

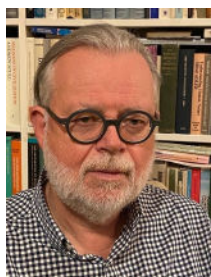


## FAGSTOFF

# Diagnosen som sosial felle eller tilfluktsrom fra livet

Mars 25, 2025

Last ned som PDF



Leif Jonny Mandelid  
psykologspesialist,  
undervisningsleder Utdanning i psykoterapi ved psykoser, SEPREP  
[lejoma@online.no](mailto:lejoma@online.no)

*«Den enkelte har aldrig  
med et andet menneske at gjøre  
uden at han holder noget av dets liv  
i sin hånd»*

*K. E. Løgstrup*

# Diagnosen – et tveegget sverd

Diagnosen, særlig den psykiatriske, kan sies å være både en velsignelse og en forbannelse. For den enkelte som blir tildelt en diagnose kan den være en oppklarende lettelse: personen får et navn og en type forståelse av noe som har plaget og hemmet vedkommende i livsutfoldelse og livskvalitet. Den gir delvis, men utilstrekkelig retning for terapi, og den gir sosiale og økonomiske rettigheter. Men diagnosen kan også oppleves som en ytterligere plage og belastning som bidrar til nye påkjenninger: en fiendtlig pådytting av en merkelapp eller sosial rolle vedkommende vil ha seg frabedt, eller i verste fall totalt identifiserer seg med. Det er alltid en person som tildeles en diagnose og som har et forhold til det å ha fått den. Har vi som samfunn, pårørende og helsefagarbeidere nok bevissthet om dette? Det er noen av de problematiske sidene ved diagnostisering jeg vil forsøke å belyse nedenfor.

## Diagnosen som stempling

Ordet diagnostisere er avledet fra de greske ordene *dia* (gjennom) og *gnosis* (viten). Det dreier seg om å belyse noe som i utgangspunktet er skjult eller dunkelt for å kunne kjenne det igjen og sette navn på det. For objekter og biokjemiske prosesser har det vist seg lettere å finne metoder som gjør dette mulig. Når det gjelder psykiske tilstander i forståelsen subjektive opplevelser vanskeliggjøres eller umuliggjøres dette av bestemte grunner. Da forholder vi oss nemlig til bevisstheten til et sansende, følende subjekt som har oppfatninger, fortolkninger og reaksjoner i forhold til det som skjer. «Gjenstanden» (les subjektet) for belysningen og kategoriseringen en diagnose innebærer, har følelser knyttet både til det å bli belyst og kategoriseringen som måtte følge av det. Personen plasseres av andre i en kategori som for eksempel paranoid schizofreni, personlighetsforstyrret, eller ADHD-pasient. Det vil si å bli gjenstand for en beskrivelse som også innebærer en større eller mindre speiling av personens identitet. Når det gjelder psykiske lidelser medfører dette ofte å bli stigmatisert og gjenstand for fordommer, eller rett og slett sosialt brennmerket av andre som har smidd stempelet. I et slikt perspektiv kan diagnostisering forstås som en form for voldsutøvelse. Fordommene er bokstavelig talt for-dommer i forstanden for-bedømmelser dersom vedkommende ikke inviteres til dialog, men tildeles en identitet vedkommende ikke har fått være med på å konstruere selv. For-bedømmelsen representerer også en ytre realitet som det forventes at personen innordner seg under. Manglende innordning betegnes i verste fall som fravær av sykdomsinnsikt. Det har paralleller til hvordan dyr og gjenstander kan bli brennmerket gjennom å måtte bli bærere av et merke de verken har bedt om eller kan kvitte seg med. Det betyr at de eies av noen andre.

