

*Det*

*diagnostiske*

*paradoks*

En kritisk undersøgelse af, hvordan psykiatriske diagnoser  
kan være både mulighedsskabende og begrænsende

*En specialeafhandling af Line Chalmer Vestergaard Marx (65504) & Malou Graff-Ellekilde (65828)*

**Roskilde Universitet**

**Vejleder** Sofie Pedersen

**Speciale i Psykologi**

**Anslag** 203.767

## **FORORD**

Med dette speciale har vi formået at opnå vores ønske om, at 'løfte stemmerne' fra mennesker, der er diagnosticeret med psykiatriske diagnoser og dermed udbrede deres perspektiver. Ved at give disse mennesker mulighed for at påpege personlige oplevelser med muligheder og begrænsninger ved deres tildelte psykiatriske diagnoser, har vi endvidere en forhåbning om kunne at nuancere den bredere forståelse af, hvordan psykiatriske diagnoser - på godt og ondt - kan påvirke menneskers liv og selvforståelse.

En forudsætning for at vi har kunne undersøge det diagnostiske paradoks, og dermed skrive dette speciale er, at vi har talt med mennesker, som på forskellig vis har erfaring med psykiatriske diagnoser. Vi vil derfor gerne sende en tak til vores fire informanter for deres åbenhed og ærlighed, samt uundværlige erfaringer og perspektiver - foruden dem kunne dette speciale ikke have set dagens lys. Derudover vil vi gerne takke vores specialevejleder, Sofie Pedersen, for hendes engagement i vores speciale, samt hendes konstruktive kritik og relevante perspektiver, som er blevet serveret på anerkendende og ofte underholdende måder.

~

Line & Malou

## **ABSTRACT**

This thesis examines how psychiatric diagnoses can be both enabling and limiting and how individuals' self-understanding is affected by their experience with psychiatry. In order to achieve insight regarding which elements can be experienced as either enabling or limiting, we have conducted two interviews with individuals who have been diagnosed with a psychiatric disorder. Subsequently, we have gathered various points from the two interviews and presented these in two separate interviews with psychiatrists, in order to achieve professional perspectives on the individual's experiences. By following a critical theoretical perspective supplied with perspectives from critical psychology, we are able to understand the meaning of certain societal terms and achieve first-person perspectives on how psychiatric diagnoses can be experienced as both enabling and limiting and how self-understanding is influenced by individuals' experience with psychiatry.

In order to interpret and analyse our interviews, we include Axel Honneth's theory of recognition and Klaus Holzkamp's definitions of 'conduct of everyday life' and 'agency'. These theories contribute to the thesis by allowing us to uncover relevant societal conditions and structures, achieve insight regarding individuals' relations to themselves and examine how psychiatric diagnoses can enable and limit individuals' agency. The analysis is followed by a discussion regarding the paradoxical findings from the analysis.

Finally, we conclude that possibilities and limitations in relation to psychiatric diagnoses vary a great deal from one context to another, which is why the possibilities and limitations cannot fully be examined separately but must be understood as interwoven processes. Furthermore, we establish knowledge regarding individuals' self-understanding, which is primarily negatively affected by experience with psychiatry and although psychiatrists acknowledge this, psychiatric treatment proceeds to have limited focus on creating positive influence on individual's self-understanding.

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>ABSTRACT</b>	<b>2</b>
<b>1. INDLEDNING</b>	<b>5</b>
1.1 Forudgående motivation	5
1.2 Problemfelt	5
1.2.1 Problemformulering	8
1.2.2 Arbejdsspørgsmål	8
1.3 Samfundsmæssige betingelser	8
1.3.1 Den historiske udvikling	9
1.3.2 Nutidens psykiatriske regi og diagnosesystem	10
1.3.3 Nytænkende og kritiske perspektiver	11
1.4 Specialets indlejrede forståelser	14
<b>2. TEORETISK RAMME</b>	<b>17</b>
2.1 Kritisk teori	17
2.1.1 En kritisk teoretisk forståelsesramme	19
2.1.2 Et kritisk psykologisk perspektiv	20
2.1.3 Det videnskabsteoretiske samspil	21
2.2 Anerkendelsesteori	22
2.2.1 Kamp om anerkendelse	22
2.2.2 De tre sfærer	23
2.2.3 Selvforhold og krænkelserformer	24
2.3 Menneskelig livsførelse	25
2.3.1 Daglig livsførelse	25
2.3.2 Handleevne	27
2.4 Specialets samlede begrebsapparat	28
<b>3. METODISK RAMME</b>	<b>30</b>
3.1 Metodisk fremgangsmåde	30
3.2 Interviews og interviewguides	31
3.3 Transskriptioner	33

3.4 Etiske overvejelser	34
3.4.1 Formaliteter og rettigheder	34
3.4.2 Lokationer og (magt)relationer	35
3.4.3 Forskerposition	36
3.5 Analysestrategi	37
<b>4. ANALYSE</b>	<b>39</b>
4.1 Præsentation af informanter	39
4.2 Et systemorienteret tilbageblik	40
4.2.1 Oplevelsen af at få tildelt en psykiatrisk diagnose	40
4.2.2 Mødet med systemet	45
4.2.3 Psykiaterperspektiver på de systemorienterede erfaringer	49
4.3 Diagnosernes funktion	57
4.3.1 Påvirkningen på uddannelses- og arbejdsliv	57
4.3.2 At være eller ikke at være sin diagnose	60
4.3.3 Psykiaterperspektiver på diagnosernes indvirkning	66
4.4 Et samfundsmæssigt perspektiv	69
4.4.1 Det medicinske vs. det relationelle	70
4.4.2 Et misforstået diagnosesystem?	72
4.4.3 Psykiaternes logikker	74
4.4.4 Sensationalisme og fastholdelse i psykiatrisk regi	75
<b>5. DISKUSSION</b>	<b>80</b>
5.1 Mulighederne og begrænsningernes paradoksale kompleksitet	80
<b>6. SAMMENFATNING</b>	<b>84</b>
<b>7. REFERENCER</b>	<b>86</b>
<b>8. BILAG</b>	<b>90</b>

# 1. INDLEDNING

Følgende afsnit indledes med vores motivation for specialet, og efterfølges af et problemfelt og specialets problemformulering. Derefter redegøres for relevante samfundsmæssige betingelser i relation til specialets fokus, hvilket rammesætter problemfelt og -formulering. Afsnittet rundes af med en afklaring af de indlejrede forståelser i specialet.

