

Af Tor-Johan Ekeland

Psykatri er for vigtig til at blive overladt til psykiatrien selv:

PSYKIATRISKE DIAGNOSER – EN VIDENSKRITIK

Fondet for dansk-norsk samarbeid har netop afviklet et ambitiøst seminar på fondets ejendom Schæffergården nord for København med overskriften "Den diagnostiske (u)kulturen".

Blandt indlederne var bl.a. psykologen Tor-Johan Ekeland fra Norge og sociologen Anders Petersen fra det store diagnoseprojekt ved Aalborg Universitet.

Aktuelt ses det, hvordan det diagnostiske sprog bliver taget i brug af flere og flere udenfor psykiatrien. Det som tidligere var et fagsprog for læger, er nu nærmest blevet til allemandseje.

Men de psykiatriske diagnoser har selvfølgelig en viden(skab)shistorie. Den fortæller Tor-Johan Ekeland her med afsæt i den magtfulde amerikanske psykiaterforenings mange versioner af diagnosesystemet DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), som har haft afgørende betydning for diagnostisering også i Danmark.



*Tor-Johan Ekeland: Psykiatridiagnoser – ein kunnskapskritikk.
Illustration af Jill Moursund*

Diagnoser er viden, men hvilken slags viden? Er der en overensstemmelse mellem det, psykiatriske diagnoser giver sig ud for at være, og den samfundsfunktion, de har?

Det har store konsekvenser, hvordan et samfund skelner mellem psykisk sundhed og psykisk sygdom, normalitet og afvigelser.¹⁾ Det har store konsekvenser for det enkelte menneske og for samfundet, og det har juridiske, økonomiske, sociale og psykologiske implikationer. I praksis har vi ladet den amerikanske psykiaterforening (APA) tage sig af dette væsentlige samfundsmæssige spørgsmål. Denne påstand er fremsat velvidende, at vi i Norge (og også i Danmark) ikke benytter diagnosesystemet DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), som APA har udformet, men ICD (International Classification of Diseases), som WHO anbefaler. Det er dog DSM, som siden 1980'erne (med udgivelsen af DSM-III i 1980) har været på frem-march og opnået en næsten hegemonisk status i den vestlige verden, og som ICD læner sig op ad.

Psykiatriske diagnoser bliver nu og da genstand for diskussion. Og debat og strid var uden tvivl en del af årsagen til, at den femte version af DSM (DSM-5), som egentlig skulle have været kommet i 2010, først kom i 2013. Den vigtigste kritik kom ikke fra antipsykiatriske grupperinger, sådan som det traditionelt har været tilfældet, men fra internt hold, dvs. fra aktører, der normalt er loyale over for DSM-systemet. Mest opsigt vakte nok kritikken fra den tidligere redaktør af DSM-IV, Allen Frances. Hans hovedindvending er, at systemet har medført en ekspansiv medikalisering og bidraget til det, han omtaler som tre falske epidemier: ADHD, autisme og bipolar lidelse hos børn (Frances, 2013). Lederen af DSM-III, Robert Spitzer, har delvist medgivet, at diagnosticeringssystemet har været ensbetydende med medikalisering²⁾ og en mere liberal og udbredt brug af diagnoserne (i Horwitz & Wakefield, 2007). Og kritikken kom også fra eksplicit biologisk orienterede psykiatere. For eksempel har Nancy Andreasen (2007) kritiseret udviklingen af DSM for at have ført til en teknisk-instrumentel optælling af symptomer og en underminering af en bred klinisk viden. Michael Alan Taylor (2013), som også er en biologisk orienteret forsker, har fældet en knusende dom over amerikansk psykiatri og DSM, først og fremmest fordi systemet ikke har været i stand til at leve op til de forventninger, der blev skabt i 1980 (DSM-III). Systemet er for let at bruge, men validiteten er

bekymrende lav. Taylors råd er, at psykiatrien i højere grad bør nærme sig neurologien. DSM-5 kritiseres også for sin mangel på validitet og manglende evne til at lægge grundlaget for en nosologi (klinisk sygdomslære) med udgangspunkt i biologiske markører, hvilket har ført til, at det amerikanske National Institute of Mental Health (NIMH) har vendt tomten nedad for DSM-5 (Insel, 2013). Instituttet har startet sit eget forskningsprojekt for at afbøde disse mangler.

