

## **Hva ligger i navnet? Psykiatriske diagnoser og diagnosenes sosiologi**

Olaug S. Lian

## Hva ligger i navnet? Psykiatriske diagnoser og diagnosenes sosiologi

Stadig flere menneskelige karaktertrekk omdefineres til medisinske diagnoser, noe også DSM-5 kan bidra til. Vi trenger derfor forskningsfelt som «diagnosenes sosiologi», som tilbyr et utenfrablikk og åpner for en debatt om utviklingen.

Alle mennesker har et sett av egenskaper og kjennetegn ingen andre har maken til – selv ikke eneggede tvillinger (fordi vi formes av både arv og miljø). De egenskaper og kjennetegn som gir oss vår metafysiske egenart, kaller vi karaktertrekk. Trekk ved en persons karakter forstås som relativt grunnleggende kjennetegn ved en person, som vi ytrer gjennom tanker, følelser og handlinger. Tilgrensende begreper er personlighet, vesen og sinnelag. I det følgende brukes begrepet karaktertrekk som et *relasjonelt* begrep som knyttes til moralske kvaliteter som vurderes normativt av andre, ut fra kulturens normer om hva som er bra eller dårlig. Karaktertrekk forstås på ulike måter i ulike kulturer, og disse forståelsene endres over tid.

En dominerende trend i dagens vestlige samfunn er at vi omdefinierer stadig flere menneskelige egenskaper og kjennetegn fra karaktertrekk til sykdom med diagnostiske merkelapper fra internasjonale klassifikasjonssystemer. Slike diagnoser tildeles en stadig større del av befolkningen. Jeg har tidligere lansert begrepet 'karaktertrekkdiagnose' for å betegne slike diagnoser (Lian, 2012). En karaktertrekkdiagnose er en diagnose som *navngir* menneskelige karaktertrekk med sykdomsklassifikasjoner med bakgrunn i at de er avvikende og uønskede, og dermed skaper problemer av ulik art for vedkommende selv og/eller for deres omgivelser (det sistnevnte gjelder spesielt hvis personen er et barn). Når et karaktertrekk blir diagnostisert, får det et medisinsk navn, men hva ligger i navnet?

*Vi omdefinierer stadig flere menneskelige egenskaper og kjennetegn fra karaktertrekk til sykdom med diagnostiske merkelapper*

Hensikten med denne artikkelen er å drøfte karaktertrekkdiagnosenes status, grunnlag, tilblivelse, implikasjoner og utematiserte forutsetninger i lys av den sosiologiske diagnoseforståelsen, med særlig vekt på spørsmålet som stilles i artikkelens tittel: hva ligger i navnet? Gjennom å trekke historiske linjer tilbake til 1960-tallets anti-psykiatribevegelse vil jeg også synliggjøre den tette forbindelsen mellom sosiologien og den kritiske psykiatrien. For å påskjønne artikkelens budskap må man være åpen for dens grunnpremiss: psykiatriske karaktertrekkdiagnoser er primært sosiale konstruksjoner som stempler avvikende og antatt problematiske karaktertrekk som sykdom. Disse konstruksjonene må ikke forveksles med de karaktertrekkene de navngir: diagnosene handler ikke

om hva noe *er*, men hvordan noe *forstås*. Hensikten med denne artikkelen er altså ikke å si noe om hva menneskelige karaktertrekk *er*, men hvordan de navngis, defineres, forklares, forstås og responderes på. Selv om det er psykiatriens navn og forståelsesmåter jeg er mest opptatt av, er det viktig å understreke at psykiatrien ikke opptrer i et vakuum: psykiatrien står i en gjensidig relasjon til samfunnet generelt. Psykiatrien er altså en «mottaker» av endringer i samfunnet, samtidig som den også påvirker samfunnsutviklingen på ulike måter (Lian, 2012).

