC UNIVERSITY  
OF NORWAY

**Institutt for psykologi – Det helsevitenskaplege fakultet**

**HOVUDOPPGÅVE PSY 2901 Vår 2016**

**Guri Annesdotter Norddal**

**Vegleiar Svein Bergvik og Bivegleiar Olaug S. Lian**

## **Forord**

Denne hovudoppgåva blei utført våren 2016 på femte året ved profesjonsstudiet for psykologi ved Universitetet i Tromsø - Noregs arktiske universitet. Som snart utdanna psykolog har eg lagt merke til ulike debattar innan fagfeltet om psykisk helse. Kritikken til fagfeltet toppar seg ofte rundt revideringa av diagnosesystema. Dei som stiller seg kritiske til utviding av diagnosesystema hevdar ein er i ferd med å sjukleggjere større delar av menneskelivet. Eg blei nysgjerrig på å høre kva psykologar meiner om dette temaet. Eg har bakgrunn innan idéhistorie, og det falt meg derfor naturleg å undersøkje dette med eit kritisk blikk og med ein bestemt filosofisk teoretisk ståstad.

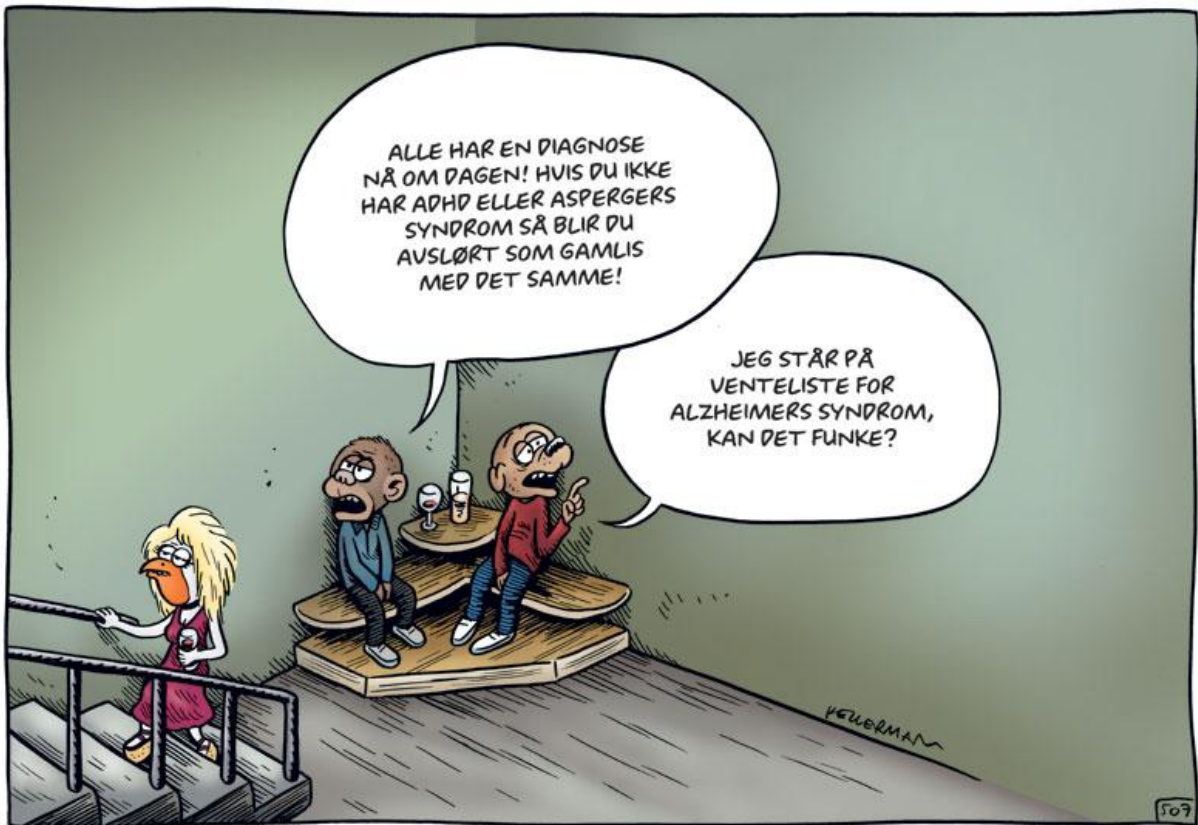
Eg vil rette ein stor takk til alle som stilte opp og deltok på intervju. Eg setter stor pris på at disse personane var villig til å delta, dei har kome med mange spanande betraktningar. Eg vil og takke min hovudvegleiar Svein Bergvik og bivegleiar Olaug S. Lien. Dei har bidratt med mange verdifulle betraktningar og innspel gjennom heile oppgåveprosessen og slik hjupe meg fram i arbeidet. Til sist vil eg takke min tolmodige og støttande samboar, Stefan Amlie. Takk for at du laga mat, rydda hus, tok barnestell og leste hyppige korrekturar.

## **Samandrag**

Fleire hevdar vi er kome i ei "krise" i dagens psykiatriske praksis. Fagfolk begynner i større grad å bekymre seg for inflasjon i diagnoser og kome med alternative syn på handtering av psykiske lidningar. Er dagens psykiatriske diagnosesystem klar for utskifting? Denne oppgåvas hensikt er å skildre korleis psykologar tenkjer kring diagnoser og diagnostisering, samt diagnosars rolle i klinisk praksis og samfunn. Det er nytta kvalitativ metode og oppgåva er basert på intervju av åtte kliniske psykologar, den er skrevet med eit sosialkonstruktivistisk perspektiv og med ein diskursanalytisk metodikk. Oppgåva inneheld ein teoridel, resultatdel og diskusjonsdel. Resultatdelen er inndelt i tre ulike diskursar der eg ser på diagnosen på ulike nivå; ein omgrepdiskurs som ser på korleis psykologar skildrar diagnosen og den psykiske lidinga. Ein systemdiskurs som tar for seg korleis diagnosen blir praktisert og ein patologiseringsdiskurs som ser på konsekvensane dette kan få for samfunnet. I denne oppgåva blir det illustrert korleis dei ulike diskursane kjempar mot kvarandre. Gjennom diskursiv kamp kjem det fram korleis "diagnosen" har vore og er i stadig endring og bevegelse. Diagnosesystemet er i endring og det er ueinigheit om denne endringa skal skje gjennom ein gradvis prosess eller ein radikal utskifting av systemet.

*Nøkkelord:* diagnose, psykisk lidning, diagnostisering, diagnosesystem, psykologi, psykiatri, stigma, sjølvoppfyllande profetiar, diagnosemakt, individfokus, patologisering.

1



<sup>1</sup> Biletet er gjengjeve med tillating frå Lasse Espe/STRAND COMICS

## Innhaldsforsteikning

1. Introduksjon .....	7
1.1 Problemstilling og forskingsspørsmål .....	8
1.2 Diagnosesystema – ICD og DSM.....	8
1.3 Aksar og vurdering av funksjonstap .....	11
1.4 Relevante definisjonar .....	12
2. Kritikk til ein etablert instans.....	13
2.1 Psykiatrien som vitskapleg praksis .....	13
2.2 Patologisering av menneskelivet .....	15
2.3 ”Spør ikkje kva som er galt, men kva som har skjedd” .....	17
3. Metodisk rammeverk .....	18
3.1 Teoretisk bakgrunn – Modernisme og Postmodernisme .....	18
3.2 Diskursanalyse.....	20
3.3 Kritiske betraktningar .....	22
4. Forskingsdesign .....	23
4.1 Intervjuguide.....	23
4.2 Rekruttering og deltakarar .....	23
4.3 Gjennomføring av intervju .....	24
4.4 Transkripsjonar .....	24
4.5 Etske vurderingar.....	24
4.6 Identifisering av diskursar .....	25
5. Analyse av resultat .....	27
5.1 Ein omgrepsdiskurs .....	27
5.2 Omgrepet ein diagnose .....	27
5.3 Den psykiske lidinga .....	31
5.4 Ein systemdiskurs .....	33
5.5 Diagnosar er eit felles språk .....	33

5.6	Problemskildring i tillegg til diagnosen.....	36
5.7	Makta er i systemet utøvd av språket .....	37
5.8	”Man <u>har</u> diagnosen man <u>er</u> ikkje diagnosen” .....	40
5.9	Diagnostisering medfører eit individfokus .....	44
5.10	Ein patologiseringsdiskurs.....	46
5.11	Eit hus under konstruksjon .....	46
5.12	Eit arbeid utan eit diagnosesystemet .....	50
6.	Diskusjon .....	52
6.1	Omgrepsdiskurs – eit naturvitskapleg eller humanvitskapleg grunnlag?.....	52
6.2	Systemdiskursen undertrykker omgrepsdiskursen .....	54
6.3	Diagnosemakt .....	56
6.4	Sjukdom og sjølvoppyllande profetiar .....	57
6.5	Patologiseringsdiskursen utfordrar systemdiskursen.....	58
6.6	Eit diagnosessystem i endring .....	60
6.7	Oppsummering .....	62
	Referansar.....	65

## 1. Introduksjon

*”Korleis vi skiljar mellom avvik og normalitet, psykisk helse og uhelse, får store følgjar for den enkelte og samfunnet – med juridiske, økonomiske, sosiale og psykologiske implikasjonar” (Ekeland, 2014, s.715) ”I dag har psykologar flest eit likegyldig, pragmatisk forhold til diagnosar, medan mindretalet har ein bevisst, kritisk haldning der omgrepet gjerne gjev negative assosiasjonar til «auking», «stigmatisering» og «medikalisering»” (Madsen, 2014, s.690).*

Sitata er eit utdrag frå nummer 51 av tidsskrift for Norsk psykolog foreining (2014). Denne utgåva har vore ei stor inspirasjonskjelde og illustrerer at problemstillingane er eit aktuelt tema. Er det hald i påstanden til Madsen? Kva meiner psykologar om slike problemstillingar?

Diagnosar er såpass etablert i vår vestlege kultur at ein kan identifisere mange av dei vanlegaste lidningane i nokon av den mest kjente barnelitteraturen. I artikkelen ”Patologi i hundremeterskogen” viste det seg at Ole Brumm og venane hans hadde psykiske lidningar. I dei kjente historiene til Alan A. Milne kan vi møte bjørnen med eteforstyrningar, eselet som er deprimert, haren med ”støv på hjernen” (OCD), den hyperaktive tigeren (ADHD) og grisen med generalisert angstlidning (GAD). Målet med artikkelen var ikkje å kaste eit kritisk lys over Milne sine bøker, men heller over diagnosesystema (Svendsen, 2006).

I ein artikkel i VG + (2016) Hevda legen Gisle Roksund at moderne psykiatri er i krise. Mengda psykiatriske diagnosar har meir ein tredobla seg dei siste 70 åra og snart har dei fleste ein diagnose (Kreutz-Hansen, 2016). Roksund meiner psykiatrien er på ville vegar, at det har gått inflasjon i bruken av diagnosar, han er bekymra over at konsekvensane går ut over dei verkeleg psykisk sjuke. Det blir hevda at normale reaksjonar på ulike livshendingar som før blei vurdert som ein del av livet i dag blir sjukeleggjort. I artikkelen kjem Anne K. Bergem som er leidar av Norsk psykiatrisk foreining med eit motsvar til denne kritikken: ”Hun stusser over at man er så redd for diagnostisering av psykisk sykdom. Når det gjelder fysisk sykdom er det ingen som reagerer. Ingen sier: Nei, nå har vi nok kreftdiagnoser” (Kreutz-Hansen, 2016, s.3). Dette sitatet indikera at Bergem likestillar psykiatriske diagnosar med medisinske. Er det grunnlag for å gje psykiatriske diagnosar lik status som dei medisinske?

Det er hevda om psykologien at faget meir enn nokon anna vitskap rommar eit skilje mellom to disiplinær, mellom naturvitskapane og humanvitskapane. Dette kan være grunnlaget for den indre spenninga som framprovoserar ei polarisering når spørsmålet om ulike psykiatriske diagnosegrupper sin status blir tematisert (Madsen, 2014).

### 1.1 Problemstilling og forskingsspørsmål

Korleis skildrar kliniske psykologar diagnosar og psykisk lidning, og korleis skildrar dei diagnosars rolle i klinisk praksis og på samfunnsnivå? Denne oppgåva har eit dobbelt formål:

1) Å utforske den faglege debatten gjennom fagpublikasjonar. 2) Å utforske den gjennom egne data.

Forskingsspørsmål:

*Korleis vil kliniske psykologar skildre ein diagnose og ein psykisk lidning?*

*Kva vil dei sjå som fordelar og ulemper med eit diagnosesystem i praksis?*

*Korleis stiller dei seg til ein påstand om å være del av patologisering av samfunnet?*

### 1.2 Diagnosesystema – ICD og DSM

I denne oppgåva er det snakk om psykiatriske diagnosar som betegnelse for psykiatriske lidningar. I psykiatrien finnast det to utbreia diagnosesystem, ”The International Classification of Diseases ”( ICD) og det amerikanske ”Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) (Eknes, 2016). Eg vil i denne delen ta for meg kva slags diagnosesystema som er gjeldande for kliniske psykologar i dag.

Diagnosesystema har opp gjennom tida gjennomgått omfattande revisjonar og talreferansen bak fortel kva versjon det er snakk om. Begge systema er tilsikta å være a – teoretiske, det vil sei at dei ikkje er knytt til ein bestemt sjukdomsoppfatning eller terapiforståing. Dei tar heller ikkje omsyn til kulturelle eller religiøse verdiar, i staden skildrar dei personar sine symptom. Ein kan slik sei at diagnosesystema er deskriptive klassifikasjonssystem. Systema er skapt av ei gruppe fagfolk som gjennom mangeårig drøfting i komitear og underkomitear har kome fram til eit foreløpig resultat som uttrykker einigheit mellom fagfolk. Systema blir stadig utsett for revisjonar gjennom slike konsensuskapande komitear (Eknes, 2016).

ICD – 10 er eit internasjonalt system utvikla av Verdas helseorganisasjon (WHO). Rundt 145 land har slutta seg til dette systemet og systemet dekkjer både psykiske lidningar og somatiske plagar. ICD – 10 sine kliniske skildringar for psykiske lidningar og åtferdsforstyringar blei utgjeve i 1992 (Eknes, 2016). ICD har røter tilbake til dei moderne klassifikasjonssystema i medisin, som starta i slutten av 1900 talet med Bertillon Classification of Causes of Death. Dette var i utgangspunktet eit system for registrering av dødsårsaker som etterkvart blei tatt i bruk internasjonalt. Det var fyrst i sjetten utgåve (ICD – 6) det kom ein eigen del som omhandla psykiske lidningar (Eknes, 2016). Namnet blei etter dette endra til International Classification of Diseases (ICD) og deretter fortsette dei med



utgivingar i regi av WHO. I Amerika blei det samtidig utvikla eit diagnosesystem som utelukkande omfatta psykiske lidningar (Torgersen, 2014).

DSM – 5 er Amerika sitt nasjonale system for kategorisering av psykiske lidningar, samstundes blir det nytta av forskarar over heile verda. Dette kan kome av at fleire internasjonale tidsskrift føretrekk vitskapleg arbeid som nyttar DSM – systemet, sannsynlegvis som ei fortsetting av ein tradisjon der DSM hadde klare fortrinn (Eknes, 2016). Utviklinga i amerikansk psykiatri vart starta av det amerikanske byrået for folketeljing. I arbeidet med å utvikle statistikk over folkesetnaden vende dei seg til den amerikanske psykiatriforeininga (APA), og i 1918 kom ein statistisk manual med 22 diagnostiske kategoriar (Ekeland, 2014). Når APA i 1952 lanserte DSM – I var det ein etterkrigssituasjon med overfylte institusjonar som skapte vekst innan psykiatriprofesjonen. Systemet hadde eit skilje med to hovudgrupper, organiske og psykiske lidningar, med 60 diagnostiske kategoriar. Komiteen i APA som utarbeida systemet hadde 21 medlemmar som i hovudsak var psykoanalytisk orienterte. DSM – II kom i 1968 med 145 diagnosar, dette bestod av ei opplisting av kategoriane og ein kort omtale om konsensus (Ekeland, 2014). DSM-I og DSM-II var altså meir psykodynamisk orientert og psykiske lidningar blei skildra som ulike gradar av tilpassingsforstyringar (Torgersen, 2014).

I følge Horowitz (2002) var det freudianarane som fyrst begynte å kategorisere menneskjers problem saman med personligdom og relasjonar systematisk. Disse funna viste seg å ikkje være interreliable, ein kunne ikkje anta at to psykiatrar ville diagnostisere den same pasienten likt. Det medisinske feltet ville ikkje akseptere denne type studiar og stilte høgare krav til vitskapleg metode. Psykoanalysen sin svake posisjon førte truleg til at ein av Freud sine samtidige, Emil Kraepelin, si diagnostiske tenking fekk sterk gjennomslagskraft (Ekeland, 2014). Kraepelin har blitt omtalt som grunnleggjaren av moderne diagnosar i psykiatrien og er i ettertid skildra som DSM – III sin åndelege far (Ekeland, 2014). Horowitz (2002) hevdar at det var presset frå medisinsk evidensbasert vitskap som førte til eit raskt paradigmeskifte i feltet. Slik vart dette starten på DSM – III med bestemte klassifiseringar og kategorisering som førte til ein ny diagnostisk psykiatri (Horowitz, 2002).

DSM-III ble utgitt i 1980 og representerte eit vendepunkt i historia om klassifikasjon av psykiatriske diagnosar. DSM – III inneheldt diagnosen ”Ego Dystonic Homosexuality”, ein diagnose for dei som hadde problem med legning. Denne kategorien utløyste ein kontrovers debatt om homoseksualitet som psykisk lidning. Etter kvart forsvann kategorien stilt og fredeleg ved revisjonen til DSM – III – R i 1987 (Ekeland, 2014). Komiteane i APA var i hovudsak antipsykoanalytiske og pro–kraepelinske orienterte, noko som kan illustrere ein

biomedisinsk dominans i utviklinga av DSM på dette tidspunktet (Ekeland, 2014). DSM-III og den reviderte versjonen DSM-III-R innførte ulike sjukdomskategoriar skildra ved operasjonelle kriteria. Ein søkte ei teorinøytral skildring med hovudvekt på empirisk validering for å underbygge kategoriane der interraterreliabilitet blei vesentleg (Høye, 2013).

Ein konsekvens av at fleire biologisk orienterte psykiatrar var involvert i revisjonen av DSM – III kan representere at det blei ein ny æra for den biologiske psykiatrien. Det blei eit sterkt fokus på medisiner og kategorisering i form av ein somatisk forståingsmodell. Dette biologiske vendepunktet nådde etter kvart Europa og ICD - systema (Ekeland, 2003). Etter ein internasjonal konferanse om psykiatriske lidningar i 1982 vart det ei ordning om at ICD skulle adoptere fleire diagnostiske kriteria som var overeins med DSM – III. Det som følgja var eit kontinuerleg samarbeid mellom APA og WHO (Regier, Kuhl & Kupler, 2013). WHO utvikla altså ei ny utgåve, dette gav opphav til F – gruppa av diagnoser innan ICD, ”The Classification of mental Behaviour Disorders” (Torgersen, 2014). Tidlegare avveik ICD og DSM på vesentlege punkt, men med den siste revideringa frå ICD – 9 til ICD – 10 blei det gjort ein omfattande tilpassing slik at ICD og DSM systema for praktiske formål stort sett var samanfallande. I forskning er det likevel uheldig å blande dei to diagnosesystema ettersom dei ikkje er fullstendig like (Eknes, 2016).

I løpet av disse åra hadde DSM systema og psykofarmologien hatt ein sterk innflytelse på kvarandre. Den psykofarmologiske revolusjonen krevja at det var ein metode med meir systematisk og reliable psykiatriske diagnoser. Tilgjengelegheita av godt definerte psykiatriske diagnoser stimulerte utviklinga av spesifikke behandlingar og aukande psykofarmologiske studiar. DSM – IV introduserar fleire studiar av korleis psykiatriske lidningar interakta med psykofarmologisk forskning (Frances, Mack, Ross & First, 2000). Ved revidering og lansering av DSM – IV i 1994 blei ytterlege 74 nye diagnoser inkludert i manualen. Aukinga i antall diagnoser frå den fyrste versjonen var på heile 300 prosent (Ekeland, 2003).

Med eit nytt mandat starta ein rundt 2007 med den revisjonen som skulle bli DSM – 5 som kom i 2013 (Torgersen, 2014). DSM – 5 blei konstruert med mål om å adressere avgrensingar som DSM – IV hadde, samtidig som ein skulle integrere den nyaste forskinga. Bruken av reine kategoriske grenser kan ha gjeve inntrykk av at psykiatriske lidningar er stabile fenomen. DSM – 5 inkluderar i stor grad dimensjonale aspekt av diagnoser saman med kategoriane (Regier et al., 2013). I diagnosemanualane finst det ulike retningslinjer og aksar for forståing og bruk av diagnoser. Dette inkluderar at grad av funksjonstap skal vurderast i tillegg til symptomskriteria for diagnostisering av ein psykisk lidning.

### 1.3 Aksar og vurdering av funksjonstap

DSM-IV er inndelt i 5 område eller aksar. 1. "Kliniske syndrom", kva vi typisk oppfattar som diagnoser. 2. "Utviklingstilstandar og personlighedsforstyringar", som autisme og psykisk utviklingshemming. 3. "Fysiske tilstandar" har betydning for utvikling, varigheit og forverringar av tilstandar ovanfor, til dømes hjerneskade. 4. "Psykososiale stressfaktorar" kan ha vesentleg betydning for mental meistring, til dømes dødsfall, arbeidsledigdom og skilsmisse. 5. "Nivå av funksjonsevne" målar dagens nivå og nivået siste år. Denne kartlegginga skal gje fagpersonar ei forståing av korleis dei fire fyrste punkta påverkar personars funksjonsevne og kva endringar som kan forventast (Heffner, 2016).

I vurdering av psykiske lidningar blir det altså tatt omsyn til funksjonsnedsetting i tillegg til symptomtrykk. Dette kan representere ein overgang frå ein kategorisk til ein meir dimensjonal diagnostikk. Global Assessment of Functioning (GAF) er eit mål på psykososialt funksjonsnivå, spesielt utvikla for psykiske lidningar (Pedersen, 2014). I DSM-IV representerar GAF-skalaen eit dimensjonalt supplement til dei ellers kategoriske klassifikasjonane skildra i akse 5. Skalaen er eit instrument for vurdering av sjukdommens grad av alvor og den er ikkje diagnosespesifikk. I psykiatrien har det vært tradisjon for global funksjonsmåling sidan 1960-åra. Det starta med Health-Sickness Rating Scale (HSRS) som fekk ei vidareutvikling med Global Assessment Scale (GAS). Disse er forløparane til GAF-skalaen, som fyrst i 1987 ble innført med diagnosesystemet DSM-III-R. I den nye versjonen DSM-5 er aksesystemet frå DSM-IV fjerna og dermed og GAF-skalaen borte (Pedersen, 2014).