# Stempling som vold

Stempling kan forstås som en type voldsutøvelse fordi holdningene til personer med psykiske lidelser ofte er negative, avvisende og utestengende. Det er en konsekvens av et dominerende kulturelt narrativ om mennesker med psykiske lidelser som grunnleggende annerledes enn «oss friske» (Foucault, 2009). Det fullkomment tragiske ved dette oppstår i møter med terapeuter og hjelpere som ikke bidrar til myndiggjøring eller heling, men til sykelliggjøring gjennom selektiv speiling av symptomer og funksjonssvikt uten å speile personen i sin fulle bredde. Slik oppstår risiko for at personen både i andres og egne øyne blir mer og mer lik «sykdommen» sin og mindre og mindre den personen vedkommende er eller har potensial i seg til å bli. Det er nemlig dette, ut over symptomer og funksjonssvikt, personen har behov for å bli kjent med i seg selv for å heles og unngå å bli fanget i rollen som syk eller forstyrret. Dette kan få alvorlige konsekvenser dersom unge i en insidens delvis skapt av tidsånd, eller kommersielt press for utvidelse av indikasjoner for bruk av farmaka, blir speilet i en diagnose. Dersom den unge identifiserer seg med diagnosen kan den i verste fall fungere som tilfluktsrom fra livets normalt forventede smerte og motgang. Den som har ambisjoner om å bidra til tilfriskning hos den andre bør stille seg et avgjørende spørsmål: Bidrar jeg til krymping og innesperring av den andre i rollen som syk, eller bidrar jeg til heling forstått som utvidelse av den andres selvoppfatning og rollespekter til å omfatte mer enn rollen som psykisk syk eller psykiatrisk pasient?

## Relasjonsdiagnose som anstendig praksis

Det følger av dette at vi bør gå bort fra å diagnostisere pasienten som et isolert individ fullstendig ansvarlig for sin egen tilstand og til å stille en *relasjonsdiagnose*: Hvordan fungerer *pasienten og jeg selv* som samhandlingspartnere? Tar vi begge et ansvar for hva som kommer ut av møtet mellom oss? Repeterer vi et uheldig samhandlingsmønster? Lærer vi av hverandre? Bryter vi hverandre ned eller bygger vi hverandre opp? Gir vi pasienten hele ansvaret dersom et behandlingsforsøk ikke lykkes? Baseres prosjektet vårt på vår felles menneskelighet? Med hvilken rett kan vi stille en pasient til eneansvar for at vi som samhandlingspartnere ikke lykkes i å etablere en helende relasjon, ved å kalle pasienten behandlingsresistent? I anstendighetens navn bør vi som diagnostikere og terapeuter anse oss selv som medansvarlige for prosessen: hva er det som skjer med oss?

# Vår felles menneskelighet

Pinel (1962) la gjennom sine prinsipper for såkalt *traitement moral* grunnlaget for psykososial behandling slik den er utviklet frem til vår tid. Han omtalte pasienten som borger, med selvfølgelig krav på respekt. Han vektla minimal bruk av tvang og inngående kjennskap til pasientens livshistorie ved å tilbringe tilstrekkelig tid sammen med pasienten. Altså mest mulig interesse for det enkelte individs opplevelse av seg selv og sin egen historie for å kunne forstå vedkommende. Dette har blitt stående som et godt utgangspunkt for å oppnå en terapeutisk allianse gjennom å individualisere terapien. Behandling basert på avledninger fra RCT- studier gir oss ikke et tilstrekkelig grunnlag for hva som er viktig i terapi med enkeltindivider, uansett størrelsen på studien. Pinels kliniske klokskap står i motsetning til vår tids manglende hensyn til individet gjennom generaliserte algoritmer og strukturerte prosedyrer for utredning på kortest mulig tid. I psykoterapi behandler vi ikke hjertestans, men prøver å forstå pasientens reaksjoner på kontrolltapet som traume. Stack Sullivan (2013) hevdet at vi alle ganske enkelt er mer menneskelige enn noe annet. Benedetti (1976) snakket om den sinnslidende som medmenneske grunnleggende likt alle andre. Mennesker som tildeles psykiatriske diagnoser har noen kjennetegn felles med andre som har fått samme diagnose. De har noe felles med andre som må forholde seg til ubehag og begrensninger overfor statistiske og kulturelle standarder for forventet livskvalitet og livsutfoldelse. Ikke minst har de noen eksistensielle betingelser felles med alle andre og er like forskjellige seg imellom som alle andre. Vi er alle enestående som både like og ulike alle andre. Foucault (2005) hevder at verken psykologiske eller filosofiske modeller er tilstrekkelig til å forstå et menneske. Personens unike livshistorie er i tillegg helt avgjørende. Det å bli tildelt en diagnose gjør personen verken til diagnosen sin eller en kloning av alle andre med samme diagnose. Vi behandler heller ikke diagnoser, men personer som har blitt tildelt en diagnose. En lidelse eller funksjonshemming er heller ikke en funksjon av et isolert individ, men relasjonelt og kontekstuellet betinget. Et menneske som blir sett på som en psykiatrisk diagnose er mer funksjonshemmet enn om vedkommende blir sett på som et helt menneske som er noe annet og mer enn diagnosen. En rullestolbruker er relativt mindre funksjonshemmet i et miljø med ramper og heiser, enn i et miljø uten. I et miljø uten, øker faren for at rullestolbrukeren både i andres og egne øyne oppfattes som en invalid i forstanden hjelpeløs og verdiløs. Vedkommende frarøves erfaring av mestring og styrking av selvbilde, selvaktelse og selvtillit. Det samme gjelder for psykiske lidelser. For ensidig og vedvarende speiling i aspektene ved personen som definerer diagnosen øker faren for at vedkommende både i andres og egne øyne blir mer og mer lik diagnosen sin. Hvordan den enkelte har det er ikke begrenset til et individuelt ansvar, men et felles ansvar for oss alle, i tråd med Løgstrups ord i vignetten.

