



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET

Hvordan konstrueres normalitet og patologi i ICD-11? En foucauldiansk diskursanalyse.

HOVEDOPPGAVE
profesjonsstudiet i psykologi

Hedia Haugen Ghanizadeh

Vår 2024

Veileder: Henrik Berg

Senter for vitenskapsteori, Universitetet i Bergen

Abstract

Normality and pathology are central concepts within the field of psychology as well as within other 'psy' disciplines. Normality and pathology are categorical concepts, yet they embody a complex dimensionality: Where are the borders between them drawn, and how do we come to understand them? The aim for this study is to answer the question: "*How is normality and pathology constructed in ICD-11?*". This study used chapter 6: "Mental, behavioral or neurodevelopmental disorders" in the International Classification of Diseases (ICD-11) as material of analysis. The methodological framework was based on a Foucauldian discourse analysis (FDA) as conceptualized by Willig (2015). Four discourses were identified: 1. "Individualistic discourse", 2. "Discourse of normativity", 3. "Technocratic expert discourse", and 4. "Medical discourse". The results found that normality was constructed "via negativa" and was implicit to the constructions of pathology. In the individualistic discourse, the construction of pathology is to be found "in the individual", which might lead to underestimating contextual factors that may contribute to mental disorders. In the discourse of normativity, mental disorder is constructed as "deviance from the norm", which offers subject positions as a deviant which further might lead to social and moral judgement. The technocratic expert discourse constructs pathology as a condition observed and rated from the subject position of the expert, which might disregard the subjective experience of the diagnosed individual. In the medical discourse, pathology is constructed as distress which may be alleviated from a medical helper. The results are discussed in relation to key Foucauldian concepts such as subjectification, normalization and biopolitics. It is further argued that the discourse of normativity may have a normalizing function, both in individual clinical settings as well as on a population level.

Sammendrag

Normalitet og patologi er sentrale begreper i psykologien og de øvrige psy-fagene. Normalitet og patologi er kategoriske begreper, men rommer en kompleks dimensjonalitet: Hvor eksakt går skillelinjen, og hvordan blir henholdsvis normalitet og patologi betraktet? Denne studien har som formål å undersøke problemstillingen: «*Hvordan konstrueres normalitet og patologi i ICD-11?*». Analysematerialet i studien består av kapittel seks – «psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser» – i ICD-11 (WHO, 2022). Den metodiske innretningen baserer seg på Willigs (2015) tilnærming til foucauldiansk diskursanalyse (FDA). Resultatene fra studien identifiserer fire dominerende diskurser: 1. «Individualistisk diskurs», 2. «Normativitetsdiskurs», 3. «Teknokratisk ekspertdiskus» og 4. «Medisinsk diskurs». Resultatene fra studien viser at normalitet konstrueres «via negativa», der konstruksjonene av patologi etablerer hva som kan anses som «normalt». I den individualistiske diskursen konstrueres patologi som en tilstand som befinner seg «i individet», som kan medføre at kontekstuelle faktorer rundt lidelsen blir tillagt mindre vekt. I normativitetsdiskursen blir patologi konstruert som avvik fra det som antas å utgjøre en «norm», og konstruerer subjektposisjon som den avvikende. I den teknokratiske ekspertdiskursen blir patologi konstruert som et fenomen som betraktes fra et «utenfraperspektiv», og som skaper subjektposisjonen «eksperten». I den medisinske diskursen blir patologi konstruert som «relatert til psykisk smerte», som kan lindres av en fagkyndig hjelper. Resultatene diskuteres avslutningsvis i lys av foucauldianske begreper som subjektivering, normalisering og biopolitikk. Avslutningsvis argumenteres det for at ICD-11 kan ha en normaliserende funksjon, både på individ- og befolkningsnivå.

Takk

Takk til Henrik Berg ved Senter for vitenskapsteori for gode og grundige kommentarer og for din tålmodighet. Jeg har aldri vært i tvil om at jeg har vært i de beste hender, og er svært takknemlig for din brede kunnskap.

En stor takk må også rettes til Jens-Emil Thunold Furu, som har bistått med gjennomlesninger, både kritiske og oppløftende kommentarer og for vedvarende interesse for prosjektet. Takk for at du har laget middag, for all omsorg og for at du har utholdt tidvis ensporede samtaler fra min kant. Jeg er evig takknemlig og hadde ikke klart det uten deg! Takk ellers til venner og familie som har gitt meg oppmuntringer underveis (og av og til har fått meg til å tenke på andre ting).

Bergen, mai, 2024

Hedia Haugen Ghanizadeh

Innholdsfortegnelse

Hvordan konstrueres normalitet og patologi i ICD-11?	1
Om normalitet og patologi	3
Om ICD-11	6
Teoretisk rammeverk for analysen	7
Aktuell forskning	10
Hensikten med studien	11
Metode	12
Sosialkonstruksjonistisk vitenskapsteori	13
Willigs analysesteg	14
Resultater	17
Steg 1: Diskursive konstruksjoner	18
Steg 2: Diskurser	27
Steg 3: Handlingsorientering	34
Steg 4: Posisjonering	35
Steg 5: Praksis	40
Steg 6: Subjektivitet	42
Diskusjon.....	43
Drøfting av resultater.....	44
Analysens implikasjoner	55
Evaluering av analysen.....	56
Validitet i kvalitative studier	57
Konklusjon	59
Referanser	60

Hvordan konstrueres normalitet og patologi i ICD-11?

En foucauldiansk diskursanalyse.

Hvordan vi skiller mellom normalitet og patologi, kan sies å være et av diagnostikkens hovedanliggende. Diagnosemanualene er først og fremst kliniske instrumenter, som skal veilede psykologer og lignende yrkesgrupper. Diagnostikken i psykisk helsevern har åpenbare funksjoner: de utløser juridiske og økonomiske rettigheter hos den diagnostiserte, og kan sies å forenkle kommunikasjon mellom klinikere og således ha stor praktisk nytteverdi.

Diagnostikken i psykisk helsevern – representert ved amerikanske diagnosemanualen DSM og den internasjonale diagnosemanualen ICD - har imidlertid vært gjenstand for bred kritikk (se for eksempel Davies, 2017; Frances, 2013; Crowe, 2000; Kirk & Kutchins, 1997, Wakefield, 1992 og i skandinavisk kontekst: Brinkmann & Petersen, 2015; Ekeland, 2014; Valla, 2020).

Mange snakker i dag om at diagnosene «brer om seg», og i økende grad bidrar til medikalisering, overdiagnostisering og stigmatisering. Brinkmann et al. (2014) har endatil relansert begrepet 'diagnosekultur' om samtidens hang til å diagnostisere, som videre fører til en «innsnevring av normaliteten». Samtidig hevdes det at det patologiske normaliseres, som en konsekvens av diagnosenes stadige utbredelse i samfunnet (Brinkmann et al., 2014). 'Diagnosekulturen' betegner en makrososiologisk tendens der vestlige borgere i økende grad får psykiatriske diagnoser. Men det virker også på et mikro-og erfaringsnivå, hvor mennesker anvender det diagnostiske språkapparatet som filteringsmekanisme på egne erfaringer (Brinkmann et al., 2014).

Påstanden om at vi lever i en 'diagnosekultur' kan sies å bli understøttet av at antallet diagnoser i den amerikanske psykiatriforeningens diagnosemanual (APA) DSM har økt. Det var om lag 60 i førsteutgaven fra 1952, mens det er hele 400 diagnoser i femteutgaven utgitt i 2013 (Madsen, 2024). Kessler et al. (2005) fant at omtrent halvparten av den amerikanske

befolkning på et eller annet tidspunkt i livet ville oppfylle de diagnostiske kriteriene for minst en psykisk lidelse i løpet av livet. Økt medisinerer synes også å ledsage hyppigere diagnostikk; enkelte har hevdet at den økende diagnostikken i dag skyldes 'sykdomskremmeri', der legemiddelindustriens higen etter økt innflytelse fører til økt patologisering (Rose, 2006). I en norsk studie ble det eksempelvis avdekket at antall nordmenn som bruker sentralstimulerende legemidler for ADHD har doblet seg de siste seks årene, og at det har forekommet en økning i medisinerer på 40 prosent de siste to årene (Madsen, 2024, s. 65). Som følge av den økte hyppigheten av både diagnostisering og medisinerer, har den danske psykologen Jonas Ditlevsen endog tatt til orde for at psykiatrien som institusjon burde avvikles (Møller, 2022).

I tillegg til innvendingene mot diagnosemanualenes økende utbredelse og innflytelse, har grenseoppgangen mellom normalitet og patologi i DSM og ICD blitt kritisert for å være vage, og som følge av dette medføre høy grad av komorbiditet (se for eksempel Loo & Romeijn, 2015; Krueger, 2006). Den psykiatriske diagnostikken har i tillegg blitt kritisert for lav reliabilitet (Aboraya et al, 2006), der det fremdeles synes utfordrende å enes om de diagnostiske kategoriene på tvers av kliniske vurderinger. Samtidig har den diagnostiske validiteten -som omhandler om hvorvidt det eksisterer enighet om hva de diagnostiske kategoriene måler - blitt anklaget for å være for svak (Madsen, 2017).

Allen Frances – som ledet arbeidsgruppen som utarbeidet DSM-IV (1994) – undres også over de store vanskelighetene som raskt melder seg i forsøket på å definere normalitet: Eksempelvis vil en standard ordboksdefinisjon av normalitet som regel vise til «abnormalitet», som videre henviser tilbake normalitetsbegrepet og dermed fører til en tautologisk «halejakt» (Frances, 2013). Per Solvang (2006, s. 182) viser det samme problemet når han peker på at «normaliteten har vært sett på som en størrelse som i sitt innerste vesen ikke gir seg til kjenne. Hvis den gir seg til kjenne, er det fordi vi står overfor det motsatte, det

unormale». Frances (2013) hevder videre at hverken medisinen, filosofien eller statistikken gir tilfredsstillende svar på hva normalitet innebærer. Spørsmål som derfor reiser seg i denne sammenheng er: Finnes det tydelige demarkasjoner mellom det vi kan anse som 'normalitet' og følgelig ikke-diagnostiserbare tilstander, og 'patologi', som peker mot diagnostiske intervensjoner? Hva mener vi egentlig med 'normalitet' og 'patologi' –og har vi presise nok definisjoner for disse begrepene?

Denne analysen vil undersøke problemstillingen «*Hvordan konstrueres normalitet og patologi i ICD-11?*» Gjennom en sosialkonstruksjonistisk epistemologisk posisjon og foucauldiansk diskursanalyse (heretter omtalt FDA) som metodisk innretning, vil normalitet og patologi studeres som historisk og sosialt betingede fenomener.

Om normalitet og patologi

Den franske legen og filosofen Georges Canguilhem (1904-1995) var opptatt av hva normalitet og patologi innebærer, samt hvor skillelinjen mellom disse tilstandene befinner seg. I sin innledende utforskning av begrepet 'normalitet', retter Canguilhem oppmerksomhet mot normalitetsbegrepets tvetydighet: Normalitet refererer både til en statistisk norm som baserer seg på gjennomsnittet av målingene av samme trekk, men viser også til en et positivt evaluert ideal, nærmest som en «prototype eller perfekt form» (Canguilhem, 2008, s. 122, min oversettelse). I forholdet mellom 'det individuelle' og den bredere statistisk funderte 'typen', hevder Canguilhem at «naturen har en idealtipe for alle ting [...] men denne typen blir aldri realisert. Dersom den ble realisert, ville det ikke eksistert individer, og alle ville lignet på hverandre» (Canguilhem, 2008, s. 124, min oversettelse). Patologi viser seg imidlertid i det individuelle og i det irregulære, og ikke i 'typen', som naturen dessuten alltid på et eller annet nivå vil avvike fra.

I tråd med den vitalistiske filosofitradisjonen, argumenterer Canguilhem for at det biologiske liv alltid innebefatter en 'vital normativitet', der organismer har normproduserende

egenskaper som retter seg etter skiftende miljøbetingelser (Vissio, 2020). Canguilhems forståelse av organismers 'vitale normativitet', ble senere knyttet opp mot begrepet 'allostase', som innebærer organismens evne til tilpasning og regulering gjennom organismens skiftende 'normer'. I motsetning til homeostase, forstås allostase som en mer dynamisk prosess, der organismenes normer for tilpasning endres i respons til et gitt miljø (Arminjon, 2016).

Senere nyanserer Canguilhem normalitetsbegrepet videre, der han markerer et skille mellom 'vitale normer' og 'sosiale normer'. Med de vitale normene pekte Canguilhem på individets evner til å produsere egne normer i relasjon til et miljø, og at disse normproduserende egenskaper var en avgjørende del av individets friskhet og normalitet. De sosiale normene er fundert på en menneskeskapt normativitet, som normer som angår medgjørighet, produktivitet, lovlydig atferd, punktlighet og sivilisert atferd (Rose, 2009). De sosiale normene er - i motsetning til de vitale normene – et utslag av sosio-politiske autoriteters bestrebelser på å opprettholde kontroll og orden (Rose, 2009).

Den britiske sosiologen Nikolas Rose kombinerer Canguilhems arbeid om normalitet og patologi og funn fra nyere biomedisinsk forskning. Rose (2009) hevder at det i en biomedisinsk tidsalder – med revolusjonerende fremskritt i kartleggingen av det menneskelige genom og ulike genvarianter som kan øke risikoen for patologi – åpnes for nye forståelser av normalitet og patologi. I kjølevannet av disse oppdagelsene, påpeker Rose at det 'normale genomet' simpelthen ikke eksisterer, fordi ethvert individ til enhver tid bærer på et utall genetiske risikofaktorer for patologi. Som en konsekvens av dette, foreslår Rose (2009) å se for seg en patologi uten normalitet eller en norm som dets logiske motsetning, og heller betrakte mennesket som bærer av molekulære variasjoner som kan øke risikoen for patologi.

Å forstå patologi uten en norm, står i kontrast til den franske filosofen og historikeren Michel Foucaults forståelse av normalitet og patologi. Ifølge Foucault var det ideen om 'det

abnormale' som muliggjorde definisjonen av det normale (Taylor, 2014). Motsatsen til normalitet – abnormaliteten – ble også anvendt som et regulerende prinsipp og som en måte å gi mening til de etablerte normene (McWorther, 2014). Etableringen av det abnormale, skapte videre grunnlaget for legitimeringen av ulike former for moderne maktutøvelser. En av disse maktutøvelsene var det Foucault betegnet som «normalisering», en sentral teknikk som forente det Foucault betegnet som 'disiplinærmakt' og 'biomakt' (Taylor, 2014). Foucault beskriver normalisering som en form for makt fundert på disiplinerende prosedyrer som «har som formål å kontrollere og kultivere kapasitetene til individuelle menneskekropper» (McWhorther, 2014). Ifølge Foucault var disiplineringssteknikkene relatert til normalisering en måte å få individer til å operere i tråd med visse normer, som klassifiserte og målte individer i henhold til standarder om normalitet. Dette produserte videre det Foucault betegnet som 'medgjørilige kropper', som handlet lydig i samsvar med normaliseringens formål (Rouse, 2006, s. 98). Normaliseringen representerer følgelig en utarming av menneskets handlingsmuligheter gjennom ulike institusjoners inngripen for å redusere avvik hos ulike individer (Bernauer & Mahon, 2006, s. 151).

Normaliseringen oppstår også gjennom det Foucault betegnet som 'biopolitikk', som videre ble virkeliggjort gjennom 'biomakt'. Biopolitikken ble ifølge Foucault avløst av den tidligere 'suverene makt', som var en langt mer synlig form for maktutøvelse. Der den suverene makt opererte etter prinsippet «la leve eller å drepe» gjennom «sverdets makt», opererte den moderne biopolitikken med å «gripe inn i livsgrunnlaget eller å la dø» (Farsethås, 2009, s. 235). Det er med andre ord det levende livet og kroppen som er biopolitikkens anliggende, og som videre søker å normalisere kroppene gjennom ulike disiplineringsformer. Samtidig hadde biopolitikken også befolkningen som «objekt», der dens spesifikke egenskaper og variabler som fødselstall, levetid, sykelighet, fruktbarhet,

helsetilstand, sykdom, ernæring og boforhold ble gjenstand for både kunnskap og ulike former for maktutøvelse (Foucault, 1999b, s. 34).

Om ICD-11

ICD-11 er forkortelse for «Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer» (eng. International Classification of Diseases and Related Health Problems; ICD). ICD-11 utgis av Verdens helseorganisasjon (eng. World Health Organization), som startet sin virksomhet i 1948 i etterkant av De forente nasjoners (FN) første internasjonale helsekonferanse i 1946 (WHO, 2024a). Misjonen bak opprettelsen av WHO, som i dag består av 194 medlemsland, var å fremme helsen i verdens befolkning (WHO, 2024a). ICD-manualen kan sies å ha en historisk opprinnelse som stammer helt tilbake til 1600- og 1700-tallet, hvor de første forsøkene på å systematisk klassifisere sykdommer fant sted (Raminani, 2024).

I dag foreligger ICD-manualen i sin ellefte revisjon (ICD-11), som trådte i kraft i 2022. Arbeidet med overgangen fra ICD-10 til ICD-11 bestod av en omfattende revisjon med mer enn 7000 forslag til endringer fra medlemslandene, som videre ble behandlet i internasjonale komiteer og arbeidsgrupper (Direktoratet for e-helse, 2022). Manualen anvendes i dag i primær- sekundær- og tertiærhelsetjenesten og til forskning og helsestatistikk (WHO, 2011). I tillegg anvendes manualen som kodeverk for sykdommer og tilstander i spesialisthelsetjenesten, som en metode for registrering av medisinsk informasjon til helsevesenet og som en internasjonal standard for helseinformasjon, som har som formål å innhente og overvåke dødelighet og dødsfall, samt andre relevante utfall relatert til helse i befolkningen (WHO, 2011). ICD utgjør også grunnlaget for overvåkingen av epidemier og sykdommer, samt å identifisere mulige områder som har behov for ressurser for helsehjelp (WHO, 2022). WHO's klassifiseringssystem står derfor i en særstilling i igangsettingen og promoteringen av globale helsestandarder (WHO, 2011).