Klassifisering av psykiske lidningar følgjar i dag same kategoriske prinsipp som klassifisering av somatiske sjukdommar. I introduksjonen til DSM-IV er det reist tvil om gyldigheita av klare og absolutte skiljar mellom diagnose og ikkje-diagnose i psykiatrien. Klinikarar har hevda at den kategoriske diagnostikken ikkje stemmer overens med den kliniske verkelegheita (Bjelland & Dahl, 2008). Diagnoser definerast ut frå bestemte terskelverdiar av eit sett diagnostiske kriterier som omfattar symptom av ulik spesifisitet, varigheit og grad av funksjonssvikt. Det er foreslått at stadia i forløpet av psykiske lidningar heller kan utgjere dimensjonar. Ulike personlege ressursar som evnenivå, personlegdom, utdanningsnivå, arbeidsstatus og inntektsnivå er aspekt av betydning, slik kan dimensjonale diagnoser gje ei meir presis skildring av psykiske lidningar. I staden for revolusjon vil ein satse på evolusjon gjennom ein prosess som kan føre til reine dimensjonale diagnoser i seinare versjonar av diagnosesystema. Argumentet for ein slik evolusjon er at det vil kunne ta tid å identifisere dei best eigna dimensjonale måla gjennom klinisk bruk og forskning (Bjelland & Dahl, 2008).

## 1.4 Relevante definisjonar

Det kan være hensiktsmessig for diskusjonane som følgjar i denne oppgåva å avklare sentrale omgrep som blir nytta. Disse omgrepa er diagnose, diagnostisering, psykisk lidning, diagnostisering, psykologi, psykiatri, psykisk helsevern, patologi og patologisering.

Eg vil skilje mellom diagnostisering som prosess og diagnose som kategori. I tråd med sosiologen Mildred Blaxter sin definisjon: “diagnosis as a category, a list of diseases, and diagnosis as a process, the thing that the physician does: the conclusion reached, or the act of coming to that conclusion” (Blaxter, 1978, s.8). I likskap med Blaxter skildrar Ekeland (2014) diagnostisering som ei praktisk handling som handlar om eit sett av kognitive operasjonar etter ein viss logikk. Det å tolke teikn på eit problem for deretter å tilordne problemet til ein bestemt type, slik at kunnskap om eit problem og tiltak kan aktiverast. Eit slikt prinsipp er grunnleggande for ein vitkapsorientert praksis og gjeld for alle medisinske system (Ekeland, 2014). Ein diagnose er derimot ein konklusjon om ein viss kategori innanfor eit sett av mogelege kategoriar, det vil sei kategoriane innan eit bestemt diagnosesystem. Når vi set ein diagnose på ein pasient sine problem så innordnar vi problemet i ein epistemologi som og impliserar ein teori om sjukdom (Ekeland, 2014).

Psykiske lidningar eller sjukdommar er definert ved medisinske diagnosar frå diagnosessystema. Disse nyttar seg av kategoriske skiljar som frisk eller sjuk, der ein psykisk lidning er noko ein har eller ikkje har (Mykletun et al., 2009). Ifølgje DSM-IV stillast det visse krav for at det skal kunne være snakk om ei psykisk lidning: 1. Individet har ein dysfunksjon. 2. Dysfunksjonen må være til skade for individet. 3. Det må ikkje handle om ein forventa og kulturelt sanksjonert respons på ei hending (Svendsen, 2006).

Patologi i vidaste forstand er læra om sjukdommane eller lidingane. Patologien handlar om korleis ulike sjukdommar og skadar endrar celler, vev, organet og kroppen (Borghild, 2009). Patologisering går ut på at ein ser ein tendens til å finne patologiar i større og større delar av menneskets åtferd. Stadig fleire menneskelege problem blir inkludert i eit tilsvarande vaksande område for psykiske lidningar (Svendsen, 2006).

Psykologi er det vitkapelege studiet av åtferd og mentale prosessar. Klinisk psykologi er den del av psykologien som omfattar forståing og behandling av psykiske lidningar (Passer et al., 2009). Psykiatri er læra om sjela eller sinnets lidning . Formelt er psykiatri ein eigen medisinsk disiplin utøvd av ein psykiater. Fagområdet i psykiatri byggjer på både naturvitkapelege og humanvitkapelege disiplinar. Utøvinga av fagområdet psykiatri eller psykisk helsevern involverar derfor og andre fagpersonar som til dømes psykologar (Malt & Skålegåv, 2015).

## 2. Kritikk til ein etablert instans

Diskursen om diagnosen er ein aktuell debatt som vekker sterke meiningar blant ulike fagfolk, det vil derfor være interessant for oppgåva sitt formål å få innsikt i noko av litteraturen som tar for seg kritikken mot diagnosesystemet. I tråd med kritisk diskursanalyse vil eg her ta ”dei svakes” side, altså dei som er skeptiske til det etablerte diagnosesystemet. Dette vil ikkje sei at eg sjølv har tatt eit standpunkt mot diagnosar, men det er interessert i å få eit innblikk i kritikken med omsyn til diskusjon.

### 2.1 Psykiatrien som vitenskapleg praksis

Kritikken til dei diagnostiske systema har ofte samla seg i forbindelse med revisjon av diagnosesystema. Gjennom dei mange revisjonane er det nokon diagnosar som fell vekk, andre som blir tilført samt endringar av kriteria for eksisterande diagnosar. Mykje av debatten om diagnosesystema kan komme av at eit ulikt syn på sjukdom, helse og diagnose. Kritikken mot diagnosesystema kan forståast ved ein klassisk sosiologisk tenkemåte, at vår forståing av helse og sjukdom avhenger av tid og stad ettersom den i stor grad pregast av kulturelle endringar i samfunnet (Lian, 2014).

Den amerikanske psykiateren Allen Frances (2010) var ein av dei som tidlegare leda arbeidet med DSM-IV og har sjølv retta kraftig kritikk mot den nye utgåva DSM-5. Hovudinnvendinga til Frances (2010) er at systemet har ført med seg ei ekspansiv medikalisering. Han påstår at systemet er for lett å bruke, medan validiteten er alt for låg. Til dømes vart diagnosen schizofreni nytta så ulikt i USA og i Europa at om sjansane i England var 2 % for å få diagnosen, var den tilsvarande 69 % i USA (Ekeland, 2014). Frances (2010) uttrykker og bekymring over ein stadig innsnevring av normalitetsomgrepet, falske epidemiar drevet av farmasøytindustrien og den amerikanske psykiaterforeningens avhengigheit av salsinntekt. Frances (2010) er uroleg for dei omfattande konsekvensane revisjonen kan ha for enkeltpersonar ved at både behandlingssmessig og økonomisk søkjelys dreiest vekk frå dei mest alvorlig sjuke (Frances, 2010).

David Kupfer (2012) som har vore med i arbeidet med DSM – 5 forsvarar kritikken med at det har vore ein inklusiv og transparent prosess. Det har vore ein prosess som er forma av ledande ekspertar, nyare forskning, resultat frå feltstudiar og andre profesjonelle og offentlege tilbakemeldingar. Kupfer (2012) møter kritikken med at for fyrste gong i historia til DSM har ikkje mengda diagnosar auka. Han forklarar at lidingar blir plassert i eit utviklings kontinuum, og at kryss-kulturelle retningslinjer blir tilført for å auke systema si globale anvending. Kupfer (2012) fortel at den nye organiseringa av psykiske lidingar si grupper er

basert på termar av korleis tilstandane relaterast til kvarandre (Kupfer, 2012).

Ekeland (2014) meiner at eit diagnosesystem som hevda å være vitenskapleg må leve opp til nokon kunnskapskrav, som i hovudsak bør være dekt av omgrepa reliabilitet og validitet. Reliabiliteten handlar om det deskriptive, at det er ein viss konsensus om kva symptom som utløyser ein bestemt kategori. Validitet eller gyldigheit er ein betegnelse på kor godt ein klarar å måle det som ein har som hensikt å undersøkje. Validiteten kan bae være låg og irrelevant sjølv om reliabiliteten er høg. Systemet blir fyrst vitenskapleg når ei slik kategorisering kan skape kunnskap på disse nivåa. Ekeland (2014) hevdar at DSM ikkje har levd opp til disse kunnskapskrava. Forskinga DSM er bygd på er sentrert rundt reliabilitetsstudiar og det er lite fokus på validitetskriteriet. Psykiatridiagnosar er framleis i hovudsak deskriptive kategoriar, det vil sei dei er reint skildrande utan å sei noko om årsak eller forklaring (Ekeland, 2014).

Til tross for at symptoma er reint deskriptive og slik manglar teori om årsak, så er diagnosesystema prega av ein klassisk biomedisinsk modell. Ein kan sei at disse systema nyttar seg av ein reint språkleg praksis som kler seg i ei rasjonell, nøytral og ”sann” drakt (Helliesen, 2011). Empirisk forskning forsøker å tilføre psykologien eit etologisk grunnlag ved å forankre psykisk liding i biologiske, psykologiske og sosiale faktorar. Dette blir gjort på same måte som somatiske lidingar innanfor medisinen forankrast i fysiologiske og biologiske årsaker (Grindheim, 2010). Ei slik tilnærming kan finne mange interessante samanhengar innan forskning og behandling. Risikoen er at ein i mindre grad evnar å inkludere subjektivt meiningsfulle aspekt ved den enkeltes liv. I staden står ein i fare for å redusere mennesket til det empirisk målbare, der psykisk liding behandlast som produkt av bio-psyko-sosiale statistiske korrelatar. I diagnosesystema baserer ein seg altså på empiriske og deskriptive kriteriar som grunnlag for diagnose. I fråvær av henvising til ein underliggande patologi kan det medføre sirkulære definisjonar der deskriptive kategoriar kan forvekslast med kausalitet eller årsaksforklaring (Grindheim, 2010).

I medisinsk helsevern forståast ei liding som ein objektiv realitet, ein sjukdom som kan måltest, kategoriserast og forklarast ved å nytte naturvitenskaplege metodar. I medisinsk behandling handlar det om å oppdage objektive fakta. Ein slik forståing er ikkje nødvendigvis den mest hensiktsmessige i handtering av psykiske lidingar. Pasientar sine problem er ofte subjektive, unike, fleirtydige og flytande. Dei blir skildra på varierende vis av dei som opplev dei, enten av pasient eller behandlar. Ein kan sei at slike problem på sett og vis blir oppfunnet i det språket ein brukar for å uttrykke dei (Vedeler, 2016).

## 2.2 Patologisering av menneskelivet

Mange kritikarar meiner ein står i fare for å stadig patologisere delar av livet som tidlegare har vore vurdert som normal variasjon. Denne kritikken kjem av at helseomgrepet gjerast relevant for stadig fleire tilstandar og omfattar større delar av menneskjer sine liv. På eit samfunnsnivå skapar den auka bruken av psykiatriske diagnosar ei innsnevring av normalitetsområdet (Lian, 2014). Olaug S. Lian skriv at "ICD – 10 kan leses som en liste over alle de problemene et menneske kan kome ut for i sitt liv" (Lian, 2006, s.64). Lian problematiserer vidare at ikkje alle kodane er sjukdomsdiagnosar, men klassifisering av menneskelege eigenskapar, følelsar, tankar eller handlingar (Lian, 2006). Lian hevdar at det er ein dominerande trend i det vestlege samfunn at vi definerar fleire menneskelege eigenskapar frå karaktertrekk til sjukdom (Lian, 2014).

Tidlegare forskning viser at rundt halvparten av den vaksne norske befolkninga vil rammast av ein psykisk lidning i løpet av livet. Førekosten av psykiske lidningar i Noreg er omtrent på nivå med det ein kan finne i andre vestlege land (Mykletun et al., 2009). Det er altså eit høgt tal av den vestlege befolkninga som blir ramma av psykiske lidningar. Svend Brinkmann problematisera dette tema i si bok «Det diagnostiserte liv» (2014). Brinkmann hevdar at mange lette tilstandar i dag blir gjeve ein diagnose på grunn av diagnosesystemets problematiske oppbygning. Brinkmann (2014) uttrykkar bekymring om vi er i ferd med å overdiagnostisere og i aukande grad sjukleggjere delar av menneskelivet. Spørsmålet er om utviklinga er til hjelp for oss, eller om den heller gjer oss meir utsett og dårlegare til å handtere utfordringar i livet på eiga hand (Brinkmann, 2014).

Brinkmann (2014) stiller spørsmål ved endring av diagnosesystemet, og til at diagnosar og sjukdomsoppfatningar kan skifte over tid ved å gå inn og ut av diagnosesystema. Brinkmann (2014) omtalar og avpatologisering. Dette skildrar han som grupper sitt forsøk på å få omgjort det som dei anser som urettferdig patologisering av deira åtferd eller eigenskapar. Brinkmann (2014) brukar homofili som eit døme, i den fyrste utgåve av både DSM og ICD var homoseksualitet ein diagnose. Det oppstod etter kvart via den seksuelle revolusjonen på 60-talet eit stort press frå homoseksuelle om å få fjerna den seksuelle orienteringa frå lista over psykiske lidningar. Dei lykkas til slutt etter ein lang prosess med protestar, demonstrasjonar og andre aksjonar. Det kan verke som at personar i ulik grad identifiserar seg med forskjellige diagnostiske kategoriar. Her meiner Brinkmann (2014) vi er ved kjernen av det menneskelege. Han refererer til Hacking sin teori om "interaktive klassar". Han meiner at dei menneskelege "klassane" eller "kategoriane" er interaktive, fordi menneskjer kan reagere på å bli omgrepsleggjort og skildra. Som nemnt kan menneskje vere med og påverke og forsøke å

endre disse kategoriene som brukast om dei. Menneskjer kan altså tilpasse seg dei omgrepa som brukast om dei, men dei kan og utvikle seg på nye måtar slik at omgrepa må reviderast (Brinkmann, 2014).

Nokon sjukdommar er kulturelt aksepterte formar for avvik og diagnosen er eit avviksstempel som kan både redusere og påføre stigma i ulik grad (Lian, 2014). Sosiologen Erving Goffman (1990) fremma i 1963 sin definisjon av omgrepet stigma. Han hevda at stigma kan være sosialt diskrediterande, vedvarande og kan påverke oppfatninga av ein person i sin heilskap (Goffman, 1990). Dersom ein person er bærar av eit merke eller ein attributt som ikkje er ”normalt” i majoritetens auge, vil det ifølgje Goffman kunne rettferdiggjere diskriminering og devaluering av personen på ein umenneskeleggjerande måte (Goffman, 1990). Forsking har dokumentert at stigmatisering av personar med psykiatriske lidingar er til stades og kan ha negative konsekvensar for deira livskvalitet (Lyngstad, 2000). Diagnosen kan altså endre vår oppfatning av kven vi er, vår sjølvforståing og sosiale identitet. Diagnosen kan ha både positiv og negativ påverknad på vår identitet, samt påverke trua på vår eiga meistringsevner. Dette kan få konsekvensar for korleis ein handterer møte med ulike utfordringar gjennom livet (Lian, 2014).

Forventningar frå ein sjølv og andre samt ei svekka tru på eiga handlingsevne kan føre til sjølvoppfyllande profetiar (Lian, 2014). Eit haldepunkt innan sosialkonstruktivisme er at vi som individ fortolkar det vi observerar og fortolkingane er prega av å være konstruksjonar av den sosiale verda (Magner & Wormnes, 2015). Ei følgje av dette er at ein lærer ein måte å betrakte andre og seg sjølv. Dette perspektivet viser at tru og forventningar kan skape sosiale realitetar og identitetar. Dei sosiale forventningane kan forme oss over tid og konstruere og oppretthalde ulike sosiale rollar som til dømes sjuk eller frisk. Vår åtferd er eit uttrykk for forventningar til korleis omgivingane vil reagere. Gjennom andre sine forventningar kan vi formast av dei stadige tilbakemeldingane over tid. Forventningane vil ha større innflytelse jo viktigare personane som fremjar dei er for oss. Mekanismen som illustrerast i dette blir skildra som ein sjølvoppfyllande profeti, korleis ein ubegrunna forventning kan bli oppfylt fordi den var forventa (Manger & Wormnes, 2015).

Det er altså av fagpersonar ytra bekymringar for ein inflasjon i diagnosar og kva konsekvensar dette kan ha for samfunn. Ovanfor er det illustrert korleis diagnosen kan ha ein sterk påverknad på enkeltindivid. Fleire fagfolk ser visse manglar ved systemet og ytrar tankar om endring av diagnosesystemet. Enkelte ser for seg ein total endring av praksisen av diagnostisering.



### 2.3 ”Spør ikkje kva som er galt, men kva som har skjedd”

Årsaka til diagnostisk vegring kan være ein ideologisk eller fagleg avvisning av nytta til å klassifisere menneskeleg liding ut ifrå eit diagnosesystem. Det viser seg at nokon psykologar inntar dette perspektivet (Torgalsbøen & Vaskinn, 2014). Vedeler (2016) skriv at han gjennom mange år som psykolog innan psykisk helsevern ikkje har funnet seg til rette med den medisinske modellen som ramme for arbeidet. Det medisinske tankesettet og dei rutinane og strukturane som krevjast, kan opplevast som hindre for god praksis. Vedeler (2016) vil vise kva som kan skape problem for det psykiske helsevernet som følgje av ein medisinsk modell. Han hevdar at medisinsk behandling og organisering stort sett er retta mot enkeltindivid, og at psykiske problem bør sjåast i ein heilskap uansett kva årsak. Psykisk liding burde ikkje sjåast uavhengig av sosialt nettverk og kultur. Vedeler meiner at behandling som ikkje tar omsyn til slike psykososiale forhold blir ufullstendig og ein går glipp av mange ressursar (Vedeler, 2016).

Bjørk (2016) problematiserar at diagnosar har definisjonsmakt og at problemet plasserast hjå individet. Det er pasienten som aleine har symptoma og problemet, sjølv om årsaka til eit problem kan være systemisk eller strukturell. Diagnosar er i sin natur reduserande, overforenklande og individualiserande, dei burde derfor handterast med forsiktighet. Bjørk (2016) meiner ikkje løysinga er å slutte å kartleggje, utrede og diagnostisere pasientar. Alle merkelappar, kategoriar og typologiar psykologar brukar er på forskjellig vis utfordrande og han meiner derfor psykologar burde ha eit meir bevisst og kritisk blikk på korleis ein brukar dei psykologiske merkelappane (Bjørk, 2016).

Halvorsen (2015) har oversatt Peter Kindermann sitt sitat som skal oppsummere hans hovudperspektiv i møtet med psykiske lidingar, "Spør ikke hva som er galt med meg, men hva som har skjedd meg" (Halvorsen, 2015, s.1). Kindermann (2014) meiner vi må bevege oss vekk ifrå den medisinske modellen i møte med psykiske lidingar. Han kjem med utsegn om behov for radikal endring innan psykiatrisk helsevern. Kindermann (2014) meiner den medisinske modellen i større grad er til fordel for legemiddelindustrien og kan være til hinder innan arbeid i psykisk helsevern. Han meiner ein heller må sjå mot sosiale årsaker enn å fokusere på diagnostisering og biologisk årsakssamanheng. Kindermann (2014) taler altså for sosiale tilnærmingar i handtering av psykiske lidingar, han meiner dei i svært mange tilfelle kan forklarast ut ifrå sosiale forhold og miljø. Kindermann meiner ein må slutte å vurdere menneske sine psykiske lidingar aleine som eit sjukdomssymptom. Han hevdar at ei enkel liste med ei skildring av personar sine problem, vil ha større validitet og vil være tilstrekkeleg som grunnlag for å tilpasse behandling (Kindermann, 2014).

### 3. Metodisk rammeverk

I det følgjande vil eg presenterer mitt vitenskaplege ståstad ved å grunngje for min teoretisk bakgrunn. Målet med metoden er i finne deltakaranes personlege meininger. Ut ifrå min teoretisk ståstad blei det eit naturleg val av kvalitativ metode som utgangspunkt, og analyse i henhold til diskursanalytiske retningslinjer.

#### 3.1 Teoretisk bakgrunn – Modernisme og Postmodernisme

Utgangspunktet for den vitenskaplege forankringa i denne oppgåva er eit sosialkonstruktivistisk forskingsparadigme, noko som vil ha betydning for gjennomføring av heile forskingsprosessen. Det vil derfor være hensiktsmessig å sei litt om dei filosofiske rammene for prosjektet. Fyrst vil eg gå inn på omgrepet modernisme ettersom eg ser det som vesentleg i forhold til å forstå den postmoderne tenkinga som sosialkonstruktivismen springer ut ifrå.

I litteraturen plasserer ein ofte modernismen sitt gjennombrudd midt på 1900-talet. Schanning (2000) har kort summert det moderne prosjektet i fem punkt. 1) Trua på sanninga og metoden, at det finst noko som er så sikkert at det ikkje lar seg tvile. 2) Trua på siste instansar, det finst ein basis som sanninga kvilar på og som metoden finn fram til. Det finst ein siste instans ein ikkje kan kome bakom. 3) Trua på avsløringsstrategien, forsøket på å fjerne fordommar, overtru, vanetenking og blant anna falsk bevisstheit. 4) Trua på framskrittet, på ei utvikling i historia. 5) Trua på fridomen, førestillinga om at utviklinga kan styrast (Schanning, 2000).

I den moderne epoken skulle altså vitenskaplege fakta være objektive, kvantifiserbare, reproduserbare og verdinøytrale. Det var ei stor tiltru til den empiriske forskinga si evne til å direkte avspegle verkelegheita (Bugge, 1999). Den moderne epoken skildra då gjerne vitenskapleg metode med fokus på evidensbasert forskning slik vi kjenner det i dag. Vitenskapen er i stadig endring og som respons til den moderne epoken oppstår det kritikarar som problematiserer denne retninga. Det er alternative tankesett som utfordrar den nye vitenskaplege bevegelsen som sjåast som ein motpol til den moderne epoken. Schanning (2000) skildrar vidare oppløysinga av trua på sanninga og metoden, noko som ofte blir sett på som starten på ei retning kalla postmodernisme.

Michel Foucault er ein tenkar som kan brukast som eit døme på korleis sanning og metode problematiserast i denne type tankegang (Schanning, 2000). Foucault har vært opptatt av korleis visse vitenskaplege disiplinar etablerte seg mot slutten av 1700-tallet. Vitenskapane er ofte kjent som instansar som fortel oss kva som er sant og kva som er usant. Ein kan sei at vitenskapane har blitt den mest dominerande produktivkrafta av kunnskap sidan 1900-talet

(Schanning, 2000). Slik kan ein sei at vitskapen har ei sterk retorisk kraft og kan ha ein funksjon som forvaltar av sanninga. Foucault har forsøkt å vise at vitskapen si etablering av sanningar ikkje berre er objektive konstateringar av fakta. Eit av Foucault (2006) sine utgangspunkt er at makt er produktiv. Han illustrera gjennom si tenking korleis dette kjem til uttrykk innanfor enkelte vitskapar som til dømes psykiatrien (Schanning, 2000).