## 1.1 Forudgående motivation

Vores motivation for at skrive dette speciale startede med en nysgerrighed på den såkaldte 'diagnosekultur', hvilken blandt andre psykolog Svend Brinkmann og sociolog Anders Petersen påpeger er blevet en uomgængelig del af det vestlige samfund (Brinkmann & Petersen, 2015). Vi oplever, at diagnosekulturen fylder meget i privatlivet, i uddannelses- og arbejdslivet, i populærkulturen og i den bredere offentlighed, og i vores respektive privat- og arbejdsliv møder vi jævnligt mennesker med psykiatriske diagnoser. Vi er desuden ofte stødt på denne senmoderne kulturforståelse gennem forskellige medier; blandt andet gennem psykolog og tidligere psykiatribrunder Arnhild Lauvengs bog *I morgen var jeg altid en løve*, omhandlende Lauvengs egen kamp med psykisk sygdom (Lauveng, 2008), Svend Brinkmanns podcast *Brinkmanns Briks* om stort og småt - heriblandt psykiatrien og diagnoser (Brinkmann, 2019-2023), samt DR-dokumentaren *Lys på den lukkede* omhandlende socialpædagog og tidligere psykiatribrunder Søren Magnussens ressourceorienterede projekt i psykiatrien (Danmarks Radio, 2021). Som følge af oplevelser fra egne liv og ovenstående inspirationskilder, udmunder vores motivation for dette speciale i en nysgerrighed på den betydning psykiatriske diagnoser kan have for henholdsvis individet, fællesskaber, relationer og samfundet, og vi er særligt nysgerrige på den subjektive oplevelse af, den funktion en psykiatrisk diagnose kan få for individet i det senmoderne samfund.

## 1.2 Problemfelt

*“Andelen af børn og unge med en psykiatrisk diagnose fordoblet på få år”*

(Jakobsen, 2018)

*“Ny analyse: Markant stigning af voksne med en psykiatrisk diagnose”*

(Løkke, 2020)

*“Voldsom stigning i diagnoser: Flere børn og unge står udenfor fællesskabet”*

(Prytz, 2022)

Som overskrifterne fra Kommunernes Landsforening, Socialstyrelsen og BUPL belyser, er antallet af mennesker der tildeles en psykiatrisk diagnose steget markant i løbet af de seneste år. Tal fra Psykiatrifonden viser, at hver tredje dansker rammes af psykisk sygdom i løbet af livet, og at mere end 700.000 voksne oplever symptomer på psykisk sygdom hvert år (Psykiatrifonden, 2021). Der forekommer mange spekulationer og hypoteser omkring årsagerne til denne stigning, heriblandt at flere mennesker har fået det psykisk svært, at vi er blevet bedre til at diagnosticere og at vi som samfund er blevet mere opmærksomme på menneskers (mis)trivsel (Socialministeriet, 2020; Rose, 2010). Flere kritiske spekulationer belyses også, eksempelvis spørgsmålet om, hvorvidt psykiatere diagnosticerer for hurtigt og for hyppigt, og om diagnoser overvejende konstrueres med økonomisk profit for øje til gavn for medicinalindustrien (Rose, 2010; Brinkmann, 2010). Eftersom et stigende antal mennesker påvirkes, enten direkte eller indirekte, af den øgede tildeling af psykiatriske diagnoser, finder vi det ganske aktuelt og relevant at vende blikket mod dette felt for at undersøge, hvordan denne tendens påvirker det enkelte menneske. Dette undersøgelsesfelt er vores speciale et bidrag til.

I takt med at flere og flere mennesker diagnosticeres med psykiatriske diagnoser, fylder historier om og holdninger til det psykiatriske diagnosesystem mere og mere. På tværs af diverse bøger, undersøgelser og nyhedsmedier påpeges det problematiske ved den øgede tildeling af psykiatriske diagnoser, eksempelvis gennem en kritik af at diagnosemanualerne ikke er udarbejdet på et tilstrækkeligt fagligt grundlag, hvilket kan betyde at mange mennesker bliver unødigt sygeliggjort (Bækbøl, 2018). Der er længere mellem de historier, der belyser positive aspekter ved psykiatriske diagnoser, men de findes eksempelvis i form af fortællinger der belyser, hvordan psykiatriske diagnoser kan fungere som en redning ved at skabe forståelse for menneskelige udfordringer, og deraf fordre hensyntagen (Wessel, 2006). Svend Brinkmann, som er en fremtræden stemme i den danske diskussion om diagnoser, beskriver det paradoksale ved psykiatriske diagnoser, blandt andet gennem citatet: *“Diagnosesamfundet er svært at elske. Spørgsmålet er, om det er sværere at undvære”* (Brinkmann 2, u.å.). Brinkmann beskriver psykiatriske diagnoser som værende ‘tveæggede sværd’; på den ene side skaber diagnoserne mening og forklaringer, og giver adgang til privilegier og legitim sygdomsadfærd, og på den anden side medfører diagnoserne potentiel umyndiggørelse, fratager ansvar og afskærer mennesker fra væsentlige selvforståelsesressourcer (Brinkmann 1, u.å.). Vi forstår de forskelligartede perspektiver på psykiatriske diagnoser som et udtryk for, at diagnoser i nogle sammenhænge kan skabe

muligheder og i andre sammenhænge kan være begrænsende i forhold til at finde mening med livet, få greb om tilværelsen og udvikle selvforståelse.