Teoretisk rammeverk for analysen

Denne analysen anvender FDA som metodologisk innretning, som fremst av alt knyttes opp mot arbeidet til den franske filosofen og historikeren Michel Foucault. FDA utviser likheter med øvrige diskursanalytiske tilnærminger. I størst grad deler FDA likhetstrekk den kritiske diskursanalysen, men skiller seg fra den i spørsmål vedrørende makt og ideologi (Wiggins, 2017, s. 30). I motsetning til den kritiske diskurspsykologien, som har et sentralt mål om å avdekke ideologiske strukturer som former diskursen, forsøkes det ikke innen FDA å avdekke «sannheten» bak diskursen, simpelthen fordi den antas å ikke eksistere (Graham, 2011; Jørgensen & Phillips, 1999, s. 27).

Studiet av forholdet mellom diskurser og psykologi innebære en forpliktelse til å innta en kritisk holdning til psykologien som vitenskap og kunnskapsproduserende felt (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2017). FDA kan således sies å ha sammenfallende mål med den kritiske psykologien, som har som formål å undersøke hvordan menneskers subjektivitet og indre psykologiske verden er rotfestet i kulturen og sosiale praksiser (Fox, Prilleltensky & Austin, 2009, s. 13). Den kritiske psykologien retter også kritikk mot eget felt: Eksempelvis argumenterer Madsen (2012) for at psykologien bør foreta «en kritisk verdivurdering» både av eget fagfelt og av sin økte utbredelse i samfunnet.

Hva er en diskurs?

En diskurs defineres på flere måter, men ifølge Parker (1992) er en god arbeidsdefinisjon «et system av utsagn som konstruerer et objekt» (s.5). Ifølge Arribas-Ayllon og Walkerdine (2017) refererer en diskurs til «institusjonaliserte mønstre av kunnskap som regulerer dannelsen av subjektiviteter» (s. 110). Davies og Harré (1990) definerer diskurser som «institusjonalisert bruk av språk og språkbaserte systemer, der institusjonalisering oppstår på det disiplinære, politiske, kulturelle nivå, samt i mindre gruppekontekster» (s. 45,

min oversettelse). Jørgensen og Philips (1999) definerer en diskurs nokså bredt, som «en bestemt måte å snakke om og forstå verden (eller et utsnitt av verden) på» (s. 9).

For Foucault var ikke diskurs enhver språkhandling - som et stykke tekst eller en språkytring - men snarere «regler, divisjoner og systemer som kjennetegner en bestemt type kunnskap» (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2017, s. 114). I *Diskursens orden* supplerer Foucault (2018) denne definisjonen med å fremsette en påstand om at diskursene i «ethvert samfunn blir kontrollert, sortert, organisert og fordelt ved hjelp av en mengde prosedyrer som har som funksjon å avverge dens krefter og farer, beherske dens karakter av å være en tilfeldig begivenhet og omgå dens tunge og skremmende materialitet» (Foucault, 2018, s. 9).

Foucault ser også diskursenes opphav i sammenheng med en rekke «utelukkelsesprosedyrer» (Foucault, 2018, s. 9). Det mest kjente og eldste av disse er forbudet, som kjennetegner særlig seksualitetens og politikkenes domene. Foucault hevder videre at forbudene her avdekker diskursenes forhold til begjær og makt (Foucault, 2018, s. 9). Foucault introduserer videre andre former for utelukkelsesprosedyrer, som han mener representerer en «oppdeling og forkastelse»: Et eksempel på dette er ifølge Foucault motsetningen mellom fornuft og galskap (Foucault, 2018, s. 10). Disse praksisene hadde alle til felles at de skapte nye mulighetsfelt og avgrensninger som åpnet visse måter å tenke og tale på, og samtidig begrenset alternative måter å forholde seg til verden på. Således blir det dannet 'diskursive felt' bestående av talemåter som ble utelukket fra de rådende diskursene, samt 'diskursordener', der et avgrenset antall diskurser «kjemper om samme terreng» i det som kan betegnes som en 'diskursiv kamp' (Jørgensen & Philips, 1999, s. 37-38). Formålet med disse 'diskursive kampene' er å kunne ha innflytelse til å definere et fenomen på en bestemt måte, og viser således diskursenes sammenfiltrede forhold til makt.

Subjektet og subjektivering

Fremfor alt hevdet Foucault at hans arbeid dreide seg om subjektet. Foucault skriver blant annet at målet med arbeidet hans ikke fortrinnsvis handlet om studiet av makt, men at «målet istedenfor har vært å skape en historie av de ulike tilstandene der mennesker, i vår kultur, blir til subjekter» (Foucault, 1982, s. 777, min oversettelse). Ifølge Foucault var ikke subjektene en aktiv skaper av ulike diskurser, men ble snarere konstruert *av* diskursen, som videre avtegnet en rekke mulige subjektposisjoner det var mulig tenke og tale utifra (Heede, 2002, s. 74). Jørgensen & Phillips (1999) betegner dette som det *desentrerte* subjektet: Individet betraktes ikke lenger som en suveren og autonom enhet, men som et medium for kulturen og språket (s. 24).

Subjektet ble ifølge Foucault til gjennom en prosess han kalte *subjektivering*. Subjektivering henspiller på en prosess der mennesket gjøres til et subjekt gjennom å bli underordnet, og samtidig underordne seg, visse forståelsesmåter og praksiser. Et vesentlig trekk ved subjektiveringen er at subjektene blir *objektivert*, og som resultat betrakter seg selv med en oppsplittet selvforståelse og som gjenstand overfor seg selv (Heede, 2002, s. 57-68). Foucault beskriver blant annet hvordan subjektiveringsprosesser forekommer i psykiatriens tidlige behandlingssystemer, der sinnssyken ifølge Foucault ble konstituert som en slags 'fremmedgjort galskap' (Heede, 2002, s. 33). En av disse måtene mennesker ble objektivert på, var gjennom det han betegnet som 'oppdelingspraksiser' (eng. *dividing practices*). Gjennom en slik praksis blir individet enten «atskilt på innsiden av seg selv eller atskilt fra andre» (Foucault, 1982, s. 777, min oversettelse). Foucault nevner her oppdelingen mellom de gale og de sinnsfriske, de syke og friske og de kriminelle og lovlydige som eksempler på denne prosessen.

Når Foucault snakker om subjektivering, henviser han både til en moderne filosofisk tradisjon, der subjektet som utgangspunkt for erfaring spilte en sentral rolle, men han refererer

også til en subjektivering som er politisk i sin natur, der individet blir utsatt for ulike former for makt som regulerer individet (May, 2014). Her er ikke synet på makt utelukkende forstått som noe undertrykkende, men også som noe produktivt, i den forstand at makten fører til at noe nytt oppstår (May, 2014). I Foucaults maktforståelse er makten desentralisert, dynamisk og allestedsnærværende, og viser seg på mikroplan i dagligdagse og rutinemessige handlinger (Heede, 2002, s. 63).

Aktuell forskning

Ifølge Crowe (2000) er den amerikanske diagnosemanualen DSM – som på det tidspunktet befant seg i sin fjerde utgave (DSM-IV, utgitt av APA i 1994) – medvirkende til å ‘konstruere normalitet’. Crowe (2000) hevder at denne ‘konstruksjonen av normalitet’ oppstår fordi diagnostikk av patologi også innebærer implisitte antagelser om hva normalitet består i. Gjennom en kritisk diskursanalyse av DSM-IV, hevder Crowe å finne implisitte konstruksjoner av normalitet som omhandler normative idealer om moderasjon, rasjonalitet, produktivitet og opplevelse av seg selv som separat fra omverdenen (eng. unitariness).

Crowe (2000) hevder at det normative idealet om at individet skal utvise moderasjon kommer til uttrykk ved at individets bevegelser, gester og atferd forventes å være kontrollerte, forutsigbare og forekomme i «passelig mengde». Disse normative idealene knytter Crowe (2000) videre opp mot Foucaults tenkning om hvordan disiplinering skaper medgjørlige kropper, der kroppen gjøres mer nyttig og lydige ved å bli korrigert for avvik fra normen.

Også Moe og Cuzzani (2022) peker på hvordan DSM-V er preget av en «iboende normativitet». Denne iboende normativiteten skyldes at manualen – men også psykiatrisk klassifikasjon generelt – er basert på flere underliggende epistemologiske og verdiladede forutsetninger. En disse epistemologiske forutsetningene er ifølge Moe og Cuzzani (2022) den logiske positivismen, som kjennetegnes av synet på at sannheten kun kan avdekkes gjennom en empiriske observasjoner (Holmen, 2024). Resultatet av denne epistemologiske

forankringen, er at psykiatriske diagnoser anses som deskriptive, ateoretiske og kategoriske fenomener. Problemet med dette synet, er ifølge Moe og Cuzzani (2022) at normalitet og patologi forstås som statistiske gradsforskjeller av en underliggende homolog tilstand. Forfatterne argumenterer imidlertid for at patologi er kvantitativt og kvalitativt ulikt det som kan betegnes som normalitet. Med bakgrunn i Canguilhems forståelse av normalitet og patologi, ser Moe og Cuzzani (2022) på også på patologi som en 'norm'. Patologi er imidlertid preget av at individets normativitet er redusert, som medfører at individet innehar færre muligheter til å etablere nye normer som tilpasninger til det interne og eksterne miljøet.

Ninnis (2016) er – i likhet med Moe og Cuzzani (2022)- opptatt av de epistemologiske utfordringene som preger psykiatrisk klassifikasjon. Ninnis (2016) betegner dette som 'subjektivitetsproblemet'. Med en tydelig forankring i Foucaults arbeid, peker Ninnis (2016) på hvordan på hvordan individer både er objekter for en vitenskapelig psykiatrisk kunnskap, samtidig som de inngår som subjekter i den. Ifølge Ninnis (2016) representerer dette et vedvarende epistemologisk problem for diagnostikken og psykiatrisk kunnskap.

Hensikten med studien

Hensikten med studien er å studere hvordan begrepene normalitet og patologi blir diskursivt konstruert i sjette kapittel – psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser– i ICD-11. Normalitet og patologi blir her betraktet som historisk foranderlige og sosiale størrelser, som kan forstås gjennom ulike diskursive tilganger. I tillegg er studiens hensikt å anvende Foucaults tenkning for å studere manualen. ICD-11 blir her sett på som en samling av flere overlappende eller kontrasterende diskurser som både begrenser og åpner opp for visse typer praksiser, som i sin tur bidrar til å bekrefte og legitimere diskursene. Å studere en autoritativ manual som direkte er sammenfiltret med praksis for kliniske psykologer, psykiatere,

psykiatriske sykepleiere og andre utøvere i 'psy'¹-fagene, synes å være viktig, all den tid etablerte diagnostiske praksiser er fundert i disse retningslinjene.

Metode

Denne delen av oppgaven presenterer oppgavens metodiske innretning. Metoden i oppgaven baserer seg på Willigs (2015) trinnvise modell for gjennomføring av FDA. Det metodiske valget ble gjort fordi Willigs utforming av FDA sammenfatter de vesentlige aspektene ved metoden. Willig (2015) peker imidlertid på at hennes versjon av FDA ikke er utførlig, og henviser til Arribas-Ayllon og Walkerdine (2017) for utfyllende analysemomenter knyttet til subjektivering, 'styingsmentalitet', (eng. governmentality) og genealogi. Begrepene subjektivering og styringsmentalitet vil anvendes som et ledd i diskusjonen av funnene fra analysen. Genealogi¹ vil ikke gjøres rede for grunnet oppgavens omfangshensyn.

Det er riktignok slik at det ikke finnes ett sett med regler for gjennomføring av Foucault-inspirerte diskursanalyser (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2017; Graham, 2011; Hook, 2001). Imidlertid bærer Willigs metode slektskap med blant annet diskursanalyse hos Parker og Arribas-Ayllon og Walkerdine (se Parker, 1992 og Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2017). Både Willigs, Parkers og Arribas-Ayllon og Walkerdines tilnærminger til FDA setter søkelys på hvordan de diskursive objektene konstrueres, hvordan diskursene danner subjektposisjoner og hvordan diskursene former praksis, men skiller seg noe fra hverandre med hensyn til detaljnivå i analysen. Som en overordnet veileder for kvalitativ metode, har Joseph A. Maxwells (2013) interaktive tilnærming til kvalitativ metode blitt anvendt. Dette har blitt gjort med hensyn til behov for eventuelle revisjoner gjennom forskningsprosessen.

¹ 'Psy'-fagene representerer det Rose (1979) betegner som 'psy-komplekset': «Et heterogent, men regulert domene av agenter, praksiser, diskurser og apparater som har klare betingelser og spesifiserte effekter» (Rose, 1979, s. 6, min oversettelse).

¹ I tradisjonell forstand betegner genealogi «studiet av de enkelte slekters opprinnelse og sammenheng» (Bratberg og Arntzen, 2023). Foucault anvender imidlertid begrepet genealogi som en historisk teknikk der formålet er å avdekke ulike fenomeners historiske mulighets- og fremkomstbetingelser (Heede, 2002, s. 47).

Materialet som utgjør grunnlaget for analysen, er kapittel seks i ICD-11 – psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser– i ICD-11. Analyse materialet består av om lag 200 sider. I det følgende vil jeg presentere det vitenskapsteoretiske grunnlaget for FDA, samt analysenivåene som har blitt utarbeidet i tråd med Willigs (2015) metodiske tilnærming til FDA.

Sosialkonstruksjonistisk vitenskapsteori

FDA plasserer seg i en sosialkonstruksjonistisk vitenskapsteoretisk tradisjon, som kan beskrives som en fellesbetegnelse for en rekke nyere teorier om kultur og samfunn (Jørgensen og Philips, 1999, s. 13). Sosialkonstruksjonisme står i et motsetningsforhold til det man kan betegne som essensialisme, som er overbevisningen om at vitenskapen vil kunne fange det vitenskapelige objektets «sanne natur» og dets egentlige essens (Berg, 2023, s. 38). I sosialkonstruksjonismen vil man ikke hevde at det finnes noe iboende egenskaper ved fenomenene man studerer, men snarere at fenomenene skapes gjennom språk og sosiale praksiser. Sosialkonstruksjonismen markerer således en avstand til den modernistiske vitenskapsteoriens tro på språket som sannhetsbærer og en verden som kunne avdekkes som en «objektiv virkelighet», og hevder at språket ikke står i et en-til-en forhold med den ytre virkelighet.

Til tross for at sosialkonstruksjonismen er en svært mangfoldig epistemologisk tilnærming i samfunnsvitenskapene, opererer Vivien Burr (1995, referert i Jørgensen & Philips, 1999) med fire grunnpremisser for den sosialkonstruksjonistiske vitenskapstradisjonen: 1) En kritisk innstilling overfor antatt viten, 2) Vektlegging av historisk og kulturell spesifisitet, 3) Sammenheng mellom viten og sosiale prosesser og 4) Sammenheng mellom viten og sosial handling (s. 13-15). En kritisk innstilling til antatt viten innebærer en forståelse av at verden kun er tilgjengelig for oss gjennom våre kategorier om den og at vår viten om verden er et produkt av våre verdensbilder og kategoriseringer. Premisset om historisk og kulturell spesifisitet gjenspeiler erkjennelsen av at mennesker er

grunnleggende historiske og kulturelle vesener, og at vår viten om verden følgelig alltid er historisk og kulturelt betinget. Måten vi forstår og representerer verden på er kulturspesifikke og kontingente, som impliserer en forståelse av at våre verdensbilder og identiteter kunne vært annerledes eller bli gjenstand for transformasjon over tid. Premisset om sammenheng mellom viten og sosiale prosesser handler om at vårt syn på verden skapes og opprettholdes av sosiale prosesser, der også sannheten er gjenstand for en sosial og diskursiv kamp. Det siste premisset – sammenheng mellom viten og sosial handling – retter fokus mot det faktum at enkelte handlinger fremstår som naturlig i en gitt tidsepoke og et bestemt verdensbilde, og utenkelige i et annet. I dette ligger det en erkjennelse av at vår sosiale konstruksjon av viten og sannhet får dermed konkrete sosiale konsekvenser (Jørgensen & Philips, 1999, s. 13-15).

Gjennom sosialkonstruksjonismen inntog ble også synet på individets «fornuft» ansett som problematisk og potensielt undertrykkende (Gergen, 2001). På denne måten banet sosialkonstruksjonismen vei for maktkritiske perspektiver på utviklingen av vitenskapelig kunnskap. Kritik og problematisering av makt, ideologi og samfunnsstrukturer er dermed en sentral del av den sosialkonstruksjonistiske vitenskapstradisjonen. Dersom man legger til grunn Burrs (1995) premisser for en sosialkonstruksjonistisk vitenskap, stiller man i dette perspektivet spørsmål om hvordan en rekke fenomener i vår felles sosiale virkelighet kunne vært annerledes, i kraft av at de er historiske og sosiale størrelser.

Willigs analysesteg

Denne analysen tar utgangspunkt i Foucaults definisjon av en diskurs, der en diskurs «utgjør et sett med regler, divisjoner og systemer som kjennetegner en bestemt type kunnskap, [...] samt institusjonaliserte mønstre av kunnskap som styrer dannelsen av subjektiviteter» (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2017).

I sin utforming av FDA deler Willig (2015) opp analysestegene i FDA i seks analysetrinn 1) Diskursive konstruksjoner, 2) Diskurser, 3) Handlingsorientering, 4) Subjektposisjoner, 5) Praksis og 6) Subjektivitet.