I ”galskapens historie” (2006) peikar Foucault på korleis dei gale i middelalderen i utgangspunktet var ein naturleg del av samfunnet, men korleis dei etter kvart blei støtt ut. I den fornuftbaserte verda som kapitalismen og opplysningstida skapte hadde dei gale ingen plass og måtte derfor avgrensast og definerast. Foucault (2006) framhevar denne utstøyinga som historisk bakgrunn for det tradisjonelle psykiatriske sjukdomsogrepet og slik for psykiatrien sitt språk (Foucault, 2006). Foucault forsøker å illustrere at dei omgrepa og kategoriane vi tenkjer gjennom ikkje nødvendigvis er naturleg gitte fakta, men produserte ut ifrå visse vitskapsregime og maktrelasjonar. Eit døme er kategorien ”normal”. Normalitetskategorien er avhengig av ei utside, nemleg avviket frå det normale. Konstruksjonen av det abnormale er difor knytt til konstruksjonen av det normale. Foucault viser at kva vitskap er og kva vitskapen seier endrar seg over tid. Ein slik tankegang gjev oss høve til å problematisere notidas forståing av normalitet og abnormalitet som konstruktive kategoriar (Foucault, 2006).

Den sosialkonstruktivistiske tilnærminga blir ofte omtalt som postmodernisme (Bugge, 1999). Ein postmodernistisk teoretisk tilnærming er kunnskap om meining og handlingar, som sjåast i lys av samfunn og kultur. Det er ei generell oppfatning av den menneskelege verda som sosialt og språkleg konstruert (Kvale & Brinkmann, 2009). Postmodernistar avviser ideen om den absolutte sanning, det vil alltid eksistere eit mangfald av verkelegheitsforståingar. Eitkvart samfunn eller kultur vil altså konstruere sine egne versjonar av verkelegheita (Bugge, 1999). Med ein sosialkonstruktivistisk haldning vil ein ikkje søkje etter den eigentlege sanning, men i staden studere dei kulturelle konstruksjonsprosessane der sanning kjem fram.

Mi oppgåve blir altså å belyse den prosessen som konstruksjon av meining utgjer. Eg vil forsøkje å forklare korleis meining er nedfelt i språket og handlingane til dei sosiale aktørane. I ei slik tolking er språket sjølve nøkkelen i forståing av den sosial konstruktivistiske tilnærminga der personen og den sosiale verda blir konstruert gjennom språket (Bugge, 1999). Det vil bli lagt vekt på korleis kunnskap og sanning skapast gjennom diskursar og på maktrelasjonane i diskursane (Kvale & Brinkmann, 2009).

### 3.2 Diskursanalyse

I boka til Jørgensen og Phillips (1999) presenterast diskurs som ein ide om at språket er strukturert i ulike mønster som følgjar av våre utsegn og handlingar innan forskjellige sosiale domene. Diskursanalyse blir då tilsvarande analysen av disse mønstra. Diskursanalytiske metodar er ulike tilnærmingar ein kan bruke for å undersøke korleis meining skapast eller konstruerast i ulike samanhengar (Jørgensen & Phillips, 1999).

Diskursanalyse fokusera oftast på korleis sanningseffektar skapast i ein diskurs som verken er sann eller usann. Diskursomgrepet har mange ulike tolkingar og definisjonar. Diskursanalyse forsøker å finne ut korleis slike samlingar av idear skapast og fungera i praksis (Kvale & Brinkmann, 2009). Diskursanalyse har som formål å undersøkje korleis språket brukast til å skape, oppretthalde og øydeleggje ulike sosiale band. Den er i tråd med den postmoderne oppfatninga av den menneskelege verda som sosialt og språkleg konstruert. I den diskursive tilnærminga leggjast det vekt på motsetningar og på det nye som er under stadig konstruksjon og utvikling. Det er ei oppfatning av at den sosiale verda utviklast gjennom dialektiske motsetningar både diskursivt og materielt (Kvale & Brinkmann, 2009). I diskursanalyse blir det vesentleg å avdekke dei nye utviklingstendensane for å oppnå sann erkjenning av den sosiale verda slik den trer fram for oss. Det er ikkje eit mål å finne det statistiske gjennomsnittet eller eit representativt utval, men heller eit fokus på å skildre dei nye tendensane som utviklast gjennom språket (Kvale & Brinkmann, 2009).

Jørgensen og Phillips (1999) har ein generell definisjon av omgrepet diskurs som eg ynskjer å nytte meg av i denne oppgåva; ”En diskurs er en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på” (Jørgensen & Phillips, 1999, s.9). Det finnast mange ulike retningar og metodar innan diskursanalyse. Nokon velje å halde seg til ein streng struktur, medan andre kombinerar ulike metodar etter ynskje og behov. Eg har valt å nytte meg av enkelte verktøy frå kritisk diskursanalyse (KDA) slik den er framstilt av Norman Fairclough og diskursteori slik den er representert av Ernesto Laclau og Chantal Mouffe (Jørgensen & Phillips, 1999).

Kritisk diskursanalyse (KDA) har innført teoriar og metodar for å kunne teoretisk problematisere relasjonane mellom diskursiv praksis og sosiale og kulturelle utviklingar i forskjellige sosiale samanhengar (Jørgensen & Phillips, 1999). Kritisk diskursanalyse er kritisk i den forstand at den ser det som si oppgåve å avsløre den diskursive praksis si rolle i oppretthaldinga av den sosiale verda og dermed sosiale relasjonar med ulike maktforhold. Formålet er å bidra til sosial endring i retning av meir like maktforhold i kommunikasjonsprosessane og samfunnet (Jørgensen & Phillips, 1999).

Faircloughs kritiske diskursanalyse fokuserar på to dimensjonar. Den fyrste er kommunikative praksisar, som er all språkbruk. Fairclough ser språket, både skriftleg, munnleg og i form av bilete, som ein form for sosial praksis. Den andre dimensjonen er diskursordenen, det er summen av ulike diskurstypar og retningar som brukast innan ein institusjon eller eit samfunnsområde. Dei ulike diskursane i diskursordenen handlar om same tema men kjempar om å fylle diskursordenen på sin måte (Jørgensen & Phillips, 1999).

Fairclough forstår ideologi som betydinga i maktas teneste. Han oppfattar ideologiar som betydingskonstruksjonar, som bidrar til konstruksjon, reproduksjon og transformasjon av dominansrelasjonar. Ideologiar skapast der dominansrelasjonar finnast på bakgrunn av til dømes klasse og kjønn (Jørgensen & Phillips, 1999). Ut ifrå denne definisjonen kan diskursar være meir eller mindre ideologiske, og dei ideologiske diskursane er dei som bidrar til å oppretthalde eller transformere maktrelasjonar. Hegemoni er ikkje berre dominans, men ein forhandlingsprosess, der konkurrerande elementa gjev grunnlag til motstand og det er element som utfordrar dei dominerande betydingane. Hegemoni er derfor aldri stabilt, men skiftande og uferdig (Jørgensen & Phillips, 1999). I følgje Fairclough gjev hegemoniomgrepet oss ein måte der vi kan analysere korleis diskursive praksisar inngår i ein større sosial praksis med visse maktrelasjonar. Diskursiv praksis kan sjåast som eit aspekt av ein hegemonisk kamp, som bidrar til reproduksjon og transformasjon av diskursorden (Jørgensen & Phillips, 1999).

Diskursteori slik den er representert av Ernesto Laclau og Chantal Mouffe brukar og diskursiv kamp som verkemiddel (Jørgensen & Phillips, 1999). Ulike diskursar representerar kvar for seg ein bestemt måte å snakke om og forstå den sosiale verda. Diskursiv kamp vil sei at ulike diskursar heile tida kjempar mot kvarandre for å oppnå hegemoni, altså å stadfeste språket si betyding på nettopp deira måte. Gjennom diskursive kampar kan nokon samfunnsmessige praksisar eller diskursar, bli veldig godt etablert og ein gløymer at dei er kontingente. Det vil sei at vårt verdsbilete kunne ha vore annleis og kan endrast over tid (Jørgensen & Phillips, 1999).

Laclau og Mouffe oppfattar diskursar som aleine konstituerande, til forskjell frå Fairclough og Foucault som finner dei konstituerande og konstruerande (Jørgensen & Phillips, 1999). Det vil sei at diskursar avspeglar den sosiale verda samt at dei bidrar til å forme og omforme sosiale strukturar og prosessar. I likskap med KDA er det eit relativt stort omgrepsapparat knytt til diskursteori. Nokon av disse omgrepa er oppklarande i den forståinga av at teorien blir meir som eit verktøy i det ein arbeidar med det utvalte materiale (Jørgensen & Phillips, 1999). Eg har valt å nytte meg av enkelte av disse verktøya, både frå KDA og diskursteori.

Eg har valt ei diskursiv ramme der eg er oppmerksam på bestemte aspekt av samspelet i intervjudiskursen som skjel seg frå det konvensjonelle intervjuet. For det fyrste er variasjon i svara like viktig som samsvar. For det andre blir det lagt vekt på teknikkar som tillet forskjellar framfor teknikkar som utelukkar dei. For det tredje betraktast eg som intervjuar som ein aktiv deltakar og anerkjenner mi subjektive rolle (Kvale & Brinkmann, 2009). Ved å arbeide innan eit slikt ontologisk perspektiv er verkelegheita subjektiv, den framstår slik deltakarane i studien ser det. Det vil bli henvist til deltakarens egne ord gjennom sitat og slik vise til ulike perspektiv og tema. Gjennom sitat frå deltakarane vil det bli ei skildring av korleis eg tolka sitata. Dette er med hensikt om å gje lesaren ein mogelegheit for å sjølv kunne bedømme mi tolking av sitata.

### **3.3 Kritiske betraktningar**

Ettersom ein som forskar ofte sjølv er ein del av den verda ein undersøkar har ein mange av dei antakingane som ligg i materialet, sjølv om det er disse ein er ute etter å undersøkje. Når ein innehar perspektivet om at verkelegheita er sosialt skapt, at sanninga er diskursive produkt, er det ei utfordring med tanke på kva sanningsverdi ein slik studie kan produsere. Det kan være utfordrande å argumentere for at nettopp denne tolkinga og versjonen av den sosiale verda er sann eller riktig i eit perspektiv der alle andre tolkingar kan være ulike og like riktige (Jørgensen & Phillips, 1999).

Enkelte kritikarar av sosialkonstruktivismen har meint at sosialkonstruktivisme er vitskapleg unyttig. Dette er grunna i at dei meiner at den ikkje kan avgjere kva som er sant eller riktig i vitskapleg forstand. Eitkvart resultat er berre ei historie om verkelegheita blant mange andre potensielle versjonar og andre historier (Jørgensen & Phillips, 1999). Metoden inneheld som nemnt ovanfor visse filosofiske premiss, dette inneberer blant anna at kunnskap om verda ikkje blir vurdert som ein objektiv sanning. Verkelegheita er berre tilgjengeleg for oss gjennom våre kategoriar og konstruksjonar. Verdsbilete er ikkje eit spegelbilete av verkelegheita der ute, men eit produkt av vår måte å kategorisere verda. Kritikarar hevda då at når all kunnskap og sosiale kategoriar er kontingente, så er konsekvensen at alt flyt og at all tvang og regelmessigheit i den sosiale verda er oppløyst. Denne innvendinga problematiserer mogelegheita for å kunne sei noko som er av vitskapleg gyldigheit. Dette er ei utbredt utfordring innan diskursiv metode og i all sosialkonstruktivistisk tankegang (Jørgensen & Phillips, 1999).

#### 4. Forskingsdesign

I dette kapittelet vil eg skildre korleis eg har gått fram i den metodiske forskingsprosessen. Eg vil skildre korleis prosessane har føregått rundt utarbeiding av intervjuguide, rekruttering, deltakarar og transkribering samt kome med nokon betraktningar rundt etiske dilemma.

##### 4.1 Intervjuguide

Det er valt semi-strukturerte intervju som er utført ansikt til ansikt med lydopptak.

Intervjuguiden vart utarbeida i samarbeid med vegleiarar, den bestod av ca 20 spørsmål som vart smått revidert under prosessen (sjå vedlegg 1). Intervjua blei gjennomført heime hos deltakarane eller på deira kontor. Intervjua blei gjennomført på mellom 40 – 80 minuttar.

Eg har i heile intervjuprosessen hatt ein aktiv rolle i det diskursive intervjuet. Målet har vore å skape ein fruktbar samtale der eg anerkjenner min subjektivitet og velgjer å bruke den som ein ressurs (Kvale & Brinkmann, 2009). På grunnlag av dette ansåg eg at eit semi-strukturert intervju egna seg best for denne oppgåva. På denne måten hadde eg eit utgangspunkt med bestemte spørsmål, samtidig som det var rom for å gå vekk ifrå guiden når eg ansåg det som relevant i forhold til oppgåvas formål.

##### 4.2 Rekruttering og deltakarar

Det vart totalt rekruttert åtte deltakarar i studien. Det vart nytta strategisk utval for rekruttering av deltakarar. Deltakarane vart rekruttert ved bruk av eige nettverk og kontaktpersonar på universitetet. Deltakarane vart rekruttert via telefon med ein førespurnad om å delta i prosjektet. Ved å nytte strategisk utval vart det lagt vekt på å oppnå variasjon blant deltakare i alder, kjønn, nasjonalitet, arbeidserfaring og arbeidsområde. Dette er illustrert i tabellen under. Det er brukt pseudonym på alle deltakarane for å sikre anonymitet.

Tabell 1

*oversikt over deltakarars bakgrunnsinformasjon*

<b>Pseudonym</b>	<b>Alder</b>	<b>Års.erf.</b>	<b>Arb.område</b>	<b>Nasj.bakgrunn</b>
Anna	28	6 mnd	Barn/ungdom	Norsk
Mats	38	9 år	Klinisk vaksne	Norsk
Line	68	33 år	Klinisk vaksne	Amerikansk
Pål	44	10 år	Klinisk vaksen	Tysk
Henrik	30	2,5 år	Under spes.nevro	Norsk
Mona	41	9 år	Under spes.nevro	Fransk
David	38	5 år	Barn. Spes i hab.	Engelsk
Erik	56	30 år	Nevropsykolog	Norsk

### **4.3 Gjennomføring av intervju**

Eg kjente at eg blei meir trygg i min rolle som intervjuar etter kvart som eg gjennomførte intervju. I starten var eg meir fastlåst i intervjuguiden, medan eg i løpet av dei siste intervju brukte den meir som ein støtte. Deltakarane er lista i tabellen ovanfor i den rekkefølga dei vart intervju, frå fyrste til siste intervju. Etterkvart som eg blei meir trygg i intervjuarrollen og diskursane begynte å vise seg, vart eg og flinkare til å følgje opp interessante tema. Dette kan ha ført til at det blir nytta fleire sitat av dei siste deltakarane.

Det vart til slutt åtte deltakar som blei intervju i denne studien. På grunn av oppgåvas størrelse og avgrensa tidsforlaup, så vurderte eg det som ei tilfredstillandes mengde deltakarar. Eg har tatt i betraktning ”lova om fallande utbytte” som seier at ei auka mengde deltakarar vil utover eit visst tidspunkt tilføre stadig mindre kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009). Det vart dermed prioritert å ha færre deltakarar og heller ha meir tid til å fokusere på analysen av resultat. Sjølv om mengda deltakarar er avgrensa av omfang og tid, så begynte eg å få ei form for metning i deltakaranes utsegn. Det vil sei at eg i løpet av dei siste intervju ikkje opplevde å få så mykje ny informasjon rundt tema som blei drøfta (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **4.4 Transkripsjonar**

Intervju blei tatt opp på lydopptak og i ettertid transkribert til tekst. Denne prosessen valte eg å utføre sjølv ettersom eg ynskja å kunne reflektere over materialet undervegs.

Analyseprosessen starta allereie under intervju, slik blei eg kjend med teksten og fekk reflektere rundt den gjennom forskingsprosessen. Transkripsjonane representerar datamateriale og er ein konstruksjon av kommunikasjon frå munnleg til skriftleg form. Målet med transkripsjonen er å skape ein oversiktleg struktur som er eigna for analyse, slik at intervjupersonane si meining lettare kan formidlast og tolkast (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **4.5 Ethiske vurderingar**

Personvern av deltakarane er ivaretatt gjennom anonymisering. Bakgrunnsopplysningar vart spurt om før lydopptak, slik at det ikkje var mogeleg å gjenkjenne denne informasjonen til den enkeltes stemme. Lydopptak har vore oppbevart på minnepenn med passord, og blir sletta etter at oppgåva er fullført. Alle deltakarane skreiv under på samtykkjeerklæring (sjå vedlegg 2) om å delta i prosjektet, og denne informasjonen har vore oppbevart sikkert, på ein anna stad enn lydopptaka. På bakgrunn av personvern via anonymisering blei det vurdert at det ikkje var nødvendig å sende førespurnad til Regional Komite for medisinsk og helsefagleg forskning (REK).



#### 4.6 Identifisering av diskursar

Gjennom ei diskursanalytisk tilnærming utforskar eg kva slags diskursar psykologar brukar for å skildre korleis deira praksis framstår for dei. Diskursteorien fokusera på dei overordna diskursane som sirkulerar rundt i samfunnet. Eg fann det nyttig å støtte meg på Laclau & Mouffe (1999) sin framgangsmåte om å finne nodalpunkt i arbeid med å identifisere diaskursar, nodalpunktet er det forankringspunktet som organiserar diskursane.

Diagnosen vil i denne oppgåva være eit slikt nodalpunkt. Diskursane eg identifiserar i denne oppgåva kjempar om å erobre og fastlegge betydinga av ordet diagnose. Mesitar-beteiknare vil i denne oppgåva være psykolog og pasient, og det er dei som organiserar dei sosiale identitetane som drøftast. Myter organiserar det sosiale rommet og vil i denne oppgåva være det vestlege samfunnet. Alle disse omgrepa visar til knytopunktet i den sosiale organiseringa av betydinga av diagnosen. Eg har forsøkt å lokalisert disse knytopunkta i eit konkret materiale for å finne ut korleis diskursane, identitetane og det sosiale rommet er organisert diskursivt (Jørgensen & Phillips, 1999).

Vidare i analysen tok eg i bruk Fairclough sin tre dimensjonale modell (1999). Eg går fyrst inn og ser på tekstens eigenskapar (omgrepet). Deretter går eg inn og ser på produksjon og konsumpsjonsprosessar som er diskursive praksisar (individ) som er forbundet med teksten. For det tredje går eg inn og ser på den breiare sosiale praksisen, korleis den kommunikative instansen er prega av ein patologiseringsdebatt (samfunn). Eit av analysens hovudformål er å vise forbindelsar mellom diskursive praksisar og slik vil eg vise korleis diskursive praksisar kan både avspegle og aktivt bidra til sosiale identitetar og verkelegheitskonstruksjonar. Eg vil presisere at denne oppgåva ikkje har til hensikt å vurdere kva slags diskursar som er sanne, ettersom ein slik verkelegheitsforståing som nemnt ikkje gjev meining i ein sosialkonstruktivistisk tankegang (Jørgensen & Phillips, 1999).

Analyseprosessen starta som nemnt allereie gjennom intervju, som var følgja av repeterte gjennomlesingar av utsegna til deltakarane. Målet med repeterte gjennomlesingar var å skape ein induktiv prosess der eg utvikla kategoriane ut ifrå datasettet. Eg analyserte data frå kvar enkelt deltakar fyrst og deretter som eit samla datasett der eg identifiserte ulike mønstre. Det vart sett etter mønster, både likskapar og forskjellar, i utsegna til deltakarane. Eg har slik brukt ei form for koding der eg har plassert tekstfragment i ulike kategoriar gjennom analysen (Jørgensen & Phillips, 1999).

Innhaldet i diskursane avhenger av kva slags tema det er som skal studerast. I utgangspunktet er målet med identifisering av diskursar å finne ut korleis verda (eller deler av verda) er tillagt meining diskursivt og kva slags samfunnsmessige konsekvensar det kan ha.

Utgangspunktet er at diskursar, ved å representere verda på ein bestemt måte, formar subjekt og objekt på bestemte måtar, noko som kan skape skilje mellom det sanne og det usanne (Jørgensen & Phillips, 1999).

Ein del av analyseprosessen er derfor å identifisere og avgrense dei problemstillingane som eg har lyst til å arbeide med vidare. Eg har valt ut dei diskursane som eg meiner er i tråd med oppgåvas formål og produktivitet. Diskursane som er valt ut er ikkje objektive einskapar men heller eit produkt av mi tolking og mi skildring av intervjumaterialet. Dette er reint subjektive vurderingar og det er sannsynleg at om nokon andre hadde hatt for seg det same datamateriale, så ville dei valt å fokusere på andre tema. Ingen av diskursane bør sjåast på som gjensidig utelukkande, dei fleste av dei identifiserte diskursane henger saman med kvarandre. Det er gjort eit utval då det hadde vore umogeleg å skulle ta for seg alle potensielle tema som kom fram under intervju.

Ved ei god diskursanalyse er det viktig å skildre ramma for analysen, det vil sei å setje diskursorden. Jørgensen & Philips (1999) forklarar diskursorden som ein slags felles plattform for dei ulike diskursane, som utgjer ein motsetningsfylt samansetting av diskursar innanfor same tema. Diskursane er dei meir eintydige mønstra innanfor diskursordenen. Diskursordenen i denne oppgåva viser til innhald i intervju med kliniske psykologar om diagnose og diagnosesystemet. Dei dominerande representasjonane trer fram som tre hovuddiskursar. Den fyrste er omgrepdiskursen som drøfta diagnosen på eit språkleg og teoretisk nivå. Her går eg inn og ser på korleis deltakarane skildrar diagnosen og den psykiske lidinga. Den andre er systemdiskursen som drøftar praktiseringa av diagnosar på eit individ nivå. I denne diskursen blir det drøfta kva for fordelar og ulempar eit diagnosesystem bidrar til for enkeltindivid. Til sist tar eg for meg patologiseringsdiskursen som drøftar diagnosen og diagnostisering på eit samfunnsnivå. I denne diskursen blir kritikken som er skildra ovanfor drøfta, og det blir skildra korleis deltakarane stiller seg til ein patologiseringsdebatt og eventuelt alternativ praksis.

Diskursane som eg har trekt ut frå analysen er ikkje avgrensa frå kvarandre, gjennom analysen kan ein sjå korleis diskursane i stor grad prega og påverka kvarandre. Tema som går igjen i alle diskursane er ”diagnosen”, det er objektet som er hovudfokus i denne oppgåva. Eg ser på diagnosen frå ulike perspektiv, både i korleis den er skildra reint teoretisk og korleis den utøvar seg i praksis ved enkeltpersonar og med dei konsekvensar det kan medføre for samfunnet.