Denne kritik er på mange måder interessant, ikke mindst i et historisk perspektiv. Udgivelsen af DSM-III var nemlig i sin tid et forsøg på at imødekomme tidligere kritik. Da manualen udkom i 1980, var versionen ikke en revision, men en revolution – et forsøg på at udvikle et diagnosesystem på et vidensorienteret grundlag, sådan at psykiatrien kunne 'genskabe' sit videnskabelige omdømme. Den kritik, der blev forsøgt imødekommet, kom blandt andet fra antipsykiatrien (bl.a. Cooper, Laing og Szasz), fra sociologer, der forskede i afvigere og afvigelse som begreb (bl.a. Goffman, Becker og Scheff), men også fra forskere fra egne rækker, der udførte empiriske studier, der viste, at tidligere versioner af DSM var forbundet med ringe reliabilitet (pålidelighed). For eksempel blev diagnosen skizofreni brugt så forskelligt i USA og Europa, at mens der i England var en risiko på 2 procent for at få diagnosen, var den tilsvarende risiko i USA på 69 procent (Kendell, 1971). Mest berømt fra denne tid er måske David Rosenhans felteksperiment 'On being sane in insane places', hvor otte raske og sunde personer efter at have simuleret samme symptom (de sagde, at de hørte en stemme i hovedet) blev indlagt på 12 forskellige hospitaler og senere blev udskrevet med enten diagnosen skizofreni (de fleste) eller bipolar lidelse. Rosenhan blev senere af en gruppe fagpersoner udfordret til at gentage eksperimentet, idet de mente, at de var kompetente til at afsløre falske patienter. I denne del af eksperimentet blev 83 af 193 nye patienter 'afsløret' som falske. Men sagen var, at Rosenhan slet ikke havde sendt nogen patienter i denne omgang (Rosenhan, 1973). Dette alvorlige anslag mod psykiatriske diagnoser validitet vakte opsigt og debat, og en af de forskere, der mest ihærdigt kritiserede Rosenhan, blandt andet for at bedrive pseudovidenskab, var Robert Spitzer (1975). Spitzer blev senere formand for DSM-III-komiteen og stod i spidsen for de fagfolk, der skabte grundstenene til den epistemologiske struktur i for-

bindelse med ombygningen af DSM-systemet. Disse forskere blev af nogle kaldt for ny-kraepelinister (se Bentall, 2003, og læs mere om Kraepelin senere i artiklen). En vurdering af situationen i dag kræver, at vi først kaster et blik på de historiske forudsætninger. I denne artikel er omdrejningspunktet, at DSM fra og med version III (1980) reformulerede sit epistemologiske grundlag for at gøre systemet mere videnskabeligt, men at udviklingen frem mod udgivelsen af DSM-5 i 2013 har vist, at dette ikke – epistemologisk set – har været et vellykket projekt. DSM rummer som manual til diagnosticering af psykisk sygdom ikke den form for viden, som den giver sig ud for at være. Væksten og udviklingen af psykiatriske diagnoser er ikke en følge af videnskabelig fremgang og akkumuleret viden om psykiske lidelser. Denne vækst og udvikling er snarere en konsekvens af forskellige ikke-medicinske og samfundsmæssige funktioner, som dette system udøver.

DEN HISTORISKE KONSTRUKTION AF PSYKIATRISKE DIAGNOSER

For at erkende verden er det nødvendigt at dele den op, men verden behøver ikke at være opdelt, sådan som vi gør det – et forhold, vi kan være tilbøjelige til at glemme. Sådan kan vi ofte komme til at forveksle kort (epistemologi, dvs. erkendelsesteori) med terræn (ontologi, dvs. læren om det værende). Diagnoser kan forstås som kort over verden, men idet diagnoser indgår i sproglige sammenhænge og diskurser, er der en tendens til, at de bliver tingsliggjorte, sådan at begreber og det, som begreberne refererer til, forstås som ét og det samme. Vores epistemologiske versioner bliver da ikke bare at forstå som en beskrivelse af virkeligheden, men også som en måde, hvorpå vi former virkeligheden. Så er det ikke længere os, der bruger kategorierne, men dem, som bruger os. For at undersøge dette i forhold til psykiatriske diagnoser er det nødvendigt at sætte kategorierne ind i en historisk sammenhæng.

Lad mig først komme med nogle nærmere præciseringer. Vi må skelne mellem diagnoser og faglige begreber. Alle fag har brug for faglige begreber – sproglige redskaber til at begribe verdens fænomener på en sådan måde, at man kan tale om dem. Men diagnoser er mere end dette, ikke mindst når de hævder at bygge på videnskab. Vi bør også skelne mellem diagnosticering og diagnose. Diagnosticering – som praktisk handling – drejer sig om udførelsen af en række kognitive operationer, der følger en vis logik,

hvor man tolker tegn på et problem for derefter at identificere problemet som en særlig type problem, sådan at man kan gøre brug af viden om denne form for problemer og iværksætte den bedst egnede behandling. En sådan rationalitet er næppe eksklusiv for en videnskabsorienteret praksis, men er universel for alle former for medicinske systemer (Ekeland, 1999b). En diagnose derimod er en konklusion om en bestemt kategori inden for en række mulige kategorier, dvs. de kategorier, der befinder sig *inden for* rammerne af et bestemt diagnosesystem og det medicinske meningssystem, som dette er en del af. Dette system udgør det epistemologiske grundlag for diagnosen. En vestlig læge diagnosticerer mellem mulige diagnoser inden for en biomedicinsk epistemologi og ikke mellem dette system og for eksempel det gamle indiske medicinske system ayurveda. Med andre ord: Når vi kommer med en diagnose efter at have identificeret en patients problemer, indordner vi problemet i en bestemt epistemologi, som også inkluderer en teori om sygdom. Den epistemologi, som DSM-systemet bygger på, har lange rødder.