### **Medikalisering: fra karaktertrekk til psykiatrisk diagnose**

Den økte bruken av diagnoser for å navngi karaktertrekk er en del av en generell utvikling i retning av økt medikalisering. Medikalisering er en omfattende og sammensatt *prosess* som fører til en utstrakt bruk av medisinsk ekspertise og terminologi, slik at stadig større deler av folks liv defineres som relevante for profesjonell helsehjelp og dermed legges inn under helsetjenestens ansvarsområde (Illich, 1995). Kjernen i dette fenomenet uttrykkes i det islandske begrepet *sjukdómsvæðing*, som direkte oversatt betyr «sykdomspåkledning», altså å kle noe i en sykdomsdrakt (Getz, 2002). Grensen mellom frisk og syk trekkes dermed på en måte som gjør gruppen av unormale og syke stadig større, og gruppen av normale og friske stadig mindre (Freidson, 1970; Illich, 1995). I USA hadde for eksempel mer en ett av ti barn og unge mellom 4 og 17 år diagnosen ADHD i 2011 ([www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html](http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html)), og diagnosen *autism spectrum disorder* (ASD) var i 2008 gitt til 1 av 88 amerikanske åtteåringer, en økning på 78 prosent fra 2002 ([www.cdc.gov/Features/CountingAutism](http://www.cdc.gov/Features/CountingAutism)).

#### **Noen eksempler**

DSM-5 har flere eksempler på menneskelige karaktertrekk som har fått medisinske navn gjennom diagnoser: følelsesutbrudd omtales som *disruptive mood dysregulation disorder*, hverdagslivets bekymringer som *generalized anxiety disorder*, og overdreven bruk av forlystelser som sex, shopping, spill og surfing på Internett som *behavioral addictions*. Ellers har manualen diagnoser som *adjustment disorder*, *dissociative identity disorder* og *oppositional defiant disorder*.

Sammen med DSM-4 har DSM-5 foretatt en rekke redefineringer fra karaktertrekk til sykdomsdiagnoser. Noe forenklet sagt kan vi si at sjenanse og beskjedenhet har blitt *social anxiety disorder*; sorgreaksjoner etter tøffe opplevelser har blitt *posttraumatic stress disorder*; årstidsavhengige stemningsvariasjoner har blitt *seasonal affective disorder*; generelle stemningsvariasjoner har blitt *bipolar disorder*; repetitive handlingsmønstre forstås som

tvangshandlinger og klassifiseres som *obsessive– compulsive disorder*; opplevelser av å ha et annet kjønn enn sitt biologiske kjønn har blitt til *gender dysphoria*; eksentriske særegenheter kombinert med snevre interesseområder og avvikende sosiale ferdigheter har blitt *autism spectrum disorder* (ASD, som i DSM-5 erstatter fire tidligere diagnoser, deriblant Aspergers syndrom), avvikende sosiale kommunikasjonsferdigheter har blitt *social communication disorder*; og høy aktivitet og impulsivitet kombinert med mangel på konsentrasjon har blitt *attention-deficit (hyperactivity) disorder* (ADHD/ADD). Personer som gjentatte ganger begår kriminelle handlinger, antas å ha en *antisocial personality disorder* (APS), og følelsesmennesker har blitt til *highly sensitive persons* (HSP). I 22. juli-rettssaken så vi et eksempel på medikalisering av ekstreme politiske synspunkter og handlinger. Det kan være grunn til å gjenta Thomas Szasz' (1974: 22) grunnleggende spørsmål fra 1970-tallet: «Is every form of suffering illness?» For en sosiolog kan DSM-5 leses som et uttrykk for hva som er viktige ferdigheter og verdier i dagens samfunn: kommunikasjon, konsentrasjon, samarbeid, konformitet, følelseskontroll og seksualitet.