Det første punktet - *diskursive konstruksjoner* – reiser spørsmålet om hvordan de valgte diskursive objektene konstrueres: Hvordan blir de diskursive objektene omtalt i teksten? Her forstås diskursive objekter som fenomenene man ønsker å studere. Like relevant er det å se om teksten ikke inneholder en direkte referanse til det diskursive objektet, og hva slags virkning dette eventuelt har på fremstillingen av det diskursive objektet. I dette steget har jeg valgt å markere ord og begreper som synes å være relevant for forståelsen av normalitet og patologi. Jeg har både trukket ut ord som direkte omtaler normalitet og patologi (for eksempel «normal», «abnormal», «pathology» og «psychopathology»), samt ord som jeg vurderer er assosiert med begrepene, men som ikke omtaler de diskursive objektene direkte (for eksempel «disturbances», «dysregulation», «impairment»).

Det andre steget – *diskurser* – fokuserer på forskjellene mellom de diskursive konstruksjonene (Willig, 2015, s. 157). Spørsmål som kan stilles i dette analyseleddet er hvorvidt det eksisterer en eller flere diskurser i teksten. Disse diskursene kan være mer allment kjente diskurstyper, eller de kan identifiseres og navnettes av den som gjennomfører analysen. I dette tilfellet var det aktuelt å se om jeg kunne finne antydninger til etablerte diskurser i ICD-11, og videre forene disse med relevante diskursanalytiske studier av diagnosesystemer.

Det tredje steget – *handlingsorientering* – tar for seg hva den gitte diskursivering av objektene fører til, hva dets mulige funksjon er og hvordan den forholder seg til den øvrige delen av teksten (Willig, 2015, s. 158). I denne sammenheng var det relevant som leser å etterstrebe å «se teksten på nytt», bestemt ved en type holdning der jeg forsøkte å nærmere meg manualen som om jeg ikke var kjent med den fra før. Å se på tekstens funksjon

innebærer også å være åpen for egne assosiasjoner, konnotasjoner og refleksjoner som dukket opp underveis i analysen.

Analysens fjerde steg – *posisjonering* – omhandler hva slags typer subjektposisjoner diskursen og de diskursive konstruksjonene muliggjør, og hvilke posisjoner som blir mindre tilgjengelige som følge av diskursen (Willig, 2015, s. 159). Subjektposisjoner forstås her som ulike posisjoner det er mulig å handle å tale utifra, gitt diskursens avgrensninger av bestemte måter å tenke, tale og handle på. I dette steget av analysen ble det vurdert som særlig relevant å trekke inn implikasjoner for posisjonering i klinisk praksis.

FDA-analysens femte trinn – *praksis* – undersøker forholdet mellom diskurser og praksis, og krever en systematisk utforskning av måtene de diskursive konstruksjonene og subjektposisjonene muliggjør eller undertrykker ulike handlingsmuligheter. Her vurderte jeg det som særlig relevant å undersøke klinisk terapeutisk praksis.

Det sjette og siste trinnet i analysen – *subjektivitet* – er relatert til forståelsen av subjektposisjoner, men kan forstås som den opplevelsesmessige kvaliteten av en bestemt subjektposisjon. Diskurser muliggjør bestemte måter å betrakte og oppleve verden på, og konstruerer sosiale og psykologiske virkeligheter (Willig, 2015, s. 160). Fordi man - i tråd med den sosialkonstruksjonistiske språkforståelsen – ikke kan stadfeste at det eksisterer et direkte forhold mellom indre psykologiske tilstander og språkliggjøringen av disse, er dette steget i analysen det mest spekulative og eventuelle konklusjoner må gjøres med stor gjenstandssensitivitet og forsiktighet (Willig, 2015, s. 161).

Oppsummert kan man derfor stadfeste at FDA kjennetegnes ved *dekonstruksjon* av en gitt tekst på detaljnivå gjennom identifisering av diskursive konstruksjoner, etterfulgt av en *rekonstruksjon* gjennom identifikasjon av overordnede diskurser som konstruksjonene inngår i (Willig, 2015, s. 161).

Med basis i Willigs (2015) seks analysetrinn for FDA, utarbeidet jeg følgende spørsmål som jeg ønsket å få svar på i analysen:

Steg 1: Diskursive konstruksjoner: Hvordan konstrueres normalitet og patologi i ICD-11?

Hva er det som eventuelt ikke benevnes om normalitet og patologi – mangler for eksempel teksten direkte referanser til de diskursive objektene?

Steg 2: Diskurser: Hvilke diskurser gjør seg gjeldende i ICD-11? Blir normalitet og patologi diskursivert på ulike måter?

Steg 3: Handlingsorientering: Hva *gjør* de diskursive konstruksjonene med måten normalitet og patologi blir diskursivert på? Hva oppnår ICD-11 ved å konstruere normalitet og patologi på den gitte måten?

Steg 4: Posisjonering: Hva slags subjektposisjoner gjøres tilgjengelige i ICD-11, og hva slags muligheter og avgrensninger har disse?

Steg 5: Praksis: Hva slags mulige praktiske implikasjoner kan diskursene i ICD-11 sies å bidra til? Hvilke handlingsmuligheter åpner diskursen opp for, og hvilke handlingsmuligheter gjøres mindre tilgjengelige som følge av diskursen?

Steg 6: Subjektivitet: Hva slags mulige psykologiske tilstander kan diskursene i ICD-11 sies å bidra til?

Resultater

I det følgende presenteres diskursanalysen av sjette kapittel – psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser – i ICD-11. Kapitlet har 162 overordnede kategorier, hvorav første kode starter med nummer 6A00. Funnene i analysen underbygges med tekstutdrag fra manualen, som belyser grunnlaget for analysen.

Når jeg siterer mindre utdrag fra manualen i egen tekst, eksempelvis kortere sitater eller begreper, bruker jeg hermetegn i teksten. Jeg har valgt å oversette tekstutdragene og begrepene som det refereres til i teksten. Fordi det av omfangshensyn ikke alltid er mulig å

inkludere lengre tekstutdrag for å belyse eventuell begrepsbruk, eksempelvis ved sammenfatninger av flere tekstutdrag, vil jeg henwise til det aktuelle utdraget i teksten med sidetall i parentes. I det følgende deler jeg opp resultatene ved å bruke den stegvise analysen fra Willig (2015), som hver for seg har egen overskrift.

Steg 1: Diskursive konstruksjoner. «Hvordan konstrueres normalitet og patologi i ICD-11? Hva er det som eventuelt ikke benevnes om normalitet og patologi?»

Patologi som forstyrrelse og dysfunksjon

For å antyde hvordan normalitet og patologi konstrueres i ICD-11, kan den overordnede definisjonen av de psykiske lidelsene som kapittelet omfatter, gi en preliminær pekepinn:

Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er syndromer kjennetegnet ved klinisk signifikante forstyrrelser i et individs kognisjon, emosjonelle regulering eller atferd, som reflekterer en dysfunksjon i de psykologiske, biologiske eller utviklingsrelaterte prosessene som ligger til grunn for mental og atferdsmessig fungering. Disse forstyrrelsene er vanligvis assosiert med psykisk smerte eller svekkelse i personlige, familierelaterte, sosiale, utdannings- og yrkesrelaterte situasjoner eller andre viktige områder for fungering (WHO, 2022, s. 388, min oversettelse)

I den innledende definisjonen kan man oppdage at psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser skyldes en «forstyrrelse» (eng. disturbance) i «et individs kognisjon, emosjonelle regulering eller atferd», som videre reflekterer en «dysfunksjon» i «psykologiske, biologiske eller utviklingsrelaterte prosesser som ligger til grunn for mental og atferdsmessig fungering» (s. 388, min oversettelse). Begrepene «forstyrrelse» og «dysfunksjon» er dermed bestanddeler i konstruksjonen av patologi i ICD-11. Disse begrepene gjentas regelmessig gjennom store deler av manualen, eksempelvis som «psykomotoriske forstyrrelser» (eng. psychomotor

disturbances), (s. 400), «forstyrrelser i affekt og stemningsleie» (eng. disturbances of affect and mood) (s. 405), perseptuelle forstyrrelser (eng. perceptual disturbances) (s. 406), «affektiv lidelse» (eng. mood disturbance) (s. 423), «atferdsforstyrrelse» (eng. behavioural disturbance) (s. 429), «visuell forstyrrelse» (eng. visual disturbance) (s. 440), «bevegelsesforstyrrelse» (eng. movement disturbance) (s. 441), «forstyrrelse i personens erfaring av kroppen» (eng. disturbance in the person's experience of the body) (s. 452) og «psykoselignende forstyrrelse» (eng. psychotic-like disturbance) (s. 475). Det foreligger ikke en eksplisitt definisjon av begrepet «forstyrrelse» i ICD-11, og det må derfor antas hva som ligger bak begrepet.

Begrepet «dysfunksjon» opptrer langt sjeldnere i ICD-11. Begrepet «funksjon» er imidlertid hyppigere anvendt i manualen, da ofte beskrevet som «svakhet». Begrepet «dysfunksjon» eller mangel på funksjon er likevel presumptivt sentralt for å forstå hvordan patologi konstrueres i ICD-11, fordi begrepet inngår i den overordnede definisjonen av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i manualen. Begrepet «dysfunksjon» impliserer - på lignende måte som begrepet «forstyrrelse» - at noe som burde ha fungert, ikke fungerer. I både tilfellet med begrepet «forstyrrelse» og «dysfunksjon», kan det merkes en antitetisk språkkonstruksjon som innebærer en negasjon av normalitet. Det synes derfor presserende å få nærmere kjennskap til hvordan ICD-11 definerer normalitet, nettopp fordi det er «tesen» (normalitet) som kan gi «antitesen» (patologi) mening.

Patologi som svekkelse og mangel

Manualen konstruerer også patologi som «svakkelse» (eng. impairment) og «mangel» (eng. deficit). I definisjonen av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser blir også «svakkelse» nevnt, ikke presentert som en nødvendig del av definisjonen, men som noe som er assosiert med lidelsene.

Manglene er alvorlige nok til å føre til svekkelse i personlige, familiære og sosiale sammenhenger, samt i utdannings- og yrkessettinger eller andre viktige områder for

fungering og er vanligvis et vedvarende trekk ved individets funksjon, som er observerbart i alle settinger, selv om de kan variere i ulike sosiale, utdanningsrelaterte eller andre kontekster (WHO, 2022, s. 394, min oversettelse).

I dette utdraget, som er en del av definisjonen av 6A02 «autismespekterforstyrrelser» (eng. autism spectrum disorder) ser man at «svækkelse» her påvirker personlige, familiære, sosiale, utviklingsrelaterte og andre viktige områder for fungering. Det er – i likhet med de nevnte begrepene «forstyrrelse» og «dysfunksjon» - vanskelig å avgjøre hvordan en tilstrekkelig svækkelse vil kunne se ut dersom man utelukkende tar utgangspunkt påstanden som fremsettes i tekstutdraget. Utifra lesningen av dette sitatet, kan det umiddelbart tenkes at en tilstand som på ingen måte er svekket, synes å virke utopisk og urealiserbar. Det er dermed snakk om en svækkelse som vil kunne være merkbar for andre og oppleves som tydelig for individet selv. Likevel er demarkasjonene uklare: Hvor går grensen mellom en svækkelse vi alle opplever fra tid til annen, og en svækkelse som omfattes i denne definisjonen? Begrepet «svækkelse» brukes om en rekke tilstander i ICD-11, blant annet som «svækkelse i individets akademiske og yrkesmessige fungering» (s. 395, min oversettelse), «markert svækkelse i funksjonelt språk» (s. 394) og «svækkelse i utførelsen av koordinerte bevegelsesferdigheter» (s. 397, min oversettelse).

Begrepet «mangel» (eng. deficit) brukes blant annet om «språkutviklingsforstyrrelse» (eng. developmental language disorder), der lidelsen kjennetegnes av «vedvarende mangler i tilegnelsen, forståelsen, produksjonen eller bruk av språk [...]» (s. 392, min oversettelse). «Autismespekterforstyrrelser» (eng. autism spectrum disorder) er også preget av «vedvarende mangler i evnen til å igangsette og opprettholde gjensidig sosial interaksjon og sosial kommunikasjon [...]» (s. 394, min oversettelse). I diagnosen ADHD (eng. attention deficit disorder) ligger begrepet «mangel» i selve diagnosenavnet, der mangelen relateres til oppmerksomhet. I disse eksemplene blir «mangelen» holdt frem som en del av patologiens

tilstandsbilde, og det impliseres at det eksisterer fravær av en egenskap, uten at den «tilstrekkelige» mengden av den nevnte egenskapen blir gjort rede for. I likhet med begrepet «svkkelse», er «mangel» betinget av en implisitt forståelse av hvor mye eller lite en egenskap skal være tilstede for å bli diagnostisert. I dette ligger det også en tydelig normativ vurdering, uten at denne blir tydeliggjort nærmere. Oppsummert kan man si at både «svkkelse» og «mangel» er noe alle på et eller annet nivå må kunne erkjenne å inneha, og at det kun er meningsfullt å konstruere ideen disse begrepene dersom det eksisterer tydelige demarkasjoner for hva som er en «tilstrekkelig» mengde av en gitt egenskap. En slik vurdering vil i så måte i ethvert tilfelle måles opp mot en norm.

Patologi som mangel på kontroll og moderasjon

En annen del av konstruksjonen av patologi i ICD-11 dreier seg om individets mangel på kontroll. Dette kommer til uttrykk både eksplisitt, der begrepet «desorganisert» (eng. disorganised) kommer til syne. Det kan imidlertid også tolkes som at mangel på kontroll utgjør en del av patologikonstruksjonen i manualen, også i tilfeller der begrepet eksplisitt ikke anvendes. Et eksempel på dette er i den diagnostiske beskrivelsen av «bipolar lidelse type 1»:

Bipolar lidelse type 1 er en episodisk affektiv lidelse kjennetegnet ved en eller flere maniske eller blandede episoder. En manisk episode er en ekstrem humørtilstand som varer i minst en uke, med mindre den forkortes ved hjelp av en behandlingsintervensjon, som kjennetegnes ved eufori, irritabilitet eller ekspansivitet, og ved økt aktivitet eller en subjektiv opplevelse av økt energi, ledsaget av andre karakteristiske symptomer som rask tale eller økt taletrang, idéflukt, økt selvtillit eller grandiositet, redusert behov for søvn, distraherbarhet, impulsiv eller uansvarlig atferd og raske skifter mellom ulike humørtilstander (f.eks. humørlabilitet) (WHO, 2022, s. 411, min oversettelse).

I dette tekstutdraget konstrueres patologi som «ekstreme humørtilstander», som synes å være utenfor individets kontroll. Mangel på kontroll kan dermed knyttes opp til manglende eller svekket fornuft hos individet. Man kan merke seg her at en manglende eller svekket fornuft ikke nødvendigvis er opplevd at individet selv, men sett fra et utenfraperspektiv.

Konstruksjonen av patologi som «mangel på kontroll» kommer også til uttrykk i bruken av begrepet «desorganisering» (eng. disorganised). Begrepet brukes særlig i sammenheng med schizofreni- og primærpsykotiske lidelser (6A20-6A2Z, s. 400-409), der individet beskrives som en med «desorganisert tenkning typisk manifestert som desorganisert tale, grovt desorganisert atferd [...]» (s. 400, min oversettelse). Det foreligger ingen videre definisjon av «desorganisering», men jeg tolker begrepet i retning av at individet mangler kontroll over egne tanker og tale-og bevegelsesmønstre.

«Patologi som mangel på kontroll» synes også å være relatert til patologi som mangel på moderasjon. De raske humørskiftene som beskrives i lidelsen «bipolar lidelse type 1», synes å implisitt legge til grunn en norm som fremstiller moderasjon som en ønskverdig tilstand. Ideen om moderasjon, der individet ikke bør vise for lite eller for mye av et visst trekk eller egenskap, kommer nokså eksplisitt til uttrykk gjennom den transdiagnostiske bruken av begrepet «excessive», altså som noe overdrevent eller «noe det er for mye av», eksempelvis som «overdreven motorisk aktivitet» (s. 397, min oversettelse), «overdreven eller upassende skyldfølelse» (s. 413), «overdreven frykt» (s. 429), «overdreven selvbevissthet» (s. 433) og «overdreven bekymring» (s. 438).

Mangel på moderasjon kan også synes å være en underliggende konstruksjon av patologi i lidelser relatert til eksempelvis taletempo og bevegelsesmønstre: Eksempelvis blir «katatoni» (eng. catatonia) beskrevet som et syndrom preget av både «reduert, økt eller abnormal psykomotorisk aktivitet» (s. 409). Her er det nærliggende å forstå moderasjon som en underliggende normativ forventning, samtidig som det inngår i manualens konstruksjon av

patologi. I definisjonen forutsettes det en form for balanse i utvisningen av motorisk aktivitet, og videre at mangelen på denne balansen indikerer tilstedeværelsen av patologi.