VIDENSKAB OG OPLYSNING

Oplysningstiden og videnskabens fremvækst og udbredelse er baggrund for fremvæksten af psykiatri og moderne medicin. Man mente, at alt i princippet var tilgængeligt for objektiv forskning, at alt i princippet kunne erkendes. På samme måde som med planter og dyr mente man, at mennesket og de menneskelige variationers nøjagtige plads i naturen kunne fastsættes ved hjælp af observation, måling og sammenligning mellem grupper. Carl von Linné (1707-1778), den videnskabelige taksonomis fader og store forbillede for videnskabelig systematisering i oplysningstiden, havde registreret forskellene mellem europæere og indfødte i Afrika med samme nøjagtighed, som da han identificerede forskelle mellem skaldyr og fisk. I havebrug såvel som i medicin blev det nyttige skilt fra det unyttige, det rene fra det urene. På samme måde gav medicinen (senere psykiatrien) også et løfte om at kunne placere tingene på deres rette sted. Galskaben var et problem, der skulle løses – sådan som man i øvrigt tog kontrol over naturen for at mestre og forbedre den. Der er en interessant historisk observation, som blandt andet Foucault (2000) har gjort, at samtidig med at kategorierne greb forklarende ind, begyndte menneskelig mangfoldighed og variation at miste

værdi. De bipolare begrebsmodsatninger (gal/normal, syg/ rask) greb formende ind i tilværelsen. Galskaben blev et mindre flydende begreb, og grænserne fremstod ved hjælp af kategorierne klarere. Dette var igen en nødvendig forudsætning for den samfundsmæssige administrering og kontrol af galskab. Johann Christian Reil (1759-1813) var den første, der brugte begrebet 'psykiatri', og den tidlige diagnostiske praksis tog udgangspunkt i det observerende kliniske blik. Således blev der udviklet en galskabens ikonografi – en visualisering af galskaben som for eksempel i Jean-Étienne Esquirols (1772-1840) store illustrerede værk fra 1838 (Gilman, 1982). Fremstillingen af galskabens fysiognomi var en del af den generelle fysiognomiske lære, der gik ud på, at gode og værdifulde menneskelige egenskaber hørte sammen med de æstetisk værdsatte fysiognomiske karakteristika. Det gale menneske – med dets afvigende sind – blev portrætteret med sit afvigende fysiognomi.

OBJEKTIVERINGEN AF GALSKABEN

Psykiatrien etablerede sig med andre ord ved at studere den gale som objekt – et objekt for medicinens undersøgende blik. Fokuset var på galskaben, ikke den gale. Som subjekt var den gale hovedsageligt stum og sprogløs, indtil Sigmund Freud (1856-1939) erstattede blikket med hørelsen: at lytte til den gale. Psykologiske perspektiver havde ganske vist gjort sig gældende før den tid, men den hegemoniske tyske psykiatri var organisk orienteret. Psykiatri var neurologi. Da Sigmund Freud lancerede sine ideer om at betragte galskab i lyset af den gales psykologi, blev hans tanker derfor betragtet som nye. Psykoanalysens etablering og opnåelse af en hegemonisk status er et interessant historisk mellem spil i den historiske udvikling af psykiatriske diagnoser frem mod DSM-systemet. I denne lære blev en almen nosologi betragtet som uvæsentlig teoretisk set, idet man mente, at alle psykiske lidelser havde et fælles ætiologisk ophav. Psykoanalysens position og indflydelse var sandsynligvis en af årsagerne til, at en af Freuds samtidige, tyskeren Emil Kraepelin, op gennem det 20. århundrede ikke kom til at præge udviklingen så meget, som det ellers kunne have været tilfældet. Mens Freud og psykoanalysen i 1980'erne var endt i historiens skraldespand, oplevede Kraepelins diagnostiske tænkning imidlertid en ny opblomstring gennem DSM-III.

EMIL KRAEPELIN (1856-1926)

Før Kraepelin var der flere konkurrerende diagnostiske systemer, men ingen konsensus om, hvilket man burde benytte. Kraepelin kan derfor med rette betragtes som ophavsmand til moderne diagnoser i psykiatrien, og han er senere blevet kanoniseret som DSM-III's åndelige fader. Kraepelin havde en usvigelig tro på videnskabens evne til at akkumulere viden og betragtede psykiatri som en nomotetisk (lovopstillende) videnskab, der kunne afdække de universelle love, der lå til grund for udviklingen af mentale lidelser. Han var således ikke interesseret i individets unikke problem, men i hvad det havde til fælles med andre individer. Hans lidenskab for botanik var sandsynligvis ikke helt uvæsentlig for hans nosologiske tilgang – han dyrkede hele sit liv sin hobby sammen med broren Karl, der var botaniker af fag (Engstrom, Burgmair & Weber, 2002). Kraepelin kritiserede tesen om enhedspsykosen (ty. *Einheitspsychose*) og udviklede et system til differentiering og kategorisering, der byggede på forestillingen om adskilte sygdomsenheder. Inspirationen hentede han i somatisk medicin, som byggede på en biomedicinsk epistemologi, en *naturaliseret* opfattelse af sygdom – af at både diagnose og behandling kan forankres i vores forståelse af den biologiske krop som natur. Biomedicinens praksis for klassificering af sygdom har en lang historie med udgangspunkt i nosologien, medicinens botaniske tradition, der blev grundlagt af Thomas Sydenham (1624-1689) med inspiration i Paracelsus' entitetsopfattelse af sygdom. Sygdomsbeskrivelsen antog således form af ontologi, sådan at sygdomme kunne betragtes som kvalitative størrelser, man kunne gøre rede for ved at beskrive dem på samme måde, som man beskriver planter – ved at ordne dem i familier og slægtskab – og derefter udvikle en specifik behandling. Denne forståelse var det historiske grundlag for de store fremskridt, der fulgte. Man kunne nu systematisere klinisk erfaring på en helt ny måde og tale om sygdom uafhængigt af den syge selv. Sygdomme var nomotetiske, universelle kategorier, der kunne studeres i den objektive krop. Bagsiden af dette – det, som mange betragter som biomedicinens paradigmatisk hovedproblem – er manglen på forståelse for den syge som et kropssubjekt, for den syges kropslige erfaringer og oplevelser, og for hvordan kroppen kan blive en del af en sygdomsfremkaldende struktur (Getz, Kirkengen & Ulvestad, 2011). Dette kan være baggrunden for den kritik af medic-

nen, der går ud på, at den er god til at behandle sygdomme, men dårlig til at behandle syge personer. Når det drejer sig om psykiske lidelser, er spørgsmålet, om man i det hele taget kan behandle sygdomme uafhængigt af den syge selv.