### **Hva sier kritikerne?**

DSM-5 er kritisert for at den vil bidra til ytterligere medikalisering av det menneskelige liv. Et argument i denne kritikken er at psykiatriske diagnoser «are not illnesses in any ordinary sense of the term» (Hickey, 2013), men heller unyttige og stigmatiserende stempler som kan redusere menneskers tro på seg selv og sin egen mestringssevne (Callard & Bracken, 2013; Timimi, 2011). Psykiatere og pasienter verden over har igangsatt kampanjer for å motarbeide DSM-5, deriblant på Facebook ([www.facebook.com/TheCommitteeToBoycott5](http://www.facebook.com/TheCommitteeToBoycott5)). Kampanjene har spor av 1960-tallets antipsykiatribevegelse. Thomas S. Szasz, psykiateren som var frontfigur i denne bevegelsen i USA, omtalte psykiatriske klassifikasjonssystemer som «charting of human misery and cataloguing it in the language of medicine» (Szasz, 1974: 19). Han benektet eksistensen av psykisk sykdom i ordets strenge betydning (Szasz, 1974), og var særlig kritisk til sykdomsstempling av avvikende handlinger: «No behavior or misbehavior is a disease or can be a disease. That's not what diseases are» (Szasz, 2004).

Mye av debatten om DSM-5 bunner i ulike syn på helse, sykdom og diagnoser som sjelden tematiseres eksplisitt. Kritikken mot manualen kan forstås i lys av en klassisk sosiologisk tenkemåte som nylig har fått en renessanse på to områder: gjennom utvikling av fagfeltet diagnosenes sosiologi, og gjennom den kritiske psykiatriens kritikk av DSM-5. Begge disse fagfeltene bygger på klassiske helsesosiologiske og avvikssosiologiske teorier utviklet i perioden 1950–1970 (Becker, 1963;

Freidson, 1970; Goffman, 1963; Parsons, 1951). Antipsykiatribevegelsen som oppstod omtrent på samme tid, trakk veksler på disse teoriene, og sosiologien og den kritiske psykiatrien opererte lenge på en felles teoretisk plattform. Denne alliansen ble nylig revitalisert i debatten om DSM-5.

### **Diagnosenes sosiologi**

En grunnforutsetning i sosiologien er at vår forståelse av helse og sykdom avhenger av *tid og sted* fordi den preges av kulturelle normer og verdier i det samfunnet de oppstår av og inngår i. Våre helseforståelser absorberer kulturen de skapes i og av (samtidig som de også virker tilbake på denne kulturen). Dermed peker de tilbake på kulturelle normer om hva vi anser for å være normalt og ønskelig, og hva vi forventer av hverandre i ulike situasjoner. Kulturavhengigheten gjelder både folkelige og faglige forståelser. Jo mindre sikker kunnskap vi har, desto større blir kulturpåvirkningen. For psykiatriske diagnoser blir kulturpåvirkningen særlig sterk, noe som gjør dem (sosiologisk sett) meget interessante.

Diagnosenes sosiologi gjør bruk av sosiologiske begreper, teorier og perspektiver for å forstå sosiale og kulturelle faktorer og prosesser knyttet til medisinske diagnosers status, grunnlag, tilblivelse og funksjoner. Dermed gir den oss begreper, teorier og en måte å tenke og se på (et perspektiv) som gjør oss i stand til å utforske hvordan sykdomsdiagnoser navngis, skapes, vedlikeholdes, endres og anvendes, og hvilke implikasjoner dette får. Det handler som sagt ikke om fenomenene i seg selv (hva de er), men hvordan vi navngir og forstår dem i bestemte sosiokulturelle kontekster. Om det som navngis kan relateres til biologisk patologi, er i en forstand irrelevant for sosiologien fordi sykdom og diagnoser alltid eksisterer som sosial realitet, og det er dette aspektet sosiologien søker å utforske (Freidson, 1970: 212).