# Diagnostikerens rolle – og terapeutens

Diagnostikerens, eller utrederens, rolle er vesensforskjellig fra og dels motsetningsfull til psykoterapeutens rolle (Benedetti, 1973). Når utredning og terapi mer forstås som et teknisk prosjekt enn et etisk og relasjonelt prosjekt øker faren for tingliggjøring av pasienten.

Stanghellini formulerer denne prosessen slik: « Establishing a reliable nosography and evidence-based therapeutic guidelines is today's agenda for neuroscientific psychiatry. The hyper-technical explanation of madness replaces the philosophical (spiritual, moral and political) understanding of madness with technical algorithms. Mental health is framed as a technical issue (and E.A.) neuro-scientific psychiatrists believe the real crisis facing our discipline is technological in nature, rather than philosophical» (2004, s.41). Bør klinisk psykologi og psykoterapi overta slike ambisjoner uten å problematisere dem? Hva blir konsekvensen dersom psykologien forlater et humanistisk ståsted om bevisstheten som opplevelsesmessig sfære, som eksistensiell horisont?

Dette synes viktig å være bevisst når roller som diagnostiker både kan sammenfalle med og stå i konflikt med rollen som terapeut. Diagnostikeren er primært en psykopatolog som observerer, intervjuer og måler noen aspekter ved et menneske. Hensikten er å plassere fenomenenes formkrets eller symptombildet i en på forhånd definert diagnostisk kategori. Ofte som en objektiviserende betraktning ut fra et annen- eller tredjepersonsperspektiv, et prosjekt som graviterer mer mot obduksjon av et legeme enn lytting til en levende kropp. Noen ganger også basert på den andres innenfra – eller førstepersonsperspektiv. Men formålet er hovedsakelig å finne en *betegnelse på den andres tilstand ut fra på forhånd etablerte kategorier*. En type relasjonsdiagnostisk praksis ville her kunne redusere risikoen for tingliggjøring av den som skal diagnostiseres. Det vil da heller være fokus på hvordan *vår tilstand* oppleves. Diagnostikeren blir mer undrende enn bestemmende og tar sitt medansvar for den som skal utredes. Ved en slik praksis blir det trolig også lettere å forene rollene som utreder og terapeut.

Psykoterapeutens rolle er ikke å be-handle pasienten i forstanden administrere, hånd-tere, gjøre noe med eller på et objekt i forstanden mani-pulere eller suggerere. Pasienten bør ikke formes i terapeutens bilde. Terapeuten bør heller relatere seg til pasienten på en undrende måte som gir pasienten friheten til å definere seg selv og beskytte den såkalte urørbarhetssonen sin. Urørbarhetssonen er ifølge Løgstrup (2000) et personlig rom personen bør ha full rett og mulighet til å holde for seg selv eller meddele seg om, uten at det skal gjennomlyses eller navnettes av andre. Dessverre står vår tids strukturerte standarder for hurtig og manualisert utredning i fare for å bli et inkvisitorisk og foreskrivende prosjekt; instrumentell lytting som kan ende i rent forhør og pålegg. Prosedyrer som fortrenger åpen dialog med suggesjon, rådgivning og pedagogikk synes mer compatible med målsettingene til økonomer, kontrollere og datateknologiske aktører, enn til terapeuter. Mange psykoterapeuter i

klinikkene hevder at deres arbeid blir styrt av kommersielle hensyn i et slikt omfang at de ikke får brukt sine fag.