## 5. Analyse av resultat

Dei tre hovuddiskursane som stod ut via datamaterialet som nemnt var omgrepsdiskursen, systemdiskursen og patologiseringsdiskursen. Omgrepsdiskursen illustrerer korleis psykologar skildrar diagnosen og den psykiske lidinga. Systemdiskursen skildrar den diskursive diagnostiske praksisen. Til sist i analysen tar eg for meg patologiseringsdiskursen og ser på korleis psykologar forhold seg til påstanar om inflasjon og patologisering. Diagnosen er det overordna nodalpunktet som kjempar for å oppretthalde sitt hegemoni i dei ulike diskursane. Diskursane kjempar og mot kvarandre for å stadfeste si tolking av verda på den bestemte måten som skildrast i dei ulike diskursane.

### 5.1 Ein omgrepsdiskurs

Omgrepsdiskursen tar for seg korleis psykologar omtalar sjølve omgrepet diagnose. Deretter vil eg gå inn og sjå på kva det er ein diagnose skal skildre, altså korleis psykologar forsøker å skildre den psykiske lidinga. Denne diskursen vil føregå på eit teorinivå der eg fokuserar på språket. Det er i stor grad samsvar i korleis psykologar skildrar omgrepet ein diagnose, i korte trekk som deskriptive kategoriar. Når dei forsøker å forhalde seg til kva eller kvar den psykiske lidinga er blir svara meir kontroversielle. Ein kan dele deltakaranes utsegn i to grupper som illustrerer to ulike forklaringsmodellar. Omgrepsdiskursen handlar altså om kva diagnose representerar på eit teoretisk nivå.

### 5.2 Omgrepet ein diagnose

Dei fleste av deltakarane har ein felles oppfatning av ein diagnose som samling symptom eller oppfylte kriteria, det er likevel forskjell i korleis nokon av deltakarane veljar å ordlegge seg i skildringa av ein diagnose. Sitata nedanfor viser til det eg har valt å kalle ein omgrepsdiskurs og her er det i stor grad samsvar om kva omgrepet innebærer:

*Anna: «En diagnose er jo på en måte bare en beskrivelse av en samling symptomer»*

*David: «En samlet betegnelse for en gruppe sammenfallende symptom»*

Anna og David skildrar ein diagnose som ei gruppe av symptom. Erik skildrar det og som eit sett av symptom han koblar direkte til den psykiske lidinga:

*Erik: «Det er jo ett sett av symptomer på en lidelse, da en psykisk lidelse eller et funksjonsavvik, og det er jo satt på bakgrunn av synbare kriterier»*

Dette tolkast som at Erik setter likskapsteikn mellom diagnosen og sjukdommen, eg tolkar det slik at når han refererer til symptoma så meiner han sjukdommen eller lidinga. Mats omtalar diagnosar som ei samling kriterier, og at det er ein forenkla skildring av eit fenomen:

*Mats: «En diagnose vil jeg definere som en samling av kriterier som må oppfylles for at du kan bruke en forenklet beskrivelse av et fenomen som det er en klinisk konsensus om»*

Vidare skildrar Mats at det er eit fenomen det må være klinisk konsensus om. Dette kan tolkast som at det er ei gruppe klinikarar som har blitt einige om at ei samling symptom med kriteriar skal skildre eit fenomen som er antatt å være ein psykisk lidning.

*Pål: «Når jeg tenker på diagnose da tenker jeg at det egentlig er et medisinsk begrep som kommer fra den medisinske tradisjonen. (...) Det er et begrep som på en måte skal oppsummere symptom i en beskrivelse av pasients plager og problemer»*

Pål ser og på diagnosar som ein oppsummering av symptom og trekker inn diagnosens opprinnelse. Eg tolkar det slik at Pål meiner at det psykiatriske diagnosesystemet er bygd opp etter det medisinske systemet og slik anvendar eit språk etter ein medisinsk modell.

*Line: «Diagnose, sånn som vi bruker i psykiatri og psykisk helsevern, det er konstruksjoner som er laget på basis av kriterier og de kriteriene går ut på hvilke symptomer som pasienter har og hvor lenge de har hatt de og når de har oppstått»*

Line skildrar diagnosar som konstruksjonar som er skapt på basis av visse kriterier. Line skildrar dei vidare som konstruksjonar som er skapt for å anvendast i psykisk helsevern. Det kan tolkast som eit verktøy som er konstruert med eit bestemt formål. Her ser ein korleis systemdiskursen viser seg i omgreipsdiskursen ved å skildre diagnosens funksjon.

Mona kjem og inn på eit av formåla med diagnosar:

*Mona: «Jeg tenker først og fremst at det er et navn og et kommunikasjonsmiddel til andre»*

Dette sitatet bekreftar ei skildring av diagnosar som reint deskriptive og ikkje årsaksforklarande, det er eit "namn" på ei samling symptom. Ved å omtale diagnosar som eit "namn" tolkast dette som at det er eit fenomen som ein har gjeve ein betegnelse i eit forsøk på å kategorisere og systematisere. Mona tar opp formålet med diagnosen, og dette blir skildra som eit verktøy for kommunikasjon.

*Henrik: «Det er en samling av symptomer, egentlig i et gitt tidsrom som en blir undersøkt, som er da forenlig med, ja hva skal en si for noe, fortrinnsvis definert patologisk tilstand»*

Henrik tar inn tidsperspektivet og påpeiker at symptoma må opptre i eit gjeve tidsrom, dette tolkast som at symptoma må opptre samtidig for å samla kunne konstituere ein diagnose. Fleire av deltakarane har og brukt ordet "ferskvarer" for å skildre diagnosar, dette for å illustrere at diagnosen gjeld når dei gjeve symptoma oppstår samla og gjeld så lenge symptoma samla er til stade.

*Anna: «Det er veldig viktig da å gå inn og forklare at det er en ferskvarer, og det er et øyeblikksbilde og det er sånn det er her og nå, men det har ikke vært tidligere og det kan bli bedre, da er du ikke deprimert eller har den diagnosen resten av livet».*

Anna hevdar då at diagnosen ikkje eksisterar lenger om symptoma ikkje er til stades. Eg tolkar det slik at ho meiner det er viktig å presisere dette for pasienten for å illustrere at ein har vort betre og dermed kan bli betre. Dette sannsynlegvis i eit forsøk på å illustrere at livet har oppturar og nedturar og at korleis ein har det her og no kan endre seg.

*Henrik: «Når det kommer til diagnoser, i vårt system på psykiatrien for eksempel, så er det mye som kan beregnes som en ferskvarer ting, hvis du har fått en mild depresjon (...) eller en angstlidelse, hvis du over tid har fått behandling eller på annen måte blitt bedre, så kan man ikke si at du lenger har diagnosen»*

Henrik skildrar og diagnosen i enkelte tilfeller som ein ferskvarer. Eg tolkar det slik at han fortel korleis ein kan ha ein diagnose på eit tidspunkt, bli betre av behandling eller at det kan gå over av seg sjølv. Når ein er blitt betre så har ein då ikkje lenger diagnosen. Mats skildrar og korleis diagnosen ikkje er til stades om ein ikkje lenger oppfyller kriteria for ein diagnose:

*Mats: «At man har satt en diagnose, hvis kriteriene for å ha en sånn diagnose ikke er til stede lenger, (...) så er man ferdig med den diagnosen når pasienten ikke har de problemene lenger»*

På et spørsmål om Mona anser diagnosar som ferskvarer svarer ho:

*Mona: "Ja og nei, det er jeg for så vidt bare delvis enig i, for at det er vi som synes som fagpersoner og det er ikke sikkert at pasienten synes det samme, og det er ikke sikkert at pasienten er såpass oppegående nå mener jeg på alle plan, at de har så mye energi og*

*overskudd at de vil kreve en revurdering når det trengs, så selv hva vi kan mene som fagpersoner så opplever jeg at virkeligheten er en annen (..)»*

Mona drar inn pasientens perspektiv og poengterer at sjølv om psykologar kan sjå det på denne måten, så er det ikkje sikkert at det er like enkelt for pasienten. Eg tolkar det slik at Mona meiner at for ein pasient kan det å ha fått ein diagnose opplevast ganske permanent og det ville skulle krevje ein del arbeid og energi å få ein ny revurdering som skulle kunne bekrefte at pasienten ikkje lenger har diagnosen. Pål fortel vidare om korleis prosessen om å få fjerna ein diagnose kan være utfordrande:

*Pål: «I psykiatrien så kan det være veldig lett å få en diagnose, men det kan være veldig vanskelig å bli kvitt en diagnose. Når folk føler at de har blitt bra og den diagnosen den stemmer ikke lenger for meg, så har de det stampelet og det står i papirene og da trenger man veldig mye energi for å kanskje få bli kvitt den diagnosen»*

Eg tolkar Pål sitt sitat som at det er lettare å få ein diagnose enn å bli kvitt ein diagnose. Det vil som han seie krevje mykje tid og energi for å få satt i gang dei prosessane som kan gje ein ny vurdering. David hevdar at det ikkje er realistisk å skildre diagnosen som ein ferskvare ettersom ein aldri blir kvitt diagnosen, den vil sannsynlegvis stå i systemet sjølv om ein ikkje lenger innfrir kriteria for den:

*David: «Jeg tenker at på mange måter synes jeg det er en sympatisk holdning (...), men de forsvinner ikke fra systemet så du kan ikke miste en diagnose»*

David snakkar då om at sjølv om ein kan få ein revurdering som seier at ein ikkje lenger innfrir kriteria for ein diagnose, så vil den diagnosen sannsynlegvis likevel stå oppført i rapportar. Den blir ikkje automatisk sletta frå ein pasients medisinske historikk. Slik meiner David at det ikkje er realistisk å omtale diagnosar som ei ferskvare.

Diagnosar blir altså for dei flest deltakara omtalt som samling, symptom, namn, tidsrom, kriteria og ferskvare. Diagnosen har eit tydelig dominant hegemoni sjølve skildringa av omgrepet, der dei fleste skildrar det som ei samling symptom. Når det kjem til tidsperspektivet er det mindre samsvar i utsegna og ein kan oppfatte at det er ulike haldningar rundt om diagnosar kan omtalast som ei ferskvare eller ikkje.

### 5.3 Den psykiske lidinga

Ovanfor såg eg på korleis psykologar omtalar omgreipet diagnosen og at det var stor samsvar i utsegna til deltakarane. Når eg går inn og forsøker å få tak på den psykiske lidinga som ligger bak diagnosen, blir det imidlertid meir motstridande svar. I intervjuguiden stilte eg spørsmålet ”kvar er den psykiatriske lidinga?”. Dette gjorde eg i forsøk på å få ei meir nyansert skildring av den psykiatriske lidinga som ein diagnose skal skildre.

*Erik: «Nei, altså de har den, jeg er enig i at de har den til syvende og sist i hjernen. Det er det som er det styrende organ for tanker og følelser og atferd»*

Erik meiner den psykiske lidinga i hovudsak sitter i hjernen og grunngeiv det med at det er hjernen som styrer atferd og følelsar. Fleire av deltakarane hadde hjernen som svar på dette spørsmålet.

*Mats: «Ja hadde vi vist det. Jeg tror det er veldig sammensatt, men mye handler jo om hodet, for å si det sånn, og om ting som skjer i hjernen, men man må jo ta hensyn til hele kroppen og smerte»*

*Henrik: «Jeg tenker at alle sammen de er jo sentrert i hjernen, det er jo i hjernen hvor problemet oppstår, men det er ikke et punkt i hjernen hvor problemet oppstår og det er sammensatt av sånn som jeg nevnte i sted, personlig historikk, genetisk disposisjon ja, personlighet»*

For nokon deltakara var det hovudet eller hjernen som var det sentrale svaret, men dei legger og til at det er mange andre faktorar som spelar inn. Andre påpeikar det faktum at det ikkje er funnet grunnlag for å hevde at det er nevropsykologiske forbindelsar som er årsaken til visse diagnoser:

*Line: «Hvor? (ler) I alle fall ikke i hjernen»*

Line var her svært bevisst på at den psykiske lidelsen ikkje ”sitter” i hjernen, ho var og oppdatert på nyare forskning som hadde som mål å påvise fleire nevropsykologiske forbindelsar som skulle bekrefte dette, men at dette enno ikkje har blitt påvist. Pål skildrar det som reaksjonar på utfordringar innan livssituasjon:

*Pål: «Som oftest så tenker jeg på psykiske lidelser, ja de kan være reaksjoner på en vanskelig livssituasjon»*

Mona meiner at det er korleis ein tolkar symptomata som avgjer om det blir sett på som en psykisk lidning eller ikke:

*Mona: «Jeg skiller nå mellom hva som er symptomer og hva som er lidelsen. Det er måten du tolker dine symptomer eller opplever dem som gjør at det blir en lidelse eller en diagnose»*

Mona tar opp eit interessant perspektiv og eg tolkar det som at ho meiner at ein lidning oppstår i samsvar med det samfunnet ein lever i, og at det på denne måten er kulturelt betinga korleis ein oppfattar diagnosar:

*Mona: «Hvis det er en lidelse så involverer det bestandig at du har et problem med samfunn»*

Eg tolkar dette sitatet som at korleis ein forstår dei samanfallande symptomata til ein psykisk lidning, kan avhenge av kva oppfatning samfunnet har av kva som er normal/unormal og kva som er friskt/sjukt. Slik kan ein påstå at diagnosen eller den psykiske lidinga eksisterar på grunnlag av den spesifikke praksisen som utøvast i samfunnet. David går eit skritt lenger og ein kan tolke det slik at diagnosen eksisterar i dialogen, altså i «språket» mellom system, psykolog og pasient:

*David: «Jeg tenker ikke de har den, jeg tenker den eksisterer i en dialog med systemet så det er på en måte relasjonen mellom det system og den personen der står det en beskrivelse»*

David sitt svar tolkast slik at han meiner at lidinga eksistera på grunnlag av ein systemdiskurs. Den oppstår slik når psykologar tar i bruk diagnosesystemet og setter diagnosen ut i praksis at diagnosen eksisterar i maktutøving av eit diagnostisk system, og til dette krevjar det at ein person som innfrir kriteria og mottar denne betegnelsen og slik oppstår diagnosen.

Den psykiske lidinga er altså skildra av fleire av deltakarane som å "være" i hjernen eller hovud. Deltakarane grunngevev dette ved at hjernen er det styrande organ for tankar, atferd og følelsar. Deltakarane hevdar det er andre faktorar ein må ta omsyn til i tillegg som til dømes smerte og psykososiale forhold. Ein deltakarar seier at lidinga oppstår eller avhenger av samfunn og på denne måten kan seiast å være kulturavhenging. Ein anna deltakar seier at lidinga eksisterar i dialog med systemet. Når det kjem til omtale av den psykiske lidinga er det store forskjellar i måten deltakarane velgjer å skildre den psykiske lidinga. Dette kan vitne om ulikt syn på sjukdom og helse og at deltakarane kan anvende ulike forklaringsmodellar med tanke på sjukdommens grunnlag.



#### 5.4 Ein systemdiskurs

Tidligere har eg tatt for meg diagnosen i ein omgrepesdiskurs på eit teoretisk nivå. No vil eg gå inn på praksisen av diagnosar og sjå på korleis psykologar meiner diagnosar fungerer i praksis, utøvd gjennom eit etablert diagnosesystem. Denne diskursen vil føregå på eit individnivå, der eg ser på korleis systemet påverkar både psykolog og pasient. Det er via eit diagnostisk system, at den diskursive praksisen av diagnosar finner stad. Den føreliggjande analysen vil i lys av sosialkonstruktivistisk teori demonstrere korleis førestillingar om diagnosen og sjukdom kan konstruerast diskursivt og implikasjonane det kan medføre psykologen, men og for korleis førestillinga om den sjuke skapast og oppretthaldast.

Gjennom systemdiskursen kjem det fram at diagnosesystemet har motstridande effektar. Fordelen er at eit slikt system skaper språk, struktur og legge til rette for evidensbasert forskning og behandling. I systemdiskursen kjem det fram at diagnosar som kommunikasjonsmiddel kan ha ein forklarande funksjon for pasienten. Det kjem også fram at systemet kan ha negative effektar på pasienten, blant anna stigmatisering og sjølvopppyllande profeti. Det blir gjennom systemdiskursen og illustrert korleis diagnosen kan bidra til å konstruere og oppretthalde sosiale identitetar som pasient eller sjuk.

#### 5.5 Diagnosar er eit felles språk

Ein av fordelane med eit slikt system går igjen i utsegna hjå fleire av deltakarane og blir skildra som ein måte å kommunisere diagnose på. Fleire skildra det som eit eige språk:

*Erik: «Det er positivt at det er et språk som er likt på tvers av sted og fagperson og at vi noenlunde assosierer de like tingene»*

*Pål: «Det positive er på en måte at en har et felles språk, at det blir enkelt å kommunisere med andre fagpersoner»*

Pål skildrar det som eit felles språk for fagpersonell som skal gjere det enklare å kommunisere fagpersonell seg i mellom. Henrik går inn og forsøker å skildre meir spesifikt kva det vil sei:

*Henrik: «Det blir som fremmedord egentlig, at noen fremmedord kan virke flåsete og rare, men det er fordi de inkluderer mye mer informasjon en å bruke masse andre enklere ord for å beskrive akkurat det samme, så det er jo på en måte en slags spissing»*

Henrik meiner altså at det er eit språk bygd opp av framandord som har som hensikt å sei meir enn det språket vi finner i daglegdagstalen. Det kan slik tolkast at det har som hensikt å forenkle språket. Eirik presiserar:

*Eirik: «Hvis du har en med ADHD, så tenker du at det handler om impulsivitet og uro og når det er angst så handler det om å være redd for kanskje noe som ikke er noe å være redd for og hvis du er deprimert så har du er du flat i stemningsleiet og så videre»*

Diagnosar kan altså fungere som kommunikasjon for fagpersonar. Vidare fortel Pål korleis eit slikt systemet kan legge til rette for god struktur i arbeid med utredning og kartlegging:

*Pål: «Det at en blir nødt til å gjøre en grundig utredning ved å ta i bruk strukturerte intervju og kartleggingsinstrument, (...) det tror jeg kan være en fordel, at man er nødt til å jobbe systematisk og gjøre en god utredning»*

Det kan altså virke som at diagnosesystemet bidrar til systematikk i arbeidet og legger til rette for strukturerte og kartlagte utredningar. Diagnosar har og ein fordel ved at det kan utløyse enkelte krav og eller rettigheter for personar med ein diagnose:

*Anna: «At man får beskrevet vansker på en veldig pragmatisk og konkret måte, så har jo diverse diagnoser rettigheter og det er jo mye lettere å søke om rettigheter og tiltak i kommunen, (...) og så er det veldig lett da å også vite hva man skal behandle»*

Anna seier altså at diagnosar gjer det lettare å vite kva ein skal behandle, dette underbygger tankar om at diagnosar er eit språk som inneheld informasjon og korleis ein skal arbeide vidare. Diagnosar kan altså fungere som eit språkleg verktøy for psykologar. David skildrar og korleis det og kan ha ein forklarande effekt for pasienten:

*David: «Positive sider for mange mennesker da er det en forklaring på noen ting som har vært veldig vanskelig»*

Ein kan forstå det slik at pasientar kan oppleve ein diagnose som å få ein forklaring på sine problem. Mats skildrar det slik at det og kan være lettare å kommunisere sine problem til andre rundt seg:

*Mats: «Det er mitt inntrykk at det er lettere å kommunisere det til for eksempel samboer, at det ikke blir en kvilepute, men en forklaring men ikke nødvendigvis en unnskyldning for ting,*

*men forklaring, og det er flere som har gitt inntrykk for at når de har fått avgrenset problemene sine til en diagnose og kan snakke om det så har det vært lettere for eksempel samboer eller ektefelle å gå inn og skaffe seg informasjon om det og se litt i hvor de her beskrivelsene er det den her personen passer inn og at det kan øke litt forståelse og tilrettelegging»*

Mats seier altså at diagnosen og kan fungere som eit språk og ei forklaring for pasienten som kan gjere det lettere å kommunisere sine vanskar vidare til pårørande.

*David: «Jeg tror det er mange mennesker som har fått en lettelse med å finne diagnosen og det er ofte mennesker som har hatt det veldig vanskelig og den lettelsen har de lyst til å dele det med folk (...). Deres identitet i forholdt til når de har funnet en forklaring på hvorfor de er som de er og det tenker jeg ofte det blir sånn med diagnoser at man får en identitet rundt det»*

David snakker om korleis pasientar kan oppleve lettelse rundt det å ha fått ein diagnose. Det kan opplevast som å ha fått ein forklaring på sine utfordringar. Vidare meiner David at dette kan være med på å påverke og forme deira sosiale identitet. Line fortel om korleis ho opplev at pasientar kan utrykke glede og lettelse ved å få ein diagnose:

*Line: «Det er mange pasienter som elsker sin diagnose, endelig har de fått en diagnose, endelig så kan de si at det er ikke noe feil eller galt med meg, men jeg har en diagnose som jeg kanskje ikke kan hjelpe for, men at det er blitt rammet av en psykiatrisk lidelse eller sykdom, så det er den andre siden og det tenker jeg samfunnet også må ta inn over seg, det er sentralt om hvordan en tenker om psykiatrisk lidelse og stigmatisering»*

Line meiner altså at det kan virke som at dei som får ein diagnose føler ein form for ansvarsfråskrivning. I ordlegginga av at dei har blitt "ramma" av ein liding kan det tolkast som om ein blitt utsett for ein sjukdom og det er ikkje deira skuld.

Ut ifrå sitata ovanfor er fordelene med diagnosesystemet at det kan være eit kommunikasjonsmiddel, eit felles språk, som gjer det lettere for både helsepersonell og pasientar å setje ord på sine vanskar og utfordringar. Det kan bidra med ein forklaringsmodell som pasientar kjenner seg igjen i og gjer til at det er lettere for både pasient og pårørande å tileigne seg informasjon rundt tilstandane. Dette indikerer at språket er ein vesentleg aktør i konstruksjon og oppretthalding av diagnosar og psykiske lidingar. Diagnosen har ovanfor eit sterkt og tydeleg hegemoni der diagnosen bidrar med ein tydeleg fordel i system og kommunikasjon.