### **Diagnoser og diagnostisering**

Diagnosenes sosiologi dreier seg om to hovedtemaer: diagnose som kategori og diagnostisering som prosess: «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: 9).» Fagfeltet søker økt forståelse av sosiokulturelle og historiske aspekter ved medisinske diagnoser og diagnostiske prosesser gjennom å utforske «the social forces that influence the clinical process of diagnoses » (Jutel, 2011: 13). Sentrale spørsmål angår hvordan diagnoser forhandles frem, hvordan de influeres av den kulturelle konteksten de oppstår i, og hvilke funksjoner de har (Brown, 1995; Jutel,

2011; Rosenberg, 2002; Rosenberg, 2006). Flere nettsteder med fagstoff om denne tematikken er nå etablert (www.facebook.com; www.sociologyofdiagnosis.com). Forskningsfeltet har oppstått på bakgrunn av den sentrale plassen sykdomsdiagnosene har fått i moderne vestlig biomedisin.

For at en diagnose skal eksistere, må den forhandles frem. Diagnoser forhandles, skapes, synliggjøres, utfordres, rangeres og valideres i sosiale prosesser hvor mange aktører bidrar, og hvor både faglige, politiske, teknologiske, kulturelle og økonomiske faktorer spiller inn (Lian, 2012). Den endelige definisjonsmakten har vi lagt i hendene til helseprofesjonene. Internasjonale ekspertpaneler definerer diagnosene, og klinikere anvender dem i sin kliniske praksis. Monopolet på å definere, validere og tildele diagnoser utgjør noe av grunnlaget for helseprofesjonenes makt og autoritet (Freidson, 1970; Jutel, 2011).

Diagnosemanualene er klassifikasjonssystemer som brukes for å klassifisere ulike mennesketyper i avgrensede kategorier, blant annet ut fra hvilke karaktertrekk de har. Denne klassifiseringen står overfor store utfordringer, blant annet i forhold til å utvikle presise definisjoner og avgrensninger mot tilgrensende karaktertrekk og – ikke minst – fastsette grenser mot normalutvikling og normalfunksjon. Det diagnostiske arbeidet foregår uten hjelp av sikre biomedisinske markører og sikre årsaksforklaringer. Det betyr at diagnosene er menneskeskapt konstruksjoner som har kulturelle *røtter* så vel som kulturelle *implikasjoner*. Diagnosenes sosiokulturelle fasetter gjør at helsefaglig praksis verken kan eller bør forstås som ren vitenskapsanvendelse.

### **Diagnose = normbrudd**

Enkelte karaktertrekkdiagnoser springer ut av brudd på kulturelle normer som sier hvordan vi bør tenke, føle og oppføre oss i gitte situasjoner. Normer relatert til sorg sier for eksempel noe om hvor sorgfull det er normalt å være, hvor legitimt det er å uttrykke sorg, i hvilke situasjoner vi har legitime grunner for å sørge, hvor mye og hvor lenge det er legitimt å sørge i bestemte situasjoner, og hvordan vi skal uttrykke og håndtere vår sorg. Alle samfunn har tilsvarende kulturelle normative forventninger som angir «nokpunktet» for hvor hissig, nedstemt, trette, sosiale og energiske vi bør være i gitte situasjoner. Når psykiatrien definerer noe som unormalt og uønsket, er det relatert til brudd på slike normer. Grensedragningen har en preskriptiv karakter: den signaliserer hvordan noe burde være, gjennom å sette en standard for hva som skal betraktes som normalt og unormalt.

Karaktertrekkdiagnoser og diagnostiske prosesser dreier seg altså om normative vurderinger av karaktertrekk. Vurderingen innebærer at plagsomme og uønskede karaktertrekk blir 1) identifisert,

2) omdefinert til sykdomssymptomer, 3) og gitt medisinske navn. Denne redefineringen innebærer en sirkelslutning: diagnosene baseres på personers karaktertrekk, samtidig som karaktertrekkene til disse personene forklares ved at de har denne tilstanden. Altså: Karaktertrekkene gir sykdommen, og sykdommen gir karaktertrekkene. Premiss og konklusjon er det samme, ergo ender vi opp med det samme som vi begynte med.