Kraepelin måtte opgive sine ambitioner om at udvikle ætiologiske diagnoser og også opgive tanken om at udvikle kvantitative mål, sådan at man kunne identificere afvigelser og skelne mellem kategorierne på en præcis og nøjagtig måde. Denne tanke fik dog en renaissance gennem DSM-III og udviklingen af skalaer (med tilhørende spørgeskemaer) som diagnostiske redskaber (nogle af disse er, angivet med deres akronymer, GHQ, GAS, SADS, DIS, CIDI). Selv om Kraepelins lærebog i sin tid blev læst over hele verden, skyldtes dens popularitet nok først og fremmest de gode og udførlige casestories. Hans diagnostiske system vakte ikke den store videnskabelige interesse, og efterhånden som den psykodynamiske forståelse kom til at dominere psykiatrien, blev diagnosesystemet ikke taget alvorligt i den kliniske praksis.

AMERIKANSK PSYKIATRI OG UDVIKLINGEN AF DSM

Således så det længe ud til, at psykiatrien kunne klare sig uden standardiserede klassifikationssystemer. Men de mennesker, hvis opgave gik ud på at tælle folk, kunne ikke klare sig uden. Den udvikling inden for amerikansk psykiatri, der på sigt førte til DSM, blev ikke initieret af psykiatrien selv, men af det amerikanske bureau for folketælling (Bureau of Census) (Kirk & Kutchins, 1992). I arbejdet med at udvikle statistik over befolkningen havde bureauet flere gange (i 1904 og 1908) forsøgt at tælle patienter i institutioner, men var i bekneb for gode kategorier ud over de to, der blev benyttet: 'idiocy' og 'insanity'. De henvendte sig derfor til den amerikanske psykiaterforening (APA) for at få hjælp, og i 1918 udkom der en statistisk manuel med 22 diagnostiske kategorier. Frem til 1942 kom den i 10 udgaver. Ledende psykiatere (blandt dem Adolf Meyer) pegede på, at statens administrative behov for statistik ikke måtte bestemmes, hvad der var fagligt behov eller grundlag for (Grob, 1991). Den amerikanske hær havde udviklet sit eget system, og dette blev senere brugt af WHO i udviklingen af ICD.

Da APA i efterkrigstiden, nærmere bestemt i 1952, lancerede DSM-I, var USA et land med overfyldte institutioner, en psykiatriprofession i frem-

vækst og nye konkurrerende professioner som psykologi og socialt arbejde. Der var behov for et diskursivt lederskab, så at sige. Systemet var relativt enkelt med et skel – på baggrund af ætologi – mellem hovedgrupperne organiske og psykiske lidelser, og de sidstnævnte blev inddelt i psykoser og neuroser. Der var i alt 60 diagnostiske kategorier. Den APA-komite, der udarbejdede systemet, bestod af 21 medlemmer, der hovedsageligt var psykoanalytisk orienterede. DSM-I markerede derfor, at psykodynamisk og psykoanalytisk tænkning havde overtaget hegemoniet fra den biologiske psykiatri (Kirk & Kutchins, 1992). I kliniske og videnskabelige miljøer blev der på den tid ikke udvist den store interesse for klassifikation. Både version I og senere version II, der kom i 1968 – og rummede 145 diagnoser – var relativt beskedne dokumenter med en opstilling af kategorierne og en kort omtale af hver ud fra komiteens opfattelse af konsensus inden for psykiaterfaget (Beutler & Malik, 2002).

FRA REVISION TIL REVOLUTION

Forspillet til DSM-III er allerede omtalt. 1970'erne var et årti, hvor psykiatrien mødte stærk kritik. Der var ikke mindst et kritisk socialpolitisk lys på psykiatriske institutioner og praksisser, der blev opfattet som umenneskelige og uværdige. Kritikken blev også fremsat internt blandt medicinere og blandt psykiatere, der nyorienterede sig og var i opposition til den psykoanalytiske ortodoksi og magtdominans. En vigtig aktør var også den fremvoksende samfundsvidenskab, hvor man så samfundsforskere sætte spørgsmålstegn ved psykiatrifagets videnskabelige legitimitet og fagets ideologiske funktioner. Psykiatriens stigmatiserende funktion blev diskuteret på en sådan måde, at faget selv på sæt og vis blev stigmatiseret. Kritikken af DSM-II var også en del af denne tendens – og situationen var præget af en både teoretisk og politisk kamp. Samtidig med at APA i 1973 var i færd med at lægge planer for en revision af DSM-II, opstod der en kontrovers om homoseksualitet som mental lidelse. Striden var tæt på at føre til en sprængning af foreningen indefra og fik stor opmærksomhed fra medier og offentligheden generelt. De ortodokse psykoanalytikere var i defensiven i denne strid. Den førømtalte Robert Spitzer, der på det tidspunkt var medlem af komiteen for statistik og nomenklatur i APA, kom til at spille en afgørende rolle som mægler. Med stor kløgt skitserede han forskellige diagnostiske alternativer. Prøvestenen var

