

Sykdom på tilbud

DSM-V er kommet. Men hva gjør sykdomsspråket med forståelsen av oss selv og hverandre?

TEKST

Siri Erika Gullestad

PUBLISERT 6. august 2013

er psykoanalytiker, og professor i klinisk psykologi ved Universitetet i Oslo. Sammen med Karine Skaret, Svein Øverland, Arnulf Kolstad, Else-Marie Molund og Ole Jacob Madsen er hun fast kronikør i Psykologtidsskriftet. Neste måned: Karine Skaret

Med denne siste utgaven av Den amerikanske psykiaterforeningens diagnosemanual er antallet diagnoser for psykiske lidelser økt fra rundt 360 til over 400. I den første utgaven av DSM fra 1952 var antallet bare ca. 60. Nye barnediagnoser av året er sjenerteth («shyness») og «Disruptive Mood Dysregulation Disorder» (DMDD) – hyppige raserianfall som er ute av proporsjon. Likeledes er det nytt at sorg gjøres til en diagnose. Den siste manualen innebærer at mange blir «syke» over natten. Det samme skjedde i 1994 da DSM-IV ble introdusert. Da ble antallet «bipolare» barn med ett slag fordoblet, tilsvarende med ADHD og Asperger. Dette førte til at en rekke barn fikk medikamenter vi ikke kjenner langtidsvirkningene av. Den nye diagnosen DMDD vil sannsynligvis resultere i medisinerer av enda flere barn og unge med atferdsproblemer.

«Det er avgjørende forskjellig å kjenne at «Jeg er redd for å dumme meg ut og unngår derfor sosialt samvær» og å tenke at «Jeg har en sosial fobi»»

Diagnoser for psykiske lidelser gjenspeiler ikke biologisk sykdom i tradisjonell forstand, men er uttrykk for sosiale konvensjoner – det dreier seg om tilstander man er blitt enige om å gi et navn. Tilstander som diagnostiseres, er ofte ytterpunkter av normalvariasjon, men som via den diagnostiske merkelapp defineres som «sykt» og utenfor det normale. Endrede sosiale normer medfører ikke sjelden endring i diagnoser. Homofili, som lenge var en psykiatrisk diagnose, ses nå som biologisk normalvariasjon. Personer med sadomasochistisk legning har lenge kjempet for å komme ut av diagnosenettet. Et hovedproblem med akselererende antall diagnoser er at stadig mer av menneskesinnet stykkes opp i ulike sykdommer («disorders»), og at grensene for hva vi ser som normalt, innsnevres. Vi sitter igjen med en mindre raus definisjon av

normalitet. Dette reiser problemer av eksistensiell og psykologisk så vel som av samfunnsmessig art.

Fra flere hold uttrykkes det bekymring over utviklingen. Allen Frances – en av arkitektene bak systemet – sier nå at DSM-IV utløste «falske epidemier». «Nettet» ble for vidt. National Institute of Mental Health – den mest betydningsfulle amerikanske forskningsinstitusjonen, som er verdensledende når det gjelder bevilgninger til forskning på mental helse – har nå kritisert DSM-V for manglende validitet. For noen uker siden fulgte British Psychological Society etter. Og FNs barnekomité har kritisert Norge for den sterkt tiltagende medisineringsen av barn med ADHD. Men motkreftene er mektige: Hvis en tilstand er en sykdom, vil legemiddelindustrien kunne skape en pille for den. Selv om psykiatrien hevder å basere seg på en bio-psyko-sosial forståelse av psykiske lidelser, får den biologiske dimensjon prioritet. I spørsmålet om diagnoser er legemiddelindustrien dessuten ikke sjelden alliert med sterke pasientforeninger så vel som med smale fagspesialistmiljøer.

Hva er problemet, vil noen spørre. Betyr ikke flere diagnoser at flere som trenger det, får behandling? Jeg vil svare med et motspørsmål: Må man i alle sammenhenger ha en diagnose for å få hjelp? I US A krever forsikringsselskapene en diagnose for å utbetale midler til psykisk helsehjelp. Situasjonen i Norge følger i samme spor: Diagnosen gir rett til behandling, sykemelding, uføretrygd. Uten diagnose, ingen rett. Da jeg selv utdannet meg til spesialist i klinisk psykologi, kunne en familie som hadde et barn med atferdsvansker få hjelp til å se på det følelsesmessige samspillet i familien gjennom familieterapi – uten psykiatrisk diagnose. Nå er praksis at man kun diagnostiserer og mediserer barnet. Forståelsen individualiseres og barnet sykeliggjøres; dets atferd og handlinger forstås ikke lenger som meningsfylte reaksjoner på det systemet det er en del av. Det samme skjer i skolen: Et barn som «sliter», må ofte ha en diagnose før det får hjelp. Kampen om rettigheter utspilles med diagnosen som innsats.