Dette spændingsfelt mellem det mulighedsskabende og begrænsende, lader der til at være ganske lidt viden om. Ved søgninger med udgangspunkt i dansk kontekst bliver det tydeligt, at fokus fra både statslig og privat psykiatri i høj grad er orienteret omkring børn og unge i relation til specifikke diagnoser, og der lader ikke til at være fokus på psykiatriske diagnoser som helhed eller fænomen. I flere tilfælde tilbydes standardiserede undervisnings- og behandlingsforløb, hvilket ifølge Niels Saxtrup og Anders Petersen (2018) fremstår som fastlagte 'diagnosepakker' til individet. Saxtrup og Petersen mener, at disse tilbud udfordrer et menneskesyn, som ser det enkelte og hele individs unikke livssituation og reelle handlemuligheder i relation til egen diagnose, og at det dermed "...bliver diagnosen og ikke mennesket, som står i centrum" (Saxtrup & Petersen, 2018). Vi forestiller os, at denne tilgang kan medføre, at de som ikke identificerer sig med deres psykiatriske diagnose, kan falde uden for den tilpassede hjælp, der er at hente.

Med dette speciale ønsker vi at skabe viden om, hvordan unge voksne (18-35 år) i dansk kontekst oplever, at en tildelt psykiatrisk diagnose medfører både muligheder og begrænsninger, samt hvilken påvirkning psykiatrierfaring har på individets selvforståelse. Vi tager afsæt i kritisk teori og supplerer med et kritisk psykologisk perspektiv, hvormed vi kan skabe forståelse for betydningen af samfundsskabte vilkår og indsamle førstepersons-perspektiver på, hvorledes psykiatriske diagnoser kan opleves både mulighedsskabende og begrænsende. Ud fra bestræbelsen på at skabe forståelse for individets oplevelser med en psykiatrisk diagnose, har vi valgt at specialiets fundament skal være empirisk forankret. Derfor har vi indledningsvist interviewet to personer, der er diagnosticeret med psykiatriske diagnoser, og har konkrete erfaringer med psykiatrisk regi. Disse interviews har skabt grundlaget for, at vi efterfølgende har interviewet to psykiatere med henblik på, at opnå fagprofessionelle perspektiver på individernes oplevelser og erfaringer. Til at bearbejde og analysere vores empiriske materiale benytter vi Axel Honneths *anerkendelsesteori* samt Klaus Holzkamps begrebsdefinitioner af *daglig livsførelse* og *handleevne*. De teoretiske perspektiver giver os mulighed for at undersøge, hvordan psykiatriske diagnoser muliggør og begrænser vores informanternes livsførelse, hvordan informanternes selvforståelse påvirkes af diagnoserne, og hvordan samfundsmæssige betingelser skaber sammenhæng mellem disse forhold.



### 1.2.1 Problemformulering

For at målrette vores undersøgelse og tydeliggøre essensen af problemfeltet, har vi formuleret følgende problemformulering og arbejds spørgsmål:

*Hvordan kan en psykiatrisk diagnose opleves mulighedsskabende og begrænsende, og hvilken påvirkning har psykiatrierfaring på individets selvforståelse?*

### 1.2.2 Arbejds spørgsmål

- Hvilken forbindelse er der mellem psykiatriske diagnoser og individets selvforståelse?
- Hvilken rolle har ressourcenyttet i psykiatrisk regi?
- Hvilken position har individet i psykiatrisk regi?

## **1.3 Samfundsmæssige betingelser**

I følgende afsnit præsenteres en række historiske og aktuelle samfundsmæssige betingelser og perspektiver, som medvirker til at skabe forståelse for specialets overordnede ramme, problemfelt og problemformulering. Indledningsvist skitseres psykiatriens historiske udvikling ganske kort, for at skabe overblik over, hvorledes opfattelsen af psykiske tilstande og individets rolle har ændret sig over tid. Ved at inddrage et historisk overblik kan vi skabe forståelse for ophavet af stigmatisering og tabuisering af psykiske tilstande, hvilket omtales af vores informanter med psykiatrierfaring. Derefter præsenteres konkrete samfundsmæssige betingelser, som er med til at sætte rammen for nutidens psykiatri og diagnosesystem, hvilket er relevant, da vores informanternes oplevelser og perspektiver må forstås som forankret i de samfundsmæssige betingelser. Slutteligt skitseres en række nationale og internationale nytænkende, og til dels kritiske, perspektiver på nutidens diagnosesystem og psykiatri. Hermed ønsker vi at skabe en overordnet forståelse for nogle af nutidens strømninger, for derigennem at øge forståelsen af vores informanternes oplevelser og erfaringer, som må forstås i relation til disse strømninger. Det komplette afsnit er ikke udtømmende, men beror på udvalgte perspektiver, og tilgange som på forskellig vis kontekstualiserer vores informanternes fortællinger.

### 1.3.1 Den historiske udvikling

Psykiatriens historie er præget af en række paradigmeskift i forhold til årsager til og behandling af psykisk sygdom, som i grove træk kan beskrives ud fra følgende fire perspektiver (Kringlen, 2003):

1. Et åndeligt perspektiv (antikken og middelalderen): Her blev psykisk sygdom anset som et resultat af åndelig besættelse og overnaturlige kræfter. Behandlingerne var ofte religiøse, og patienterne blev enten bedt om at bede eller udsat for rituelle eksorcismer.
2. Et humant perspektiv (oplysningstiden og 1800-tallet): Her blev der etableret psykiatriske hospitaler, og psykisk syge blev anset som patienter. Men mod slutningen af denne periode voksede der en større forståelse for, at psykisk sygdom var en biologisk, somatisk og medicinsk tilstand, der kunne behandles med vedvarende pleje, som følge af systematisk observation og samtale med de psykisk syge.
3. Et biologisk perspektiv (det 20. århundrede): Her blev der gjort fremskridt inden for biologi og neurologi, og der opstod teori om, at psykiske sygdomme skyldtes abnormiteter i hjernen. Psykiske sygdomme blev klassificeret, og der blev skelnet mellem ydre og indre påvirkninger, som årsager til lidelserne. Flere fysiske behandlingsmetoder voksede frem, eksempelvis elektrochok, og der blev udviklet medicin, som kunne behandle de biologiske årsager til psykisk sygdom.
4. Et socialt perspektiv (efter 1960'erne): Her er der kommet fokus på de sociale faktorer, der kan påvirke psykisk sygdom, og behandlingen tager i højere grad udgangspunkt i det enkelte individs behov. Der er blevet udviklet nye behandlingsmetoder, såsom psykoterapi, og der er større forståelse for, at psykisk sygdom ofte er en følge af livsbegivenheder og social stigmatisering.  
(Kringlen, 2003; Waal, 2005; Herlufsen, 2014).