## 5.6 Problemskildring i tillegg til diagnosen

Sjølv om diagnosar er skildra som eit etablert språk kan det verke som at det kan ha visse manglar. Fleire av deltakarane uttrykker eit behov for ei god problemskildring som supplerer til diagnosen. Mats fortel her om korleis han supplerer diagnosen med ei god problemskildring:

*Mats: «Selv om man bruker en hoveddiagnose og har tilleggstilstander, så er det ikke sikkert at diagnosen i seg selv beskriver hele problemet på en god nok måte, at du må ha en mye mer vid problembeskrivelse»*

Så sjølv om ein har ein diagnose som kan forklare problema, så kan det være nyttig men ei skildring i tillegg til diagnosen. Henrik fortel at han i nokon tilfeller velger å ikkje anvende ein diagnose og heller brukar reine problemskildringar for å forklare vanskane til ein pasient:

*Henrik: «Da velger jeg heller å ikke sette en diagnose hvis den ikke stemmer, da kan jeg heller beskrive vanskene framfor å sette en diagnose, for å beskrive det for at det ikke skal bli misvisende»*

Henrik indikerar her at i nokon tilfeller vil det være misvisande å sette ein diagnose og velgjer problemskildring foran diagnose. Pål skildra og korleis han i nokon tilfeller føler behov for å tilføre nokon forklarande setningar i tillegg til diagnosen:

*Pål: «Så av og til har jeg noen forklarende setninger i tillegg til diagnose sånn at for eksempel fastlegen skal forstå hva som ligger i diagnosen og hva slags vurderinger»*

Pål seier det er for at fastlegen skal forstå kva som ligg i diagnosen, dette kan indikere at sjølv om ein pasient får ein diagnose kan denne ”tolkast på ulike vis”, Pål ser derfor eit behov for å legge ved ei forklaring i tillegg til diagnosen. Pål indikerar vidare at det kan være ein ulempe om ein lenar seg for mykje på diagnosen:

*Pål: «Så det kan være en ulempe når man ser kun på diagnoser, men hvis man da ser på det psykologiske da blir det kanskje litt enklere, hva er det denne pasienten mangler? (...) at det da kan være til hjelp å skifte fokus fra diagnosen til det som pasienten faktisk strever med»*

Pål nevner at det ofte kan være ein fordel å fokusere på det psykologiske, dette kan tolkast til at han tenker på psykososiale forhold. Han meiner det kan være ein fordel å av og til skifte fokus frå diagnosen for å få eit meir riktig bilete av kva pasienten slit med og trenger hjelp til.

Erik forteller om korleis han prøver å sjå ut over diagnosen og poengterar at det er like viktig å fokusere på ressursar som på avgrensningar:

*Erik: «Jeg prøver nok i min praksis å se utover diagnoser. Jeg prøver også å undervise studentene mine i å skrive rapporter som ikke bare er diagnostiske, men som ser etter en person med noen drømmer med noen målsettinger, med noen muligheter og begrensninger og føre dette tilbake til vurderingene»*

Det kan tolkast slik at Erik prøver å inkludere heile personen for det dei er, både positive og negative sider. Erik kan med dette tolke det slik at han ikkje vil ha alt fokus på diagnosen men og på andre forhold og kvalitetar ved den aktuelle personen. David tar opp det faktumet at ein i praksis ofte er forplikta til å sette diagnosar. David skildrar det slik at han ofte setter ein laus diagnose, der han legg mest vekt på sine problemskildringar:

*David: «Vi er nødt til å sette diagnoser, flere ganger har jeg satt en løs diagnose for å kvile tunga på mine beskrivelser (...)»*

Dette kan tolkast som at diagnostiseringa er ein rein nødvendighet og at det er sjølve skildringa av personen som David meiner er mest egna for å forklare problema eller utfordringane til den eventuelle personen. Det er altså for fleire av deltakarane viktig med ei god problemskildring i tillegg til ein diagnose.

### **5.7 Makta er i systemet utøvd av språket**

Nokon av deltakarane beskriver det å sette diagnosar som noko ein er nøydt til å gjere sjølv om ein vil eller ikkje. Det er ein del av systemet rundt praksisen:

*Line: «Vi er nødt til å sette diagnoser for å overleve»*

Line tar også opp det faktum at ein er nøydt til å sette ein diagnose der ho er leidar på ein privat klinikk. Det er eit overordna system som har satt visse retningslinjer for korleis psykologar skal arbeide og det å sette diagnosar er ikkje frivillig når ein er underordna helsesystemet. Deltakarane ovanfor skildra det som om det er noko ein ikkje kan gjere noko med, det er berre slik det er. Det som blir skildra her kan vurderast som ein overordna autoritet i psykisk helsevern, heile dets struktur i korleis det er bygd opp.

*David: «Det er litt et system som er tradisjonelt bygget opp omkring diagnoser. En av de ting jeg var mest sjokkert over til å begynne med, for jeg hadde noen pasienter og jeg tenkte men*

*det feiler ingenting, dette er vanlig variasjon, normalpsykologi tenkte jeg. Så får jeg melding fra kontoret om at du skal sette en diagnose for ellers får vi ikke penger. Da tenker jeg bare hva, okei hva er det for et system, hvis jeg leverer min bil til mekaniker og den ikke feiler noen ting, skal jeg stå og krangle med han at han er nødt til å fortelle meg hva problemet er ellers vil jeg ikke betale, jeg tenker det er absurd å bygge et system som ikke kan akseptere at folk er normal, det tenker jeg er et problem»*

David problematiserer at vi har eit system som i stor grad krevjar og legger opp til diagnostisering. I mi tolking av dette sitatet verkar det som at David synast at vi har eit systemet som gjev lite rom eller aksept for normalvariasjon. Det er eit system som krevjar diagnostisering uansett om personen er frisk eller sjuk. Pål skildrar korleis dette systemet opplevast for han:

*Pål: «Når man jobber på et sykehus, da man ikke har noe valg, du kan ikke bestemme selv og velge bort eller si at du ikke har lyst til å sette diagnoser. Det går rett og slett ikke, det kan jo være litt frustrerende i perioder at man blir veldig opptatt av diagnose at man bruker veldig mye tid på utredning og diagnoser, selv om man føler at det ikke hjelper så veldig mye i behandlingen. Så man føler at man gjør det mest for systemet sin skyld og ikke for pasientens beste»*

Her skildrar Pål korleis det kan være utfordrande og frustrerende og måtte forhalde seg til eit diagnosesystem. Dette kan tolkast som at han meiner at han bruker veldig mykje tid på sjølve diagnosen fordi systemet krevjar det, ikkje nødvendigvis fordi han meiner det er til det beste for pasienten. Ein kan tolke dette slik at det er systemet rund psykolog og pasient som har ein overordna makt som bae pasient og psykolog må forhalde seg til enten dei vil eller ikkje.

*David: «Det er et maktforhold (..) da jeg kom fra PPT til spesialisthelsetjenesten, jeg var presis den samme personen, men plutselig synes folk at det jeg sa hadde mye større sannhetsverdi»*

David fortel om sine arbeidserfaringar og korleis det å skifte arbeidsplass gav eit skifte i korleis hans ord endra sanningsverdi. Han gjekk frå å arbeide i PPT (Pedagogisk Psykologisk Teneste) til spesialisthelsetenesta under sjukehuset der ein praktiserar diagnostisering og opplevde slik at hans ord fekk ei auking i sanningsverdi. David fortel vidare om korleis ein gjennom systemet kan få ei makt og meiner denne er forankra i språket:

*David: «Systemet har en makt, spesialisthelsetjenesten, det ligger masse i det språklige hvordan hele organiseringen, det medisinske er bygget opp for å ha det inntrykket av ekspertise»*

David seier at det ligg ei makt i systemet og korleis heile den medisinske organisasjonen er bygd opp. Eg tolkar David som at han seier det gjev eit sterkt inntrykk av ekspertise ved å ha eit medisinsk språk. Det kan tolkast som at denne makta som David snakkar om ligger i språket som blir utøvd gjennom systemet. Mona fortel om korleis ho opplev det som skremmande å ha denne makta:

*Mona: «Jeg tenker det ligger utrolig mye makt i det som jeg synes er ubehagelig. Ikke fordi jeg mener å fraskrive meg ansvar, men jeg tenker at folk har en høyere terskel for å oppsøke hjelp hvis de er redd den definisjonsmakten vi besitter (...) Satt på spissen så vil psykologen få rett og ikke pasienten og det synes jeg er skummelt»*

Mona skildrar dette som ei ”definisjonsmakt” og er redd for at dette kan ha ei avskrekkande effekt på folk. Eg tolkar ”definisjon” slik at ho meiner at psykologar er dei som skal finne ut kva diagnose den eventuelle personen oppfyllar kriteriane for. Når ho henvendar til ”makta” antar eg ho meiner det ligg i at psykiatien vil være den som har ekspertisen og vil være den som tar den diagnostiske avgjersla. Denne avgjersla er til sjuande og sist psykologens uavhengig av kva pasienten meiner. Gjennom denne definisjonsmakta er det eit subjekt som bedømmer eit subjekt, dette innebærer ei viss grad av subjektive skjønnsvurderingar. Line fortel om korleis denne kjønnsvurderinga kan bli påverka av ulike forhold:

*Line: «Det er alltid et menneske som vurderer hva et annet menneske sier, og da det kliniske skjønnet, det vet vi at det er veldig individuelt basert, og hvis jeg har en dårlig dag og møter en pasient som har en dårlig dag, da kan den diagnosen som kommer ut av den diagnostiske samtalen være ganske annerledes, enn om et annet menneske enn meg har en god dag kommer inn og snakker med pasienten, for det blir tross alt jeg som sier at pasientens ord betyr at de har nådd et kriterium som heller mot en diagnose»*

Ho fortel at til dømes det å ha ein dårleg dag kan være med på å påverke ei diagnostisk vurdering både for pasient og psykolog. David fortel korleis han har opplevd at psykologar kan ha ulik meining og det føreliggjer ein diagnose eller ikkje:

*David: «Jeg ville ikke henvide dem for han, man har ikke ADHD kun i tre timer om dagen og så sitter helt rolig og konsentrert, så det endte med at de gikk utenom meg og ble henvist inn på psykiatrisk i Danmark og henvist inn på en avdeling som var velkjent for å gi ADHD diagnose og han fikk ADHD selvfølgelig, og når jeg da møtte foreldrene så sa dem til meg; Ja vi hadde jo rett, han hadde jo ADHD, og jeg tenker det er hvor problemet er de tror at sykehuset har funnet en sannhet»*

Eg tolkar David sitt sitat som om familien opplevde det som at det føreligg eit fasitsvar om ein person har ein diagnose eller ikkje. Familien var ute etter å finne sanninga og her illustrerast det i stor grad korleis sjukehuset kan opplevast å formidle ei slik sanning med kategoriske diagnoser. Eg tolkar det som at det blei ei sterkare sanningseffekt når det kom frå sjukehuset.

Ein av deltakarane nemnet at det er ein del av jobben å sette diagnoser enten ein vil eller ikkje. Fleire av deltakarane skildrar at det ligg ei makt i denne praksisen av diagnostisering. Ein av deltakarane skildra korleis han kjente denne makta når han begynte å arbeide innan sjukehuset. Ein anna deltakar skildra korleis det kan opplevast som skremmandes å utøve denne makta ovanfor pasientar. Fleire av deltakarane tar opp korleis klinisk skjønn kan påverke ein diagnostisk avgjersle og indikerar at fleire forhold kan være med på å påverke den diagnostiske avgjersla i den eine eller andre retinga. Slik kan ein sei at ein kan gå til to ulike psykologar og vil ikkje nødvendigvis kome ut med den same diagnosen.

### **5.8 ”Man har diagnosen man er ikkje diagnosen”**

Line skildrar vidare korleis den nemnte definisjonsmakta kan ha ein negativ effekt på eit arbeidsmiljø blant psykologar:

*Line: «Så har jeg opplevd som klinikkleder at det var tendenser til at det ble en diagnostisk kultur, hvor de snakket om pasienter som om det var sin diagnose, altså hun er en emosjonelt ustabil personlighet, dermed så skar hun seg, i stede for å snakke om det menneske som har problemer og prøve å lette trykket»*

Her blir det skildra frå ein leidar korleis eit sterkt fokuset på diagnosen kan manifistere seg blant psykologar og vidare tilskrivast pasientens identitet. Dette kan tolkast slik at når ein pasient blir sett på ut ifrå sin diagnose, så kan det ha ein reduserande effekt, der ein ser den diagnostiske deskriptive kategorien framfor andre eigenskapar som den aktuelle pasienten har.



*Anna: «Så er det en del ungdommer som synes det er vanskelig å skille mellom den personen de er og diagnosen»*

Her skildrar Anna korleis det kan være komplekst for ungdom å skulle handtere det å få ein diagnose. Eg tolkar det slik at Anna meiner at nokon ungdom kan ha utfordringar med å forhalde seg til diagnosen og korleis den kan påverke deira identitet. Henrik fortel om korleis diagnosen kan opplevast som stigmatiserende:

*Henrik: «Stigmatiserende kan det være (...) Jeg kan se for meg at det er enkelte som kan kjøpe diagnosen fullt ut og leve i henhold til diagnosen sånn at det blir en sånn profeti, man blir mer av den som man oppfatter at man skal være av en slik diagnose og kanskje går og bekrefter symptomer som er der og som kanskje ikke var der før»*

Henrik pratar altså her om korleis diagnosar kan fungere som ein sjølvoppfyllande profeti. Pål fortel om korleis ein diagnose kan fungere som ein merkelapp eller stempel og slik skape visse forventningar:

*Pål: «En diagnose kan på en måte bli en merkelapp eller at folk får et stempel og at det skapes forventninger til denne personen ut ifra den diagnosen vedkommende har fått, så at man ikke lenger forholder seg til personen, men til diagnosen. Det finnes jo mange eksperimenter som viser at det har noe å si, diagnosen, om hvordan vi forholder oss til folk og bare det å tro at du har en diagnose gjør at jeg har forventninger til deg, selv om du kanskje ikke har den diagnosen i det hele tatt, men bare det at jeg tror at du har den diagnosen gjør noe med hvordan jeg fortolker det du sier og gjør (...) Det er en stor mulighet for at folk blir redusert til diagnosen»*

Pål fortel at det er fleire eksperimenter som har vist at slike forventningar vil kunne påverke korleis ein oppfattar andre uavhengig om dei har ein diagnose eller ikkje. Pål skildrar her effekten av ein sjølvoppfyllande profeti. Det at berre trua på at nokon har ein diagnose vil kunne framkalle bestemte fortolkingar og forventningar hjå andre. Mona meiner og at forventningar kan ha ein sterk effekt på åtferd:

*Mona: «Jeg tenker at man begynner å oppføre seg avhengig av hva andre forventer av deg, forventer man at du er deprimert så vil du være deprimert, forventer man at du er utviklingshemmet så vil du være utviklingshemmet»*

Mona skildrar altså korleis andre sine forventningar kan påverke ein persons åtferd og presiserar at ein vil oppføre seg slikt det er forventa av ein. Line fortel om korleis ho tenker stigmatisering kan påverke ein persons sjølvbilete:

*Line: «Det er klart at de får et dårlig selvbilde, det blir dette med selvoppfyllelse, og at de blir sett på som dårlige mennesker gjør at de kanskje føler seg dårligere kanskje. Stigmatisering i det store og hele har en negativ påvirkning på oss mennesker, spesielt dette med selvbilde og hvordan vi tenker om oss selv, så er stigma et helt kapittel for seg, og det er stigma som påføres oss utenfra men så er det dette som vi påfører oss selv og pasient som kommer inn i det psykiske helsesystemet og begynner å tenke på seg selv som en pasient, og som en diagnose, det er klart at da ligger det potensial for å stigmatisere seg selv og tenke at jeg er en PTSD og jeg kommer ikke ut av det, det kommer jeg til å lide av resten av livet mitt»*

Line fortel at stigma kan komme både utanfrå og innanfrå. Line forklarar og korleis stigmatisering kan fungere som ein sjølvoppfyllandes profeti. Dette tolkast som at pasienten blir fanga i ulike rollar som ”pasient” og korleis det slik kan bli vanskeleg for disse personane å komme seg ut av dei rollane når dei fyrst har fått dei. Erik uttrykker bekymring kring korleis slike sjølvoppfyllande profetiar kan ha negative effektar:

*Erik: «Det negative har jeg vert inne på med stempelingseffekten det at du spiser deg inn i normalt område og at det kan gi noen selvoppfyllende profetier til å ikke mestre da, men det er jo der hvor jeg tenker at det er falske positive»*

Erik drar inn perspektivet om ”å ikke mestre” i det å få ein diagnose ligger det og at det er ein sjukdom eller liding. Erik kallar det for ein stempelingseffekt og indikerar at falske positive diagnosar kan ha ein sjukeliggjerande effekt gjennom sjølvoppfyllande profetiar.

*Erik: «Så oppfører man seg litt for mye som om disse lidelsene er liksom pasienten og når man da vet at veldig mange pasienter har komorbide vansker så er det ikke så enkelt likevel»*

Erik kjem her inn på problematikken om komorbiditet. At det ikkje er så enkelt å skildre ein problematikk ut ifrå bestemte diagnosekategoriar når problematikken er samansatt av fleire psykiske lidingar og problemområde. Mange av deltakarane opplev at pasientars problematikk ofte er samansatt og komplekst. Vidare er det fleire deltakarar som tar opp problematikken om at diagnosar ikkje skildrar pasienten eller dens utfordringar godt nok. Eg tolkar det slik at diagnosar på denne måten kan ha ein reduserande effekt på pasienten, om ein fokuserar kun

på diagnosen og for lite på individet bak diagnosen. I sitatet under tolkar eg det slik at Pål skildrar korleis han er redd diagnosen kan ha ein reduserande effekt på pasientar:

*Pål: «Diagnoser det er jo en forenkling av pasienten sine problemer, så hvis man blir alt for fokusert på diagnoser at man da kanskje går glipp av nyansene, ikke minst det individuelle med pasienten, så jeg tror det kan være en fare, at man ser kun på diagnosen, ikke på personen eller på mennesket, individets livshistorie»*

Pål setter fokus på at det er viktig å inkludere ”heile” personen og at diagnosen gjer til at ein kan gå glipp av nyansane til ein person. Eg tolkar det slik at Pål tenker på psykososiale forhold når han refererer til individets livshistorie. Henrik fortel og korleis han tenker at diagnosar ikkje alltid skildrar heile problematikken ein person kan ha:

*Henrik: «Det er sjelden en diagnose beskriver hele problematikken (...) men en må ta individualiteten til den personen, der at en har og ikke er en diagnose, som mange kan ha vansker med å skille med, ja jeg hører veldig ofte; nei jeg har jobbet med en autist. Det høres veldig ut som at den personen, at det er det eneste den er og det er ikke helt riktig, så jeg tenker nok at måten man ordlegger seg på har noe å si over tid i alle fall, ikke nødvendigvis med en gang»*

Henrik skildrar ein språkleg bevisstheit rundt ordlegginga i korleis han omtalar personar med diagnosar. Han forsøker her å få fram at det er eit vesentleg skilje mellom å ha ein diagnose og å være ein diagnose. Det kan tolkast som at han meiner det er viktig å ikkje definere personen ut ifrå sin diagnose men ta høgde for deira individuelle forskjellar og andre kvalitetar. David skildra og ein slik bekymring rundt korleis ein ordlegger seg med diagnosar:

*David: «Jeg tenker for det første at det er en reduksjon av deres personlighet. Jeg tenker de er mange ting, kanskje er de humoristiske, fjollete, hyggelige og en lang rekke ting i stede for autist. Så tenker jeg autistisk, det er veldig stemplende på den måten og så tenker jeg veldig sånn deterministisk (...) Jeg har sett en person som sliter med motivasjonen på skolen som sier til meg, jammen jeg er jo autist jeg blir ikke til noen ting. Problemstillingen er ikke svart hvitt, men likevel så tenker jeg at det går inn og blir en del av din identitet og en kategori det er vanskelig for en å komme ut av ikke sant for det gir god mening for andre at du er autist, han gjør det fordi han er autist»*

David skildrar her korleis ein diagnose kan påverke ein person, korleis dei sjølv kan redusere sitt eige sjølvbilete på grunn av ein diagnose. Dette kan illustrere korleis ein ved å få ein diagnose kan stå i fare for å få ein merkelapp, satt i ein kategori og slik endre sin eigen tenking rundt identitet. Fleire av deltakarane brukar i denne samanhengen skildringa ”ein sjølvoppfyllande profeti” og ”stigma” som negative effektar av diagnostisering. Eg meiner sitatet ovanfor er ein god illustrasjon på korleis diagnosar kan oppfattast som kategoriserande eller stigmatiserande for personar med ein diagnose. Slik kan diagnosar ha ein deterministisk effekt og påverke ein persons liv, både i korleis ein oppfattar seg sjølv og sine framtidsutsikter.

### **5.9 Diagnostisering medfører eit individfokus**

Diagnostisering har altså i stor grad fokus på individet, det er ein person som får diagnosen. Denne personen kan i ulik grad identifisere seg med denne diagnosen og kan oppleve ulik grad av stigma. Erik skildrar korleis han tenker at den medisinske modellen kan ha vert med på å bidra til eit slik individfokus:

*Erik: «Jeg synes kanskje at den medisinske biten i dette har fått for stor plass fra at den var ganske perifer, i hvert fall i barnepsykatrien, så har den fått for stor plass, individperspektivet og det medisinske diagnostiske perspektiv har fått for stor plass nå i forhold til kontekst, oppfatninger og ting i noen saker, så kan det bli veldig feil»*

Erik seier her at i barnepsykatrien ser at det diagnostiske perspektivet kan ha fått for stor plass, eg tolkar det slik at han meiner det kan gå på bekostning av psykososiale forhold. Eirik fortel vidare korleis barnepsykatrien i utgangspunktet hadde som hensikt å være meir psykososialt retta:

*Erik: «Klinisk barnepsykatri var jo opprinnelig tenkt å være psykososial i sin tilnærming familie, nå hadde jo det noen sider og så jeg tror de undervurderte de stigma som også ligger i å bedømme en families interaksjon som også mindreverdige sånn systemet fikk diagnoser hadde ikke vert lett det heller»*

Eg tolkar det slik at Erik ser for seg at utfordringane med stigma og merkelappar likevel ville være gjeldandes om ein hadde anvendt ein meir psykososial modell i tilnærming til utredning og behandling. Mona stiller og spørsmål ved det individfokuset som eksisterar og samanliknar det med andre kulturar:

*Mona: «Jeg tenker at utfordringen med diagnosen er at man har en, hva skal jeg si vestlig psykologi, å tillegge årsaken til problemet i en enkeltperson. Man stiller ikke diagnoser for miljøer, man tenker at det er enkeltpersonen som feiler noe og jeg tenker at det er litt spennende i andre kulturer at man kan se på det på en annen måte»*

Mona meiner at ein i andre kulturar ikkje nødvendigvis forklarar problema ut ifrå enkeltpersonar, det tolkast slik at andre kulturar kan ha ein meir kollektivistisk tankegang i møte med problem. David fortel om korleis han synast ein slik individualistisk tankegang kan ha ein negativ effekt på den personen som får ein diagnose:

*David: «Et av de mest absurde eksempel jeg har, her igjen hvordan diagnosesystemet og individuell tenkning fungerer, vi hadde en gutt fra en skole som var dårlig fungerende, har autisme, det var en inkompetent skole, de ringte politiet når han ble sint og hadde utrolig mange problemstillinger, og så kom de inn og så pratet jeg med den skolen med avdelingsleder, så spurte jeg han hva er det dere ønsker, hva er det som og så sa han kan dere ikke ta han inn til et sinnemestringskurs? Og han er ikke et ondt menneske men jeg tenker det forteller noe om en tankegang at problemet er fullstendig isolert rundt den her gutten en hermenautisk forsegling rundt han, han er et problem og vi skal fikse måten han blir sint på, så jeg tenker noen ganger er det utrolig»*

Eg meiner at dette eksempelet kan skildre korleis diagnostisering kan medføre eit individfokus. Det er skildra korleis ein via systemet kan ha ein tendens til å tenke at problemet er aleine og isolert hjå den personen som har ein diagnose. Ulempa med eit individualistisk perspektiv er at ein i mindre grad ser personen som ein del av eit miljø eller eit nettverk. Ein står då i fare for å unngå å sjå på korleis eit problem kan oppstå i interaksjon med eit miljø. Dette kan medføre feilplassering av ansvar og behandling.