Men det kan da være lettende å få en diagnose, vil mange hevde. Ja visst. En ung mann med diagnosen GU A (gjennomgripende utviklingsforstyrrelse) forteller i et intervju med Klassekampen (25. mai 2013) at diagnosen var avgjørende for å komme videre. Den betydde at han ikke kunne klandres for at han er annerledes, og økte sjansen for optimal behandling, mente han. Slike stemmer skal høres. Mitt poeng er da heller ikke å avskaffe diagnostikk – som etymologisk betyr å bestemme egenarten av et fenomen. Mitt anliggende er imidlertid hva ekspanderende medikalisering – sykdomsspråket – gjør med vår forståelse av oss selv og hverandre. Diagnostiske kategorier er formet i et symptomspråk og uttrykker en sykdom personen «har». Ifølge Folkehelseinstituttet vil halvparten av den norske befolkningen «rammes» av en psykisk lidelse i løpet av livet. Her formidles det at sykdommen er noe man ikke kan noe for. Nå kan det som sagt være både riktig og befriende å høre nettopp dette – kanskje har personen gjort seg selv ansvarlig for noe som *er* utenfor hennes kontroll. Samtidig er det åpenbart at diagnosen kan virke inn på følelsen av ansvar for eget liv. Fagpersonens diagnostiske blikk kan redusere personen til et objekt som ikke lenger er et «du». Vårt eget blikk på oss selv kan imidlertid være like reduksjonistisk, og vi taper følelsen av å være et «jeg».

Sykdomsspråket er på kollisjonskurs med et terapeutisk språk som søker å skape mening i den tilsynelatende uforståelige angsten eller depresjonen individet lider av. Det er interessant at pasienter selv ofte endrer sin oppfatning av hva som er problemet i løpet av en terapeutisk prosess. En mann starter med å presentere at han har en «sosial fobi», men erkjenner i løpet av behandlingen at han er livredd for å dumme seg ut – derfor trekker han seg fra sosiale sammenhenger. Psykologisk sett er det avgjørende forskjellig å kjenne at «Jeg er redd for å dumme meg ut og unngår derfor sosialt samvær» og å tenke at «Jeg har en sosial fobi». Gjennom en behandling bringes pasienten ut av diagnosen, og får subjektiviteten tilbake. Dette innebærer også å erkjenne «egenandelen» i lidelsen, hvordan man selv for eksempel trer inn i rollen som offer.

Alle kan vi ha trang til en passiv, regressiv posisjon, der vi mottar den omsorg og kjærlighet vi trenger uten for mye egen anstrengelse. Denne posisjonen kan imidlertid lett gli over i en holdning der vi blir krevende, forurettede, rettighetsbevisste. Da kan det være fristende med en liste over sykdom som gir rettigheter. Vi kan snakke om «sykdom på tilbud». Mitt spørsmål er: Kan det være en fare for at samfunnet gjennom den psykiatriske diagnostikken skaper en «kultur» der man allierer seg med et slikt regressivt ønske? Problemet er at sykdomsspråket bidrar til å endre vår kollektive selvforståelse når det gjelder avgjørende livsområder: Seksualitet tas gjennom utallige diagnostiske kategorier for dysfunksjoner ut av en menneskelig, relasjonell sammenheng og gjøres til et helseanliggende, sorg blir sykdom, uro noe som skal medisineres. Samtidig skaper sykdomsforståelsen fort forventninger om at en behandler skal kunne «kurere» sykdommen, fjerne lidelsen.

At Norge er et land der mennesker kan få hjelp og behandling for psykologiske problemer og livsvansker, er et stort gode. Men behandlingen er ingen garanti for lykke og fjerner ikke de brudd, tap og selvfølelsesnederlag de fleste møter. Sigmund Freud sa at mye ville være vunnet dersom man gjennom en psykoanalytisk behandling lyktes i å gjøre individet i stand til å mestre normal smerte og ulykkelighet – målsettingen med en behandling er at individet kan arbeide videre med problemene på egen hånd. Diagnosespørsmålet berører eksistensielle og filosofiske problemstillinger som angår vårt syn på menneskelivet. Ved å formulere livsvansker i et sykdomsspråk gir vi medisinsk terminologi en posisjon det ikke er vitenskapelig grunnlag for. Samtidig gjør vi det kanskje vanskeligere å akseptere at psykisk smerte er en del av livet selv.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 8, 2013, side 858-859

TEKST

Siri Erika Gullestad, PhD, professor, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT: s.e.gullestad@psykologi.uio.no