Diagnosen er likevel mer enn et navnebytte: navnet påvirker måten vi forstår et karaktertrekk på. Av og til innebærer navnebyttet en overgang fra en positiv til en negativ beskrivelse (flink pike kan for eksempel oppfattes som positivt konnotert, men ved å legge til ordet 'syndrom' og si 'flink pike-syndrom' blir det negativt ladet). Psykiatriske navn er per definisjon negative, og inneholder ofte negativt konnoterte begreper som forstyrrelse, avvik, patologi, lidelse og sykdom (ofte *disorder* på engelsk). For eksempel er personer med Aspergers syndrom (i dag innlemmet i ASD) beskrevet som personer med *begrensede* interesseområder, *reduerte* sosiale evner og *manglende* interesse for å være sosial (Weidle et al., 2011). Disse verdidommene bygger på implisitte normative forutsetninger om interesseområder (hva er snevre interesser, og er det bra eller dårlig å ha det?) og sosiale ferdigheter (hva er gode sosiale ferdigheter, og hvor mye sosial aktivitet bør et menneske ha?) som er sosialt og kulturelt bestemt. Psykiatrien har ingen nøytrale faglige metoder eller kunnskaper for å besvare dem. Likevel har samfunnet gitt det medisinske systemet makt til å trekke opp grensen mellom gode og dårlige karaktertrekk, og definere hvilke karaktertrekk (uttrykt gjennom tanker, følelser og handlinger) som er uønskede i ulike situasjoner. Dermed kan diagnosene (i tillegg til sin primærfunksjon å være retningsgivende for behandling) inngå som et ledd i en samfunnsmessig kontroll av avvikere:

...in contrast to the idea that diagnosis should determine treatment, diagnoses in psychiatry are applied to justify predetermined social responses, designed to control and contain disturbed behaviour and provide care for dependents. Hence psychiatric diagnosis functions as a political device employed to legitimate activities that might otherwise be contested (Moncrieff, 2010: 370).

Normer om hva vi bør og ikke bør ha av karaktertrekk, er ofte kjønne. Når for eksempel kvinner diagnostiseres med psykiske lidelser oftere enn menn, kan det bety at vi har sykelligjort den «kvinnelige» måten å takle vanskelige situasjoner på (men det kan selvsagt også være at dagens

samfunnsstruktur generelt sett er mer belastende for kvinner enn for menn). I diagnoser relatert til seksualitet kommer kjønnete fortolkninger til uttrykk på en måte som ikke har med biologiske forskjeller å gjøre: menn kan ha *male hypoactive sexual desire disorder*, kvinner kan ha *female orgasmic disorder* og *female sexual interest/arousal disorder*. Allen Frances (2013) siterer en forskerkollega som brukte følgende analogi for å illustrere det normative elementet i slike diagnoser (med referanse til sistnevnte diagnose):

I have no interest in eating mushy peas (a British delicacy consisting of peas boiled and mashed beyond recognition). Yet I do not think that my lack of interest in mushy peas is evidence that there is something wrong with me. Further, I do not believe I should resort to taking something to make me want them (Tamara Kayali, sitert fra Frances, 2013).

Eksempelet er satt på spissen, men det får oss til å reflektere over hvordan kulturelle normer og verdier i dagens samfunn definerer stadig snevrere rammer for hvordan vi bør tenke, føle og handle, og hvordan psykiatrien spiller en stadig større rolle i å understøtte og forsterke slike prosesser.

### **Diagnosens status og implikasjoner**

En psykiatrisk diagnose er et navn på noe, det vil si en språklig konstruksjon som betegner noe medisinske autoriteter velger å definere som sykdom. Diagnosen har altså ingen ontologisk eksistens. Det har heller ikke den tilstanden den navngir: «Mental illness, of course, is not literally a ‘thing’—or physical object—and hence it can ‘exist’ only in the same sort of way in which other theoretical concepts exist» (Szasz, 1974: 113). Szasz oppfattet somatiske og psykiatriske tilstander som grunnleggende forskjellige i så måte:

Typhoid fever is a disease. You all know that, you don't question that. Spring fever [kort pause] – all you have to know is English. Spring fever is not a disease. Now why not? Because we all know that it's a figure of speech, a metaphor, a little piece of poetry. Now, so are all mental diseases (Szasz, 2004).