afstemningerne i psykiaterforeningen, som endte med et flertal for ikke længere at klassificere homoseksualitet som en selvstændig sygdomskategori. Spitzers skrivkunster førte til, at dette både skete og ikke skete. Efter mange ideer (blandt andet 'homodysphilia' og 'dysomophilia') indeholdt DSM-III diagnosen 'Ego-Dystonic Homosexuality', en diagnose for mennesker, der havde problemer med deres seksuelle orientering (Spitzer, 1981). Striden ebbede efterhånden ud, og diagnosen var i brug indtil 1987, hvor den i al fredsommelighed blev fjernet i forbindelse med revisionen af DSM-III, der førte til udgivelsen af DSM-III-R (Bayer & Spitzer, 1982; Bayer, 1981). Sagen førte til en udskiftning i ledelsen og administrationen af APA, hvilket samtidig betød, at det psykodynamiske hegemoni blev brudt, hvorefter Spitzer blev udpeget til at lede arbejdet med at udvikle DSM-III (Kirk & Kutchins, 1992). Han fik frihed til selv at sammensætte de mange komiteer og underkomiteer, der skulle stå for arbejdet, og han skitserede selv den nye struktur for DSM-III. Komiteerne var hovedsageligt antipsykoanalytiske og prokraepelinske i deres orientering, således at den biomedicinske psykiatri igen havde overtaget hegemoniet inden for faget. Kringlen (2001) betragter det, der skete, som noget af et kup. Arbejdet var inspireret af de såkaldte Feighner-kriterier, der var blevet udviklet med tanke på forskning af en gruppe forskere ved Washington University i St. Louis anført af John Feighner (1972). Den arbejdsproces, der førte frem til version III, er blandt andet skildret af Davies (2013), og minder mere om en fagpolitisk proces end videnskabelig vidensdannelse. Om en plage eller lidelse fik status som diagnose, handlede mindst lige så meget om konsensus – og om at vinde afstemningerne – som om empirisk dokumentation.

Selv om DSM-III blev fremstillet som et deskriptivt og ateoretisk værk, er ambitionen om at akkumulere viden om psykiske lidelser med udgangspunkt i den logik, der kendetegner somatisk medicin (det var Kraepelins definition), alligevel tydelig. Det biomedicinske vidensprojekt tog som sagt udgangspunkt i en *naturaliseret* opfattelse af sygdom – af at både diagnose og behandling bør forankres i vores forståelse af den biologiske krop som natur. Behandlingen skal kunne specificeres på baggrund af diagnosen og forventes at virke uafhængigt af behandleren, konteksten i øvrigt og forhold vedrørende patienten, der er irrelevante i forhold til den aktuelle sygdomskategori. Idealet er således en universel – eller kontekstløs – medicin.

God diagnostik bør bygge på viden om sammen-

hænge mellem forskellige niveauer. Først må man kunne afgrænse/kategorisere sygdomme rent deskriptivt (*nosografi*) og med størst mulig reliabilitet. Derudover må klassificeringen, hvis den skal være videnskabelig, implicere en viden om *ætiologi*, om underliggende *patologi*, om udviklingen (*prognose*) og endelig en viden om, hvilken *behandlingsform* der vil virke. Nosologien er således blot et element i moderne diagnostik og har ingen værdi i sig selv. Et diagnosesystem, der hævder at være videnskabeligt, må med andre ord leve op til nogle videnskrav, der i alt væsentligt dækkes af begreberne *reliabilitet* og *validitet*. Reliabiliteten handler om det deskriptive, at der er en vis acceptabel konsensus om, hvilke tegn/ symptomer (eller information) der peger på en bestemt kategori. Men videnskabelig bliver systemet først, når en sådan kategorisering udløser en akkumuleret viden på de underliggende niveauer, ikke mindst i forhold til at kunne forudsige, hvad der er den bedste behandling.

DSM har ikke levet op til de ovenfor nævnte videnskrav. Nosologien er ganske vist blevet mere empirisk i den forstand, at kriterierne for de enkelte diagnoser bliver eksplicit forklaret ved hjælp af termer for operationel adfærd af forskellig art. Men den videnskabelige aktivitet og dokumentation, som DSM-III i sin tid førte med sig, handler om reliabilitet, og den videnskabelige legitimitet har netop været koncentreret om de rent tekniske udfordringer, som reliabiliteten repræsenterer. Men høj reliabilitet siger som bekendt ikke noget om validitet. Validiteten kan være både lav og irrelevant, selv om reliabiliteten er høj. Forskerne bag den videnskabelige litteratur om DSM er påfaldende tavse, hvad angår dette problem. En del af formålet med DSM-III i sin tid var at bidrage til genrejsningen af psykiatrifagets videnskabelige legitimitet. Det er netop denne legitimitet, som kritikken af DSM-5 nu anfægter. Hvis vi som et tankeeksperiment betragter det biomedicinske system som en hypotese om psykiske lidelser, der blev fremsat af Kraepelin i 1883 (da hans store bog om psykiatri udkom), kan man i dag mere end 130 år senere hævde, at hypotesen er blevet falsificeret. Der er endnu ikke blevet påvist én eneste psykisk lidelse med en afgrænset biologisk patologi (i forhold til biologiske normer). Og psykiatriske diagnoser er stadig hovedsageligt deskriptive (nosografiske), sådan som medicinske diagnoser var i det 19. århundrede, og kendetegnet af en svag akkumulering af viden på de andre ni-