Det korte oprids skitserer, at psykiatrien har bevæget sig fra at være et kirkeligt foretagende til at være et statsligt (og privat) foretagende, hvortil der også er sket en udvikling i behandlingsmetoder. Som ovenstående belyser blev psykisk lidende tidligere anset som 'gale' eller 'sindssyge', men i dag er forståelsen mere nuanceret. Psykisk sygdom er med tiden blevet et mere almengjort fænomen, hvor symptomer i højere grad forstås som almenmenneskelige træk, og derfor er tilgangen til psykisk sygdom i dag koblet til et ønske om normalisering af tilværelsen. Der er opstået en forståelse for betydningen af sociale

faktorer i forhold til psykisk sygdom, og der er kommet en bredere anerkendelse af individuelle behov i relation til den enkeltes udfordringer (Waal, 2005; Kringlen, 2003).

### 1.3.2 Nutidens psykiatriske regi og diagnosesystem

Psykiatrien i dagens Danmark er en omfattende sundhedssektor, som er organiseret og finansieret af statslige instanser, hvor WHO's diagnosesystem ICD-10 benyttes til klassifikation af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser<sup>1</sup>. ICD-10 blev senest revideret i 1989, er benyttet i Danmark fra 1994, og er i dag inkorporeret i Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem, SKS (Sundhedsdatastyrelsen, 2021). ICD-10 består af 22 kapitler som betegner hovedgrupper af sygdomme og andre helbredsmæssige tilstande, hvoraf kapitel fem omhandler *Mental and behavioural diseases* (ICD-10, 2019), som er udgangspunktet for dette speciale.

En diagnose er en “...bestemmelse af hvilken sygdom en patient lider af, ud fra dens symptomer og andre tegn” (Ordnet 1, 2023). Med udgangspunkt i en bio-psyko-social tilgang, hvor der ses på alle aspekter af individets liv, består diagnosticering af en todelt proces; en subjektiv, systematisk undersøgelse med fokus på individets egne fortællinger, fortolkninger på egen tilstand, og en objektiv, fysisk undersøgelse. På baggrund af begge undersøgelser stilles en diagnose, hvorefter behandling kan påbegyndes (Saxtrup & Petersen, 2018). Behandling kan bestå af medicin, psykoterapi, psykoedukation og elektrochok, og er tiltænkt at kunne enten kurere sygdommen, lindre symptomer eller give redskaber til at leve livet med psykisk sygdom (Psykiatrifonden, u.å.). Som udgangspunkt er det psykiatere - speciallæger i psykiatri - der må diagnosticere og medicinere for psykisk sygdom, men også psykologer med den rette overbygning må diagnosticere, uden at udskrive medicin (Psykiatrifonden, u.å.). Efter diagnosticering med en psykiatrisk diagnose, må der per lov ikke rettes eller slettes i journaler. Det er muligt at journalføre, at der er sket ændringer, er tale om en fejl diagnose eller at diagnosen ikke længere er gældende (Retsinformation, 2021: §20).

Diagnoser er arbejdshypoteser for psykiatere, som kan give indblik i den diagnosticeredes tilstand, og forudsige udvikling af sygdommen (Saxtrup & Petersen, 2018). For den diagnosticerede kan en diagnose være hjælp til forståelse af en tilstand, og nøgle til

---

<sup>1</sup> WHO er overgået til ICD-11, men i Danmark bruges fortsat ICD-10, da det er vurderet, at det kræver omfattende forberedelse og optimering af nuværende systemer, at implementere en ny version (Sundhedsdatastyrelsen, 2021).

behandling, accept og omsorg fra omverdenen. I et samfundsperspektiv kvantificeres diagnoser i forhold til kortlægning af danskernes sundhedstilstand, planlægning af sundhedsvæsenets arbejde og allokering af ressourcer, samt til at klassificere det afvigende fra det normale (Saxtrup & Petersen, 2018).

### 1.3.3 Nytænkende og kritiske perspektiver

Gennem det seneste halve århundrede er der vokset mange nye forståelser af og tilgange til psykiatriske diagnoser frem. En af de mest anerkendte alternativer til traditionel, psykiatrisk behandling er *Trieste-modellen*, som blev udviklet i Italien for over 40 år siden (Gooding, u.å.). WHO beskriver Trieste-modellen som værende én af verdens mest progressive tilgange til almen psykiatri, fordi den bygger på en kontekstbaseret tilgang, ingen tvang samt åbne døre. Der er desuden mindre fokus på behandling af lidelser og symptomer, og mere fokus på at forstå det enkelte menneske i dets sociale kontekster. Modellen er for nylig blevet truet af nedskæringer og standardiseringer, hvortil en af grundlæggerne, psykiater Roberto Mezzina, har udtalt: *”Vi ved, at både psykologiske, biologiske og sociale faktorer spiller ind, når et menneske udvikler psykisk sygdom. Og vi ved fra forskning, at de sociale determinanter er de vigtigste. I Trieste-modellen er der fokus på mennesket bag sygdommen, og de sociale og juridiske rettigheder, som ethvert menneske har. Personen, ikke patienten, er i centrum, og personen betragtes (...) som hovedressourcen i behandlingen. Men det er blevet sværere. Verden går i retning af mere og mere specialisering, mod standardisering (...) Det er imod al kreativitet, og det er stik modsat human medicin, som vi forstår den”* (Mezzina i Westerlund, 2022).