Patologi som relatert til psykisk smerte

I den overordnede definisjonen av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, blir psykisk smerte (eng. distress) omtalt som et fenomen som vanligvis er relatert til «forstyrrelsene» (s. 388). Begrepet «distress» har ikke en norsk ekvivalent som samsvarer med den engelske termen. Jeg har derfor valgt å bruke termen «psykisk smerte» for å oversette «distress». Opplevelse av psykisk smerte er ikke definert som en nødvendig betingelse for konstruksjonen av patologi i ICD-11, men som et fenomen som ofte ses sammen med lidelsene. Her konstrueres patologi på en kvalitativt annerledes måte, enn ved konstruksjon av patologi som eksempelvis «svækkelse og mangel», og synes å være nærmere knyttet til individets fenomenologiske tilstand. «Psykisk smerte» nevnes blant annet i forbindelse med «schizotypal lidelse» (eng. schizotypal disorder) (s. 404), «bipolar lidelse type 1, nåværende episode, mild» (eng. bipolar type 1 disorder current episode depressive, mild) (s. 413), «angst- eller fryktrelaterte lidelser» (eng. anxiety or fear-related disorder) (s. 429). Ved flere tilfeller nevnes psykisk smerte som utfallet av en bestemt tilstand, eksempelvis ved «cyklotymi» (eng. cyclothymic disorder), der symptomene «resulterer i betydelig lidelse eller betydelig svækkelse [...]» (s. 420, min oversettelse). Det etableres her en kausal relasjon mellom cyklotymi og psykisk smerte, ved at cyklotymi forårsaker opplevelsen av psykisk smerte. Derfor kan det tolkes dithen at cyklotymien kommer «først» i årsaksrekken, og at den psykiske smerten er «sekundær» til tilstanden som defineres. Dette fremstår til en viss grad som underlig, all den tid det synes vanskelig, om ikke umulig, å kunne slå fast hva som kommer først av en diagnostiserbar psykisk lidelse og opplevelsen av psykisk smerte. En alternativ konstruksjon av patologi vil altså være den aktuelle tilstanden «som psykisk smerte».

Patologi som diskontinuitet

Patologi konstrueres også som diskontinuitet i det som antas å være en normal opplevelse av eget selv og identitet. Begrepet «diskontinuitet» kommer eksplisitt til uttrykk i «dissosiative lidelser» (eng. dissociative disorders):

Dissosiative lidelser er kjennetegnet ved ufrivillige forstyrrelser eller diskontinuitet i den normale integrasjonen av en eller flere av følgende: identitet, sansninger, persepsjoner, affekter, tanker, minner, kontroll over kroppsbevegelser eller atferd. Forstyrrelsene eller diskontinuiteten kan være fullstendig, men oppstår oftest delvis, og kan variere fra dag til dag og til og med fra time til time (s. 440, min oversettelse)

I dette tekstavsnittet blir patologi konstruert som «diskontinuitet i den normale integrasjonen av identitet, sansninger, persepsjoner affekter, tanker, minner, kontroll over kroppsbevegelser eller atferd». Begrepet «disruption» ligger nokså nærme begrepet «forstyrrelse», men antyder også en prosess har blitt avbrutt eller ikke har foregått på en forventet måte. Å trekke frem begrepet «diskontinuitet» synes vesentlig, da motsatsen til begrepet – kontinuitet – utgjør en del av hvordan normalitet konstrueres i ICD-11. Diskontinuitet kan blant annet knyttes opp mot «bipolar lidelse type 1», der de «ekstreme humørtilstandene» etablerer en diskontinuitet og dermed bryter en norm om en sinnstilstand preget av kontinuitet.

Patologi som manglende målrettet atferd

Patologi synes også å bli konstruert som «manglende målrettet atferd». I lidelsen «stereotyp bevegelseslidelse» (eng. stereotyped movement disorder), beskrives individets bevegelser beskrives som «tilsynelatende formålsløse» (s. 398, min oversettelse). Et annet eksempel på konstruksjon av patologi som manglende målrettet atferd, forekommer eksempelvis i beskrivelsen av «psykomotoriske symptomer i primærpsykotiske lidelser» (eng. psychomotor symptoms in primary psychotic disorders), der symptomene «manifesteres ved

formålsløs atferd, som fikling, endrede bevegelser, fikling og manglende evne til å sitte eller stå stille, vriing av hender [...] (s. 408, min oversettelse). I «negative symptomer i primærpsykotiske lidelser» (eng. negative symptoms in primary psychotic disorders) blir tilstanden beskrevet som «[...] manglende motivasjon til å forfølge meningsfulle mål [...]» (s. 407, min oversettelse).

Patologi betraktet fra et 'utenfraperspektiv'

Gjennomgående for konstruksjonene av patologi – med unntak av patologi som «relatert til psykisk smerte» - er at de beror på en ytre observasjon av individet. En rekke diagnoser i ICD-11 anvender beskrivelser av atferd sett fra et ytre perspektiv, der atferden individet utviser kan fremstå som «bisarr», «ikke målorientert» og «formålsløs». Et tidligere nevnt eksempel på dette er beskrivelsen av «stereotyp bevegelseslidelse» (eng. stereotyped movement disorder), der individets bevegelser beskrives som «tilsynelatende formålsløse» (s. 398, min oversettelse). Et annet eksempel finnes i beskrivelsen av «positive symptomer i primærpsykotiske lidelser (eng. positive symptoms in primary psychotic disorders), der individet beskrives med atferd som «fremstår bisarr, formålsløs og ikke målorientert» (s. 407, min oversettelse). Konstruksjonen av patologi som et observerbart ytre fenomen, understrekes også av bruken av verbet «utvise» (eng. exhibit). Dette forekommer eksempelvis i beskrivelsen av «opposisjonell atferdsforstyrrelse uten kronisk irritabilitet-sinne, med begrensede prososiale følelser», der individet «utviser karakteristikk som av og til refereres til som 'kalde og uemosjonelle' (s. 561, min oversettelse).

Oppsummering av patologikonstruksjonene

Oppsummert blir altså patologi konstruert på en rekke måter i ICD-11: Som «forstyrrelse og dysfunksjon», som «svkkelse og mangel», som «mangel på kontroll og moderasjon», som «relatert til psykisk smerte», som «diskontinuitet», som «manglende målrettet atferd» og som «betraktet fra et 'utenfraperspektiv'».

I disse konstruksjonene av patologi i ICD-11 melder det seg følgende mulige problemer: 1) Uklare demarkasjoner mellom klinisk, diagnostiserbar tilstand og en tilstand som ikke trenger diagnostisering, 2) Manglende definisjoner av begreper som regelmessig anvendes, 3) Bruken av en rekke begrepsmessige motsetninger til «normalitet», der normalitet ikke defineres eksplisitt. Et interessant funn i denne sammenheng omhandler patologi ikke «som psykisk smerte», men som kausalt forårsaket av den aktuelle lidelsen.

Normalitet konstruert «via negativa»

I FDA er det også viktig å studere hva som ikke benevnes om de diskursive objektene, som det som faktisk blir språkliggjort. I ICD-11 foreligger det ingen eksplisitt definisjon av normalitet. Konstruksjonen av normaliteten må derfor utledes fra manualens patologibeskrivelse. Termen «normal» kommer imidlertid regelmessig til syne i manualen, eksempelvis når den aktuelle lidelsen befinner seg «utenfor grensene av normal variasjon» (s. 397, min oversettelse), er preget av «diskontinuitet i normal integrasjon» (s. 440, min oversettelse), eller når det refereres til «normale personlighetstrekk» (s. 564). Begrepet «abnormal» kommer eksempelvis til syne i dette tekstutdraget:

Katatoni er et syndrom av primært psykomotoriske forstyrrelser, kjennetegnet ved den samtidige forekomsten av flere symptomer med svekket, økt eller abnormal psykomotorisk aktivitet (WHO, 2022, s. 409, min oversettelse)

I tekstutdraget er det altså både redusert, økt og abnormal psykomotorisk aktivitet som inngår i diagnosens patologiforståelse. Hva som utgjør «abnormal» psykomotorisk aktivitet, spesifiseres ikke i den diagnostiske beskrivelsen. Utifra formuleringen i manualen, er det ikke økt eller redusert psykomotorisk aktivitet som er abnormalt – det pekes snarere på abnormalitet som et selvstendig fenomen. Her blir med andre ord det begrepsmessige motsetningsparet til normalitet, som ikke defineres i ICD-11, heller ikke definert ytterligere.

Det kan dermed se ut til at man møter på et «blindfelt» hva angår definisjonens validitet og praktiske verdi, og det blir dermed «de facto» klinikerens oppgave å forstå betydningen av begrepet og anpasse de praktiske implikasjonene av begrepet. Denne praksisen vil derfor kunne se nokså ulik ut, avhengig av hva vedkommende selv bærer med seg av konnotasjoner, assosiasjoner og erfaringer knyttet til «abnormalitet».

Steg 2: Diskurser. «Hvilke diskurser gjør seg gjeldende i ICD-11? Blir normalitet og patologi konstruert på ulike måter?»

Overordnet kan man snakke om at det foreligger en diagnostisk diskurs i ICD-11. Å identifisere diagnostiske diskurser i sammenhenger utenfor rammene av en diagnosemanual, vil kunne være nyttig og belysende for å studere hvordan manualen påvirker andre diskurser og felt i samfunnet. I det følgende har jeg identifisert ulike diskurser som synes å være fremtredende i ICD-11. For ordens skyld gjentar her definisjonen av en diskurs som: «et sett med regler, divisjoner og systemer som kjennetegner en bestemt type kunnskap, [...] samt institusjonaliserte mønstre av kunnskap som styrer dannelsen av subjektiviteter» (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2017).

Individualistisk diskurs

Gjennom konstruksjonene av patologi som er gjort rede for ovenfor, kan det sies at ICD-11 bærer preg av en *individualistisk diskurs*. I denne diskursen blir patologi i stor grad betraktet som et individuelt anliggende, uten at det gjøres rede for en større kontekst som kan medvirke til individets symptomuttrykk. Den individualistiske diskursen anlegger en individentsentrert forståelse av psykiske lidelser, og kan – når den innlemmes i en større institusjonell ramme – sies å styre dannelsen av subjektiviteter.

I definisjonen av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser blir det fremholdt at lidelsene er «syndromer kjennetegnet ved klinisk signifikante forstyrrelser i *et individs* kognisjon, emosjonelle regulering, eller atferd som reflekterer en dysfunksjon [...] (s. 388,

min oversettelse og utheving). Vektleggingen av at lidelsen er lokalisert i individet, fremfor i en større individ-miljø-kontekst, danner et grunnpremiss som de andre lidelsene presentert i manualen er fundert på. Gjennom et individsentrert perspektiv, skapes det en forestilling om at lidelsen befinner seg i individet, og at den aktuelle lidelsen eksempelvis kan være en reaksjon til et stressende og belastende miljø. En mulig konsekvens av at det er individet som «bærer» lidelsen, er at også behandlingen blir individsentrert, som igjen kan implisere at kontekstuelle faktorer som medvirker til individets symptomuttrykk blir oversett.

Det forekommer likevel at enkelte diagnoser i ICD-11 tar inn miljøet som faktor både i utviklingen og opprettholdelsen av psykiske lidelser, eksempelvis i beskrivelsen av «lidelser spesifikt assosiert med stress» (s. 437, min oversettelse). Her blir lidelsene som forstått som en del av en større miljøkontekst, blant annet i forbindelser med traumer, stress eller vanskelige livsopplevelser. Her foreligger det altså en eksplisitt forståelse av det er *individet* som blir påvirket av sine ytre omstendigheter. Til tross for denne inklusjonen, er det i beskrivelsen av eksempelvis «angst- eller fryktrelaterte lidelser» (s. 429), «affektive lidelser» (s. 411), «obsessiv-kompulsiv lidelse og relaterte lidelser» (s. 432, min oversettelse) eller «schizofreni og andre primærpsykotiske lidelser» (s. 400, min oversettelse) manglende beskrivelser av miljø og kontekst. Der miljøet trekkes inn i beskrivelsen av lidelsen, eksempelvis i «angst- eller fryktrelaterte lidelser», er det *individet* som utviser svekket funksjon i «personlige, familiære, sosiale, utdanningsrelaterte, yrkesmessige eller andre viktige områder for funksjon» (s. 429, min oversettelse). At individet utviser svekket funksjon i relasjon til sitt miljø, gjentas også i beskrivelsen av flere diagnostiske kategorier gruppert under «affektive lidelser» (s. 411), i beskrivelsen av diagnostiske kategorier under «depressive lidelser» (s. 420), under «obsessiv kompulsiv lidelse og relaterte lidelser» (s. 432), «dissosiative lidelser» (s. 440) og «spiseforstyrrelser» (s. 446). At individet – i kraft av sin lidelse - er forstyrret i relasjon til miljøet danner dermed et tematisk omkved i ICD-11,

samtidig som det bidireksjonale forholdet mellom individ-miljø blir tillagt langt mindre vekt. Med andre ord er det individet som i større eller mindre grad er «dysfunksjonelt» i relasjon til miljøet (eksempelvis yrkes- og utdanningsrelatert, samt sosialt og relasjonelt), og det åpnes ikke i manualen (med unntak av «lidelser spesifikt assosiert med stress») en annen konseptualisering av et eventuelt miljø som er «forstyrret» eller «dysfunksjonelt», som igjen kan kunne medvirke til individets funksjon og eventuelle dysfunksjon.

ICD-11 inkluderer tidvis riktignok en større kulturell og sosial kontekst i enkelte diagnosebeskrivelser. Dette fremkommer blant annet i beskrivelsen av «utviklingsmessige språkforstyrrelser», der det understrekes at de observerte symptomene «ikke kan attribueres til regionale, sosiale og kulturelle/etniske variasjoner i språket» (s. 391, min oversettelse). I «autismespekterforstyrrelser» står det at individet bærer preg av «[...] atferd, interesser eller aktiviteter, som er tydelige atypiske og overdrevne, for individets alder og sosiokulturelle kontekst» (s. 394), min oversettelse). I «schizofreni og andre primærpsykotiske lidelser» blir det bedyret at kategoriene innenfor den diagnostiske kategorien «ikke skal anvendes for å klassifisere ideer, antagelser eller atferd som er kulturelt akseptert» (s. 400, min oversettelse). Gjennomgående brukes sosio-kulturell kontekst dermed som en måte å unngå at kulturelt aksepterte emosjoner, antagelser og atferd blir diagnostisert, samtidig som det anvendes som en vurdering av en lidelse som potensielt diagnostiserbar, dersom symptomuttrykket ikke samsvarer med den gitte sosio-kulturelle konteksten. Til tross for at individet her blir betraktet i en større sosio-kulturell kontekst, gis det allikevel ikke rom til å forstå individets symptomuttrykk som forårsaket eller opprettholdt av en større miljøkontekst.

Oppsummert kan det sies at det i ICD-11 i hovedsak er individ som utviser «dysfunksjon» eller «svakket fungering» i relasjon til sitt miljø, snarere enn at individet, situert i en større miljøkontekst, blir påvirket av faktorer som kan medvirke til individets symptomuttrykk.

Normativitetsdiskurs

I ICD-11 forekommer også det som kan betegnes som en *normativitetsdiskurs*. De ulike konstruksjonene av patologi i ICD-11 som tidligere er gjort rede for, som «patologi som forstyrrelse og dysfunksjon», «patologi som svekkelse og mangel», «patologi som mangel på kontroll og moderasjon», «patologi som diskontinuitet» og «patologi som manglende målrettet atferd», har alle til felles at de hviler på antagelsen om en etablert norm, relatert til funksjon, kontroll, moderasjon, kontinuitet og evnen til å sette seg mål. At et individ utviser kontroll, moderasjon og kontinuitet i egen identitet og selvopplevelse, vurderes derfor som «i henhold til normen». «Patologi som mangel» kan forstås som at en egenskap *bør* være tilstede hos et individ, eksempelvis relatert til kognisjon, oppmerksomhet eller motoriske ferdigheter. Hva angår «patologi som svekkelse» er det riktignok vanskeligere å fastslå hva normen eksakt innebærer, da den indikerer en viss mengde av en egenskap som «normativt», uten at «angitt mengde» av egenskapen som henholdsvis patologisk eller normal utdypes nærmere. Konstruksjonen av patologi som «mangel på kontroll og moderasjon» fremholder på sin side et normativt ideal om at gitte mengder kontroll og moderasjon *bør* være til stede for å regnes som «innenfor normen». I hvilken grad et individ *bør* utvise kontroll og moderasjon, forklares ikke nærmere i ICD-11.

Disse normene gir legitimitet til det som kan betegnes som det som kan betegnes som *det abnormale, det atypiske* eller *det avvikende* i normativitetsdiskursen. Fordi normalitet ikke utdypes videre i manualen, men snarere peker tilbake til abnormaliteten, vil normativitetsdiskursen legge til grunn et uuttalt premiss om en «udefinert normalitet» til grunn for diskursivering av psykiske lidelser. Slik sett kan normativitetsdiskursen i ICD-11 sies å danne tautologisk diskursiv konstruksjon, der patologiforståelsen viser til en forståelse av normalitet, som igjen henviser tilbake til konstruksjonen av patologi. I normativitetsdiskursen er det dermed nærliggende å forstå normalitet og patologi som er

betinget av hverandre, og at det bidireksjonale forholdet mellom normalitet og patologi gir legitimitet til begge kategoriene.

Teknokratisk ekspertdiskurs

I ICD-11 synes også patologi å bli konstruert fra et 'utenfraperspektiv'. Dette synes å bli muliggjort av det som kan betegnes som en teknokratisk ekspertdiskurs. Et kjennetegn ved den teknokratiske ekspertdiskursen er det som kan betegnes om «semantisk sirkularitet», der språket bærer preg av tautologier og utstrakt synonymordbruk som i liten grad beveger seg mot en kvalitativ betydningsforskjell. Et eksempel på dette i ICD-11 er begynnelsen av definisjonen av «forlenget sorgforstyrrelse» (eng. prolonged grief disorder): «Prolonged grief disorder is a disturbance [...]» (s. 438). Her blir «disorder» definert som en «disturbance», som i stor grad er semantisk beslektet med hverandre, og som i liten grad tilføyer nytt betydningsinnhold til definisjonen.