veauer. Udviklingen af viden i den biomedicinske psykiatri har i det hele taget været atypisk sammenlignet med den epistemologiske udvikling i andre dele af medicinen, hvor man ser, at diagnoser, der forbliver deskriptive og ikke fører til en akkumulering af viden på de forskellige niveauer, jeg har nævnt, med tiden vil blive opgivet (Houts, 2002). At psykiatriske diagnoser på trods af dette *kan* valideres gennem biomarkører er en ambition, som ikke alle har opgivet – for eksempel NIMH, som jeg nævnte tidligere. I det følgende vil jeg argumentere for, at forestillingen om biologiske markører for forskellige psykiatriske diagnoser er højst tvivlsom.

SYGDOMME SOM SOCIALE KATEGORIER

Det, man medicinsk set klassificerer som sygdom, er ikke et rent medicinsk eller videnskabeligt spørgsmål. I kroppen findes der kun biologiske variationer, og denne variation eksisterer ikke *for os*, før vi erkender den. At karakterisere en biologisk proces som en sygdom indebærer, at man væver den ind i et komplekst netværk af social mening. Alle diagnoser af sygdom er derfor grundlæggende set vidensversioner og forudsætter en kulturel afklaring og en forhandling om, hvad der kan gives status som sygdom (Veatch, 1973). Det 'at være syg' er således også en social kategori, som ikke uden videre implicerer, at man ontologisk set altid 'har en sygdom', der er defineret i et entydigt biologisk sprog. Det moderne sundhedsvæsen definerer således ikke kun et naturgivent domæne, men et domæne, som opstod på baggrund af en kulturhistorisk proces. Dette er ikke mindst tilfældet, når vi taler om psykiatriske diagnoser. DSM indebærer en epistemologi, der har som forudsætning, at menneskelige følelser, tanker og adfærdsmønstre kan identificeres og kategoriseres som repræsentationer for et biologisk domæne. Men sådanne data (følelser, tanker og adfærd) er nødvendigvis sociale data. Hvad der er afvigende eller unormalt, kan kun bedømmes i forhold til normer, og normer for (normale) tanker, følelser eller adfærdsmønstre hører til i det sociale og ikke det biologiske domæne. Al menneskelig variation har selvfølgelig også et biologisk aspekt – men biologisk patologi må bedømmes i forhold til biologiske normer og ikke i forhold til sociale normer. En sammenblanding af disse ting er et eksempel på 'den mereologiske fejlslutning' (Bennet & Hacker, 2003). En validering af DSM-diagnoser på baggrund af biomarkører, sådan som mange har ambitioner om, løser ikke dette pro-

blem. Det kan snarere bidrage til en kamuflering af diagnosesystemets sociale og samfundsmæssige funktion.

FUNKTION

I et pragmatisk perspektiv kan DSM og lignende systemer betragtes som et katalog, der kan lette kommunikationen inden for psykiatriens arbejdsfelt, både i forhold til administration, forskning og klinisk samarbejde. Alle har brug for et fagsprog. Men diagnose-systemer er mere end dette. De er også videnssystemer og må kunne vurderes i henhold til de krav, som man normalt stiller til videnskabelig viden, sådan som det er gjort her. Men det kan være, at det er andre ting end kriterier for god viden (reliabilitet og validitet), der opretholder et system, nemlig de funktioner, som systemet har. Hvis resultatet af mange undersøgelser står til troende, er omfanget af psykiske problemer og lidelser af forskellig art steget dramatisk i den vestlige verden i de seneste 30 år (Twenge, 2000; Weissman, 1992; Whitaker, 2010). Det er vanskeligt at vide, hvor reelt dette er, og hvad der er resultatet af øget diagnostisk aktivitet. Et eksempel er den store stigning i antallet af mennesker, der får en depression, hvilket har vakt stor bekymring, blandt andet i WHO. Stigningen kan være reel, men den kan også være diagnoseskabt. Det er nemlig veldokumenteret, at det – især efter DSM-III – er blevet meget nemmere at stille diagnosen depression (Horwitz & Wakefield, 2007). Dette er sket parallelt med – og som en del af – markedsføringen af nye antidepressive midler (SSRI-præparater) (Whitaker, 2010). Psykiatriens bidrag til at forstå menneskers psykiske liv i det postmoderne samfund har hovedsageligt bestået i at udvikle nye diagnostiske kategorier, og psykiatrien har således bidraget til at dække over, at spørgsmål om psykisk sundhed/psykiske lidelser altid også er kulturelle og samfundsmæssige og dermed normative spørgsmål. Vi vil gradvist kunne flytte grænserne mellem sund/rask og normal/unormal og fremstille dette som faglige og videnskabelige landvindinger, hvor det i virkeligheden er udtryk for sygeliggørelse og tilhørende medikalisering af menneskelig variation. Særlig problematisk bliver det, når kulturelle afvigelser bliver udlagt som biologiske afvigelser, sådan som den stigende biologisering af psykiatrien vidner om. Vi har den biologi, vi har. Den biomedicinske psykiatriske sprog siger implicit, at denne biologi ikke er god nok – og i det samme vi finder de rette metoder, bør vi gribe korri-

gerende ind og forbedre den. Dette har alt sammen med psykiatriens ideologiske funktioner at gøre.