Diagnosen er likevel mer enn et navn. Det blir derfor viktig å forstå hva som ligger i navnet: Navnet er startstedet, og grunnlaget for erfaring, fortolkning, forklaring, forventet prognose og



behandlingstiltak (Jutel, 2011). En navnløs plage mangler alt dette: den blir «uleselig» ikke bare for medisinen, helsetjenesten, trygdesystemet og samfunnet for øvrig, men også for den syke selv (Parsons, 1951; Freidson, 1970).

Når diagnosen foreligger, kan den fremstå som et «speilbilde» av en reelt eksisterende tilstand. Dette gjelder i større grad for somatiske enn for psykiske tilstander. I vår kultur er psykiske lidelser assosiert med svakhet og manglende mestringsevne, og dermed betraktet som en form for karakterbrist. Psykiske lidelser blir også lett oppfattet som mindre «reelle» enn somatiske lidelser, ja kanskje til og med innbilte: «less physical, less real» (Jutel, 2011: 13).

Fordi en diagnose oppfattes som et navn på en reelt eksisterende tilstand, kan den fungere som et autoritativt godkjentstempel som kan bidra til kulturell legitimitet. Når noen får stemplet «godkjent som syk» av en medisinsk autoritet, kan de samtidig få tildelt en sosial rolle som fritar dem for plikter de ellers ville hatt (Parsons, 1951). Sykerollen kan gi kulturell aksept for å opptre som syk: «...by virtue of being the authority on what illness 'really' is, *medicine creates the social possibilities for acting sick*» (Freidson, 1970: 201). Dette skjer ofte, men ikke alltid: diagnosen gir et sykdomsstempel, men ikke nødvendigvis en sykerolle. Ulike diagnoser har ulik legitimitet, og ikke alle bidrar til å skape aksept og forståelse – samfunnsmessig og kulturelt sett – for en tilstand. Noen sykdommer er kulturelt aksepterte former for avvik, og diagnosen er et avviksstempel som kan gi slik aksept, men diagnoser kan både redusere og påføre stigma og skyld. Her er det som sagt en viktig forskjell mellom somatiske og psykiatriske diagnoser, med sistnevnte som mest stigmatiserende. I dagens samfunn er diagnosen viktig også av økonomisk-byråkratiske hensyn, fordi den er et vilkår for å motta offentlige helsetjenester og økonomiske ytelser.

En diagnose sier ikke bare noe om vår helse, men også noe om hvem og hva vi er. Diagnosen er et avviksstempel som påvirker hvordan vi ser på oss selv, hvordan vi handler, hvordan andre ser på oss, og hvordan andre behandler oss. Diagnosen kan altså endre vår oppfatning av hvem vi er (vår selvforståelse og vår sosiale identitet, forstått relasjonelt og kontekstuel). Diagnosen kan ha både positiv og negativ innvirkning på vår identitet, inkludert vår tro på egne mestringsevner. Dette kan igjen få konsekvenser for hvordan vi selv håndterer våre plager. Svekket tro på vårt eget handlingsrom (våre evner og våre muligheter) kan føre til selvoppfyllende profetier.

*Diagnosenes sosiologi dreier seg om to hovedtemaer: diagnose som kategori og diagnostisering som prosess*