I systemdiskursen er det skildra korleis diagnosar kan være eit språk og eit kommunikasjonsmiddel. Diagnosar kan fungere som ein forklarande effekt for pasienten. Ved arbeid innan psykisk helsevern er diagnostisering som oftast eit krav, det blir omtalt at eit slikt system medfører ei definisjonsmakt. Vidare er det skildra korleis sosiale identitetar kan bli konstruert og forma via diagnostisering og sjølvoppyllande profetiar. I systemdiskursen kjem det fram korleis disse identitetane kan ha ein negativ effekt på pasientar ved stigmatisering. Det blir tematisert at diagnosar medfører eit individfokus der problemet blir skildra i hovudsak hjå pasienten. Dette blir av ein av deltakarane skildra som ei følge av eit arbeid etter ein medisinsk modell.

### 5.10 Ein patologiseringsdiskurs

Tidlegare har eg tatt for meg ein omgrepsdiskurs på teoretisk nivå og ein systemdiskurs på individ nivå. Patologiseringsdiskursen vil føregå på eit samfunnsnivå der eg fokuserar på kritikken mot diagnosessystemet. Dette blir illustrert ved korleis deltakarane delar den skepsisen som føreligg med tanke på utviding av diagnosesystema. Deltakarane delar i stor grad bekymringar rundt konsekvensane denne utvidinga kan føre med seg. Deltakarane hevdar at utvidinga skjer, til tross for at diagnosane ikkje har ei tydeleg forankring i naturvitskaplege kriteria.

### 5.11 Eit hus under konstruksjon

Som nemnt tidlegare har diagnosesystema mottatt sterk kritikk og dette er ofte i forbindelse med revidering av diagnosesystema. Det skjer endringar i kriteria, eliminering av diagnosar og tilføring av nye diagnosar. Pål skildrar sitt inntrykk av diagnosesystema:

*Pål: «De diagnosesystemer som vi bruker i dag er ikke er gode nok, at kartet ikke stemmer med terrenget, vi møter så mange pasienter som ikke passer inn i de kategoriene som vi har laget, virkeligheten er mer kompleks enn de diagnosemanualene vi bruker»*

Det kan tolkast slik at Pål fortel om korleis han har inntrykk av at diagnosesystema ikkje er gode nok arbeidsverktøy og at det er difor dei blir utsett for kontinuerlege revideringar. I eit forsøk på å illustrere revidering og konstruksjon av diagnosesystema tar Henrik i bruk eit bilete av eit hus og forklarar slik korleis han ser på endringane av systema:

*Henrik: «Når det kommer til vitenskaplig utvikling så er det gjerne sånn at den første teorien du postulerer er kanskje som en modell av et ekte hus. Inne i det så har du kanskje alt det du trenger, gang stoler og dører sånn der, men kanskje vasken eller kanskje doen er satt på kjøkkenet, det er kanskje litt sånn upraktisk, at ting egentlig ikke henger helt sammen i den der modellen, men at den fungerer sånn ca for du har et hus der, og så etter hvert som en lærer og finner ut mer om hvordan faktisk ting skal være i det huset så finner en ut at okei vi må renovere, den doen må på do ikke sant det må være et eget rom for den, sånn tenker jeg det blir med revidering av diagnosekriteriene»*

Dette kan tolkast som at diagnosesystemet er eit verktøy under stadig konstruksjon og revidering i eit forsøk på å forbedre dets funksjon. Gjennom sitatet kan ein tolke det slik at revideringane skjer fordi systemet ikkje fungerer godt nok, det skildrar ikkje all problematikken som møtast innan psykisk helsevern. Etter mange revideringar har det sett ut

til at løysinga er å tilføre nye diagnosar i forsøk på å tette hull i systemet. Kritikken baserer seg i stor grad på utviding av ”huset”. Erik stiller spørsmål ved det vitskaplege grunnlaget i revisjonane av dei nye diagnosesystema, han hevdar og at ei utviding kan komme av at der er fleire fagfolk og at behandlingstilbod har ekspandert:

*Erik: «Dels så er revisjonene av de diagnosesystemene konsensbasert, de tar ikke høyde for at det er ikke særlig vitenskaplig belegg for det. Og så sitter det masse personer og diskuterer og så kommer alle med sine kjepphester og presser mot å få på en måte legalisere faget med slike merkelapper. Det andre er nok dessverre bivirkningen av at vi har blitt så mange fagfolk så det er flere å henwise til, ikke sant. Det er ikke mer enn en generasjon siden det var en BUP i hele Troms og Finnmark, da skal det ganske mye til mens nå er det på folkemunne ganske mye vanligere å tenke psykisk lidelse da når ting ikke fungerer som det skal. Så jeg tror nok det er en vekselvirkning mot et fag som har tatt på seg en litt for stor frakk i forhold til hva som er riktig forklaringsmodeller, men godt hjulpet av at dette er solgt så godt at folk tror på disse tingene i større grad enn det er grunn til å tro på det kanskje»*

Erik nemner at ”faget har tatt på seg ein for stor frakk” og ”er solgt godt”, og eg tolkar det slik at faget har ekspandert og utvida systema utan å ha det vitskaplege grunnlaget for denne utvidinga. David snakkar og om at faget er ”solgt godt” dette kan tolkast som at ved å bygge eit system etter naturvitskaplege standarar og ein medisinsk modell kan det gje eit inntrykk av at disse ”fenomena” (psykiske lidingar) er meir sanne enn det dei i utgangspunktet faktisk er:

*David: «Det handler om hvordan vi som psykologer eller i psykologien eller i samfunnet har solgt konseptet med utredning og diagnostisering. For vi sier det som en medisinsk modell med en medisinsk løsning og det er ikke, psykologi oppfyller ingen av de kravene for en ordentlig naturvitenskaplig kunnskap det gjør det ikke»*

Line uttrykker og bekymring rundt det at ekspandering av diagnosesystema skjer uavhengig av naturvitskapleg begrunning:

*Line: «Jeg synes det blir veldig, ikke skremmende, men veldig oppsiktsvekkende, at debatten går ut på at det er en konstruksjon og at de har prøvd å finne basis i biologi og nevrologi men de har ikke klart å finne det, men det brukes allikevel og ekspanderer slik at diagnoser blir satt på det som de tidligere tenkte var normale tilstander»*

Det kan tolkast slik at Line meiner at ei slik ekspansjon kan føre til at det som tidlegare har blitt sett på som normale tilstandar og reaksjonar i større grad blir sjukeliggjort og fell under kriteriane i diagnosesystema. Erik tar og opp manglande naturvitskapleg grunnlag og samanliknar med den medisinske disiplinen:

*Erik: «Det er ikke vitenskaplig dekning for noe skarpe skiller rundt hva som er normal variasjon og hva som er en mer medisinsk tilstand. Hvis du tenker medisinske diagnoser, så stilles det mye mer krav enn at det er reliabilitet mellom ulike klinikere på et spørreskjema»*

Erik henvender her til medisinske diagnoser og poengterer det at det stillast høgare naturvitskaplege krav til medisinske diagnoser enn til psykiatriske diagnoser. Det kan tolkast i sitatet under som at Erik meiner dette er noko av årsaka til at fleire hevdar vi er komen i ei psykiatrisk "krise":

*Erik: «Jeg tror man er kommet til en slags krise i dette systemet som har utviklet seg på larvefötter på leirgrunn og man har laget det med vitenskaplig og sofistikert (...), egentlig er det bare reliabilitetskriteriet som er oppfylt, at det er nogelunde like kriterier, men alt som går på årsak og prognose og anatomi det er ikke oppfylt, og da ja i en medisinsk verden eller en naturvitenskaplig verden er det veldig ufullstendig, og så har vi vært enig om tidligere kanskje er også våre ikke rent naturvitenskaplige enheter, de er også prega av samfunnsforhold»*

Pål bekreftar og at det føregår endringar av systema og stiller seg skeptisk til konsekvensane av disse endringane:

*Pål: «Jeg får jo også inntrykk av at det at flere diagnoser lages som kan sykliggjøre normale reaksjoner, og det er ofte store diskusjoner i forbindelse i revisjon av diagnosemanualene, at man av og til ser at en velger å senke terskelen for diagnoser som da gjør at det er flere som får denne diagnosen»*

Her skildrast det at nokon av endringane som blir gjort kan være rundt kriteriane på enkelte diagnoser slik at fleire inngår i ein diagnosekategori. Dette kan tolkast som at tilstandar som tidlegare har blitt ansett som normal variasjon endrast til å oppfylle kriteriane for ein diagnose og dermed trenge ei form for behandling. Eirik fortel om korleis ein slik inflasjon i diagnoser kan ha ein medikalisierende effekt:



*Erik: «Det kan ha mange konsekvenser. Dels så medikaliserer du en del sosiale problemer, du medikaliserer en del svinginger som er i livet for oss alle. Vi må liksom ikke lage en forventning til at alle og enhver skal lykkes med alt for det skjer ikke, det er nå en ting og dels så tror jeg du tar fra folk kanskje noen egenmestring, du liksom lager det finere å gå i behandling enn å løse ting selv»*

Eg tolkar det slik at Erik fortel korleis ein medikalisering av sosiale problem kan føre til at fleire ynskjer eller tur at dei må gå i behandling. Han meiner ein på denne måten kan stå i fare for å ta bort folks eigenmestring ved at dei får diagnostisert sosiale problem eller åtferd. Ved å få ein diagnose set det og ein forventning om at ein treng behandling.

*Mona: «Ja jeg synes at helsevesenet er blitt langt mer inkluderende enn det har vært før»*

Mona uttrykker her korleis ho meiner diagnosesystemet blir meir inkluderande. David skildrar korleis ei slik auking kan gje grunnlag for bekymring:

*David: «Jo bredere diagnoser blir, jo mer meningsløse blir de, hvordan skal du behandle 40 % av befolkningen?»*

David er altså bekymra for den stadige aukinga av antall diagnostiserte og at dette vil kunne skape utfordringar for psykisk helsevern både økonomisk og administrativt. Samtidig meiner han at jo vidare kategorien blir, jo meir meiningslause blir dei. Fleire av deltakarane delar bekymringar rundt dette tema og nokon snakkar om at dei forventar at det kjem ein reaksjon:

*Line: «Jeg tenker det bør komme en motbevegelse»*

Sitatet tolkast som at Line forventar eller ynskjer at det skal komme ein motbevegelse mot denne stadige aukinga. David ytrar tankar om potensielle radikale endringar:

*David: «Jeg tror ikke flere diagnoser kommer til å løse problemet. Jeg tror egentlig på, ikke for å være alt for radikal, men jeg tenker at det skal være en revolusjon innenfor psykiatrisk klassifisering på et tidspunkt. Jeg tenker på et tidspunkt i framtiden så vil man undre seg over å ha holdt på med de her ting»*

Det kan tolkast slik at David ser for seg drastiske endringar som ei løysing på dei utfordringane diagnosesystema møter. David meiner ikkje at løysinga ligg i å utvide diagnosesystema men skildrar tankar om ein revolusjon i handtering av psykiatriske lidingar.

Patologiseringsdiskursen så langt tar for seg kritikken mot diagnosesystema. I utsegna ovanfor er det illustrert korleis fleire av deltakarane viser ein skepsis til utvidinga av diagnosesystema. Fleire av deltakarane påpeikar korleis diagnosesystema ikkje er begrunna med naturvitskaplege kriteria. Ein deltakar hevdar det bør kome ein motbevegelse, ein anna deltakar snakkar om revolusjonerande endringar av diagnosesystemet.

### **5.12 Eit arbeid utan eit diagnosesystemet**

Som nemnt tidlegare har deltakarane uttrykka ulike utfordringar rundt det å måtte forhalde seg til eit diagnosesystem. Mange av deltakarane delar og ei bekymring rundt revidering og endring av diagnosesystema og viser slik ein tydelig skepsis til spørsmål om inflasjon i diagnoser. I spørsmålet korleis arbeid som psykolog ville har vert utan eit slikt system kjem det motstridande svar blant deltakarane. På den eine sida har du dei som er skeptiske til ein slik tanke og ser utfordringar både i system og kommunikasjon.

*Mats: «Da tenker jeg at man må ha hatt en, det ville ha vært vanskeligere å holde en struktur»*

Mats ser altså utfordringar innan arbeidsforhold og stiller seg tvilande til korleis ein skulle kunne klare å arbeide med ein god struktur.

*Henrik: «Nei det tror jeg ville være dumt, for av mange, det var et veldig godt spørsmål hvis hele rammeverket mitt ble borte, nå har jeg ikke noe hus i det hele tatt»*

Henrik uttrykker her skepsis til ein slik tanke, eg tolkar det slik at han uttrykker bekymring rundt det å skulle arbeide utan systemet. Det kan verke som at han ser det utfordrande å skulle arbeide utan verktøy som legge til rette diagnostiseringen.

*Erik: «Nei, det er å gå for langt andre veien. Det ville ikke fungere, du må ha et språk for å klassifisere»*

Erik er negativ til ein slik tanke og ser utfordringar i å skulle arbeide utan det diagnostiske språket. Anna er open for tanken og ser for seg ei problemskildring foran ein diagnose:

*Anna: «En ville vel ha beskrevet det på en lignende måte. Det ville bare ikke stått den koden eller den diagnosen, men en ville jo ha beskrevet alle symptomene og ja, man må jo gi en beskrivelse da, men kanskje man ville basert det litt mer på pasienten sitt perspektiv»*

Ut ifrå utsegna ovanfor kan ein tolke ein viss skepsis samt ein tanke om at problemskildringa kanskje ville vert basert meir på pasientens perspektiv. Pål poengterar at diagnosenkinga er i endring og antar at den diagnostiske tilnærminga vil endre karakter framover:

*Pål: «Jeg vet ikke om det ville hatt så stor betydning, og man ser jo allerede at diagnosen at det kommer til å endre seg (...) man ser at man må heller tenke i dimensjoner (...) så jeg er nokså sikker på at diagnosen kommer til å endre karakter fremover»*

Pål tenker at det vil bli ei meir dimensjonale tilnærming framover. På den andre sida velgjer deltakarane å bruke ord som spennandes og deilig, Mona uttrykker interesse i ein slik tanke:

*Mona: «Spennende tenker jeg. Spennende for det gir jo også langt mer muligheter»*

Sitatet under tolkast slik at Line uttrykkjer begeistring og fortel om korleis dette potensielt kunne ha opna for nye mogelegheitar i å arbeide rundt ein pasient:

*Line: «Det tenker jeg ville vert spennende. Da ville vi måtte se hele menneske og ikke bare fokusere på symptomer. Da ville vi måtte se pasienten og ressursene, se på bakgrunnen, se på hvordan er situasjonen de lever i nå og sette det sammen for å beskrive pasienten»*

Dette tolkast slik at Line meiner pasientens perspektiv og ressursar ville fått større plass og fokus utan eit diagnosesystem. David er optimistisk til ein slik tanke:

*David: «Jeg synes det er deilig. Det er ikke noe problem for meg for da ville jeg bare forholde meg til å beskrive pasienten på en ordentlig måte og beskrive de tingene som sannsynligvis vil fungere for pasienten»*

David har altså ingen problem med å sjå for seg ein slik endring og ser for seg ein god problemskildring framfor diagnosekategoriar. Det som kjem fram i dei siste utsegna er at ein ville fokusert meir på den individuelle pasienten og skildra den grundigare med ei god problemskildring. Fleire påpeikar at ein hadde vert nøydt til å gje ein meir nøyaktig skildring av pasienten og tatt meir omsyn til dei individuelle variasjonane i pasientens liv.

I patologiseringsdiskursen blir det hevda av fleire av deltakarane at psykologien ikkje oppfyller kriteria som er satt for ein naturvitskapleg disiplin. Mange av deltakarane bekreftar at diagnosesystemet har blitt meir inkluderande og ytrar bekymringar for kva konsekvensar dette kan ha for samfunnet. Nokon av deltakarane stiller seg kritiske til ein eventuell alternativ praksis medan andre uttrykker interesse for ein slik tanke.

## 6. Diskusjon

I førre kapittelet presenterte eg resultatane frå dei tre dimensjonane, frå den teoretiske, individuelle og samfunnsmessige diskursen. Eg vil i dette kapittelet drøfte diskursane saman med blick på ideologi og hegemoni. Som nemnt tidlegare i oppgåva er ei viktig hensikt med kritisk diskursanalyse å undersøke mogelegheit for endring. Finnast det noko i utsegna til deltakarane som bidrar til endring? Eller er diskursane slik Fairclough kallar det konvensjonelle. Der den sosiale praksis er relativt fast og stabil dermed med på å reprodusere og oppretthalde den føreliggjande strukturen (Jørgensen & Phillips, 1999). I denne delen kjem det fram korleis dei ulike diskursane kjempar og utfordrar kvarandre. Diagnosen er som nemnt det overordna nodalpunktet som alle diskursane handlar om. Dei ulike diskursane kjempar om å oppretthalde sitt hegemoni, si skildring av verda men er i stor grad påverka av kvarandre.

### 6.1 Omgrepsdiskurs – eit naturvitskapleg eller humanvitskapleg grunnlag?

I omgrepsdiskursen kjem det fram at diagnosar i hovudsak har ein deskriptiv funksjon som skildrar ei samling symptom. Diagnosen blir skildra av fleire av deltakarane som ei samling symptom eller kriteria, som oppstår innan ei gjeve tidsramme. Ein av deltakarane nemner den medisinske modellen som opphav til diagnosen. Ein anna deltakar skildrar diagnosen som eit namn. Ein diagnose, slik den er skildra av deltakarane, er ein rein deskriptiv kategori og seier generelt lite om årsak eller forklaring. I diagnosesystema baserer ein seg altså på empiriske og deskriptive kriteria som grunnlag for diagnose. Ein diagnose er ifølgje Ekeland (2014) ein konklusjon om ein viss kategori innanfor eit sett av mogelegte kategoriar innanfor eit bestemt diagnosesystem.

Diagnosen blir av dei fleste deltakarar omtalt som ei "ferskvare" og eit "her og no bilete", medan andre meiner at diagnosen ikkje er permanent, i den forstand at den ikkje så lett forsvinner frå den medisinske journalen. Det blir og nemnt av ein deltakar at det i psykisk helsevern er betydeleg lettare å få ein diagnose enn å bli kvitt ein diagnose. Ein anna deltakar poengterer at diagnosesystemet i mindre grad er tilrettelagt for å inkludere normal variasjon. At diagnosar av dei fleste blir skildra som ei "ferskvare" og eit "her og no bilete" gjev inntrykk av at diagnosar ikkje er permanente. Dette indikerar at ein kan få ein diagnose så lenge ein har eit symptombilete som innfrir dei bestemte kriteria i ein gjeven tidsperiode. Når ein ikkje lenger har dette symptombilete vil ein heller ikkje innfri kriteria, og ein har ikkje lenger grunnlag for å ha diagnosen. Dette er i tråd med ein sosialkonstruktivistisk forståing av diagnosar, dei diagnostiske kategoriane er skildra som flyktige fenomen som kan endre seg.

I omgrepdiskursen er det ulikt korleis deltakarane velgjer å skildre den psykiske lidinga, noko som kan vitne om usikkerheit rundt det biologiske grunnlaget til diagnosar. Psykiske lidingar eller sjukdommar er definert ved medisinske diagnosar frå diagnosesystema (Mykletun et al., 2009). Korleis deltakarane skildrar den psykiske lidinga er meir tvitydig. Her kom det mange ulike skildringar i utsegna til deltakarane. Fleire omtalte den psykiske lidinga som i hovudet, og grunngeiv det med at det er hjernen som er det styrande organ for åtferd, tankar og følelsar. Andre påpeika at det var viktig å inkludere psykososiale forhold. Ein deltakar meinte den psykiske lidinga avhengar av samfunn, ein anna deltakar meinte at den psykiske lidinga oppstod i praktiseringa av diagnostisering.

Ein av deltakarane sette likskapsteikn mellom diagnose og sjukdom, der han omtala symptoma som ein liding. Ingen av dei andre deltakarane hadde ei slik kopling i skildringa av diagnosen. Det kan verke som at dei fleste av deltakarane skiljar mellom diagnosen og den psykiske lidinga, der diagnosen er ei samling deskriptive symptom og den psykiske lidinga er handlingane som oppstår på grunn av eit problem med hjernen eller samfunnet. Dette kan vitne om at det er usikkerheit rundt korleis ein veljar å definere helse og sjukdom, det kan illustrere ein tvitydigskap rundt den biologiske forankringa til diagnosar og til sjukdommen. Ein kan anta at deltakarane som svarte hovudet eller hjernen i større grad lener seg mot ein biologisk forklaringsmodell for psykiske lidingar, der ein tenker at ein psykisk liding kjem av nevrobiologiske abnormalitetar. Som nemnt tidlegare i oppgåva er psykologien sagt å romme gapet mellom ein naturvitskap og ein humanvitskap (Ekeland, 2014). Dette tolkast slik at dei som forklarte den psykiske lidinga ut i frå sosiale forhold og samfunn vendar seg meir mot ein kulturrelativistisk humanvitskapleg forklaringsmodell.

I medisinsk helsevern forståast ei liding som ein objektiv realitet, ein sjukdom som kan målast, kategoriserast og forklarast ved å nytte naturvitskaplege metodar (Vedeler, 2016). Psykiske lidingar derimot kan forståast som subjektive, unike, fleirtydige og flytande. Dei blir skildra på varierende vis av dei som opplev dei, enten av pasient eller behandlar. Ein kan sei at slike problem på sett og vis blir oppfunnet i det språket ein brukar for å uttrykke dei. Dette kan illustrerast gjennom å sjå på kor ulikt psykiatriske lidingar blir og har blitt forstått opp gjennom historia (Vedeler, 2016). Brinkmann (2014) tar i bruk homofili som eit døme for å illustrere korleis psykiske lidingar kan gjennomgå endringar gjennom historia. I den fyrste utgåve av både DSM og ICD var homoseksualitet ein psykiatrisk diagnose. Det oppstod etter kvart på grunn av den seksuelle revolusjonen på 60 - talet eit stort press om å få fjerna den seksuelle orienteringa frå lista over psykiske lidingar (Brinkmann, 2014). Dette illustrerar korleis menneskeleg åtferd og eigenskapar kan bli sett på som psykiske lidingar og få

merkelappen ”ein diagnose”. På denne måten kan menneskeleg åtferd bli integrert i eit sjukdomsperspektiv som impliserar eit behov om behandling (Ekeland, 2014).