Den teknokratiske ekspertdiskursen bærer også preg av at «menneskelig agens» synes å være lite fremtredende på setningsnivå. Dette synes også å være et trekk ved språkliggjøringen av de diagnostiske kategoriene i ICD-11. I stedet for å betegne «det spesifikt menneskelige» på et erfarings- og fenomenologisk nivå, fremstår ordbruken som distansert. I ICD-11 kommer en slik språkføring til syne i systemet av formuleringer som definerer de psykiske lidelsene, der menneskene som nødvendige bærere av lidelsen blir mindre fremtredende. Et eksempel på en slik systematisk definisjon er den tidligere nevnte definisjonen av «forlenget sorgforstyrrelse»:

Forlenget sorgforstyrrelser er en forstyrrelse der, det etter tap av en partner, forelder, barn eller annen person nær den sørgende, utvises en vedvarende sorgrespons kjennetegnet av lengsel etter den avdøde eller vedvarende opptatthet av den avdøde [...] (WHO, 2022, s. 438, min oversettelse)

Den teknokratiske ekspertdiskursen kjennetegnes også ved hyppig bruk av «det-er»-utsagn. Med dette menes at lidelsene omtales som «objekter» i tredjepersonsform, istedenfor å språkliggjøres fra et mer dynamisk eller fenomenologisk perspektiv. Dette ser vi forekomme i definisjonen ovenfor, og er nokså betegnende for måten definisjonene språkliggjøres i manualen. Dette «fraværet av menneskelig agens» kommer også til uttrykk på en annen måte i setningsstrukturen, kjennetegnet ved hyppig bruk av «passivkonstruksjoner». Et eksempel på dette i ICD-11 er en gjentakende setning som opptrer i beskrivelsen av flere lidelser:

Symptomene fører til opplevelse av psykisk smerte og svekkelse i personlige, familiære, sosiale, utdannings- og yrkessettinger eller andre viktige områder for fungering (WHO, 2022, s. 404, min oversettelse)

I definisjonen er «symptomene fører til svekkelse» som demonstrerer bruken av grammatisk passivkonstruksjon. Dette kan sies å fjerne individet fra setningen som en aktiv deltager i både symptomuttrykk og i lidelsen, og således redusere menneskelig agens.

Som en konsekvens av fraværet av menneskelig agens i den teknokratiske ekspertdiskursen, vil det også være nærliggende å tenke seg at individets indre opplevelse av egen tilstand tillegges mindre vekt, til fordel for et mer distansert 'utenfraperspektiv'. Et slikt 'utenfraperspektiv' synes også å muliggjøre en posisjon som er preget av objektivitet og rasjonalitet. Her blir altså individet betraktet «utenfra» av en «objektiv» og «rasjonell» ekspert, som synes å ha mer kunnskap om individet enn individet selv. Slik vil det også kunne oppstå en «erkjennelsesmessig kløft» mellom den som diagnostiserer og den diagnostiserte. Et eksempel på en slik erkjennelsesmessig kløft forekommer i beskrivelsen av «obsessiv-kompulsive lidelser», der individet vurderes i henhold til kriterier om «temmelig god til god innsikt» og «lite eller fraværende innsikt». I beskrivelsen av kategorien «obsessiv-kompulsiv lidelse med temmelig god til nokså god innsikt», står det følgende:

[...] individet klarer mesteparten av tiden å være åpen for muligheten om at hans eller hennes lidelses-spesifikke antagelser muligens ikke er sanne, og er villig til å akseptere en alternativ forklaring for hans eller hennes lidelse (WHO, 2022, s. 432, min oversettelse)

I dette tekstutdraget betraktes individet fra en ekspertposisjon, som synes å inneha en større kunnskap om sannhetsgehalten i individets opplevelse. I denne fremstillingen synes individets agens å være svekket, i den forstand at det eksperten som befinner seg i en særstilling i vurderingen av graden av sannhet i individets opplevelse. Slik sett oppvurderer manualen en form for rasjonalitet som kjennetegner den teknokratiske diskursen. En slik form rasjonalitet, som eksperten kan sies å inneha, fremkommer eksempelvis i bruken av begrepet «overdreven» (eng. *excessive*) og «abnormal», som begge beror på en ytre normativ vurdering av hva som kan sies å betegnes som «rasjonelt».

Medisinsk diskurs

Flere av konstruksjonene av patologi i ICD-11 muliggjøres av en *medisinsk diskurs*. Definisjonen av denne diskurstypen lener seg på Wilces (2009) definisjon, der en medisinsk diskurs i bred forstand kan betegnes som en diskurs som omhandler «heling, kurering og uttrykk for lidelse hos mennesker» (Wilce, 2009). Konstruksjonen av patologi som «relatert til psykisk smerte» (eng. *distress*) blir muliggjort av en medisinsk diskurs, som fremstiller menneskelig lidelse som noe som kan kureres av en «medisinsk hjelper». Som tidligere nevnt under konstruksjon av patologi «relatert til psykisk smerte», blir smerten forstått som noe som vanligvis er assosiert med den diagnostiske tilstanden som beskrives.

Den medisinske diskursen – som tradisjonelt kan sies å omhandle kurering av de syke og påfølgende lindring av lidelse – har også et *biomedisinsk* innslag i ICD-11. Biomedisinske innslag i den medisinske diskursen defineres her som henvisninger til somatiske begreper,

som genetikk og nevrologiske tilstander. I ICD-11 er forekommer det flere referanser til biomedisinske begreper, blant annet i beskrivelsen av schizofreni:

Symptomene er ikke en manifestasjon av en annen helsetilstand (f.eks. hjernesvulst) og skyldes ikke effekten av stoffer eller medisiner som virker på sentralnervesystemet (f.eks. kortikosterioder), inkludert abstinenser (f.eks. alkoholabstinenser)» (WHO, 2022, s. 400, min oversettelse)

I dette tekstavsnittet benyttes altså nevrologiske tilstander (eksempelvis hjernesvulst) og effekter av medisiner som et differensialdiagnostisk verktøy. Det opprettes altså en form for skille mellom somatikk og psyke, der somatisk etiologi anvendes for å utelukke tilstanden som skal diagnostiseres.

Denne diskurstypen står i kontrast til både den teknokratiske ekspertdiskursen og den normative diskursen, både fordi begrepet i liten grad har normative konnotasjoner, men også fordi det retter seg i større grad mot en psykologisk tilstand, istedenfor mot ytre atferd.

Steg 3: Handlingsorientering. «Hva gjør de diskursive konstruksjonene med måten normalitet og patologi blir diskursivert på? Hva oppnår ICD-11 ved å konstruere normalitet og patologi på den gitte måten?»

Dette steget i analysen omhandler tekstens funksjon, og hvordan den virker på leseren. Når det spørres om hva manualen oppnår ved å konstruere de diskursive objektene på den gitte måten, ser man ikke etter en bakenforliggende intensjon, altså hvordan teksten er ment å virke, men hvordan teksten «de facto» virker på leseren som et selvstendig dokument.

Diskursivering av psykiske lidelser i ICD-11 skaper en rekke effekter. ICD-11 produserer en rekke definisjoner av psykiske lidelser, og som en «leverandør» av disse definisjonene, gir dokumentet seg selv en hegemonisk posisjon. Når normalitet og patologi blir diskursivert på måtene jeg har gjort rede for ovenfor, der normalitet ikke defineres

eksplisitt og en rekke definisjoner knyttet til patologi forblir udefinerte og med uklare demarkasjoner mellom normalitet og patologi, skapes det en opplevelse av å aldri helt ha forstått eller kommet til bunns i problemområdene manualen tar for seg. Dette bidrar til en form for ugjennomtrengelighet, som videre gjør den utfordrende å kritisere: Manualen berettiger på sett og vis seg selv, som videre leder til spørsmålet om hvordan man utfordrer en slags form for selvberettigelse.

Hva oppnår ICD-11 ved å konstruere normalitet og patologi på den gitte måten? Det er nærliggende å anta at det er nettopp den skisserte effekten som oppnås. Det vitenskapelige språket er en talemåte som begrenser både hva som kan sies og hvem som kan si det. I sin konsekvens ekskluderes en rekke mennesker fra å forstå manualen, fordi de ikke kjent med de bestemte diskursive mekanismer som styrer den.

Den diskursive konstruksjonen av patologi som «svakkelse og dysfunksjon» muliggjør en forståelse av at ulike former for svekkelser og dysfunksjon, eksempelvis i yrkes- og utdanningsrelaterte settinger og i relasjonelle situasjoner, kan tolkes som patologiske. Som tidligere nevnt i forbindelse med denne konstruksjonen, er det vanskelig – sett kun utifra tekstens formuleringer – å finne en tydelig demarkasjon mellom en «alminnelig svekkelse» og en «patologisk svekkelse». Denne konstruksjonen skaper dermed en viss form for usikkerhet med hensyn til vurderingen av ulike typer svekkelser, og gir dermed diagnostikeren ansvar for å vurdere svekkelsene i henhold til egen forståelse av begrepet.

Steg 4: Posisjonering. «Hva slags subjektposisjoner gjøres tilgjengelige i ICD-11, og hva slags muligheter og avgrensninger har disse?»

Først og fremst vil ICD-11 tilgjengeliggjøre subjektposisjonen som «pasient» og «behandler». Pasienten brukes her om individet som blir gjenstand for de aktuelle diskursene i ICD-11, eksempelvis gjennom å bli diagnostisert selv, eller på andre måter forstått gjennom et diagnostisk språk. Med «behandler» mener jeg ulike utøvere i 'psy'-fagene, det være seg

psykologer, sykepleiere, sosionomer, psykiatere og andre som er tilknyttet psykiatriske institusjoner eller arbeid knyttet til psykisk helsevern.

Det finnes også en mulig mellomposisjon mellom disse posisjonene, der eksempelvis pasienten, som i utgangspunktet befinner seg utenfor diskursene i ICD-11, kan ta del i den gjennom å tilegne seg diskursene fra manualen og anvende den som et verktøy for å forstå seg selv. Denne prosessen kan både være intensjonell og utilsiktet.

«Pasienten» som subjektposisjon

Den individualistiske diskursen muliggjør ulike subjektposisjoner. En av disse subjektposisjonene kan betegnes som *det ansvarliggjorte individet*. Denne subjektposisjonen oppstår som en konsekvens av det individsentrerte fokuset ICD-11 fremmer, der lidelsene eksempelvis blir forstått som «en dysfunksjon» i individet. I denne subjektposisjonen kan det tenkes at individet blir ansvarlig for utvisningen av symptomer som korresponderer med en eller flere diagnoser. Denne ansvarliggjøringen impliserer at individet må ta ansvar for egen helse og velvære, fremfor å forstå egen lidelse i en bredere kontekst. Dette kan innebære at individet oppmuntres til å søke hjelp hos andre, for å bedre sin egen tilstand. Denne ansvarliggjøringen impliserer også et potensial for mulig moralsk fordømmelse fra andre, dersom individet ikke tar ansvar og søker hjelp selv. Fordi det i liten grad vektlegges mulige kontekstuelle eller etiologiske forklaringer for lidelsene i ICD-11, er det nærliggende å tenke seg at også årsakene for lidelsen plasseres i individet, ikke nødvendigvis fordi dette uttrykkes eksplisitt, men fordi det mangler utbroderende beskrivelser av en individ-miljø-kontekst som individet nødvendigvis alltid befinner seg i.

I normativitetsdiskursen gis det rom for en subjektposisjon som kan betegnes som *den avvikende*. Denne kan både være refleksiv, der individet «går med på spillereglene» og tar opp subjektposisjonen som allerede er mulig innenfor diskursen, eller den kan dannes interaktivt, eksempelvis i møte med behandler eller behandlingsintensjoner.

Subjektposisjonen som den avvikende innebærer at individets atferd, tanker og følelser ikke følger normene. Her kan det tenkes at individet i mindre grad opplever sympati og medfølelse fra andre. I subjektposisjonen som den avvikende mangler man derfor en slags medisinsk berettigelse som eksisterer i subjektposisjonen enn eksempelvis som syk, og det er nærliggende å tenke at det legges større ansvar på individet i denne subjektposisjonen. Subjektposisjonen som den avvikende vil også derfor kunne oppleve større grad av moralsk fordømmelse fra omgivelsene dersom individet ikke innordner seg etter forventede normer i samfunnet. Konstruksjonene av patologi som «mangel på kontroll og moderasjon» og «manglende målrettet atferd» bidrar til å konstruere subjektposisjonen den avvikende, med eksempelvis atferd som fremstår som «bisarr og ikke-målrettet».

I den medisinske diskursen vil pasienten oppta subjektposisjonen som syk eller frisk. Det kan tenkes at subjektposisjonen som *den syke* i mindre grad blir tillagt ansvar for sin egen helsetilstand, i motsetning til subjektposisjonen *det ansvarliggjorte individet* i den individualistiske diskursen. Dersom man konstitueres som syk, vil man i mange tilfeller fratras en form for ansvar og evne til å medvirke egen tilstand. Som følge av dette kan det også tenkes at subjektposisjonen som den syke medfører svekket agens hos individet. Individets avvikende atferd i denne subjektposisjonen vil kunne tolkes som et uttrykk for nettopp sykdom, altså noe individet ikke har råderett over. Dersom man innehar en subjektposisjon som den syke, vil ens egne formening om egen lidelse, tilstand og ønsker risikere å bli tolket som et uttrykk for patologi og dermed tillagt liten vekt. Dermed kan denne subjektposisjonen virke «infantiliserende», i den forstand at individet i mindre grad har innflytelse, råderett og autonomi over seg selv. Subjektposisjonen som syk kan også virke reduktiv, ved at individet blir sett utelukkende «som sykdom», mens andre aspekter ved individet ikke anses som relevant eller som blir neglisjert. Pasientens selvforståelse kan også preges av subjektposisjonen som den syke, og det kan tenkes at individet dermed inntar en

slags «fatalistisk» holdning til egen bedring. Dette vil på sin side redusere individets handlingsrom. Subjektposisjonen som «den syke» har imidlertid en form for medisinsk legitimitet, i den forstand at individets atferd er uttrykk for noe individet «er rammet av», og i mange tilfeller ikke er skyld i selv. Dette kan som tidligere nevnt lede til en svekket agens, råderett og autonomi hos individet, samtidig som det vil kunne vekke sympati og medfølelse hos andre. Som den syke vil individet derfor kunne betraktes med et formildende blikk, og således redusere en form for moralsk fordømmelse fra andre.

I den teknokratiske ekspertdiskursen dannes det en subjektposisjon som kan betegnes som *den uvitende*. I denne posisjonen er pasienten en som ikke har tilstrekkelig kunnskap om seg selv og egen lidelse, og som samtidig blir et «objekt» for kunnskapen til «eksperten». Dette vil kunne resultere i at individet mister en form for autonomi, råderett og makt over seg selv. Dersom det forholder seg slik at det eksisterer en allmenn oppfatning om at andre mennesker har bedre kunnskap og innsikt enn seg selv, om seg selv, vil dette kunne redusere individets trygghet til å gjøre selvstendige vurderinger om egen helse.

«Behandler» som subjektposisjon

ICD-11 kan betegnes som et «ekspertdokument» som i hovedsak henvender seg til ulike 'psy'-utøvere. Behandleren vil etter all sannsynlighet være en som anvender manualen som et verktøy for diagnostikk i en klinisk hverdag. Behandler som subjektposisjon innebærer, i likhet med subjektposisjonen som pasient, potensielle nyanser og motsetninger. For det første posisjoneres behandleren gjennom ICD-11 som en «ekspert», altså en fagkyndig som forvalter kunnskap og erfaring og anvender dette på et praktisk felt. Behandleren blir her en som forvalter et ansvar over andre menneskers helse og eventuelle fremtidige bedring. Behandleren må, på bakgrunn av sin profesjonelle ekspertise, gjøre stadige vurderinger der diagnostikk anvendes som et verktøy for å forstå en kompleks klinisk hverdag.

I den individualistiske diskursen kan behandleren – som et slags speilbilde av pasientens tidligere nevnte subjektposisjon som *den ansvarliggjorte* - posisjoneres som *en som ansvarliggjør pasienten*. Behandlerens blikk kan i så måte rettes i større grad mot det individet utviser av de nevnte konstruksjonene av patologi som svekkelser og mangler, dysfunksjoner, forstyrrelser og manglende evne til å ha kontroll over seg selv og sette seg fornuftige mål. Når individet blir betraktet som en «isolert enhet», kan dette medføre at «byrden av symptomtrykket» plasseres i individet, og videre at behandleren oppmuntrer til at det er individet som må endre seg selv.

I normativitetsdiskursen kan behandleren plasseres i en det som kan betegnes som en *disiplinærposisjon*. Denne subjektposisjonen kan defineres som en posisjon der behandleren fungerer som en korrigerende og normbekreftende instans, som befester gjeldende normer som synes å være fremtredende i normativitetsdiskursen. De ulike konstruksjonene av patologi som «forstyrrelse og dysfunksjon», «svækkelse og mangel», «mangel på kontroll og moderasjon», «diskontinuitet» og «manglende målrettet atferd» synes som nevnt å tilhøre normativitetsdiskursen. Behandleren synes i denne diskursen å ha en slags overvåkende funksjon i bedømmelsen av hvorvidt pasienten oppfyller normene om eksempelvis funksjon, kontroll, moderasjon og evne til å sette seg mål. Avvikene fra denne normen kan fra behandlerens ståsted betraktes som patologi hos pasienten.

I den medisinske diskursen kan behandleren oppta en subjektposisjon som den *fagkyndige hjelperen*. Denne posisjonen kan opptas av leger, sykepleiere og psykiatere. Den fagkyndige hjelperen er i en posisjon preget av et ønske om å hjelpe pasienten med å redusere lidelse, samt å kurere eventuell patologi. Denne posisjonen er nært beslektet med «eksperten», men kan sies å ha en noe annen orientering, i den grad den retter seg mot individets lidelse og symptomtrykk. Den medisinske hjelperen som kurerer sykdom og reduserer menneskelig lidelse, kan ligne på andre hjelpere, som psykologer, prester og andre religiøse sjelesørgere

eller psykiatriske sykepleiere.