En diagnose er et avviksstempel som fagfolk påfører mennesker med avvikende karaktertrekk: «deviant behaviour is behaviour that people so label» (Becker, 1963). De som stemples, må forholde seg til dette stemplet gjennom enten aksept eller motstand. Aksept er mest vanlig, men det finnes stadig flere organiserte grupperinger og bevegelser som yter kollektiv motstand mot medikaliseringen og «the language of psychiatry» (Crossley, 2004: 168). Den såkalte 'survival movement' i Storbritannia består for eksempel av over 300 organisasjoner som har «common beliefs and understandings that together constitute a movement rather than just a collection of separate organisations» (Wallcraft & Bryant, 2003: 1). Valget om å beskrive seg selv som 'survivor' betegner «a negative experience of the psychiatric system, where recovery is perceived to be in spite of, rather than due to, the intervention of mental health services» (Wallcraft & Bryant, 2003: 3). Pro-anoreksi-bevegelsen er et annet eksempel på en slik motstand. Denne bevegelsen arbeider for å motarbeide medisinske forståelser av anoreksi som en sykdom som bør kureres gjennom medisinsk behandling gjennom å fronte en alternativ forståelse, hvor syltynne kropper defineres som normalt og sosialt akseptabelt (Gavin, Rodham & Poyer, 2008). På gruppenivå kan slik kollektiv motstand ha virkning, noe homobevegelsen er det klareste eksempelet på. På individnivå, derimot, kan motstand virke mot sin hensikt. I «den diagnostiske kultur» (Løchen, 1965) blir pasientenes innvendinger gjerne tolket som et sykdomssymptom. Dilemmaet for pasientene blir da at jo sterkere de klager, desto sterkere underbygger de diagnosen sin.

På samfunnsnivå representerer den økte bruken av karaktertrekkdiagnoser en medisinsk initiert innsnevring av normalitetsområdet. Med innsnevringen av området for normalitet følger lavere toleranse for forskjellighet i menneskelige leve- og tenkemåter og – i siste instans – en nedvurdering og stigmatisering av mennesker med karaktertrekk som like gjerne kan beskrives med positive som negative termer.

### **Karaktertrekkdiagnosenes utematiserte forutsetninger**

Karaktertrekk kan forstås enten essensielt eller kontekstuel. Når menneskelige egenskaper og kjennetegn blir omdefinert fra karaktertrekk til sykdomsdiagnoser, skjer dette på basis av et essensialistisk, kontekstløst og situasjonsuavhengig menneskesyn som er teoretisk forutsatt og ikke empirisk fundert. I det valgte menneskesynet er menneskets vesen forstått som bestående av en relativt varig iboende essens, og at vi kan reduseres til fundamentale og uunngåelige egenskaper (en essens) som bestemmer vår karakter. Karaktertrekk oppfattes således som kontekstuavhengige og relativt stabile, fastlagte og uforanderlige, skjenket oss av naturen (biologisk arv) og våre

omgivelser (sosial arv). Alternativt kan vi forstå karaktertrekk som noe kontekstuellet: «If there are some properties that a thing could have in one context, and another set of properties that it could have in another context, then those contextually dependent properties cannot be that which makes the thing that it is» (Alcoff, 2006: 89). I en kontekstuell forståelse er karaktertrekk sosialt situert i en situasjonsavhengig kulturell kontekst. Det situerte mennesket er forankret i konkrete situasjoner, og at vi er i en situasjon, innebærer at vi er «henvist til å forme vår tilværelse» (Østerberg, 2011: 94). Konkrete situasjoner er med på å forme våre væremåter, og ulike situasjoner frembringer ulike sider ved oss. Diagnostiske definisjoner tar i liten eller ingen grad opp i seg en slik forståelse av karaktertrekk.

Om menneskets metafysiske egenskaper kan defineres på en essensialistisk måte eller ikke, kan ikke fastslås sikkert gjennom empirisk observasjon. Karaktertrekk blir vanligvis vurdert indirekte, ut fra *væremåter*, men sammenhengen mellom vår karakter og vår væremåte vet vi lite om. Diagnoseperspektivet forutsetter at våre væremåter uttrykker våre karaktertrekk, men væremåtene påvirkes også av en rekke andre faktorer, i form av rammer som gis av spesifikke situasjoner (kontekst). Hvordan disse rammene påvirker våre handlinger, er det stor uenighet om, men det er mulig at våre væremåter først og fremst influeres av den konkrete situasjonen vi står i og handler i: der og da. Diagnosene er derfor basert på usikre teoretiske forutsetninger og et menneskesyn som er et verdivalg mer enn et vitenskapelig valg.

