

Diagnosenes definisjonsmakt

TEKST

Tor Levin Hofgaard

PUBLISERT 5. august 2010

Først i 1972 ble det lovlig å være homofil i Norge. Så ble homofili som diagnose fjernet i 1977 her i landet, men først i 1990 ble den tatt ut av WHO's offisielle diagnosehåndbok ICD. Og da homobevegelsen i Norge feiret sitt 60-års jubileum i juni i år, ble fjerningen av diagnosen vektlagt av mange som en større seier enn at loven ble endret.

Jeg var invitert på jubileumsarrangementet i egenskap av president for Psykologforeningen. Flere av dem jeg snakket med, påpekte at mens lovgivningen alltid kan diskuteres, og endres gjennom demokratiske prosesser, er medisinske og psykiske diagnoser tilsynelatende uangripelige, ja nærmest utilgjengelige, for alle andre enn de fagpersoner som forvalter diagnosesystemet, som jo skal være vitenskapelig basert. Og nettopp derfor oppleves diagnoser av mange som en sterkere brennemerkning enn en eventuell straffedom. Å bli ansett som syk på grunn av sine følelser og sentrale sider ved egen identitet var altså verre enn at praktiseringen av seksualiteten var straffbar.

Dette er tankevekkende, og reiser etter min mening et utall spørsmål. Er vi som forvalter diagnosene, opptatt nok av den definisjonsmakt vi råder over? Er vi ydmyke nok i møtet med klientene, når vi kategoriserer, klassifiserer og katalogiserer den enkelte? Diagnosene i psykisk helse-feltet er høyst diskutabile kategorier og i ulik grad forskningsforankret. Diagnosesystemene vi bruker, bør være gjenstand for brede faglige debatter der brukerne også blir hørt. Historien har vist at enkelte diagnoser har latt seg fjerne etter politisk press og med faglig forståelse. Det var ikke alene forskningsresultater som lå til grunn da homofilidiagnosen ble borte, ei heller da fetisj-diagnosene forsvant i 2010. Endringene sprang ut av samfunnsmessig endrede normer, og nettopp politisk arbeid.

I diagnosekapittelet om personlighetsforstyrrelser i ICD10-håndboken slås det fast at atferd som tilsier en slik diagnose vil være «ekstreme eller betydelige avvik fra måten et gjennomsnittsindivid i en gitt kultur opplever, tenker, føler og særlig forholder seg til andre individer på». Her har med andre ord kulturens normsett blitt «vitenskapeliggjort» og til dels sementert gjennom våre diagnosekriterier. Mange psykologer forholder seg også i altfor stor grad til pasienter med for eksempel en schizofrenidiagnose som om sykdommen er noe dette mennesket er, og ikke noe det har.

Leser man journaler fra bare noen tiår tilbake, blir man slått av en hel strøm av normative begreper om alt fra klesstil, språk, væremåter og sosial tilhørighet. Med den

tidens diagnostiske kriterier var slikt ansett som relevant informasjon. Og min påstand er at vi ennå har et betydelig forbedringspotensial. Uansett hvor godt utdannet vi er til egenrefleksjon, faller helsepersonell også for tendensen til automatisert kategorisering av mennesker.

Når diagnosene representerer fagfeltets kategorisering som pasienten i utgangspunktet har negative fordommer mot og ofte engstelighet i forhold til, må vi ta betydningen av dialog om vår diagnose med pasienten alvorlig. Det er viktig å være tydelig overfor klientene om at en diagnose representerer et tilstandsbilde og at personen alltid er mye mer enn diagnosen.

Vi bør som enkeltpsykologer og som profesjon bidra til å minske fordommer og stigma rundt diagnosene. Det handler om å åpne det lukkede rommet diagnosene oppleves å være, ikke bare for dem som gir og mottar behandling, men også for resten av samfunnet som skal forholde seg til – og forstå – dem. Bare slik unngår vi at diagnosen oppleves som livsvarig dom!

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 8, 2010, side 763

TEKST

Tor Levin Hofgaard, president i Norsk psykologforening