Psykoterapi innebærer også bruk av kunnskap, metoder og redskap med formål å bidra til økt selvforståelse, lindring og tilfriskning. Ikke minst hjelp til å finne måter å leve innenfor eksistensielle betingelser uavhengig av mental helse. Redskapet er her primært terapeuten som medmenneske i etisk, ikke som fagperson i teknisk forstand, med relasjonen som bærende element. Det vil si terapeuten som følgesvenn og vitne, som «deltaker mer enn observatør», i tråd med Skjervheims (1996) varsko mot objektivismens begrensninger i studiet av mennesket. Ikke bare i filosofien kan psykoterapeuten finne et godt grunnlag for sin praksis, men også i diktekunsten. Terapeuten kan forholde seg slik Vergil gjorde for Dante i hans vandring gjennom helvete (Dante, 2000) eller bryllupsgjesten som avbrøt bryllupsfesten og heller lyttet til den skipbrudne sjømannens fortelling (Coleridge, 1970). Det viktigste helende aspektet ved følgesvennens holdning er å bidra til ro i uro og lytte til den andres fortelling i full bredde. Hvilket bilde ser pasienten av seg selv i terapeutens holdning til vedkommende? Er det begrenset til symptomer og sykdom, eller noe ut over det: andre roller enn en pasient? For eksempel et respektabelt medmenneske underkastet samme eksistensielle betingelser som alle andre og samtidig unikt? Dette har også videre implikasjoner. For eksempel hvordan preger det pasientens oppfatning av seg selv eller håp for fremtiden å lese journalen sin? Terapeuten bør også være klar over at en rolle også er kontekstuellet betinget: endres konteksten, endres rollen. Dante var ikke alene i helvete og sjømannen var ikke bare en forrykt, men et traumatisert menneske med en historie. Er pasienten gjest i terapeutens klinikk eller vert under terapeutens hjemmebesøk hos pasienten? På hvem sine premisser foregår møtet? (Derrida & Duformantelle, 2000).

## **Diagnosenes vilkårlighet, «psykobabbel» og iatrogeniserende tidsånd**

Psykiatrien som medisinsk disiplin og klinisk psykologi har vært preget av vilkårlige og vekslende forsøk på å forklare psykiske tilstander som sykdommer ut fra samme målestokker som somatisk sykdom, uten særlig hell (Foucault, 2003). Disse vitenskapelige disiplinene har i liten grad lyktes i å etablere sikre kausalforklaringer, men har måttet nøye seg med sammenfall mellom fenomener en deretter mer eller mindre vilkårlig har plassert i diagnostiske kategorier og spekulative årsaksforklaringer. Disse kategoriene er gjenstand for avstemninger på faglige kongresser preget av ulike terapeutiske kulturer. Kategoriene kjennetegnes av skiftende inklusjons- og eksklusjonskriterier og mer eller mindre vilkårlige grenseopptrekninger eller cut-off points mellom normalt og unormalt, mellom de friske og de syke, mellom oss og dem. Kloke psykiatere, som for eksempel Karl Jaspers (1997) hevder at vi

ofte må bygge på forståelse hvor vi ikke har forklaringer, altså meningsbærende sammenhenger og modeller. For å klare dette må vi trolig lene oss like mye på filosofien som på naturvitenskapen. Vi bør tilegne oss vitenskapsteoretiske perspektiver basert på for eksempel fenomenologi, hermeneutikk, eksistensialisme og konstruktivisme. Dette kan være nyttig for psykoterapeuter som primært er opptatt av bevisstheten som intensjonell, slik positivisme er for dem som har fokus på hjernen. Det er trolig til syvende og sist to sider av samme sak og vi trenger mange perspektiv for å forstå mennesket best mulig.