## Konklusjon

Når vi omdefinerer karaktertrekk til sykdomsdiagnoser, forvandler vi mennesker fra friske til syke, og deres tanker, synspunkter, handlinger og væremåter omdefineres til symptomer på en sykdom. Dette innebærer ofte en overgang fra nøytrale beskrivelser med nøytrale begreper, til problemorienterte beskrivelser med negative begreper som kan påføre mennesker stigmatiserende avvikstempler. I tillegg til de individuelle konsekvensene dette kan ha, kan det også føre til at vi innsnevrer normalitetsområdet i samfunnet, og reduserer vår toleranse for variasjoner i menneskelige karaktertrekk. Dersom vi utvider debatten om DSM-5 til å gjelde også implikasjoner av denne arten, kan den bli enda mer interessant – sett fra et samfunnsmessig ståsted.

## Referanser

Alcoff, L. M. (2006). *Visible identities: race, gender, and the self*. Oxford: Oxford University Press.

- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: Free press.
- Blaxter, M. (1978). Diagnosis as category and process: the case of alcoholism. *Social science & medicine*, 12, 9–17.
- Brown, P. (1995). Naming and framing: the social construction of diagnosis. *Journal of health and social behavior*, 36, 34–52.
- Callard, F. & Bracken, P. (2013) Has psychiatric diagnosis labelled rather than enabled patients? *BMJ*, 347, 20–21.
- Crossley, N. (2004) Not being mentally ill. Social movements, system survivors and the oppositional habitus. *Anthropology & medicine*, 11, 161–180.
- Frances, A. (2013). Female sexual dysfunction and disease mongering. <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201303/female-sexua...>
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gavin, J., Rodham, K., & Poyer, H. (2008). The presentation of «pro-anorexia» in online group interactions. *Qualitative health research*, 18, 325–333.
- Getz, L. (2002). ‘BMJ temahefte om «medikalisering»’, debattinnlegg på Eyr 17.04.02. Nedlastet den 4. november 2011 fra [mailman.uib.no/private/eyr/2002q2/023633.html](http://mailman.uib.no/private/eyr/2002q2/023633.html).
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on a spoiled identity*. Englewood-Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hickey, P. (2013). DSM-5: how to salvage a shipwreck. Nedlastet den 15. mai 2014 fra <http://www.behaviorismandmentalhealth.com/2013/06/26/dsm-5-how-to-salvag...>
- Illich, I. (1995). *Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health*. London: Marion Boyars.
- Jutel, A. G. (2011). *Putting a name to it. Diagnosis in contemporary society*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Lian, O. S. (2012). Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner. I A.Tjora (red.), *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 38–61). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Løchen, Y. (1965). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. En sosiologisk fortolkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moncrieff, J. (2010). Psychiatric diagnosis as a political device. *Social theory & health*, 8, 370–382.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: The Free Press.
- Rosenberg, C. E. (2002). The Tyranny of Diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Quarterly*, 80, 237–260.

- Rosenberg, C. E. (2006). Contested boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49, 407–424.
- Sedgwick, P. (1973). Illness, mental and otherwise. *The Hastings Center Studies*, 1, 19–40.
- Szasz, T. S. (1974). *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row.
- Szasz, T. S. (2004). ADD ADHD is not a disease. Speech at the 35th anniversary and human rights award dinner, Beverly Hills, California February 28, 2004 (filmopptak). Nedlastet den 15. mai 2014 fra [http://www.youtube.com/watch?feature=player\\_detailpage&v=EuxKdrCqJYg](http://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=EuxKdrCqJYg).
- Timimi, S. (2012) «No more psychiatric labels» petition. *BMJ* 344: e3534.
- Wallcraft, J. & Bryant, M. (2003) *The mental health service user movement in England. Policy paper 2*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Østerberg, D. (2011). *Kritisk situasjonsfilosofi*. Oslo: Gyldendal akademisk.