DEN RIGTIGE DIAGNOSE – DEN RIGTIGE BEHANDLING?

Har mennesker ikke brug for diagnoser for at få den rette behandling? Diagnoser har forskellige funktioner. For mennesker, der lider, er forståelsen af en diagnose og kategorien 'syg' af flere grunde vigtig, først og fremmest fordi den er forbundet med en social rolle – rollen som syg. Rollen som syg indebærer både pligter og rettigheder. De materielle rettigheder er til at få øje på: Man kan blive fritaget fra arbejde og pligter og få sygedagpenge og anden offentlig hjælp og adgang til behandling og sundhedsydelser. Men lige så vigtig er den symbolske legitimering – retten til at lide i samfundets øjne. En diagnose indebærer implicit, at man er blevet identificeret som en person, der lider af noget, som andre lider af eller kan komme til at lide af. Denne identificering er også forbundet med anerkendelse. For mange, der er 'syge', er det lettere at sige, hvad man *har* og lider *af*, end at forklare, at livet gør ondt eller forekommer at være meningsløst. Man skal heller ikke undervurdere behovet for ord og betegnelser, når ens situation er uoverskuelig, ord, der kan tætte sprækkerne, når angsten og det ukendte presser sig på. At kunne give det navnløse navn spiller en funktion i sig selv, både for lægmænd og fagfolk. Når det 'meningsløse' handler om komplicerede ting mellem mennesker, bliver diagnoser at foretrække, fordi en diagnose fritager et menneske fra at være impliceret og dermed også fra vanskelige spørgsmål såsom spørgsmål om ansvar og skyld. De enkle forklaringer fungerer ofte bedst i sådanne situationer. Desværre er det også sådan, at hvis man på et senere tidspunkt ønsker at komme af med den diagnose, man har fået i sit møde med psykiatrien, kan det ofte være meget svært. Det kan dog også være, at mange af de nye diagnoser (for eksempel PTSD, ADHD, socialfobi, bipolar lidelse type II) opleves som mindre stigmatiserende, og det er på ingen måde sådan, at alle klienter helst ville være uden. Så kompliceret som identitetsprojektet er blevet i vores kultur og i vor tid, kan man gøre diagnosen til et symbolsk 'asyl' (et fisted), hvor man kan slippe for det normale liv med alle dets krav og forventninger, som man alligevel ikke tror, at man kan leve op til (Ekeland, 2009). At være syg kan opleves som et mere tillokkende identitetsprojekt end at være mislykket.

Diagnostiske kategorier kan i et vist omfang sådan set være nødvendige, men her taler vi om sociale og psykologiske funktioner, der er eksterne i forhold til systemets eget grundlag. Og dette grundlag indebærer, som vi har set, at diagnosen specificerer behandlingen. Dette er en af psykiatriens myter. Hvis man skal opsummere forskningen i psykiatrisk behandling de seneste 50 år, er der ikke meget, der tyder på, at samme diagnose bør være forbundet med samme behandling. Diagnosen ser i sig selv kun ud til i mindre grad at kunne specificere, hvilken behandlingsmetode der vil være den bedste. Og der er heller ikke meget psykologisk viden at finde i DSM. For psykoterapeuter er diagnoserne kun groft vejledende, ganske enkelt fordi diagnoser ikke siger noget om klienten som person og subjekt. Diagnoser er stereotyper: De kan være empirisk korrekte på gruppeniveau, men det er en fejlslutning, når man tillægger et individ egenskaber, der kendetegner den gruppe, individet tilhører. Psykoterapeuter ved, at noget af det vigtigste for et terapeutisk resultat er, at klienten oplever at blive betragtet som et subjekt. Dette er en nødvendig forudsætning for den relation, som al psykoterapi er afhængig af. Hvis man går med alt for strenge diagnostiske briller, er der netop en fare for, at det andet menneske forsvinder som subjekt.

AFSLUTNING

Efter en kritik som den, der her er blevet fremført, er det normalt at komme med nogle alternativer. At give sig i kast med dette ligger dog langt uden for ambitionen med denne artikel (se dog alligevel for eksempel Beutler & Malik, 2002 og Bentall, 2003 om dette). For behandlere må 'diagnosticering' i den almene forståelse af dette begreb, hvor man forsøger at finde ud af, hvad problemet handler om, selvfølgelig være en del af praksis. At stille en diagnose inden for et givet system er noget andet. Det er en vidensbrug med konsekvenser, og som derfor indebærer et epistemologisk ansvar. Jeg har forsøgt at vise, at selv om den kliniske validitet (evnen til at forudsige den bedste behandling) af DSM-diagnoser er svag, indgår systemet i et komplekst netværk af sociale og samfundsmæssige funktioner – både officielle og latente. De officielle handler om diagnoser som 'adgangsbillet' til velfærdsstatens tilbud om hjælp, rettigheder og økonomiske ydelser. De juridiske aspekter af dette er ikke de eneste – jura og psykiatri mødes også i det strafferetlige system (jævnfør