Blandt nuværende organisationer, som forsøger at skabe opmærksomhed på alternative måder at anskue psykiske lidelser på, er *Mad in America*, som har eksisteret siden 2012, og beskriver sig selv som katalysator for nytænkning af psykiatrisk behandling. Organisationen udgiver blandt andet artikler og podcasts, deltager i samfundsmæssige debatter og udbyder uddannelse i ønsket om at bidrage til nytænkning af psykiatrisk behandling. Organisationen er grundlagt i USA, men der findes mange underafdelinger i andre lande, heriblandt Norge (Mad in Norway) og Sverige (Mad in Sweden) (Mad in America, u.å.).

Af andre nytænkende tilgange kan nævnes *positiv psykiatri*, der har eksisteret siden 2013 med udspring af positiv psykologi. Positiv psykiatri er en gren inden for psykiatrien med særlig fokus på at benytte en positiv tilgang og oparbejde livskvalitet hos patienter, ved at anskue 'det hele menneske'. Tilgangen beskrives som supplement til og ikke en erstatning af traditionel behandlingspsykiatri (Jeste og Treichler, 2021).

Af nyere initiativer kan også nævnes tilgangen *The Power Threat Meaning Framework* (PTMF), som er udviklet omkring 2018. Formålet med tilgangen er at tilbyde et alternativ til den psykopatologiske og biomedicinske måde at anskue psykiske lidelser på. I PTMF fokuseres der på måder at overleve og håndtere traumer på, frem for dét der i traditionel psykiatrisk behandling betegnes som 'symptomer'. En af grundlæggerne, psykolog Lucy Johnstone, har udtalt følgende om tilgangen: "*The Power Threat Meaning Framework can be used as a way of helping people to create more hopeful narratives or stories about their lives and the difficulties they have faced or are still facing, instead of seeing themselves as blameworthy, weak, deficient or 'mentally ill'*" (BPS, u.å.).

Siden 2016, og 2019 i Danmark, har det været muligt at synliggøre 'skjulte lidelser', heriblandt psykiske lidelser, ved at bære det verdensomspændende koncept, *solsikkesnoren*. Snoren er en gratis nøglesnor, som har til formål at signalere til omverdenen, at bæreren af snoren har behov for særlig støtte og hensyn. Det er ikke et krav at bevise sin 'skjulte lidelse' ved erhvervelse af en snor, da organisationen bag snoren finder det mere afgørende, at det enkelte menneske selv oplever at have behov for særlige hensyn (Hidden Disabilities, u.å.).

I dansk kontekst kan nævnes *Frirum i psykiatrien*, som er et projekt der blev igangsat i 2018 af tidligere psykiatribruget Søren Magnussen, og som i dag er implementeret på flere psykiatriske centre (Ris, 2021). Projektet har fokus på aktiviteter og arrangementer, der kan være meningsfulde for mennesker, som er indlagt på psykiatrisk afdeling. Når Magnussen tager på arbejde på Psykiatrisk Center København er hans opgave: "*At sørge for at glimt af liv, skønhed og hverdag finder ind på et sted, hvor der ellers ikke er meget af det*" (Sperling, 2021). Projektet blev landskendt efter dokumentaren *Lys på den lukkede* blev sendt på DR1,

hvor seerne følger patienter, der får deres ønsker om aktiviteter, såsom kagebagning, en cubansk havefest og plantning af blomster og træer, opfyldt (Danmarks Radio, 2021).

Af andre der, i Danmark, arbejder med nytænkende tilgange, kan nævnes psykiaterne, Kristian Sloth og Anders Lindelof, som er overlæger på en psykiatrisk afdeling i Randers (Svanborg, 2022). De har fokus på at oparbejde stærke relationer til og udvikle meningsfulde fællesskaber for patienterne, samt at udtrappe fra medicin. De deltager selv i afdelingens sociale aktiviteter for at vise patienterne, at socialt samvær er noget af det vigtigste i forhold til mental sundhed. Lindelof mener, at der i mange afdelinger i psykiatrien er en 'tyrkeretro' på, at medicinsk behandling skaber bedre liv for patienterne, hvortil han uddyber: "*Det virker på symptomerne, men det virker typisk ikke på patientens funktionsniveau. De har stadig brug for at blive rummet i samfundet. De har stadigvæk brug for at føle sig elsket og værdsat i samfundet. Så disse patienter skal have nogle rammer, hvor de kan trives og få et meningsfyldt liv. Men i psykiatrien er vi alt for optaget af vores egen del, og så lader vi resten sejle. Og i og med at den anden del sejler, så bliver de dårligere. Så får de mere medicin*" (Svanborg, 2022).

Ovenstående forståelser af og tilgange til mennesker med psykiatriske diagnoser trækker på forskellig vis på de tanker, som den *recovery-orienterede tilgang*, der har fået indpas i dansk psykiatri i løbet af de seneste 30 år (Stærkind, u.å.). Denne tilgang har fået en dominant position inden for det psykiatriske felt sammen med tanken om *resiliens*, som er modstandsdygtighed over for modgang (Harper & Speed, 2012). Region Hovedstaden definerer recovery som en "*...dybt personlig og unik forandringsproces med hensyn til ens holdninger, værdier og mål, færdigheder og/eller roller*" (Stærkind, u.å.). Grundtanken med recovery er, at det er muligt at komme sig efter psykisk sygdom og leve et tilfredsstillende liv trods de begrænsninger, som sygdom kan forårsage, hvormed recovery indebærer udvikling af nye formål og ny meningsfuldhed (Stærkind, u.å.). I den forbindelse er der kommet øget fokus på at ansætte peer-medarbejdere og recovery-mentorer; ansatte med egne bearbejdede erfaringer fra psykisk sygdom. I 2020 blev der eksempelvis afsat et tocifret millionbeløb til ansættelse af nye recovery-mentorer i dansk psykiatri (Danneskiold-Samsøe, 2020). Som følge af recovery-tilgangens indpas i Danmark, er permanensen af psykiatriske diagnoser

blevet betvivlet. I 2018 foreslog SF indførelse af retten til at blive erklæret rask for sin psykiatriske diagnose med følgende argument: *“...det er et grundlæggende paradoks, at en af de mest herskende tilgange i psykiatrien på den ene side er recoverytilgangen, hvor der er fokus på, at psykiske lidelser kan forbedres (...), men at psykiatriske diagnoser på den anden side bliver forstået som kroniske i lovmæssig sammenhæng”* (Retsinformation, 2018). Problematikken eksemplificeres også gennem dokumentaren *Retten til at være rask* om Mads Fabricius, der efter mere end 10 år som symptomfri fra sin psykiatriske diagnose, kæmper for at få fjernet diagnosen og ‘få samme rettigheder som alle andre’ (Jakobsen, u.å.).