I den teknokratiske ekspertdiskursen oppstår subjektposisjonen *eksperten*, angivelig innehar mer kunnskap om pasienten enn pasienten selv. Denne kunnskapen kan sies å være tillagt større vekt enn pasientens, og er tilknyttet en innflytelse og makt som pasienten i mindre grad besitter. Dermed danner forholdet mellom *eksperten* og *den uvitende pasienten* en relasjon der en form for maktubalanse viser seg tydeligst, og hvor også diskursens regulerende mekanismer blir fremtredende: Eksperten er den som sitter på makten og kunnskapen, mens den uvitende blir et «objekt» for både kunnskapen og maktutøvelsen som medfølger. I den teknokratiske ekspertdiskursen kan behandleren også befinne seg i en subjektposisjon som *en som distanserer seg fra pasienten*. Dette skyldes blant annet språkføringen i det teknokratiske språket, som i liten grad rommer pasientens agens og som derfor kan sies å virke dehumaniserende.

Steg 5: Praksis. «Hva slags mulige praktiske implikasjoner kan diskursene i ICD-11 sies å bidra til? Hvilke handlingsmuligheter åpner diskursen opp for, og hvilke handlingsmuligheter gjøres mindre tilgjengelige som følge av diskursen?»

I den individualistiske diskursen betraktes individet som ansvarlig for egen helse. Ansvarliggjøringen av individet kan sannsynliggjøre at en pasient søker hjelp i psykisk helsevern. På den andre siden kan en individualistisk diskurs medføre stigma, i og med at individet i ytterste konsekvens er ansvarlig for egen psykiske tilstand. Det kan derfor tenkes at stigma medfører en opplevelse av skam, som videre motvirker sannsynligheten for hjelpesøkende handlinger, og istedenfor medfører passivitet og hjelpeløshet.

Subjektposisjonen den ansvarliggjorte pasienten betrakter seg selv i mindre grad som tilhørende et større kollektiv, som påvirkes av strukturelle og politiske forhold. En manglende oppmerksomhet til hvordan omgivelsene påvirker psykiske lidelser, vil kunne føre til at pasienten fokuserer mest på seg selv for å oppnå bedring. Eksempler på dette kan være klinisk

behandling, men også ulike selvhjelpsteknikker, som søker å fremme individets tilpasning til ulike belastninger i miljøet. Å betrakte disse belastningene som potensielt bidragsytende til individets psykiske helse, vil derfor kunne være mindre sannsynlig som følge av den individualistiske diskursen.

På et institusjonelt nivå kan den individualistiske diskursen føre til at omstendigheter rundt individets funksjon og helse ikke blir betraktet med et oppmerksomt og kritisk blikk. Som et resultat av dette kan eksempelvis psykiatriske institusjoner utvikle en praksis som både skapes av en individualistisk diskurs, og samtidig legitimerer den gjennom praksis. Et eksempel på dette er å utelukkende fokusere på individets «dysfunksjon» og å behandle denne, som videre kan forsterke forestillingen om individets «dysfunksjon». Den individualistiske diskursen kan også ha politiske implikasjoner, all den tid en individualistisk diskurs rundt diagnostikk og psykiske lidelser sirkulerer i samfunnet og informerer politikere og beslutningstakere.

I normativitetsdiskursen åpnes det for handlinger som retter seg mot korrigerende avvik. Dette trenger ikke å være åpenlyse former for maktutøvelse, men snarere en form for «implisitt praksis» som regulerer individene i diskursen. Det kan derfor tenkes at en normativitetsdiskurs åpner for handlinger som innebærer å måle individer opp mot gitte normer, og korrigere avvikene fra normen gjennom eksempelvis sosial sanksjonering. På et institusjonelt nivå kan avvikene implisere behandling av individet, både frivillig og i enkelte tilfeller gjennom tvang.

I den teknokratiske ekspertdiskursen åpnes det for at eksperten bestemmer hva som gagnar den uvitende. Det er eksperten som forvalter fagkunnskapene, og anvender disse på pasienten. Når eksperten anlegger et «utenfraperspektiv» på individet, eksempelvis ved å bedømme individets innsikt i egen tilstand (jfr. tidligere beskrivelser av rangering av innsikt ved obsessiv kompulsiv-lidelse), signaliseres det at ekspertens syn på individet er tillagt mer

vekt enn pasienten. Dersom pasienten eksempelvis protesterer på ekspertens blikk på pasienten, trenger ikke dette nødvendigvis å bli lyttet til, all den tid ekspertens kunnskap er preget av faglig tyngde. Det kan derfor antas at det i den teknokratiske ekspertdiskursen åpnes for ulike former for maktutøvelse knyttet til ekspertens privilegerte kunnskap. Gjennom en teknokratisk ekspertdiskurs kan det antas at pasientens egne behov, forståelse av egen tilstand og følelser blir nedvurdert i tilfeller der ekspertens og pasientens formeninger ikke sammenfaller. Eksperten vil i så måte definere en «objektiv virkelighet» som pasienten bør innrette seg etter.

Steg 6: Subjektivitet. «Hva slags mulige psykologiske tilstander kan diskursene i ICD-11 vurderes å bidra til?»

Subjektivitet hos «pasienten»

Som følge av en individualistisk diskurs, kan det tenkes at individet i subjektposisjonen som den ansvarliggjorte pasienten, kjenner på følelser og opplevelser som er knyttet til utilstrekkelighet, skyld og skam. Den individualistiske diskursen legger vekt på individets ansvar i forvaltningen av egen lykke og helse, og det blir dermed i ytterste konsekvens også individets ansvar om dette ikke oppnås. Det er derfor nærliggende at individet – som følge av en slik ansvarliggjøring – vil kunne kjenne på en følelse av utilstrekkelighet. Dersom individet blir forstått av andre og forstår seg selv som eksempelvis preget av «dysfunksjon» på en rekke livsområder, vil dette ha mulige implikasjoner for hvordan individet betrakter seg selv. Det er nærliggende å tenke seg at skam kan utgjøre en følelsesmessig tilstand på bakgrunn av denne selvforståelsen. Følelsen av at «det er noe galt» med en selv (jfr. begrepet «dysfunksjon») kan også knyttes opp mot opplevelse av skam. Likeledes er det med subjektposisjonen som den avvikende i normativitetsdiskursen, der det er nærliggende å forestille seg at pasienten kjenner på opplevelse av skam dersom disse avvikene blir forsøkt korrigert, eksempelvis av en behandler. I den teknokratiske

ekspertdiskursen vil subjektiviteten hos pasienten som den uvitende bære preg av opplevelse av usikkerhet og manglende kontroll. Dersom pasienten opplever å ha liten grad av innsikt i egen tilstand, eller der pasientens egne formeninger blir korrigert av eksperten, kan det tenkes at pasienten vil kunne kjenne på håpløshet og mangel på kontroll.

Subjektivitet hos «behandleren»

I den individualistiske diskursen kan det tenkes at posisjonen som en som ansvarliggjør pasienten, kan kjenne på opplevelser av følelsesmessig distanse til pasienten. Det er også nærliggende å se for seg at behandleren vil kunne kjenne på irritasjon dersom pasienten ikke synes å være i stand til dette. Dersom behandleren derimot opplever at pasienten er i stand til å ansvarliggjøre seg selv, vil dette kunne skape en dynamikk mellom pasient og behandler der «den gode pasient» er den som tar til seg ekspertens råd, og implementerer disse på egenhånd. I normativitetsdiskursen vil behandleren kunne innta en disiplinær subjektposisjon, som kan føre til moralsk fordømmelse dersom pasienten ikke innordner seg etter normene. I den teknokratiske ekspertdiskursen vil behandleren som *ekspert* kunne oppleve å ha mer kunnskap om pasienten enn pasienten selv. Den nevnte distanseskapende språkføringen som i den teknokratiske ekspertdiskursen, vil kunne medføre at eksperten distanserer seg fra pasienten og således i mindre grad kjenne på en opplevelse av samhörighet og tilknytning til pasienten. I den medisinske diskursen, der det i større grad rettes fokus på pasientens psykiske smerte, vil behandleren kunne kjenne på et meningsfullt ønske om å hjelpe. Dette kan videre omsettes til emosjonelle tilstander som håp, engasjement og medfølelse for pasienten.

Diskusjon

Denne analysen har hatt som hensikt å besvare hvordan normalitet og patologi konstrueres i ICD-11. Det synes som om patologi konstrueres på følgende måter: 1) Som forstyrrelse og dysfunksjon i individet, 2) Som svekkelse og mangel i individet, 3) Som

mangel på kontroll og moderasjon hos individet, 4) Som diskontinuitet i opplevelsen av eget selv og identitet, 5) Som relatert til psykisk smerte, 6) Som manglende målrettet atferd og 7) Som et fenomen betraktet fra et «utenfraperspektiv». Normalitet synes å bli konstruert «via negativa», der det konstrueres en implisitt forståelse av begrepet gjennom de ulike patologikonstruksjonene. Normalitet konstrueres derfor i ICD-11 som mangel på forstyrrelser og dysfunksjoner i individet, som kontroll og moderasjon, som kontinuitet i egen selvopplevelse, samt evnen til å sette seg mål og utvise målrettet atferd.

I analysen av ICD-11 ble det identifisert fire diskurser: 1) Individualistisk diskurs, 2) Normativitetsdiskurs, 3) Teknokratisk ekspertdiskurs og 4) Medisinsk diskurs. De fleste diskursive konstruksjonene som ble identifisert synes å falle under normativitetsdiskursen, og denne diskursen synes derfor å ha en overordnet rolle i ICD-11.

I det følgende vil oppgaven ta for seg drøfting av resultater, der funnene settes i en større begrepsmessig sammenheng og relateres til andre relevante studier. Oppgaven vil også diskutere implikasjonene av funnene, evaluering av analysen og validitetskriterier som har blitt lagt til grunn for utarbeidelsen av analysen.

Drøfting av resultater

Konstruksjon av normalitet «via negativa»

I denne analysen har termen «via negativa» blitt anvendt for å belyse konstruksjonen av normalitet i ICD-11. Med dette menes at vi i ICD-11 får kunnskap om normalitet gjennom patologien, som kan sies å være er dets «negative motsetning». Denne konstruksjonen viser at normalitet konstrueres implisitt gjennom konstruksjonene av patologi. Konstruksjonen av normalitet «via negativa» synes derfor å bekrefte tidligere nevnte Allen Frances (2013) og Per Solvangs (2006, s. 182) påpekning av hvordan normalitet og patologi inngår i en tautologisk konstruksjon, der begrepene viser til hverandre uten å ha en selvstendig semantisk betydning.

Resultatene fra studien viser til flere underliggende konstruksjoner av normalitet, som synes å være relatert til mangel på forstyrrelser og dysfunksjoner i individet, som kontroll og moderasjon, som kontinuitet i egen selvopplevelse, samt evnen til å sette seg mål og utvise målrettet atferd. Implikasjonene av en slik implisitt forståelse av normalitet, er at begrepet oppleves som utflytende og lite konkret. Normaliteten synes også å tjene som et implisitt konstrukt som understøtter forståelsen av patologi, men dette kan også fremstå som problematisk, all den tid konstruksjonene av patologi også henviser tilbake til normaliteten. Når forståelsen av normalitet er uuttalt, og samtidig inngår som en «via negativa»-konstruksjon av patologi, synes det også som at definisjonene av disse begrepene overlates til klinikeren, som i sin tur møter disse begrepene med egen forståelse og fortolkningsapparat. Implikasjonene av dette kan være vidt forskjellige fortolkninger av henholdsvis normalitet og patologi, som videre potensielt kan resultere i en lite reliabel diagnostisk praksis.

Normativitet i ICD-11

I sjette kapittel av ICD-11 synes det å forekomme det som kan betegnes som en normativitetsdiskurs. De fleste konstruksjonene av patologi synes å falle innunder normativitetsdiskursen, og således synes denne diskursen å ha en overordnet betydning i manualen. Den kan også tenkes at denne diskurstypen griper inn i andre diskurser i manualen, eksempelvis gjennom den teknokratiske ekspertdiskursen, der subjektposisjonen eksperten også kan tenkes å legge normative vurderinger til grunn for vurderingen av pasienten. En sentral implikasjon av normativitetsdiskursen, er at den kan sies å fremme en normativ forståelse av normalitet og patologi. Disse normene synes videre å hvile på implisitte normer relatert til funksjon, kontroll, moderasjon, kontinuitet i identitet og selvopplevelse, samt evnen til å sette seg mål. Normene i ICD-11 synes også å reflektere Canguilhems konseptualisering av 'sosiale normer', som er relatert til normer av sosiopolitisk art, som normer for medgjørighet, produktivitet, punktlighet og sivilisert atferd (Rose, 2009). Dette impliserer at

det mest avgjørende for hvorvidt atferd forstås som patologisk, er hvorvidt atferden avviker fra de sosiale normene i befolkningen. Dette kan også sies å bli understøttet av konstruksjonen av patologi «som relatert til psykisk smerte», der den psykologiske opplevelsen av smerte i hovedsak er assosiert med lidelsene og ikke utgjør en nødvendig betingelse i definisjonen av psykiske lidelser.

Funnene i denne analysen synes å være i overensstemmelse med Crowes (2000) diskursanalyse av DSM-IV (utgitt av APA i 1994). Også Crowe (2000) peker på hvordan normalitet konstrueres implisitt i DSM-IV, som relateres til de normative idealene om moderasjon, rasjonalitet, produktivitet og opplevelse av eget selv som en «enhet» (eng. unitariness). Den normative forventningen om at et individ skal utvise moderasjon, kommer ifølge Crowe (2000) til uttrykk i manualens patologisering av eksempelvis taletempo, aktivitetsnivå og atferd i relasjonelle situasjoner. Konstruksjonen av patologi «mangel på kontroll og moderasjon» i ICD-11 synes å understøtte Crowes analyse av DSM-IV, der patologi forstås som ulike egenskaper et individ utviser for mye eller for lite av. I likhet med funnene i denne analysen, peker Crowe (2000) på at ord som «overdreven» (eng. excessive) - som indikerer at det eksisterer for mye av en gitt egenskap - er relatert til forventningen om moderasjon.

Det normative idealet om rasjonalitet synes også finne sted i ICD-11. Et eksempel på dette er vurderingen av «obsessiv-kompulsive lidelser», der individets innsikt vurderes i henhold til kriterier om «temmelig god til god innsikt og «lite eller fraværende innsikt» (WHO, 2022, s. 432, min oversettelse). Her kan det synes som det nettopp er individets rasjonalitet eller mangel på sådan, som blir gjenstand for bedømmelse og vurdering. Denne rasjonaliteten vurderes videre fra et «utenfraperspektiv» gjennom ekspertens blikk, som kan resultere i at formeninger hos *den uvitende pasienten* blir tillagt mindre vekt.

Crowe (2000) hevder også å finne en underliggende normativ forventning om produktivitet i DSM-IV, som videre kan knyttes opp mot et nyliberalt og økonomisk-rasjonelt etos. Forventningene om at individet skal fungere produktivt i samfunnet, kommer ifølge Crowe (2000) til uttrykk i beskrivelser av søvnmønstre, appetitt, beslutningstaking, energinivåer og målorientert atferd, som burde opprettholdes konsistent for å sikre produktivitet. En av de diskursive konstruksjonene av patologi identifisert i ICD-11 er «patologi som manglende målrettet atferd», der eksempelvis individets bevegelser beskrives som «tilsynelatende formålsløse» (s. 398) eller der individet utviser «[...] manglende motivasjon til å forfølge meningsfulle mål [...]» (s. 407, min oversettelse). Det kan dermed spørres om ikke den konstruksjonen av patologi «som manglende målrettet atferd» kan relateres til en normativ forventning om produktivitet som Crowe (2000) finner i sin diskursanalyse av DSM-IV. Samtidig kan det synes som individualistiske forklaringsmodeller forsterker denne forventningen, der individet skal utvise funksjon (og dertil hørende produktivitet) uavhengig av livssituasjon og eventuelle endringer i livsbetingelser. På denne måten synes de normative idealene som ligger til grunn i ICD-11 å bli vurdert på et individuelt nivå, uten at eventuelle kulturelle og sosiale kontekster blir belyst.

Ifølge Moe og Cuzzani (2022) kan ikke psykiatrisk klassifikasjoner unnsnippe normativitet fordi de er basert på verdiladede utsagn og en logisk-positivistisk epistemologisk posisjon. Innenfor et slikt epistemologisk rammeverk, vil psykopatologi og normalitet reflektere gradforskjeller av en underliggende homolog tilstand, der normalitet representerer det statistiske gjennomsnittet og patologi representerer avviket fra denne (Moe & Cuzzani, 2022). Moe og Cuzzani (2022) hevder videre at denne kvantitative måten å forstå normalitet og patologi er problematisk, da det medfører et for snevert syn på psykiske lidelser, samtidig som det overser at normalitet og patologi kan anses som heterogene størrelser. En slik

forståelse korresponderer med Canguilhems syn på normalitet og patologi, der patologi kan forstås som 'modifikasjoner' av normalitet (Moe & Cuzzani, 2022).

At normalitet og patologi presenteres som statistiske variasjoner over en homolog tilstand, støttes til dels av funnene i analysen i denne oppgaven. Konstruksjonen patologi anses som eksempelvis forstyrrelse, dysfunksjon og svekkelse synes å reflektere en kvantitativ forståelse av normalitet og patologi. Konstruksjonen av patologi som «mangel» kan imidlertid antyde at det eksisterer en kvalitativ forskjell mellom normalitet og patologi, med mindre en «mangel» kan indikere et fullkomment statistisk avvik. Det kan derfor tenkes at ICD-11 i hovedsak baserer seg på en statistisk forståelse av normalitet og patologi (jfr. «patologi som forstyrrelse, dysfunksjon og svekkelse»), og samtidig, men i mindre utstrakt grad, baserer seg på en form for 'prototypisk' normalitet, der normalitet representerer en heterogen tilstand (jfr. patologi som «mangel»).