retssagen mod Anders Behring Breivik). Inden for rammerne af en neoliberal ledelseslogik er diagnoser også økonomiske kategorier, og inden for sundhedsstatistik er diagnoser en vigtig variabel til styring af tiltag og vurdering af resultater. Evidensbaseret praksis, som også er en del af dette, forudsætter diagnostisk specificering (Ekeland, 1999a). På samme måde forudsætter moderne krav om gennemsigtighed og accountability, at praksis bliver dokumenteret – og diagnoser er derfor en nødvendig forudsætning for at vurdere, om bestemte tiltag er hensigtsmæssige eller ej. De latente funktioner – medikalisering, fremmedgørelse og individualisering af livsansvar – er næppe tilsigtede, men ikke desto mindre en vigtig funktion, som tilsiger, at DSM-systemet også bør vurderes politisk. Tidligere kritik af psykiatriens ideologiske rolle er således stadig relevant. Psykiatri er for vigtig til at blive overladt til psykiatrien selv.

LITTERATUR

- Andreasen, N.C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 108-112.
- Bayer, R. & Spitzer, R.L. (1982). Edited correspondence on the status of homosexuality in DSM-III. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 18, 32-52.
- Bennet, M.R. & Hacker, P.M.S. (2003). *Philosophical Foundations of Neuroscience*. Oxford: Blackwell.
- Bentall, R.P. (2003). *Madness Explained. Psychosis and Human Nature*. London Penguin Books.
- Beutler, L.E. & Malik, M.L. (red.) (2002). *Rethinking the DSM. A Psychological Perspective*. Washington: DC: American Psychological Association.
- Davies, J. (2013). *Cracked: Why Psychiatry is Doing More Harm Than Good*. London: Icon Books.
- Ekeland, T.-J. (1999a). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 1036-1047.
- Ekeland, T.-J. (1999b). Meaning som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjonar for terapi og terapeutiske teoriar. Psykologisk fakultet, Institutt for samfunnspsykologi: Universitetet i Bergen.
- Ekeland, T.-J. (2001). Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. *Fokus på Familien*, 29, 308-323.
- Ekeland, T.-J. (2009). Psykologi – den gode kunnskapen? I: H.E. Nafstad & R.M. Blakar (red.), *Felleskap og individualisme*, s. 101-134. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engstrom, E.J., Burgmair, W. & Weber, M.M. (2002). Emil Kraepelin's 'Self-Assessment': clinical autobiography in historical context. *History of Psychiatry*, 13, 89-119.
- Feighner, J.-P., Robins, E., Guze, S.-B. et al. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatry research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57-63.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal*. New York: William Morrow/Harper Collins.
- Foucault, M. (2000). *Klinikkens fødsel*. Hans Reitzels Forlag: København.
- Getz, L., Kirkengen, A.L. og Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi – mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(7), 683-687.
- Gilman, S.L. (1982). *Seeing the Insane*. New York: John Wiley & Sons.
- Grob, G.N. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry*, 148, 421-431.
- Houts, A.C. (2002). Discovery, invention, and the expansion of the modern diagnostic and statistical manuals of mental disorders. I: L.E. Beutler & M.L. Malik (red.), *Rethinking the DSM. A Psychological Perspective*, s. 17-65. Washington: American Psychological Association.
- Horwitz, A.V. & Wakefield, J.C. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Insel, T. (2013). Transforming diagnosis. www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml
- Kendell, R.E. et al. (1971). Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 24, 123-130.
- Kirk, S.A. & Kutchins, H. (1992). *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*. New York: Aldine de Gruyter.
- Kringlen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rosenhan, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Spitzer, R.L. (1975). On pseudoscience in science, logic in remission, and psychiatric diagnosis: A critique of Rosenhan's 'On being sane in insane places'. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 442-452.
- Spitzer, R. L. (1981). The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: A reformulation of the issues. *American Journal of Psychiatry* 148, 210-215.
- Taylor, M.A. (2013). *Hippocrates Cried. The Decline of American Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Twenge, J.M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1007-1023.
- Veatch, R.M. (1973). The medical model: Its nature and problems. *Hastings Center Studies*, 1, 59-76.
- Weissman, M.M. (1992). The changing rate of major depression. *Journal of the American Medical Association*, 268, 3098-3105.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic*. New York: Broadway paperbacks.

NOTER:

- Denne artikel er en omarbejdning og videreførelse af tanker og meninger, jeg har arbejdet med i lang tid, og som tidligere har været publiceret i forskellige former, blandt andet i artiklen 'Ein diagnose av psykiatridiagnoser', *Impuls*, 1/2003.
- Man kan argumentere for, at 'medikalisering' er en proces, der finder sted på samfundsniveau, mens det nært beslægtede begreb 'sygelliggørelse' er en proces, der finder sted på individniveau. Se mere i Lotte Hvass' artikel om de to begreber: <http://lottehvas.dk/wp-content/uploads/2015/06/sygelligg%C3%B8relse-og-medikalisering.pdf> (oversætterens anmærkning).

Oversat af Joachim Wrang efter Tor-Johan Ekeland (2014). Psykiatridiagnoser – ein kunnskapskritikk. 'Tidsskrift for Norsk Psykologforening', 51(9), 715-722.

Tor-Johan Ekeland er professor i psykologi ved Institutt for socialfag på Høgskulen i Volda.