Omend recovery-tilgangen er velanset, er den også blevet kritiseret for at have været medvirkende til individualisering af psykiske sygdomme, hvormed problemet og dermed også løsningerne skal findes hos individet. Ifølge Harper & Speed (2012) er der på forfejlet vis foregået en individualisering af problemer, der må forstås som værende sociale og strukturelle, hvilket påvirker det faktiske potentiale for recovery-tilgangen, som bør benyttes til at udforske mere kollektive aspekter af menneskelig lidelse. De konkluderer således: *“... it is only when the collective, structural experiences of inequality and injustice are explicitly linked to processes of emotional distress that recovery will be possible”* (Harper & Speed, 2012: 8). Harper & Speed (2012) påpeger, at der er behov for flere tilgange, der fokuserer på hvordan samfundsmæssige betingelser påvirker psykisk sygdom, hvormed der kan skabes en mere nuanceret forståelse for psykisk sygdom, og psykisk lidende kan hjælpes på bedre vis. Denne pointe understøtter ydermere behovet for opridset af ovenstående nytænkende og kritiske perspektiver.

#### **1.4 Specialets indlejrede forståelser**

Forinden videre læsning, finder vi det væsentligt at definere begreber og indlejrede forståelser, der er relevante for forståelsen af problemformuleringen og specialet.

Gennem specialet benytter vi terminologien psykiatrisk diagnose. I psykiatrisk regi refereres der til diagnoser på forskellig vis, eksempelvis som psykisk eller mental sygdom, lidelse eller tilstand. Vi oplever, at vores informanter primært refererer til det som en psykiatrisk diagnose eller blot diagnose, hvorfor vi også har valgt at benytte os af disse terminologier konsekvent i specialet - dette medmindre bestemte kilder refererer hertil på anden vis. Vi refererer desuden

til to af vores informanter som værende personer med psykiatrierfaring eller en version deraf, i stedet for at referere til dem som nuværende eller tidligere psykiatribrugere eller patienter. Dette valg er taget af respekt for de af vores informanter, som er blevet tildelt psykiatriske diagnoser, da vi ikke mener at termen psykiatribruget indkapsler det 'hele' menneske. Vi ønsker at adskille individet fra dets diagnose, og ikke degradere vedkommende til kun at være sin diagnose. I forlængelse deraf er det væsentligt at påpege, at vi fokuserer specialet omkring diagnoser som fænomen, og dermed ikke har fokus på specifikke diagnoser. Med fænomen forstår vi en "*...begivenhed, handling eller tilfælde der kan sanses eller erkendes*" (Ordnet 2, u.å.). Vi tager udgangspunkt i informanternes individuelle forståelser af dem selv i forhold til deres tildelte psykiatriske diagnoser, og har ladet dem vurdere, hvor meget de har ville inddrage eller tage udgangspunkt i deres respektive psykiatriske diagnoser. Vi benytter desuden betegnelserne psykiatrisk regi, -behandling eller -system når vores informanter fortæller om emner, der ikke blot vedrører deres psykiatriske diagnose, men også udredning, behandling eller andre arbejdsgange i psykiatrisk regi. Ud fra vores informanters praksisfortællinger, må behandling og eventuelt indlæggelse i psykiatrien forstås som mulige konsekvenser ved at blive tildelt en psykiatrisk diagnose.

Termerne muligheder og begrænsninger, samt varianter deraf, forstår vi i forlængelse af Holzkamps handleevne-begreb (Holzkamp, 2013). Vi refererer dermed til fysiske, psykiske, juridiske, strukturelle, sociale og relationelle omstændigheder, som kan følge med dét at få tildelt en psykiatrisk diagnose, og påvirke individets trivsel og udvikling. I dette speciale lader vi det være op til vores informanter at tillægge begreberne *muligheder* og *begrænsninger* betydning, hvorfor vi ikke opridser konkrete eksempler herpå. I forlængelse deraf undersøger vi, hvordan psykiatrierfaring påvirker individets selvforståelse. Med selvforståelse forstår vi menneskers "*...forståelse af sig selv, sin egen mentalitet og særlige karaktertræk i forhold til andre mennesker*" (Ordnet 4, u.å.), og yderligere i relation til Honneths anerkendelsesteori. Honneth mener, at mennesker udvikler selvforhold - skaber selvtillid, selvrespekt og selvværd - ved oplevelser af anerkendelse fra sociale omgivelser, hvormed selvforståelse forstås som noget dynamisk og relationelt betinget, der skabes i samspil med omverdenen (Honneth, 2006).

Det diagnostiske paradoks refererer til specialets titel, som henviser til vores informanters oplevelser at være i spændingsfeltet mellem de muligheder og begrænsninger, som en psykiatrisk diagnose medfører. Begrebet *paradoks* forstår vi som en "*...situation, ytring el.*



*lign. som er virkelig eller sand, men virker selvmodsige, bagvendt eller absurd” (Ordnet 3, u.å.). Med vendingen påpeger vi, at det diagnostiske spændingsfelt må forstås som værende paradoksalt. I forordet præsenterer vi vores personlige ærinde om at løfte stemmerne fra vores informanter. At *løfte* en stemme må forstås på metaforisk vis, og i bredere forstand forstår vi vendingen som muligheden for at præsentere perspektiver, behov og erfaringer fra mennesker, som ikke altid selv har eller får mulighed herfor.*

## 2. TEORETISK RAMME

I følgende afsnit præciserer og redegør vi først for specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt og forståelsesramme, som er inden for rammerne af kritisk teori suppleret med perspektiver fra kritisk psykologi. Derefter udfolder vi den teoretiske ramme for specialet med løbende begrundelser for teoriernes relevans. Først redegøres for Axel Honneths anerkendelsesteori, og derefter for Klaus Holzkamps definition af *daglig livsførelse* samt *handleevne*. Slutteligt præciserer vi begrebsapparatet, som teorierne i samspil udstyrer os med.