I Omgrepsdiskursen er diagnosens hegemoni dominant i skildringa av diagnosen. Når det kjem til skildringa av sjukdommen er hegemoniet meir usikkert, deltakarane kjem med motstridane utsegn. I systemdiskursen kan ein sjå korleis omgrepsdiskursen i stor grad blir undertrykka, her er det tydelig at effekten av den sosiale handlinga av diagnostisering som praksis viser eit tydeleg grunnlag i ein medisinsk modell.

## **6.2 Systemdiskursen undertrykker omgrepsdiskursen**

I systemdiskursen kjem det fram fordelar og ulempar med systemet. Fordelen er at systemet skapar eit felles språk og legg til rette for strukturert arbeid og systematisk behandling.

Diagnosen viser seg å ha ein kommuniserande funksjon både for fagersonar og for pasientar. Likevel kjem det fram at fleire deltakarar nyttar ei problemskildring i tillegg til diagnosen. Dette kan tyde på at diagnosespråket ikkje har ein feilfri språkleg funksjon. Det kjem fram korleis diagnostisering medfører eit individperspektiv som kan ha ein stigmatiserande og reduserande effekt på pasienten. I denne diskursen blir det og skildra eit maktperspektiv, korleis psykologar er underlagt eit system som krevjar ein viss praksis av diagnostisering. Samtidig er diagnostisering subjektive vurderingar, den diagnostiske avgjersla kan slik variere frå person til person og bli påverka av ulike forhold.

I systemdiskursen kjem det altså fram at diagnosar har ein språkleg og kommuniserande fordel. Diagnosar blir diskursive praksisar ved at psykologar nyttar eit diagnosesystem som er etablert av eit medisinsk helsevern. Dette systemet medfører ei diagnosemakt som psykolog og pasient er underlagt. På grunn av denne makta har diagnosen ei sterk effekt som sanning og kan ha konsekvensar for enkeltpersonars identitetstenking og meistringsevne. Det er tidlegare i oppgåva skildra korleis stigmatisering kan føre til sjølvoppfyllande profetiar. I systemdiskursen er diagnosen skildra som forklarande for pasientane i følgje fleire av deltakarane. Omgrepsdiskursen blir her i stor grad undertrykka. Systemdiskursen er med på å framstille diagnosar som meir sanne og essensielle, enn det dei i utgangspunktet er skildra som i omgrepsdiskursen. I omgrepsdiskursen er det heller vitna om ein usikkerheit rundt grunnlaget til den psykiske lidinga.

Innan psykiatrisk helsevern får psykologar ei definisjonsmakt som kan gje eit sterkt inntrykk av ekspertise og autoritet. Systemdiskursen kan slik seiast å være ideologisk. Den baserar seg på visse maktrelasjonar som er med på å skape og oppretthalde visse sosiale identitetar (Jørgensen & Phillips, 1999). Denne makta trer i kraft via eit system, ved at den

diskursive praksisen føregår innan psykisk helsevern etter ein medisinsk modell. I systemdiskursen kan ein slik få inntrykk av at omgreipsdiskursen blir fortrent. Via ein systemdiskurs framstår diagnosen som deskriptiv og forklarande. Ein systemdiskurs overtar hegemoniet og tilfører diagnosen noko ekstra, det tilfører diagnosen ein språkleg konstruert oppfatning som forklarande for pasienten. Deltakarane skildrar systemet som kommunikasjon mellom fagfolk men og eit språk for pasientane og pårørande. Deltakarane skildra korleis pasientar kunne oppleve lettelse over å få ein diagnose og at det var lettare å kommunisere den til andre. Mange pasientar opplevde det å få ein diagnose som å få ein forklaring på sine problem. Dette er interessant med tanke på at diagnosens skildring i hovudsak er deskriptiv og ikkje årsaksforklarande. Det kan virke som at pasientar ved å ha fått eit "namn", ein diagnose, føler at dei har fått ei forklaring på sine problem. Her skildrast det korleis deskriptive kategoriar kan forvekslast med kausalitet eller årsaksforklaring (Grindheim, 2010).

Dette kan være eit eksempel på det som er omtalt tidlegare om korleis "språket" kler seg i ei "sann" drakt (Helliesen, 2011). Til tross for at diagnosar er reint deskriptive og slik manglar teori om årsak, så er diagnosesystema prega av ein klassisk medisinsk modell (Helliesen, 2011). Dette kan være med på å skape eit inntrykk av at diagnosar er meir essensielle enn det dei faktisk er, noko som og kjem fram ved at fleire av deltakarane omtalar faget som "solgt godt". Deltakarane skildrar det slik at ein ved av å nytte seg av eit medisinsk omgrepsapparat har kunna gje eit inntrykk av at diagnosar er stabile kategoriar. Som nemnt tidlegare er vitenskapane ofte kjent som instansar som fortel oss kva som er sant og kva som er usant. Slik kan vitenskapen ha ei sterk retorisk kraft i og med at ein gjerne trur på det den seier (Schanning, 2000). Ved at psykiatrien har eit sterkt grunnlag i ein medisinsk modell kan altså dei psykiatriske diagnosane framstå som meir sanne og vitenskapleg forankra enn dei faktisk er.

Psykiatrien som vitenskapleg disiplin og praksis nytta altså eit språk som er henta frå det medisinske domenet. Når psykiatrien nyttar dette språket med blant anna "diagnosar", "symptom" og "behandling" kan det og ha lånt det vitenskaplege fundamentet som er forankra i den medisinske disiplinen. Det kan virke som at psykiatrien gjennom språket gjev inntrykk av å overhalde fleire naturvitenskaplege prinsipp enn kva som er tilfellet. Det viser seg som nemnt i kritikken og i deltakaranes utsegn, at psykiatrien som vitenskap ikkje nødvendigvis oppfyller kriteria som er satt for å bli anerkjent som ein naturvitenskapleg disiplin. Likevel kan det medisinske språket gje systemdiskursen ein ideologi, dette kan føre til at diagnosar får ein sterkare sanningsverdi enn kva det er grunnlag for. Ein slik ideologi kan føre med seg ei forsterkande effekt på stigmatisering og dermed sjølvoppyllande profetiar.

### 6.3 Diagnosemakt

Ideologiar skapast som nemnt i samfunnet der dominansrelasjonar finnast på bakgrunn av sosiale identitetar. Eg har ovanfor illustrert korleis systemdiskursen kan seiast å undertrykke omgrepdiskursen. Systemdiskursen kan i stor grad seiast å være ideologisk ved at den bidrar til å oppretthalde eller transformere visse maktrelasjonar (Jørgensen & Phillips, 1999). Fleire av deltakarane nemner at diagnostisering er noko ein er nøyd til å forhalde seg til i arbeid innan psykisk helsevern. Slik enkelte deltakarar skildrar det er ein underlagt eit system og eit arbeid som krevjar diagnostisering. Som ein av deltakarane påpeikar kan ein ikkje velje bort å sette diagnoser. Fleire av deltakarane påpeikar at denne autoriteten fører med seg ei stor makt og i kraft av inntrykket av ekspertise. Ein av deltakarane kallar dette for ei definisjonsmakt. Bjørk (2016) problematiserer at diagnoser har definisjonsmakt og omtalar diagnoser som reduserande og individualiserande. Bjørk (2016) meiner at diagnoser i stor grad burde handterast med omhug og forsiktighet.

Ein av deltakarane fortel korleis det opplevast som skremmande å ha denne makta. Deltakaren påpeikar at når det kjem til spørsmål er det til sjuande og sist psykologen som får rett. I dette perspektivet kan ein sei at pasienten er underlagt definisjonsmakta til psykologen. Pasienten har i mindre grad evna til på påverke avgjersla som blir tatt. Ein anna deltakar fortel om korleis makta ligg i språket, han forklarar at hans ord fekk større sanningsverdi når han begynte å arbeide i psykiatrisk helsevern. Det blir og nemnt korleis subjektivitet kan påverke den diagnostiske vurderinga. Det er hevda av fleire av deltakarane at ein ikkje nødvendigvis vil få den same diagnosen av to ulike psykologar. Psykologar besitter altså ei diagnosemakt, ein diagnostisk avgjersle som kan bli påverka av ulike subjektive forhold.

Ein kan sei at denne makta i stor grad baserer seg på det systemdiskursen tilfører til diagnosen. Korleis fleire omgrep er lånt frå den medisinske modellen, som gjer til at det psykiatriske språket kan bidra til at diagnoser gjev uttrykk for å være essensielle og stabile kategoriar. Dette kan medføre ei sterkare effekt i forventningane som skapast, det er ekspertar innan psykisk helsevernet som tar subjektive diagnostiske avgjersler. Psykologar har på denne måten ei definisjonsmakt som kan setje ein på sida av samfunnet, slik det er illustrert tidlegare gjennom stigmatisering og sjølvoppfyllande profetiar. Det er skildra av mange av deltakarane korleis diagnosen kan være med på å påverke og konstruere ulike sosiale identitetar. Denne påverknadskrafta blir forsterka av ideologien i systemdiskursen med at forventningane som skapast tilførast av eit sterkt inntrykk av ekspertise innan psykisk helsevern.



#### 6.4 Sjukdom og sjølvoppyllande profetiar

Ulempa ved å nytte eit diagnosessystem har blitt skildra av deltakarane som stigmatisering, reduksjonisme og sjølvoppyllande profetiar. Fleire av deltakarane fortel om korleis dei tenker at stigma rundt diagnosar kan ha ein negativ effekt på pasienten. Dersom ein person har fått ein merkelapp i majoritetens auge, vil det kunne rettferdiggjere diskriminering og devaluering av personen (Goffman, 1990). Når ein person får ein diagnose kan denne fungere som eit ”merke” med ein attributt at du ikkje er ”normal” på grunn av den psykiske lidinga. Forsking har dokumentert at stigmatisering av personar med psykiatriske lidingar er til stades og kan ha negative konsekvensar for deira livskvalitet (Lyngstad, 2000).

Fleire av deltakarane fortel om korleis forventningar kan bidra til å påverke ein pasient i ulik grad. Det blir sagt av fleire deltakarar at ein i stor grad oppfører seg slik det er forventa av ein. Om ein person får ein diagnose vil dette altså kunne medføre enkelte forventningar både frå ein sjølv og frå omgivingane. Ein sjølvoppyllande profeti går som nemnt ut på korleis dei sosiale forventningane kan forme oss over tid og skape ulike rollar som til dømes sjuk eller frisk (Manger & Wormnes, 2015). Dette er i stor grad dei mekanismane som blir skildra av deltakarane. Mange deltakarar skildrar korleis pasientar som får diagnosar kan oppleve at dette påverkar deira identitet og sjølvbilete. Fleire av deltakarane er opptatt av å poengtere at ”ein har diagnosen, ein er ikkje diagnosen”. Dette er sannsynlegvis fordi dei er redd for at diagnosen kan ta for mykje plass i pasienten sitt liv og identitetsforming, og slik ha ein negativ påverknad på sjølvbilete. Deltakarane uttrykker og bekymring for at diagnosen kan skape ein sjølvoppyllande profeti, der pasienten er i risiko for å ta på seg fleire symptom ifrå sin diagnostiske kategori. På denne måten kan pasienten tilførast fleire symptom enn det han i utgangspunktet hadde. Slik står diagnosen i fare for å bidra til sjukeleggjing av ein personen med ein diagnose.

Det kan altså verke som at personar i ulik grad identifiserer seg med forskjellige diagnostiske kategoriar. Her meiner Brinkmann (2014) vi er ved kjernen av det menneskelege, han refererar til Hacking si teori om ”interaktive klassar”. Han meiner at dei menneskelege ”klassane” eller ”kategoriane” er interaktive fordi menneskje reagerar på å bli omgrepsleggjort og skildra. Som det er nemnt tidlegare kan menneskje påverke og forsøke å endre kategoriane som brukast om dei. Menneskje kan tilpasse seg omgrepa som brukast om dei, men kan og utvikle seg på nye måtar slik at omgreipa må reviderast (Brinkmann, 2014).

Historia slik Foucault (2006) ser det syner at kva vitskap er og kva vitskapen seier endrar seg over tid. Slik kan ein problematisere notidas forståing av normalitet og abnormalitet som konstruktive kategoriar (Foucault, 2006). Dette er kategoriar som er i stadig

endring, og ifølgje Hackings teori om ”interaktive klassar” kjem dette av at det er menneskjer som bedømmer menneskjer. Som nemnt tidlegare kan menneskje bli redusert til ein empirisk objektiv målbar einskap ved å ta i bruk ein medisinsk modell (Grindheim, 2010). Det som skiljar menneskje frå til dømes bakteriar er at menneskjer er i stand til å kjempe tilbake og motsette seg objektifisering. Menneskjer kan sjølv motsette seg diagnosar og være med på å påverke dei måtane dei blir omtalt på, som til dømes med diagnosen om homofili. Dette er eit eksempel på korleis menneskjer kan være med på å påverke og ha sterk innflytelse på kva som blir ansett som sjukt og friskt eller normalt og unormalt i samfunnet. Dette indikerar at diagnosar ikkje er stabile og essensielle kategoriar men at dei kan endrast og påverkast over tid.

### **6.5 Patologiseringsdiskursen utfordrar systemdiskursen**

Patologiseringsdiskursen utfordrar systemdiskursen og trekker tilbake omgrepdiskursen. I systemdiskursen kjem det fram korleis diagnosen gjennom diskursive praksisar oppnår ein effekt av å ha ein større sanningsverdi gjennom hegemoni og ideologi. Kritikken som blir illustrert gjennom ein patologiseringsdiskurs hentar tilbake omgrepdiskursen. Kritikken baserar seg i stor grad på korleis ein kan fortsette å ekspandere eit system på eit usikkert og tvitydig vitenskapleg grunnlag. Det er hevda at diagnosesystemas ekspandering skjer uavhengig av om det oppfyller alle kriteriar for ein naturvitenskap. Likevel blir diagnosane produsert via enkelte maktrelasjonar i systemdiskursen som framstår ideologisk.

I patologiseringsdiskursen drøftar ein diagnostisering og diagnosens effekt på eit samfunnsnivå. Eit relevant tema er dei stadige revideringane av diagnosesystema. Psykisk helsevern har lenge fått kritikk for ekspandering av diagnosesystema og blir slik skylda for å stadig sjukleggjere fleire delar av menneskeleg åtferd og eigenskapar. Fleire av deltakarane er kritiske og skeptiske til dei nye revideringane og endringane av diagnosesystema. Nokon av deltakarane stiller spørsmål ved det vitenskaplege grunnlaget denne utvidinga føregår på. Fleire av deltakarane hevdar at ekspanderinga av diagnosesystema har skjedd utan grunnlag i evidensbasert forskning som støttar denne ekspanderinga.

Dette er i tråd med kritikken til Ekeland (2014). Han meiner at eit diagnosesystem som hevda å være vitenskapleg må leve opp til nokon kunnskapskrav, blant anna reliabilitet og validitet (Ekeland, 2014). Som det er nemnt tidlegare i oppgåva viser det seg at diagnosesystema i stor grad baserar seg på reliabilitetsstudiar og har lite fokus på validitet (Ekeland, 2014). Fleire av deltakarane påpeikar dei same manglane og snakkar om at faget er ”solgt godt” og ”tatt på seg ein for stor frakk”. Ein deltakar hevdar at den medisinske biten

kan ha fått for stor plass og at ein kan ha ein tendens til å tru på det meir enn det er grunnlag for. I patologiseringsdiskursen kjem det altså fram at fleire av deltakarane uttrykker bekymring rundt utviding av systema. Deltakarane imøtekjem kritikken om sjukeliggjering av normal variasjon og meiner det er eit samansatt problemstilling. Fleire deltakarar hevdar og at diagnosesystema er blitt meir inkluderande og kan begynne å ete seg inn i normal variasjon.

Brinkmann (2014) hevdar at mange lette tilstandar i dag blir gjeve ein diagnose på grunn av diagnosesystemets problematiske oppbygning. Dette kan ha medført at vi finn høge førekomstar av psykisk sjukdom i det vestlege samfunnet. I løpet av dei siste 50 åra er talet sjukdommar i det psykiatriske diagnosesystemet tredobla (Brinkmann, 2014). På eit samfunnsnivå kan den auka bruken av psykiatriske diagnosar føre til ein medisinsk initiert innsnevring av normalitetsområdet (Lian, 2014). Deltakarane uttrykker bekymring for denne utvidinga og om den fortsett å vakse. Ein deltakar stiller spørsmålet ”korleis skal ein behandle nesten halvparten av befolkninga?”. Dette er i tråd med kritikken der ein er uroleg for dei omfattande konsekvensane ekspanderinga kan ha for enkeltpersonar, til dømes ved at søkjelys dreiest vekk frå dei mest alvorlig sjuke (Høye, 2013).

I systemdiskursen kom det fram at diagnosen kan fungere som eit avviksstempel som kan påverke korleis vi ser på oss sjølv og korleis andre ser på oss og behandlar oss. Diagnosen kan altså endre vår sjølvforståing og sosiale identitet (Lian, 2014). Denne effekten blir forsterka av systemdiskursen sin ideologiske betyding, der visse maktrelasjonar kontinuerleg arbeidar for å oppretthalde og skape sosiale identitetar. Diagnosen kan slik påverke vår tru på eiga meistringsevner, som igjen kan få konsekvensar for korleis vi sjølv handetar våre problem (Lian, 2014).

Når vi set ein diagnose på ein pasient sine problem så innordnar vi problemet i ein epistemologi som og impliserar ein teori om sjukdom (Ekeland, 2014). Ved å få den sosiale identiteten som sjuk impliserar det og eit behov om behandling. Ved å stadig inkludere fleire i eit slikt sjukdomsbilete står ein i fare for å fjerne folks eigenmeistring. Dei alvorlege sjuke vil lide av ei slik ekspandering, samt kan det hindre eigenmeistring hjå personar som ikkje nødvendigvis treng behandling. Denne ekspanderinga står i fare for å føre til eit ”ekspertsamfunn”; Ein skapar ein ide om at stadig fleire av normalbefolkninga treng behandling, for det som tidlegare er sett på som normale livssyklusar. Slik kan ein ta bort personars tru på deira evne til å handtere lettare utfordringar på eiga hand.

## 6.6 Eit diagnosessystem i endring

Fleire av deltakarane påpeikar at diagnosetystemet i stor grad førar til eit individfokus. Nokon deltakarar meiner dette kan bidra til å gje eit feilaktig bilete av pasienten. Enkelte kritikarar hevdar at eit slik individfokus kan medføre at ein i mindre grad evnar å inkludere heile personen, nettverket og miljøet rundt den personen (Vedeler, 2016). Kritikarar og fleire av deltakarane hevdar altså at medisinsk behandling stort sett er retta mot pasienten som enkeltindivid. Vedeler (2016) meiner at psykiatriske lidingar bør sjåast i ein heilskap uansett kva årsak. Ved å arbeide etter ein medisinsk modell unngår ein å ta opp korleis familie, relasjonar og kultur verkar inn på det enkelte individet. Ein står då i fare for å gå glipp av dei ressursane disse elementa kan representere (Vedeler, 2016).

Fleire av deltakarane skildra å supplere det diagnostiske språket med ei problemskildring. Deltakarane fortel at diagnosane ikkje alltid er gode nok verktøy for å skildre pasientane sine problem. Det er tolka slik at fleire vender seg til psykososiale forhold for å forklare pasientanes individuelle utfordringar. Bjørk (2016) påpeikar og at diagnosespråket kan være overforenklande og reduserande. Kindermann (2014) meiner vi må jakte på mangfaldet av årsaker som ligg bak dei ulike psykiske lidingane, han meiner dei i svært mange tilfelle har røter i sosiale forhold og livsvilkår. Kindermann (2014) meiner at psykiske lidingar ikkje blir relatert til individuelle livserfaringar men er skildra som biologiske sjukdommar.

Både deltakarane og kritikarane hevdar at diagnosetystemet har visse manglar. I patologiseringsdiskursen ser ein dermed korleis systemdiskursen blir utfordra. Det er i denne diskursen ein kan sjå korleis systemdiskursen er i bevegelse og endring. Når det kjem til spørsmålet om korleis arbeidet ville føregått utan systema er utsegna til deltakarane tvtydige. Mange av deltakarane er skeptiske til ein slik tanke, dei ser for seg utfordringar i arbeidet med kommunikasjon, struktur og systematikk. Nokon deltakarar viste interesse og begeistring for ein slik tankegang og fleire poengterte at det kunne gå i pasientens favør med ei slik endring. Deltakarane såg og for seg at det ville bli ein meir individuell problemskildring der ein fekk eit betre fokus på den faktiske pasienten med større vekt på ressursar og miljø.

Fleire av deltakarane har hevda at det er viktig med ei god problemskildring i tillegg til diagnosen. Dette kan indikere at det ”faglege språket” eller ”diagnosespråket”, ikkje er fullstendig eller feilfritt. Som nemnt ovanfor kan det i stor grad bidra til feilkommunikasjon og overforenkling samt ekskludere mange individuelle forskjellar og eigenskapar. Både Vedeler (2016) og Kindermann (2014) er fagpersonar som snakkar om ynskje om endringar av systemet. Deira inntrykk er at diagnosetystemet bidrar til mange negative effektar for

pasientar og enkeltindivid. Kindermann (2014) meiner at ei enkel liste med personars problem vil ha større validitet og vil være meir enn tilstrekkelig som grunnlag for å planlegge omsorg og støtte. Dette er i stor grad det deltakarane skildrar, at dei gjev ein god problemskildring i tillegg til diagnosen. På eit vis kan ein då sei at mange av deltakarane likevel nytta seg av ei slik problemskildring som Kindermann (2014) føreslår.

Samstundes anerkjenner utviklarane av diagnosesystema visse manglar ved kategoriske diagnoser, dei ser heller for seg ein sakte overgang til dimensjonale diagnoser. I introduksjonen til DSM-IV er det reist tvil om gyldigheita av klare og absolutte skiljar mellom diagnose og ikkje-diagnose i psykiatrien. Klinikarar har hevda at den kategoriske diagnostikken ikkje stemmer fullstendig med den kliniske verkelegheita (Bjelland & Dahl, 2008). Dette er i tråd med korleis deltakarane fortel at dei ikkje alltid opplev diagnosesystemet som ei god nok skildring av psykiske lidingar. Deltakarane løyser ofte denne problematikken med ein problemskildring i tillegg til diagnosen. Enkelte kritikarar ynskjer å forkaste diagnosesystemet og slik fremmar tankar om revolusjon, som ein av deltakarane og gjorde, med ein alternativ modell med reine problemskildringar. Forkjemparane for diagnosesystema ser heller for seg ein gradvis overgang frå kategoriske til dimensjonale diagnoser. I staden for revolusjon vil ein slik satse på evolusjon gjennom ein gradvis prosess som fører til at alle diagnosane blir dimensjonale aspekt (Bjelland & Dahl, 2008).