I tråd med at normativitetsdiskursen utgjør en fremtredende diskurs i ICD-11, kan det videre argumenteres for at ICD-11 kan ha en normaliserende funksjon. Som nevnt innledningsvis, har normaliseringen ifølge Foucault som hensikt å få individer til å opptre i henhold til visse normer ved å korrigere og redusere avvik (Foucault, 1999a, s. 166). Normaliseringen klassifiserer, måler, differensierer, sammenligner, samtidig som den *produserer* normer, og følgelig også avvik (Foucault, 1999a, s. 165; McWhorther, 2014). Det fremkommer nokså tydelig at ICD-11 måler, differensierer og hierarkiserer i henhold til visse normer, men kan dokumentet også sies å bidra til å produsere disse normene? På en side kan ICD-11 sies å produsere normene ved å gjøre de synlige og målbare, og videre befestet og legitimere normene gjennom diagnostisk praksis. Det er også nærliggende å tenke seg at normene som kommer til uttrykk i et autoritativt dokument som ICD-11, har stor påvirkningskraft med hensyn til hva som kan defineres som henholdsvis normalitet og

patologi. Snarere enn å hevde at ICD-11 produserer normer, vil det lettere kunne hevdes at normene befestes, synliggjøres og anvendes som redskap for å redusere og korrigere avvik.

Foucault påpeker også hvordan normaliseringen homogeniserer ved å sette opp hierarkiske systemer, samtidig som normaliseringen *individualiserer* (Foucault, 1999a, s. 166). Individualiseringen oppstår som følge av at avvikene kan måles, som videre medfører at forskjellene og nyansene blir synlige (Foucault, 1999a, s. 166). ICD-11 representerer et klassifikatorisk system som kan sies å både homogenisere og individualisere. På den ene siden vil normativitetsdiskursen medføre et implisitt ønske om å nærme seg «normen» og «det normale», samtidig som individualiseringen oppstår i det «avvikene» peker seg ut, og kan observeres og måles. «Normen» kan dermed sies å utgjøre en homogenisert masse, mens det er i det patologiske tilstandsbildet at det diagnostiske mangfoldet gjør seg virksomt – det er med andre ord her *individet* trer frem og gjøres relevant.

Individualistisk diskurs og individualisering

De ulike konstruksjonene av patologi i ICD-11, altså som svekkelser og mangler, dysfunksjoner og forstyrrelser som manifesteres på symptomnivå "i individet", samt manglende evne til å ha kontroll over seg selv og sette seg fornuftige mål, synes å reflektere en individualistisk diskurs. Videre synes subjektposisjonene som identifiseres i diskursen – *den ansvarliggjorte pasienten og den som ansvarliggjør pasienten* – å plassere symptombyrden «i individet» som utviser patologi.

Den individualistiske diskursen i ICD-11 virker å være symptomatisk for det som kan betegnes som *individualisering*. Ifølge Beck (1986/200, referert i Madsen, 2010) omfatter individualiseringen en sosiohistorisk prosess som har resultert i et ideal om mennesket som et «aktivt velgende individ som selv er skaperen av sitt liv og sin identitet» (s. 25).

Individualiseringen oppstod som følge av store strukturelle endringer – som urbanisering, sosial mobilitet, kvinnefrigjøring, masseproduksjon og fremkomsten av en forbrukerøkonomi

– som videre antas å ha blitt ideologisk forsterket av nyliberalismens¹ og senkapitalismens inntog i moderne vestlige samfunn (Madsen, 2010, s. 26).

En økende grad av individualisering, vil videre påvirke menneskets selvforståelse ved at individet i blir anvendt som årsaksforklaring på egne styrker og utilstrekkeligheter (Madsen, 2010, s. 27). At individet blir anvendt som «årsaksforklaring», synes å være relevant for subjektposisjonen den ansvarliggjorte pasienten i ICD-11. At patologi eksempelvis skyldes en «dysfunksjon» i individet, snarere enn å være et resultat av politiske, strukturelle eller andre kontekstuelle forhold, risikerer derfor å bli den foretrukne forklaringsmodellen for psykiske lidelser. Som konsekvens av individualismen, kan man dermed risikere en «fragmentering av potensielle kollektive erfaringer (Madsen, 2010, s. 27). Den britiske filosofen Mark Fisher uttrykket seg i lignende ordelag når han hevdet at å «privatisere problemene og behandle dem som om de utelukkende skapes av kjemiske ubalanser i individers nevrologi og/eller deres familiebakgrunn, utelukkes spørsmålet om systematiske sosiale årsaker» (Fisher, 2023, s. 58).

Subjektposisjonen *det ansvarliggjorte individet* kan forstås i lys av Foucaults begrep om 'styringsmentalitet'² (eng. governmentality, fr. gouvernementalité). Med 'styringsmentalitet' refererer Foucault til en maktform som tar opp i seg elementer fra både maktformen dominans – der den undertrykte er underlagt regelrett tvang - og strategi, som er en maktform preget av kontinuerlig forhandling og reforhandling mellom parter som kan ha

¹ Med begrepet 'nyliberalisme' vises det til en samlebetegnelse på økonomiske og politiske teorier, som fremmer ideen om at samfunnet bør styres etter markedsøkonomiske prinsipper. Dette innebærer ofte økt privatisering og færre offentlige inngrep i økonomien i form av skatter og avgifter. Begrepet er imidlertid vanskelig å definere nøyaktig, og anvendes som regel av kritikere av det som kan betegnes som nyliberal politikk (Thorsen, 2024).

² Jeg har valgt å oversette Foucaults franske nyskaping *gouvernementalité* (eng. governmentality) med 'styingsmentalitet'. Neumann foreslår begrepet 'regjering' (Neumann, 2002), men jeg velger å utelate bruk av denne oversettelsen, da den i dagligspråket bærer med seg andre konnotasjoner. Jeg velger imidlertid å bruke termen 'regjere seg selv' om prosessen der individet styrer seg selv gjennom å adoptere samfunnets normer.

makt (Neumann, 2002, s. 14). Styringsmentalitet handler ikke utelukkende om den overordnede statlige styringen av befolkningen, men også hvordan individet gjennom en refleksiv prosess begynner å 'regjere seg selv'. Individet som 'selvregjerende' subjekt vil derfor overvåke og kontrollere egen tilstand, og tilpasse denne i henhold til det øvrige samfunnet. Denne prosessen inngår i det Foucault betegnet som 'selvets teknologier', der individet omskaper seg selv etter anbefalinger eller moralske koder i samfunnet (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2017).

En subjektposisjon kan inntas refleksivt, ved at individet snarere enn å bli posisjonert i diskursen, posisjonerer seg selv i den (Davies & Harré, 1990). En mulig refleksiv subjektposisjon som kan inntas i diskursene i ICD-11, kan tenkes å oppstå idet individet anvender et diagnostisk språk for å forstå seg selv. I dagens tidligere nevnte 'diagnosekultur' kan denne tendensen sies å være merkbar. Madsen (2024) påpeker eksempelvis hvordan flere unge med ADHD, autismespekterforstyrrelser og Tourettes syndrom, selv anvender diagnostisk terminologi gjennom en form for myndiggjøring (eng. empowerment), som synes å bidra til økt opplevelse av makt og definisjonsmakt over eget liv (Madsen, 2024). Som Ninnis (2016, min oversettelse) påpeker, er individet som blir gjenstand for diagnostikk ikke «enkle objekter, men komplekse subjekter som er i stand til å interagere med denne merkingen og som formes av dem» (s. 117). I forlengelsen av denne samfunnstendensen, kan man så spørre seg om ikke dagens tendens til å 'ta tilbake diagnosen' også representerer en form for 'selvregjering' slik den beskrives hos Foucault?

Den teknokratiske ekspertdiskursen

ICD-11 kan sies å være et biopolitisk dokument, i den forstand at den har som hensikt å overvåke dødelighet, dødsfall, epidemier og sykdommer, samt registrere medisinsk informasjon til helsevesenet (WHO, 2011). Som tidligere nevnt, svarte biopolitikken ifølge

Foucault på befolkningen som et økonomisk og politisk problem, og som ble gjenstand for overvåkning gjennom registrering av fødselstall, sykkelighet, fruktbarhet og lignende variabler. Ifølge Dreyfus og Rabinow (1982, s. 194) er biopolitikkens eksistensberettigelse basert på dets påstander om å ha «isolert» avvikene og anomaliene, med dertil hørende lovnader om å normalisere disse. Videre hevder forfatterne at normaliseringen opererer gjennom å skape abnormaliteter og behandle disse vitenskapelige gjennom biopolitiske teknikker, slik at de blant annet kan overvåkes og administreres. Dette er ifølge forfatterne en høyst «politisk teknologi» i sin virkemåte, som avanserer ved å gjøre de politiske problemene vitenskapelige gjennom bruk av «vitenskapens nøytrale språk» (Dreyfus & Rabinow, 1982, s. 195). Når dette er tilfelle, blir det som i utgangspunktet et politisk problem, er teknisk problem som overlates til ekspertene (Dreyfus & Rabinow, 1982, s. 195). Når biopolitikkens løsninger på disse problemene ikke gir ønskede resultater, hevder Dreyfus og Rabinow (1982, s. 195) videre at dette ble tatt til inntekt for at intervensjonene og ekspertkunnskapen måtte økes og forbedres. Gjennom dette blir derfor biopolitikken et selvforsterkende system som utelukker andre løsninger.

Det vitenskapelige og nøytrale språket som Dreyfus og Rabinow (1982) peker på i biopolitikkens vitenskapeliggjøring av politiske problemer, synes å være et fremtredende aspekt ved den teknokratiske ekspertdiskursen i ICD-11. Ifølge McKenna og Graham (2000) kjennetegnes en teknokratisk diskurs (fra gr. 'techne': ferdighet og 'kratos': makt) av en tilsynelatende objektivitet og rasjonalitet, fordi den «låner» et vitenskapelig vokabular, som resulterer i et pseudovitenskapelig språkuttrykk. Den teknokratiske diskursen kan identifiseres ved måten den presenterer seg selv på, ved at den, til tross for å ofte ha en hegemonisk funksjon, fremstiller seg selv som en nøytral leverandør av vitenskapelige sannheter ved å innta et tilsynelatende interesseløst, verdinøytralt og objektivt standpunkt. Den teknokratiske diskursen presenterer epistemiske antagelser på en implisitt måte som vitenskapelige - og

dermed som mer eller mindre ubestridelige – sannheter (McKenna & Graham, 2000).

McKenna og Graham (2000) peker også på at «fraværet av menneskelig agens» kjennetegner den teknokratiske diskursen på et grammatisk nivå. Dette resulterer i en dehumaniserende språkføring, der den «spesifikt menneskelige verdenen» blir utelatt. McKenna og Graham (2000) påpeker at denne type “dehumaniserende språk” ofte kjennetegnes av «there-are»- og «it-is»-utsagn, til tross for at gjenstandsfeltet er knyttet til mennesker.

En slik språkføring kan sies å forme subjektposisjonene som *eksperten* og *den uvitende* i den teknokratiske ekspertdiskursen. Den teknokratiske ekspertdiskursen kjennetegnes ved at den konstruerer patologi fra et ‘utenfraperspektiv’, og forutsetningen for denne kunnskapens legitimitet er nettopp at en utenforstående synes å besitte mer kunnskap om pasienten enn pasienten selv. Det synes derfor som om den teknokratiske ekspertdiskursen og dens tilhørende subjektposisjoner kan muliggjøre det som kan betegnes som epistemisk urettferdighet (eng. epistemic injustice). Ifølge Fricker (2007, referert i Heggen & Berg, 2021) omfatter «epistemisk urettferdighet» en marginalisering i av pasienten i en pasient-kliniker-relasjon, som forklarer at enkelte pasienter opplever at egne erfaringer og opplevelser rundt egen sykdom blir avvist eller tillagt lite verdi. I kraft av å være underlagt en profesjon som synes å vite mer om dem enn de selv – kan risikere pasienten i denne subjektposisjonen risikere å oppleve det som kan betegnes som «epistemisk urettferdighet» (eng. epistemic injustice) (Heggen & Berg, 2021).

Det kan også tenkes at det forekommer en form for subjektivering av individer gjennom de ulike diskursene i ICD-11. I den teknokratiske ekspertdiskursen konstrueres patologi fra et ‘utenfraperspektiv’. Blikket som her anlegges på pasienten eller den diagnostiserte, synes å tydeliggjøre «oppdelingen» i Foucaults subjektiveringsbegrep. Her får den diagnostiserte en tydelig status som «gjenstand» for ekspertkunnskapen, som muliggjør den oppsplittede selvforståelsen som kjennetegner subjektiveringen.

Et aspekt ved subjektiveringingen som følge av å bli «gjenstand» overfor seg selv, kan ifølge Ninnis (2016) betegnes som ‘subjektivitetsproblemet’ (eng. subjectivity problem). Dette problemet belyser hvordan psykologien og psykiatrien er fundert på en type kunnskap der et individ både er objekt for en diskurs, og samtidig inngår som et subjekt i den samme diskursen (Ninnis, 2016). Med andre ord er kunnskap og praksis tett sammenvevd i psykiatrien og psykologien, fordi kunnskapsgrunnlaget stammer fra individene som objekter, samtidig som dette anvendes på subjektene i diskursen, som deltar i diskursen. Ifølge (Ninnis, 2016) er kontroversene relatert til endringer i diagnosemanualene for dette epistemologiske problemet, fordi det tydeliggjør hvor opptatt individene (subjektene) er opptatt av diagnostikkens språk som et verktøy for selvforståelse. Med andre ord kan man si at diagnostikken *skaper* subjektene den studerer.

Som Ninnis påpeker (2016), er kunnskap og praksis nærmest umulig å skille fra hverandre i psykiatrien. Det er også her ulike maktutøvelser viser seg i all tydelighet «på det institusjonelle mikroplan», kjennetegnet av dagligdagse og rutinemessige praksiser (Heede, s. 63). Den teknokratiske ekspertdiskursen fremviser også dermed Foucaults betraktninger rundt det sammenfiltrete forholdet mellom makt og kunnskap (eng. power/knowledge). Forholdet mellom makt og kunnskap var ifølge Foucault kjennetegnet av at økt og mer detaljert kunnskap ga opphav til økt kontroll av hva mennesker gjør, som igjen skapte grunnlag for flere intervensjoner (Rouse, 2006, s. 99). Dette samsvarer med biopolitikkens formål, som omhandler overvåkning av ulike variabler i befolkningen, men viser også til de ubalansen mellom subjektposisjonene i den teknokratiske ekspertdiskursen. Her er det eksperten som innehar «kunnskapen», som videre omsettes til makt over *den uvitende pasienten*. Jo mer kunnskap «eksperten» har om pasienten, jo mer vil ulike former for intervensjoner legitimeres.

Analysens implikasjoner

Denne analysen belyser at konstruksjonene av patologi i ICD-11 viser til en implisitt konstruksjon av normalitet som ikke utdypes i manualen. Det belyses også hvordan normalitet og patologi i ICD-11 er sammenfiltrede størrelser, og at forståelsen av disse begrepene betinges av hverandre. Resultatene belyser også at det eksisterer uklare demarkasjoner mellom normalitet og patologi. De uklare demarkasjonene som eksempelvis ligger i patologikonstruksjonene som «forstyrrelse og dysfunksjon» og «svækkelse og mangel», hviler videre på en antagelse om at en erfaren kliniker vil kunne gjøre presise og reliable skillelinjer mellom normalitet og patologi. Dette impliserer at det i klinisk praksis blir klinikerens oppgave å skille mellom normalitet og patologi, som videre kan medføre en lite reliabel diagnostisk praksis.

Den muligens mest sentrale implikasjon fra funnene i analysen, er at det er avvikene fra en gitt norm som synes å være mest relevante for konstruksjonene av patologi, mens opplevelsen av «psykisk smerte» (eng. distress) kan forstås som sekundært til disse avvikene. ICD-11 kan følgelig sies å ha en homogeniserende og normaliserende funksjon rettet mot normfravikelse i befolkningen. Denne normaliserende funksjonen kan virke disiplinerende på individnivå, eksempelvis gjennom behandlerens disiplinærposisjon i normativitetsdiskursen, samt på befolkningsnivå, der manualen kan sies å anvendes som et biopolitisk styringsinstrument.

Analysen har belyst hvordan den individualistiske diskursen skaper individer som opplever at de er ansvarlige for egen psykisk lidelse og øvrig helsetilstand. Således kan det tenkes at individet kan 'regjerere seg selv' for å forstå og regulere seg selv, eksempelvis mellom bruk av diagnostisk terminologi. Implikasjonene av den individualistiske diskursen, vil følgelig være risikoen for at ICD-11 forsterker allerede eksisterende individualistiske

tendenser i moderne vestlige samfunn. Dette kan videre medføre at historiske, sosiale og kulturelle betingelser for menneskelig lidelse og avvik ikke blir tilstrekkelig belyst.

Evaluering av analysen

Analysen av ICD-11 beror på en språklig studie av et selvstendig dokument. Det har vært et eksplisitt og tydelig formål om å studere manualen som et selvstendig dokument, dens virkninger og mulige praktiske implikasjoner. Disse implikasjonene skal forsøkes å lede fra funnene i selve analysen, og ikke ut ifra forhåndskunnskap og erfaring med manualen. Likevel vil det være uunngåelig at egne erfaringer, betraktninger og kunnskaper om manualen vil «styre blikket» mot enkelte aspekter ved teksten som oppleves som vesentlige. Til tross for dette, har det vært vesentlig at de ulike stegene i analysen følger hverandre logisk og suksessivt, der neste trinn i analysen utledes fra det forrige analysesteget. Den metodiske strukturen fra Willig (2015) har muliggjort en slik stegvis tilnærming.