### 2.1 Kritisk teori

*Kritisk teori* refererer til den tværvideenskabelige tradition, der dannede grundlag og udviklede sig fra 1930'erne ved Institut für Sozialforschung i Frankfurt am Main, også kendt som Frankfurterskolen. Fra begyndelsen har der været fokus på refleksioner over kritikbegrebets forudsætninger og virkning i praksis, hvorfor der løbende er blevet udviklet på den oprindelige tanke med inddragelse af nye perspektiver. Det har affødt fire generationer af kritisk teori, som med forskellige teoretiske forudsætninger og nuancer differentierer over tid (Elling, 2013; Rasmussen, 2017).

Første generation, ofte omtalt som klassisk kritisk teori, opstod i 30'erne og omfattede blandt andre M. Horkheimer, T.W. Adorno, W. Benjamin og H. Marcuse. Teorien opstod som viderebyggelse af blandt andet K. Marx' samfundskritik af kapitalismen og S. Freuds psykoanalytiske begrebsapparat (Elling, 2013; Rasmussen, 2017). Med den tidlige kritiske teori blev der rejst kritik af det traditionelle, dominerende videnskabsideal og af positivistiske, endegyldige teorier om mennesket. Ønsket var at bidrage til menneskers oplysning og frigørelse ved at afdække skæve magtforhold og undertrykkelse i samfundet, samt at skabe en åben, levende og uafsluttet teori med greb i konkret empiri fra virkeligheden (Rasmussen, 2017).

I efterkrigstiden videreudviklede J. Habermas anden generation af kritisk teori grundet en kritik af, at første generation manglede et fokus på den sociale virkelighed (Elling, 2013). For Habermas var formålet at identificere de forhold i samfundet, der spændte ben for menneskers udvikling af identitet, mening og solidaritet. En udvikling han mente skete gennem *den herredømmefri dialog*, der skal forstås som mellemmenneskelig interaktion og

kommunikation, og deraf fælles meningsdannelse og gensidig forståelse (Rasmussen, 2017). Med ønsket om at gøre samfundet mere demokratisk, samt mindske ulighed og oplevelse af fremmedgørelse, ønskede Habermas at afkolonisere menneskers subjektive livsverden fra systemet som bestod af objektive, politiske og økonomiske systemer (Elling, 2013; Rasmussen, 2017).

I 90'erne byggede A. Honneth videre på Habermas' kommunikationsparadigme med et anerkendelsesteoretisk fokus, da han ikke mente at Habermas' version favnede menneskelige urets- og krænkelsesformer - og derved byggede han tredje generation (Elling, 2013). For Honneth er det modsatte af krænkelse anerkendelse, hvilket han anser som konstituerende for udvikling af menneskers identitetsdannelse og selvforhold. Derved bliver anerkendelse på tværs af menneskets forskellige sfærer forudsætningen for 'det gode liv' (Rasmussen, 2017). Teorien uddybes i specialets teoretiske ramme.

Fjerde generation af kritisk teori er sidenhen blevet repræsenteret af H. Rosa. Ifølge Rasmussen (2017) holder Rosa traditionen i live og fornyer den i forhold til aktuelle samfundsmæssige problemstillinger, og han har særligt fokus på den teknologiske udvikling, som bidrager til social forandring og acceleration i det senmoderne samfund.

Trods nuancer og forskellige fokuspunkter, er de fire generationer som samlet tradition præget af en ideologikritisk og dialektisk forståelse af forholdet mellem mennesker og samfund. Traditionen er formet af samtidshistoriske tematikker og problemstillinger, og bygger på et simultant formål om at studere, forstå og kritisere samfundet samtidigt. Generationerne bygger dermed på grundtanken om at (samfunds)videnskaben skal have et emancipatorisk sigte med samme overordnede, kritisk-normative ønsker: etableringen af et ikke-totalitært demokratisk samfund, skabelsen af 'det gode liv', og muligheden for menneskelig frigørelse og selvrealisering (Rasmussen, 2017). Den kritiske tilgang eksisterer ikke med ønsket om at fremstille en anden og bedre virkelighed, men som kritisk blik på den eksisterende virkelighed. Desuden adskiller kritisk teori sig fra andre tilgange ved ikke blot at søge efter at forstå og forklare samfundet, men også ved søgen efter at kritisere og ændre samfundet (Elling, 2013).

### 2.1.1 En kritisk teoretisk forståelsesramme

Ontologien i kritisk teori hviler på en antagelse af, at der er en faktisk eksisterende verden, som findes uafhængigt af menneskers viden og begreber om den. En verden, der samtidig ikke kan siges endegyldige sandheder om, da verden er i konstant forandring. Samtidig er ønsket med kritisk teori at ændre på forhold som forekommer fordrejede, og komme nærmere de 'bedre' sandheder, hvormed det kan argumenteres at traditionen er styret af en særlig tanke om, at kende bedre 'sandheder'. Dermed bliver formlen for kritikken også et spændingsforhold mellem hvordan noget *er*, og hvordan noget *bør* være (Elling, 2013; Nielsen, 2020).

Epistemologien i kritisk teori beror på en emancipatorisk erkendelsesbetragtning om, at videnskabens opgave er at afdække historiske og kulturelle strukturer, betingelser og magtforhold i samfundet, der kan være begrænsende og undertrykkende for mennesket (Elling, 2013; Nielsen, 2020). I den forbindelse er det centralt, at teorier formuleres i dialog med de berørte mennesker og den beskrevne virkelighed, samt eksisterende teorier om samme virkelighed. Hermed vil den teoretiske viden opnå "*...sandhed gennem en vekselvirkning mellem en virkelighed, der "afskrælles", de fordrejede og fremmedgørende former og den teoretiske forståelse af de processer, der medvirker til sådanne fordrejelser og fremmedgørelser*" (Elling, 2013: 138).