## Sykeliggjøringen av samfunnet

Vår tids mennesker synes i økende grad å basere sin selvforståelse på vilkårlige og skiftende psykiatriske og psykologiske konstrukter i sosiale medias kaleidoskopiske univers av konkurrerende «psykobabbel» på internett. Tidsånden bærer preg av en inflasjon av diagnoser. Det skjer gjerne via influensere og subkulturer hvor det synes fritt frem å lire av seg miksturer av vitenskapelig sjargong og psykologismer i en kontinuerlig strøm. Usedvanlig mange ber nå selv om å få dels motedrevne diagnoser som ADHD, selvskading, spiseforstyrrelse eller kjønnsinkongruens fordi de «kjenner seg igjen» i andres beskrivelser og påstander. Mange kommer selv med en bestilling på å bli tildelt en bestemt diagnose eller en språklig konstruert status som søker å omdefinere normalt forventede livskriser til fordel for en medisinsk sykdomsmodell. Av frykt for å miste status eller ikke bli tatt på vitenskapelig alvor underkaster også deler av psykologien seg et naturvitenskapelig hegemoni. Grensene for hva som blir definert som unormalt eller psykisk lidelse utvides fortløpende, inntil en tredjedel av norsk ungdom defineres som å ha en psykisk lidelse. På sosiale media kan det se ut som det nærmest er blitt kult å presentere seg med en diagnose. Å måtte leve med forbigående dysfori eller uunngåelig eksistensiell lidelse er en vanskelig vare å selge til nye generasjoner som ikke vil ha noe «pes», men insisterer på å «chille». Stadig flere har vendt seg til å slippe å utholde motgang via en delete-knapp.

Diagnosen kan ha blitt en mulighet til å bli sett eller være aktuell på. En vesentlig del av ens identitet og tilhørighet risikerer på denne måten å bli pløyet bort fra å være et alminnelig menneske og inn i et morbid fellesskap av selvdefinert syke. Et statistisk normalitetsbegrep har erstattet et eksistensielt, men det er ikke gitt at noe er normalt bare fordi det er vanlig (Matè,2022).

Hvordan vil det ende dersom en persons identitet blir begrenset og sementert i kategorier som sosial angst, hyperaktiv, anorektisk eller kjønnsinkongruent? Til syvende og sist en avvisning av muligheten til å bære psykisk smerte og modnes som menneske. Umiddelbar painkilling synes å være en langt mer lukrativ vare å selge enn integrasjon av eksistensens tragiske

aspekter. Samfunnsmessig bidrar denne tidsånden også til å tvinge psykiatri og psykisk helsevern i kne. Tilbudet til dem som uansett er i behov av omfattende og langvarig hjelp tynnes dermed mer og mer ut. En pervers profesjonalisering av gjensidig støtte og solidaritet medborgere imellom undergraver på denne måten også samfunnets selvhelende evne, i tråd Illichs (1982) klassiske advarsel mot medisinen (og andre helsefaglige profesjoners) sykelligjøring av befolkningens mentale helse.

## Referanser

Dante Alighieri (2018) *Den guddommelige komedie – inferno*. Oslo. Dreyer

Benedetti, G. (1974) *Klinisk psykoterapi*. Oslo. Cappelen

Benedetti, G. (1976) *Der Geistesranke als Mitmensch*. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht

Coleridge, S. T. (1970) *The rime of the ancient mariner*. New York. Dover Publications

Foucault, M. (2003) *Le pouvoir psychiatrique*. Paris. Gallimard/Seuil

Foucault, M. (2005) *Sindssygdом og psykologi*. København. Hans Reitzels Forlag

Foucault, M. (2009) *History of Madness*. London. Routledge

Derrida, J.; Duformantelle, A. (2000) *Of hospitality*. Stanford. Stanford University Press

Illich, I. (1982) *Medical nemesis. The expropriation of health*. New York. Pantheon

Jaspers, K. (1997) *General Psychopathology*. Johns Hopkins University Press

Løgstrup, K. E. (2000) *Den etiske fordring*. Oslo. Cappelen

Mate, G. (2024) *The myth of normal*. London. Ebury Publishing

Skjervheim, H. (1996) *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo. Aschehoug

Stanghellini, G. (2004) *Disembodied spirits and deanimated bodies*. Oxford. Oxford Universities Press

Sullivan, H. S. (2013) *The interpersonal Theory of Psychiatry*. London. Routledge

Pinel, P. (1962) *A treatise on insanity*. New York. Hafner Publishing Company