Willig (2015) presiserer imidlertid at hennes metodiske innretning for FDA ikke er utførlig, og at den mangler henvisninger til subjektivering, genealogi og styringsmentalitet (Willig, 2015, s. 156). Til tross for at begrepene subjektivering og styringsmentalitet relateres til funnene i analysen, består ikke studien av en genealogisk gjennomgang. For å gjøre gjennomføre en genealogisk undersøkelse i foucauldiansk forstand, ville det vært nødvendig med en detaljert studie av ICD-11 som et historisk dokument, og eksempelvis gjort rede for revisjonene som ligger til grunn for den nåtidige utgaven av manualen. Av hensyn til oppgavens omfang var imidlertid ikke dette mulig å gjennomføre.

Denne studien har sosialkonstruksjonismen som et epistemologisk utgangspunkt. En slik grunnposisjon kan være gjenstand for innvendinger og kritikk. For det første vil en sosialkonstruksjonist avvise enhver påberopelse av en «underliggende sannhet» om historiske og sosiale fenomener, og vil betrakte diagnostiske kategorier som sosiale, historiske og

diskursivt konstruerte fenomener. Det finnes imidlertid andre måter å betrakte diagnostiske kategorier på, der man eksempelvis nærmer seg en essensialistisk epistemologisk posisjon.

Når en analyse benytter FDA som metodisk rammeverk, er det alltid subjektive lesninger som ligger til grunn for analysen. En implikasjon av dette er at det eksempelvis vil kunne bli identifisert andre typer diskursive konstruksjoner og diskurser i manualen enn en selv har lagt vekt på. I tillegg vil de nevnte diskursene gi opphav til langt flere eller andre typer subjektposisjoner enn de som er identifisert i analysen. For denne analysens vedkommende, kan det også tenkes at analyse materialet som utgjorde grunnlaget for analysen, var såpass omfattende at det ville vært hensiktsmessig å redusere analysen til eksempelvis enkelte diagnosegrupper eller diagnostiske kategorier. Jeg valgte imidlertid ikke å gjøre dette, fordi jeg opplevde at jeg ved å inkludere et større tekstmateriale fikk et langt grundigere og mer nyansert innblikk i manualen.

Validitet i kvalitative studier

Ifølge Potter (1998) økes validiteten i kvalitative studier ved å gjøre det tydelig for leseren hvordan teksten analyseres. Dette innebærer blant annet å inkludere tekstutdrag i analysen, og vise systematisk hvordan lesningen bygges opp og understøtter eventuelle konklusjoner. Dette har blitt etterstrebet i selve analysen av kapittel seks i ICD-11, der jeg har inkludert lengre sitater, for å gjøre analysen så induktiv som mulig. Validiteten til diskursanalytiske studier økes også ved å lokalisere egen analyse i en større diskursanalytisk forskningstradisjon (Potter, 1998). Dette gjør jeg både i denne delen av oppgaven, samt i oppgavens diskusjonsdel, der jeg diskuterer og sammenstiller egne funn opp mot andre relevante diskursanalyser.

Ifølge Tracy (2010) kan validiteten i kvalitative studier økes ved å utvise transparens med hensyn til metodevalg og utfordringer knyttet til dette. Nokså tidlig i forløpet meldte det seg tidlig særlig én metodisk problemstilling: I hvilken grad passet «kartet» (de diskursive

objektene) «terrenget» (ICD-11)? Utgangspunktet mitt var å finne ut av hva jeg ville studere i diagnosemanualen, og så bruke dette som et tentativt ståsted for analysen. Ved bruk av Maxwells interaktive forskningsdesign (2013) stod jeg likevel fritt til å gå tilbake et skritt og revurdere spørsmålene mine, i henhold til hva jeg fant ved nærmere lesning av «terrenget» (ICD-11). På denne måten har jeg kunnet endre hvilke diskursive objekter jeg ønsket å se nærmere på, etterhvert som jeg fikk mer inngående kjennskap til bestemte formuleringer, regelmessigheter og særtrekk ved ICD-11. Det var derfor viktig for meg å stille meg åpen og undrende til hva jeg fant ved analysen av ICD-11, samt være villig til å revurdere de diskursive objektene dersom de i mindre grad samsvarte med hva jeg faktisk fant i analysen. Jeg valgte imidlertid å beholde normalitet og patologi som diskursive objekter etter nærmere lesning av manualen, til tross for at det fantes færre diskursive konstruksjoner av normalitet enn patologi. Årsaken til at jeg allikevel ønsket å studere normalitet, var for å studere hvordan normalitet og patologi kunne forstås i sammenheng med hverandre.

Maxwell (2013) peker på at kvalitativ forskning er en ikke-lineær prosess, som kjennetegnes ved endringer og reformuleringer av ulike problemstillinger underveis i forskningsprosessen. Jeg valgte å gjøre enkelte endringer nokså tidlig i prosessen, som innbefattet å endre omfanget av analysemateriale enn hva jeg innledningsvis hadde satt meg fore. I utgangspunktet hadde jeg valgt å studere tekstavsnittene under 'diagnostiske beskrivelser' og 'diagnostiske krav', hentet fra nettversjonen av ICD-11, som utgjorde om lag 20 sider. Jeg fant imidlertid etter hvert ut at disse beskrivelsene ikke var nyanserte og 'rike' nok til at det kunne gjennomføres en analyse. Jeg valgte derfor å studere hele kapittel 6 – psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser– i ICD-11. Dette omfanget var riktignok langt større enn planlagt, men arbeidet med analysen ble forenklet ved at kapittelet i stor grad var preget av gjentakende formuleringer (eksempelvis for de samme symptomene og beskrivelsene som

viser seg i ulike diagnostiske kategoriene). Å identifisere *hvor* de språklige forskjellene fant sted, syntes derfor viktig for å fange opp nyansene i manualen.

Konklusjon

Gjennom en foucauldiansk diskursanalyse (FDA) basert på Willigs (2015) analysetrinn, har analysen besvart spørsmålet «*Hvordan konstrueres normalitet og patologi i ICD-11?*». Det ble funnet at patologi ble diskursivt konstruert som *forstyrrelse og dysfunksjon i individet, som svekkelse og mangel i individet, som mangel på kontroll og moderasjon hos individet, som diskontinuitet i opplevelsen av eget selv og identitet, som relatert til psykisk smerte, som manglende målrettet atferd og som et fenomen betraktet fra et 'utenfraperspektiv'*. Normalitet synes å bli konstruert «via negativa», der det konstrueres en implisitt forståelse av begrepet gjennom de ulike patologikonstruksjonene. Normalitet konstrueres derfor i ICD-11 som mangel på forstyrrelser og dysfunksjoner i individet, som kontroll og moderasjon, som kontinuitet i egen selvopplevelse, samt evnen til å sette seg mål og utvise målrettet atferd. De ulike konstruksjonene av patologi ble plassert innenfor en *individualistisk diskurs, normativitetsdiskurs, teknokratisk ekspertdiskurs og medisinsk diskurs*. De fleste diskursive konstruksjonene som ble identifisert synes å falle under normativitetsdiskursen, og denne vurderes derfor som å ha en overordnet rolle i diskursivering av normalitet og patologi i ICD-11. Analysen har videre argumentert for hvordan kapittel seks i ICD-11 kan inneha en normaliserende funksjon, som retter seg mot å korrigere avvik i henhold til en gitt norm.

Referanser

- Aboraya, A., Rankin, E., France, C., El-Missiry, A. & John, C. (2006). The reliability of psychiatric diagnosis revisited. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(1), 41–50.
- Arribas-Ayllon, M. & Walkerdine, V. (2017). Foucauldian Discourse Analysis. In Willig & Rogers (red.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology* (2. utg., s. 110–123). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526405555.n7>
- Arminjon, M. (2016). Birth of the Allostatic Model: From Cannon's Biocracy to Critical Physiology. *Journal of the History of Biology*, 49(2), 397–423.
<https://doi.org/10.1007/s10739-015-9420-9>
- Berg, H. (2023). *Vitenskapsteori: i psykologiske fag*. Fagbokforlaget.
- Bernauer, J. W. & Mahon, M. (2006). Michel Foucault's Ethical Imagination I Gutting, G. (red.). *The Cambridge companion to Foucault* (2. utg., s. 149-175). Cambridge University Press.
- Bratberg, T. & Arntzen, J. G. (2023, 1. juni). Genealogi. *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/genealogi>
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015). *Diagnoser: perspektiver, kritik og diskussion*. Klim.
- Brinkmann, S., Petersen, A., Kofod, E. H. & Birk, R. (2014). Diagnosekultur - et analytisk perspektiv på psykiatriske diagnoser i samtiden. In *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. (Vol. 51, nr. 9).
- Canguilhem, G. (2008). The normal and the pathological, Marrati, P. & Meyers, T. (red.). *Knowledge of life*. (s. 121-133) (Stefanos G. & Ginsburg. D, Overs.). Fordham University Press. (Opprinnelig utgitt 1952)
- Crowe, M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 69–77. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00261.x>

- Davies, B. & Harré, R. (1990). Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43–63. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1990.tb00174.x>
- Davies, J. (2017). How Voting and Consensus Created the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). *Anthropology & Medicine*, 24(1), 32–46. <https://doi.org/10.1080/13648470.2016.1226684>
- Direktoratet for E-helse. (2022). *Om ICD-10 og ICD-11*. www.ehelse.no
<https://www.ehelse.no/publikasjoner/om-icd-10-og-icd-11-forarbeid-til-utredning>
- Dreyfus, H. L. & Rabinow, P. (1983). *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. (2. Utg.) Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315835259>
- Ekeland, T. -J. (2014). Psykiatridiagnoser - ein kunnskapskritikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* (Vol. 51, nr. 9).
- Farsethås, H. C. (2009). Disiplin, biopolitikk og regjering. Foucaults maktanalyser. *Agora*. 27(2-3), 225–246. <https://doi.org/10.18261/ISSN1500-1571-2009-02-03-10>
- Fisher, M. (2023). *Den kapitalistiske realismen: finnes det ingen alternativer?* (Schnell, A. J. & Vernegg, D., Overs.) H//O//F. (Opprinnelig utgitt 2009)
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777–795. <https://doi.org/10.1086/448181>
- Foucault, M. (2018). *Diskursens orden: tiltredelsesforelesning holdt ved Collège de France 2. desember 1970*. (Schaanning, E., Overs.) Scandinavian Academic Press.
- Foucault, M. (1999) *Overvåkning og straff* (Dag Østerberg, Overs., 3. utg.). *Fakkell* (Opprinnelig utgitt 1975)
- Foucault, M. (1999). *Seksualitetens historie: 1: Viljen til viten* (E. Schaanning, Overs.) EXIL. (Opprinnelig utgitt 1976)

- Fox, D., Prilleltensky, I. & Austin, S. (2009). Critical Psychology for Social Justice: Concerns and Dilemmas. I Fox, D., Prilleltensky, I. & Austin, S. (red.) *Critical psychology: an introduction* (2. utg., s. 3-19). SAGE.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. William Morrow.
- Gergen, K. (2001). Psychological science in a postmodern context. *The American Psychologist*, 56(10), 803–813. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.56.10.803>
- Graham, L. J. (2011). The Product of Text and 'Other' Statements: Discourse analysis and the critical use of Foucault. *Educational Philosophy and Theory*, 43(6), 663–674. <https://doi.org/10.1111/j.1469-5812.2010.00698.x>
- Heede, D. (2002). *Det tomme menneske: introduktion til Michel Foucault* (2. utg.). Museum Tusulanum.
- Heggen, K. M. & Berg, H. (2021). Epistemic injustice in the age of evidence-based practice: The case of fibromyalgia. *Humanities & Social Sciences Communications*, 8(1), 1–6. <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00918-3>
- Holmen, H. A. (2024, 11. Apil). Logisk positivisme. *Store norske leksikon*. https://snl.no/logisk_positivisme
- Hook, D. (2001). Discourse, Knowledge, Materiality, History: Foucault and Discourse Analysis. *Theory & Psychology*, 11(4), 521-547. <https://doi.org/10.1177/0959354301114006>
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 593–602.

- Krueger, R. F. & Markon, K. E. (2006). Understanding Psychopathology: Melding Behavior Genetics, Personality, and Quantitative Psychology to Develop an Empirically Based Model. *Current Directions in Psychological Science: a Journal of the American Psychological Society*, 15(3), 113–117. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00418.x>
- Kutchins, H., & Kirk, S. A. (1997). *Making us crazy: DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders* (pp. XII, 305). Free Press.
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2017). Diagnosenes makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 25–41. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-04>
- Madsen, O. J. (2024). *Helsestasjonismen og andre essays*. Cappelen Damm akademisk.
- Madsen, O. J. (2012). Hvorfor trenger vi en kritisk psykologi? I *Tidsskrift for Norsk psykologforening (trykt utg.)* (Vol. 49, nr. 9).
- May, T (2014). Subjectification. I Lawlor, L. & Nale, J. (red.), *The Cambridge Foucault lexicon* (s.496-502). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139022309>
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: an interactive approach* (3rd edition., Vol. 41). Sage.
- McKenna, B. J. & Graham, P. (2000). Technocratic Discourse: A Primer. *Journal of Technical Writing and Communication*, 30(3), 223–251. <https://doi.org/10.2190/56FY-V5TH-2U3U-MHQK>
- McWorther, L. (2014). Normalization. I Lawlor, L. & Nale, J. (red.), *The Cambridge Foucault lexicon* (s.315-321). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139022309>

- Moe, F. D. & de Cuzzani, P. (2022). The normativity in psychiatric nosology. An analysis of how the DSM-5's psychopathology conceptualisation can be integrated. *Philosophical Psychology*, 37(3), 707–732. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2130745>
- Møller, V. (2022, 20. nov). Dansk psykolog vil legge ned psykiatrien. *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/aktuelt/2022/11/20/dansk-psykolog-vil-legge-ned-psykiatrien>
- Neumann, I. B. (2002). Forord. I Foucault, M. *Forelesninger om regjering og styringskunst* (Neumann, I. B., Overs.). Cappelen akademisk forlag.
- Ninnis, D. (2016). Foucault and the Madness of Classifying Our Madness. *Foucault Studies*, 21(2110.22439), 117–137. <https://doi.org/10.22439/fs.v0i0.5016>
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics: critical analysis for social and individual psychology* (pp. xiii, 169). Routledge.
- Potter, J. (1998). Discursive Social Psychology: From Attitudes to Evaluative Practices. *European Review of Social Psychology*, 9(1), 233–266. <https://doi.org/10.1080/14792779843000090>
- Raminani, S. R. (2024, 3. februar). *International Classification of Diseases*. *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/topic/International-Classification-of-Diseases>
- Rose, N. (2006). Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice. *BioSocieties*, 1(4), 465–484. <https://doi.org/10.1017/S1745855206004078>
- Rose, N. (2009). Normality and pathology in a biomedical age. *The Sociological Review* (Keele), 57(s2), 66–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2010.01886.x>
- Rose, N. (1979). The psychological complex: mental measurement and social administration. *Ideology and Consciousness*, 5. s. 5-68. ISSN 0309-9156 <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/622>
- Rouse, J. (2006). Power/Knowledge. I Gutting, G. (red.). *The Cambridge companion to Foucault* (2. utgave, s. 95-122). Cambridge University Press.

Solvang, P. (2006). Problematisering, utdefinering eller omfavnelser? Om normaliteten. I T.

Hylland Eriksen og J.-K. Breivik (red.), *Normalitet*, s. 167–185. Universitetsforlaget.

Taylor, D. (2014). Abnormal. I Lawlor, L. & Nale, J. (red.), *The Cambridge Foucault lexicon*

(s.3-9)Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139022309>

Thorsen, D. E. (2024, 29. mars). Nyliberalisme. *Store norske leksikon*.

<https://snl.no/nyliberalisme>

Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851.

<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

Valla, B. (2020). Diagnosemakt fremfor fag? *Tidsskrift for Norsk psykologforening (trykt utg.)* (Vol. 57, no. 7).

Van Loo, H. M., & Romeijn, J.-W. (2015). Psychiatric comorbidity: fact or artifact?

Theoretical Medicine and Bioethics, 36(1), 41–60. <https://doi.org/10.1007/s11017-015-9321-0>

Vissio, G. (2020). Reasoning in Life: Values and Normativity in Georges Canguilhem.

International Journal for the Semiotics of Law = Revue Internationale de Sémiotique Juridique, 33(4), 1019–1031. <https://doi.org/10.1007/s11196-020-09786->

Wakefield, J. C. (1992). Disorder as Harmful Dysfunction: A Conceptual Critique of DSM-III-R's Definition of Mental Disorder. *Psychological Review*, 99(2), 232–247.

<https://doi.org/10.1037/0033-295X.99.2.232>

WHO, International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural

Disorders (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10

classification of mental and behavioural disorders. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(2), 86–92.

<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00022.x>

WHO. (2022). ICD-11: International Classification of Diseases, (11. utg).

<https://icd.who.int/browse11>

WHO. (2024, Mai). WHO Advances Implementation and Integration of ICD-11 and Related Medical Classifications and Terminologies. who.int

<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

WHO. (2024, 6. februar). *WHO's oppgaver*. Fn.no

<https://fn.no/om-fn/fns-organisasjoner-fond-og-programmer/verdens-helseorganisasjon-who#Organisasjonenshistorieogoppbygging-2>

Wiggins, S. (2017). *Discursive psychology: theory, method and applications*. SAGE Publications Ltd.

Willig, C. (2015). Discourse Analysis. I Smith, J. A. (Red.), *Qualitative psychology: a practical guide to research methods* (3. utgave, s.143-167). Sage.

Wilce, J. M. (2009). Medical Discourse. *Annual Review of Anthropology*, 38(1), 199–215.
<https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-091908-164450>

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlaget. Samfundslitteratur.