Ein dimensjonal diagnostisk tilnærming kan bidra til å løyse noko av problematikken som er presentert i patologiseringsdiskursen. Det kan seiast at forkjemparane for diagnosesystema anerkjenner utfordringane om at diagnoser kan bli sett på som stabile og essensielle kategoriar. Den dimensjonale tilnærminga kan verke som eit forsøk på å endre den stabile oppfatning av diagnoser og vise at ein kan rammast av ein diagnose i større eller mindre grad. Det vil i denne tilnærminga være snakk om å ha ein diagnose i ulik grad av spekter og dimensjonar. Problemstillinga er om denne dimensjonale tilnærmingar vil være med på å bidra til eit meir inklusivt diagnosesystem? Ved å anvende dimensjonale diagnoser kan det tenkast at det vil stillast høgare krav til subjektive skjønnsvurderingar i praksisen av diagnostisering. Ved ein dimensjonal tilnærming vil det ikkje være like skarpe skiljar mellom kategoriane. Ein risiko med denne tilnærminga kan være at fleire vil kunne falle inn under den lette grada av dimensjonen.

I patologiseringsdiskursen kom det fram korleis diagnoser kan bidra til eit individperspektiv og slik undervurdere betydninga av miljø og nettverk. Diagnosesystemet kan slik framstå reduserande, overforenklande og feilkommuniserande. Den dimensjonale

tilnærminga vil ikkje nødvendigvis bidra til å løyse denne utfordringa med ein individualistisk tankegang. Sjølv om diagnosar i framtida vil være dimensjonale i staden for kategoriske, så kan det tenkast at problema fortsett tilskrivast individet aleine. Diagnosane vil i like stor grad representere rammene etter ein medisinsk modell og med dei utfordringane det førar med seg. Ein dimensjonal tilnærming til diagnostisering vil altså sannsynlegvis ikkje bidra til å inkludere fleire psykososiale forhold, som miljø og nettverk i behandling av psykiske lidingar.

Patologiseringsdiskursen illustrerer i stor grad korleis diagnosen og diagnosesystemet er i bevegelse og open for endring. Gjennom teoridelen i oppgåva kjem det fram korleis diagnosesystema opp gjennom historia har blitt endra og tilpassa samfunnet. På tross av dette har systemdiskursen hatt eit hegemoni der den via ideologi har klart å oppretthalde eit verkelegheitsbilete av diagnosar som stabile og uforanderlege kategoriar.

Patologiseringsdiskursen bidrar til å synleggjere disse bevegelsane og tvingar fram ein debatt om korleis diagnosesystemet skal bevege seg vidare i framtida. Enkelte hevdar at det er behov for ei radikal endring der ein forkastar heile det psykiatriske diagnosesystemet. Andre ser for seg ein meir gradvis endring gjennom evolusjon av diagnosesystemet der systemdiskursen beheld sitt dominante hegemoni. Det er sannsynlegvis denne polariserte debatten som førar til at fleire hevdar vi er kome i ei psykiatrisk ”krise”.

## 6.7 Oppsummering

I denne oppgåva har eg forsøkt å vise at språket er viktig i forståinga av diagnosen og diagnostisering. Korleis språket skildrar diagnosen og korleis ein forstår diagnosesystemet, samt kva konsekvensar dette kan ha for samfunnet. Utsegna eg har analysert er i stor grad i tråd med kritikken noko som gjer det ope for endring. Eg har gått inn og sett på diagnosen på tre ulike nivå. Oppgåva består av ein teoridel, ein analysedel og ein diskusjonsdel. Det kjem fram at det er stor samsvar mellom teoridelen og resultatdelen. I diskusjonsdelen er utsegna til deltakarane vurdert sama med utdrag frå teoridelen. Eg vil fyrst og fremst påstå at resultatata i denne oppgåva ikkje er i tråd med påstanden til Madsen (2014) som eg siterte i introduksjonen. Alle mine deltakarar framstår som reflekterte fagpersonar som hadde gode betraktningar rundt tema ”auking”, ”stigmatisering” og ”medikalisering”.

I omgrepdiskursen blir det i denne oppgåva skildra kva ein diagnose og psykisk lidning er på eit teoretisk og språkleg nivå. Diagnosen blir i hovudsak skildra som ein deskriptiv kategori av deltakarane. Det er mindre samsvar i deltakaranes skildring av den psykiske lidinga, noko som kan illustrere at deltakarane har ulikt syn på helse og sjukdom.

Det kan verke som at deltakarane nytta ulike forklaringsmodellar i skildringa av den psykiske lidinga, nokon lena seg mot ein naturvitskapleg forklaring og andre mot ei humanvitskapleg.

I systemdiskursen blir det skildra kva funksjon diagnosen har i den diskursive praksisen for psykologar og pasientar på eit individnivå. Diagnosens fordelaktige funksjon blir skildra som kommunikasjonsmiddel for psykologar og pasientar. Det er skildra korleis pasientar opplever det som å få ein forklaring på sine problem ved å få ein diagnose. Her ser ein korleis deskriptive kategoriar kan forvekslast med årsaksforklaring. Dette er eit eksempel på korleis psykiatrien kler seg i "ei sann drakt" der ein antar at psykiatrien oppfyller visse naturvitskapleg kriteria. I systemdiskursen blir det og skildra korleis diagnosar kan medføre stigmatisering og sjølvoppfyllande profetiar, det er skildra korleis dette kan påverke personars identitetstenking og eigenmeistring. Disse forventningane blir forsterka av psykologars definisjonsmakt og inntrykk av ekspertise. I systemdiskursen kjem det fram korleis diagnosesystemet medfører eit individfokus der det er lite fokus på familie, miljø og nettverk i handtering av psykiske lidingar.

I patologiseringsdiskursen blir diagnosesystemet drøfta på eit samfunnsnivå. Her kjem det fram at fleire av deltakarane stillar seg kritiske og skeptiske til ei utviding av diagnosesystema. Fleire av deltakarane påpeikar at diagnosesystemet i mindre grad oppfyller dei kriteria som er satt for å bli anerkjent som ein naturvitskapleg disiplin. Fleire av deltakarane uttrykker bekymring for ein stadig ekspandering og for korleis konsekvensar dette kan få for samfunnet. Det blir i denne diskursen drøfta tankar om ein alternativ praksis. Nokon av deltakarane stilte seg skeptiske til ein slik tanke medan andre deltakarar viste begeistring og interesse. Mykje av det som blir fremma i patologiseringsdiskursen er i stor grad i tråd med kritikken mot diagnosesystema som er gjennomgått tidlegare i teoridelen.

Gjennom diskusjonen er det illustrert korleis systemdiskursen undertrykker omgrepdiskursen, den skildrar diagnosar som reint deskriptive kategoriar. Systemdiskursen skildrar diagnosar som forklarande, systemdiskursen tilfører diagnosen ein ideologi som det ikkje nødvendigvis er grunnlag for. Gjennom systemdiskursen får diagnosen tilført eigenskapar om å være meir essensielle og uforanderlige kategoriar enn slik dei framstår i omgrepdiskursen. Systemdiskursen undertrykkar og skjular dei alternative mogelegheitane og kan slik framstå ideologisk. I patologidiskursen blir denne ideologiseringa problematisert. Omgrepdiskursen gjer seg gjeldande og blir brukt for å avdekke dei ideologiske maktrelasjonane som systemdiskursen fremjar. Her ser ein at hegemonia blir meir likestilt og illustrerar at diagnosen i stor grad har vore utsett for endring og det opnar for debatt i kor denne endringa skal bevege seg vidare.

Tidlegare i oppgåva er det illustrert korleis diagnosesystema har gjennom tida gjennomgått endringar. Jo fleire pasientar det blir jo fleire psykologar må til for å yte omsorg for dei som har behov for behandling. I mi analyse av utsegna opplevast det som at psykologar presenterar eit bilete av det psykiske helsevernet som ein kompleks organisasjon med eit etter kvart aukande pasientforlaup. Det krevjar hardt diskursivt arbeid å oppretthalde ting som dei er med eit diagnosesystem i stadig endring. Det å få verda til å framstå som noko stabilt når den faktisk er i endring, kan indikere at det er visse maktrelasjonar som har evna til å stadfeiste meining. Denne stadfeistinga skjer via gjentatte representasjonar av handlingar og identitetar, etter kvart vil det som gjentakast få karakter av stabilitet. Gjentakinga må være kontinuerleg slik at ikkje andre representasjonar fortrenger dei etablerte sanningane. Systemdiskursen har illustrert korleis strukturen oppretthaldast via enkelte maktstrukturar.

Patologiseringsdiskursen utfordrar systemdiskursen på grunnlag av kritikken som er drøfta innleiingsvis. Mange av deltakarane stilte seg kritisk til inflasjonar i diagnosar og uttrykka bekymringar rundt ei slik utvikling. Fleire av deltakarane stilte seg open for endringar av den diskursive praksisen. I tråd med kritikken blir det hevda at ei enkel liste av problemskildring kan fungere som alternativ til diagnosen. Det blir illustrert gjennom systemdiskursen at mange av deltakarane nyttar seg av ei slik problemskildring i tillegg til diagnosen. Samstundes skjer det ei gradvis endring innan i diagnosesystema til ei meir dimensjonal tilnærming. Denne endringa har som formål å imøtekomme problematikken rundt diagnosar som stabile og essensielle kategoriar. Det er tenkt at ein gradvis evolusjon vil føre til ein fullstendig dimensjonal diagnostikk. Ei slik endring kan handter noko av utfordringane diagnosesystemet møter, men ein dimensjonal diagnostikk vil i like stor grad være individbasert og dermed i mindre grad inkludere psykososiale forhold.

Via ein patologiseringsdiskurs blir det framstilt korleis systemdiskursen kjempar ein hard kamp for å oppretthalde sitt hegemoni om ein førestiling av diagnosar som meir essensielle og stabile kategoriar. Det er drøfta korleis fagpersonar og enkelte deltakarar stiller seg kritiske til systemet og setter endring på dagsorden. Sjølv om systemdiskursen har eit tydeleg dominant hegemoni kan patologiseringsdiskursen avdekke at systemet er i bevegelse og endring. Patologiseringsdiskursen er den som illustrerar korleis det er rom for endring og bevegelse i systemdiskursen. Diagnosesystemet har vert og er i stor grad i endring slik det er illustrert i denne oppgåva. Kanskje det er på tide for psykologar å ta eit standpunkt i kva retning ein vil være med å bevege denne endringa vidare, skal det skje gjennom revolusjon eller evolusjon?



## Referansar

- Bjelland, I., & Dahl, A. A. (2008). Dimensjonal diagnostikk – ny klassifisering av psykisk lidelse. *Tidsskrift for den norske legeforening*. Henta 15.04.16 frå <http://tidsskriftet.no/article/1708972/>
- Bjørk, F. R. (2016). Diagnosemakt. *Norsk Psykolog Foreining*. Henta 10.04.16 frå <http://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/rune-flaaten-bjoerks-blogg/diagnosemakt#.Vv0TX6oIKfY.facebook>
- Blaxter, M. (1978). Diagnosis as category and process: The case of alcoholism. *Social science & medicine*, 12, s. 9-17.
- Borghild, R. (2009). Patologi. Henta 15.04.2016 frå <https://sml.snl.no/patologi>
- Brinkmann, S. (2014). *Det diagnostiserende liv – sykdom uden grænser*. Forlaget Klim
- Bugge, A. (1999). Produksjon av Kvalitative data – noen metodologiske refleksjoner. *Statens Institutt for forbrukerforskning*. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Ekeland, T. (2014). Psykiatridiagnoser – ein kunnskapskritikk. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol 51 s. 715 – 722.
- Ekeland, T. (2003). En diagnose av psykiatri diagnoser. *Impuls* nr 1. Henta 10.04.16 frå <http://www.stiftelsen-hvasser.no/documents/Eindiagnoseavpsykiatri.pdf>
- Eknes, J. (2016). Diagnosesystemer. Utviklingshemming og psykiske lidelser. *Ullevål universitetssykehus*. Henta 15.04.16 frå <http://docplayer.no/8854886-Diagnosesystemer-utviklingshemming-og-psykiske-lidelser-fordypningstekst-for-nettkurs.html>
- Foucault, M. (2006). *Galskapens historie*. fakkell Gyldendal forlag.
- Frances, A. (2010). Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5. *Psychiatric Times*. Commentary. Henta 10.04.16 frå [http://www.janusonline.it/sites/default/files/allegati\\_news/FrancesA\\_PsychiatricTimes\\_110210.pdf](http://www.janusonline.it/sites/default/files/allegati_news/FrancesA_PsychiatricTimes_110210.pdf)
- Frances, A., Mack, A. H., Ross, R. & First, M. B. (2000). The DSM-IV Classification and Psychopharmacology. Henta 16.04.16 frå <http://www.acnp.org/G4/GN401000082/CH081.html>
- Goffman, E. (1990). *STIGMA – Notes of the Management of Spoiled Identity*. Penguin Psychology.
- Grindheim, K. Ø. (2010). Life.... but how to live it?: En fenomenologisk-eksistensiell tilnærming til psykisk lidelse og psykoterapi. *Norges tekniske naturvitenskaplege*

- universitet Trondheim*. Henta 15.03.16 frå  
<http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/265146>
- Halvorsen, P. (2015). Spør meg ikke hva som er galt med meg men hva som har skjedd meg. *Norsk Psykologforening*. Henta 05.04.16 frå  
<http://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/spoer-ikke-hva-som-er-galt-med-meg-men-hva-som-har-skjedd-meg>
- Heffner, C, L. (2016). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). *Allpsych.com*. Henta 15.04.16 frå <http://allpsych.com/disorders/dsm/>
- Helliesen, O. (2011). Diagnosens legitimitet innen psykisk helsevern. *Universitetsforlaget*, Fokus på familien. Nr 1 s. 5-23.
- Horwitz, A, V. (2002). Creating mental illness. *University of Chicago Press*. The Human nature Rewiew Vol 2: 4 – 6. Henta 05.04.16 frå  
<http://human-nature.com/nibbs/02/cmi.html>
- Høye, A. (2013). På tide å tenke nytt om psykiatriske lidelser. *Tidsskrift for den norske legeforening*. Henta 10.04.16 frå <http://tidsskriftet.no/article/3029122/#reference-2>
- Jørgensen, W, M., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Samfundslitteratur. Roskilde Universitetsforlag.
- Kindermann, P. (2014). Why We Need to Abandon the Disease-Model of Mental HealthCare. *Scientific American*. Henta 05.04.16 frå  
<http://blogs.scientificamerican.com/mind-guest-blog/why-we-need-to-abandon-the-disease-model-of-mental-health-care/>
- Kreutz-Hansen, H. (2016). Diagnosesamfunnet: Normal eller psyk? VG + henta 18.04.16 frå  
[http://pluss.vg.no/2016/04/18/2378/2378\\_23641749](http://pluss.vg.no/2016/04/18/2378/2378_23641749)
- Kupfer, J, D. (2012). Dr. Kupfer Defends DSM-5. *Medscape Psychiatry*. Henta 15.04.16 frå  
<http://www.medscape.com/viewarticle/764735>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. 2 utg. Gyldendal Akademisk.
- Lian, S, O. (2006). Den moderne eos–myten om medikalisering som modernitetsfenomen. *Sosiologisk tidsskrift*. Vol 14, s. 63 – 87. Universitetsforlaget.
- Lian, S, O. (2014). Hva ligger i navnet? Psykiatriske diagnoser og diagnosens sosiologi. *Tidsskrift for Norsk Psykolog forening*. Vol 51 s. 723 - 728
- Lyngstad, G, D. (2000). Stigma og stigmatisering i psykiatrien – et område som krever innsats? *Tidsskrift for den norske legeforening*.120:2178 – 81. Henta 05.04.16 frå  
<http://tidsskriftet.no/article/139092/>

- Madsen, O, J. (2014). Hinsides sant eller falskt. *Norsk tidsskrift for psykolog forening*. Vol 51 s.745 - 752
- Magner, T., & Wormnes, B. (2015). Slik formes vi av andres forventninger. *Psykologisk.no*. Henta 10.04.16 frå <http://psykologisk.no/2015/06/slik-formes-vi-av-andres-forventninger/>
- Malt, U., og Skålegåv, A, S. (2015). Psykiatri. henta 22.04.15 frå <https://sml.snl.no/psykiatri>
- Mykletun, A., Knudsen A, K., & Mathiasen, K, S. (2009). Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. *Folkehelseinstituttet*.
- Passer, W, M., Smith, E, R., Holt, N., Bremner, A., Sutherland E., & Vliek, M. (2009). *Psychology. The science of mind and behaviour*. New York: McGraw-Hill.
- Pedersen, G, A, F. (2014). Global funksjonsskåring – like aktuelt etter siste versjon av diagnosesystemet DSM. *Tidsskrift for den norske legeforening*. Henta 15.04.16 frå <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2014/916-7.pdf>
- Regier, D, A. Kuhl, E, A & Kupfer, D, J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry* Volume 12, Issue 2, pages 92–98, June 2013 henta 15.04.16 frå <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20050/full>
- Schanning, E. (2000). *Modernitetens oppløsning, sentrale skikkelser i etterkrigstidens idehistorie*, SPARCTACUS forlag.
- Svendsen, L, H, Fr. (2006). Patalogisering av menneskelivet. *Samtiden* (Trykt utg.)
- Torgalsbøen, A., & Vaskinn, A. (2014). Diagnostisering: Norske psykologers unnlåtelsessynd? *Tidsskrift for norsk psykolog forening*. Vol 51 s. 753 – 758.
- Torgersen, S. (2014). Kan mysterier rommes i et moderne diagnosesystem? *Tidsskrift for norsk psykolog forening*. Vol 51 s. 708 - 714
- Vederer, G, H. (2016). Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern? *Psykologisk.no*. Henta 05.04.16 frå <http://psykologisk.no/2016/03/passerdennedisinske-modellen-i-psykisk-helsevern/>

## Vedlegg 1

**Intervjuguide:**

**Før intervjuet startar:** Presentere meg sjølv og prosjektet. Forsikre om anonymitet. Informanten er i sin fulle rett til å avstå frå å svare på enkeltspørsmål, og kan avslutte intervjuet når vedkommande måtte føle for det. Gje informanten samtykkeerklæring. Fortelje at denne erklæringa ikkje skal oppbevarast saman med intervjuet, og på ein sikker stad.

**Informasjon om tema til deltakar:** Eg har i dette intervjuet som hovudformål å undersøkje kliniske psykologars meiningar og haldingar rundt praksisen av diagnostisering. Når eg stiller spørsmål om diagnosar er det her snakk om psykiatriske diagnosar. I all hovudsak F diagnosar der dei fleste psykologar forhold seg til ICD-10 systemet, men det kan og inkludere enkelte symptomdiagnosar (R -diagnosar), felles for diagnosane som er blir diskutert her er at dei ikkje alltid har eit like klart biomedisinsk (somatisk) grunnlag.

Bak.info: Alder:    kjønn:    arb.erf(år):    arb.plass:    område /spesialist:    barn/voksen:	
<p><u>1.Kan du sei litt om dine tankar og erfaringar med diagnosar og diagnosesetting?</u>  <u>2.Kva legg du i omgreipet ein diagnose?</u>  <u>3.Korleis opplev du det å (måtte) forhalde deg til eit diagnosesystem på arbeidsplassen – både positive og negative sider?</u>  a) Korleis opplevast det å sette ein diagnose sjølv om problematikk ikkje skulle samsvare med ein spesifikk diagnosekategori? Og er det vanskelegare å behandle denne gruppa?  b) Korleis opplev du det å stille ein diagnose som ikkje samsvarar med henvisningsdiagnosen?  c) opplev du å ha eit ulikt syn på diagnosar enn legar?  <u>4.Kva for (neg/pos) følgjar kan diagnostisering har for deg som terapeut?</u>  a) Korleis opplev du det å presentere den diagnosen du har satt til pasienten?  b) har du ein formeining om kva som er den beste måten å presentere diagnosen? (Er det tilfeller der du skulle ynskje du slapp å presentere diagnosen?)  c) opplev du at nokon diagnosar følast tyngre eller lettare enn andre?  <u>5. Kva for (pos/neg) følgjar kan diagnostisering ha for pasienten?</u>  a) Korleis opplev du at pasientar ofte mottar det å få ein diagnose?  b) Når ein pasient får ein diagnose, kvar vil du sei at pasienten "har" plagen?</p>	<p><i>Innleiing - ope spørsmål omgreipsavklaring Tema: kliniske psykologars haldingar til dignostisering (hovudtema)</i></p> <p>Problemstilling:  1.Korleis stiller psykologar seg til å måtte forhalde seg til eit overordna diagnosesystem? Er det problematisk å setje diagnosar sjølv om pasienten sin problematikk er tvetydig? Kva skjer med pasientar som har ein problematikk som fell utanfor diagnosekategoriane? Har leger og psykologar ulik oppfatning av kva ein diagnose er? Korleis forstår kliniske psykologar diagnosar?  2.Korleis opplev psykologar det å sjølv sette og kommunisere diagnosar? Kva er den beste måten å "presentere" diagnosen på? Opplev psykologar noko form for "diagnosevegring"?  3. korleis meiner psykologar at det å få ein diagnose mottas av pasienten, og kvar meiner dei at pasienten "har" denne diagnosen?</p>
<p><u>6.Det har blitt hevda at ei aukinga av nye diagnosar fører til innskrenkinga av normalitetsomgreipet, kva tenker du om dette?</u>  a)Er det slik at folk blir sjukare eller er ein blitt flinkare til å fange opp folk som oppfyller kriteriana til diagnosane?  b) kva tenker du om framtidsutsiktene til folk og psykologar om dette fortsetter å auke? (I dag 50% psykisk sjuk)  (c) korleis "oppstår" nye diagnosar?)</p>	<p><i>Tema: auking av diagnosesystemet.</i>  Problemstilling: kva er psykologars tankar om patologisering?</p>
<p><u>6.Om du skal tenke deg til at diagnosesystemet og den informasjonen det inneberer plutsleg ikkje ekisterar, korleis trur du det då ville være å arbeide som psykolog?</u>  a) Korleis trur du terapien ville ha føregått om ein hadde fjerna «diagnosesystemet»?</p>	<p><i>Tema: Tankeeksperiment.</i>  Problemstilling: korleis meiner kliniske psykologar at behandling utan diagnosar kan føregå?</p>
Er det noko du til slutt vil tilføye? Noko du føler du ikkje har fått sagt eller vil ta opp?	

Takk for at du stilte opp!

Vedlegg 2



## SAMTYKKJEERKLÆRING

**Eg bekreftar å ha lest eller blitt forklart informasjon om undersøkinga og samtykkjer i å delta i prosjektet slik det er skildra.**

Namnet ditt: .....

.....

Stad og dato

.....

underskrift