Ved at udforske det ubevidste sind og undertrykte drifter har psykoanalysen inspireret kritisk teoretiske tænkere til at undersøge, hvordan samfundets ideologier, normer og magtstrukturer kan internaliseres og påvirke individets handlinger, tanker og følelser, og derved føre til undertrykkelse af individet (Nielsen, 2020; Marin, 2009). Denne forståelse har været med til at nuancere forståelsen af individet som aktiv deltager i samfundet, og derfor må forholdet mellem individ og samfund i den kritisk teoretiske forståelse ses som uløseligt forbundet og gensidigt afhængige af hinanden. Individet kan ikke eksistere uden samfundet, og samfundet kan ikke eksistere uden individerne, der udgør det (Nielsen, 2020). Subjektforståelsen beror på, at individer forstås som sociale aktører, der kan være med til at ændre samfundet ved at udfordre de magtforhold, der påvirker dem, og dermed handle og agere på måder, der kan føre til social forandring (Elling, 2013). Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at individets handling er forankret - betinget, påvirket eller bestemt - i samfundets strukturer og magtforhold. Det betyder, at individet ikke kan handle eller agere uden hensyntagen til

samfundets normer eller værdier, og at individuelle handlinger, som ikke er forankret samfundsmæssigt, ikke er genstand for kritisk teori (Elling, 2013). I forskningsøjemed tages der derfor udgangspunkt i samfundsmæssige praksisser - dog altid i kraft af individers handlinger. Det betyder, som nævnt tidligere, at erkendelse ikke skal forstås som noget individuelt, men som en dialogisk, intersubjektiv iagttagelse af objektet, der skal opnå sand erkendelse af. De sande erkendelser etableres derfor også intersubjektivt og er aldrig afsluttede sandheder, ligesom erkendelsesprocesser heller aldrig må forstås som afsluttede. Derimod bør de forstås som uafsluttede i et dialektisk forhold mellem menneske og samfund (Nielsen, 2020; Elling, 2013).

Vi positionerer os inden for den kritisk teoretiske tradition, fordi traditionen kan bidrage med et syn på individers møde med mulighedsskabende eller begrænsende samfundsskabte - og potentielt set undertrykkende - betingelser i relation til deres psykiatriske diagnose. Desuden kan det kritisk teoretiske perspektiv bidrage til en forståelse af, hvordan disse betingelser påvirker individets selvforståelse. Vores erkendelsesinteresse er emancipatorisk i den forstand, at vi gennem specialet kan understøtte vores informanternes selvrefleksioner over deres positioner, som enten individer med psykiatrierfaring eller som psykiatere i relation til gældende samfundsmæssige betingelser (Nielsen, 2007).

### 2.1.2 Et kritisk psykologisk perspektiv

Som supplement til kritisk teori har vi valgt at inddrage et kritisk psykologisk perspektiv. Kritisk psykologi udviklede sig fra 1960'erne ved Freie Universität i Tyskland med psykolog K. Holzkamp som en af hovedpersonerne, og senere i Danmark ved blandt andre O. Dreier, E. Schraube og C. Højholt (Jartoft, 1996). Tilgangen er udarbejdet som en kritik af, at den mere traditionelle psykologi øger individualisering af menneskelige problemstillinger gennem ydre, observerbare perspektiver på mennesket. Grundlæggerne mente ikke at denne tilgang var tilstrækkelig til at indfange menneskers subjektive oplevelser og derigennem forstå kompleksiteten ved menneskelivet (Schraube, 2010; Højholt & Schraube, 2015). Den kritisk psykologiske ontologi bygger videre på marxismen med en historisk dialektisk-materialistisk forståelse af, at verden rent objektivt findes, men at den erkendes, (re)produceres og forandres subjektivt. Dialektikken betyder, at individet og verden gensidigt påvirker hinanden og bevirker forandringer - og derigennem undersøges subjektiviteten. Dermed eksisterer menneskelig erkendelse og den materielle virkelighed i et vekselvirkende

forhold, som er påvirket af subjekters samfundshistoriske udvikling (Jartoft, 1996; Højholt & Schraube, 2015).

Epistemologisk beror kritisk psykologi på subjektets førstepersons-perspektiv, eftersom subjektet altid oplever sig selv og sin omverden fra eget perspektiv, og handler på baggrund af det (Schraube, 2010). Viden er derfor at finde i interaktionen mellem subjektet og dets intersubjektive omverden, hvorved tilgangen må forstås som værende situeret og kontekstuel. Subjektforståelsen indebærer at subjekter må forstås som aktive deltagere i forskellige handlesammenhænge, hvis følelser, tanker og handlinger bør forstås som udviklet i relation til sociale kontekster, som subjektet har indgået i og til stadighed gør (Højholt & Schraube, 2015). Dermed ses subjekters handlinger som værende dét, der forbinder subjekt og samfund, og *“...ved at deltage i det samfundsmæssige liv er individet med til at skabe sine betingelser, og dermed også til at skabe sig selv”* (Jartoft, 1996: 183). Det er derfor centralt for kritisk psykologi, at subjektet forstås i relation til dets betingelser, som aldrig er determinerende eller statiske, og kan være både mulighedsskabende og begrænsende for menneskelig udvikling. Det betyder, at subjektet kan søge mod at få indflydelse, samt forhandle, udforske og forandre dets (livs)betingelser, hvorved kritisk psykologi har et frigørende fokus på subjektets position i samfundet (Højholt & Schraube, 2015; Jartoft, 1996).

Ved at inddrage perspektiver fra kritisk psykologi får vi mulighed for at opnå førstepersons-perspektiver på oplevelsen af muligheder og begrænsninger i forhold til psykiatriske diagnoser, samt et indblik i hvordan subjektet formår at handle og navigere i spændet derimellem.

### 2.1.3 Det videnskabsteoretiske samspil

Kritisk teori og kritisk psykologi er begge ideologikritiske tilgange med hvilke, der kan udarbejdes kritiske analyser af samfundsmæssige og magtfulde strukturer, og disses indflydelse på subjektets oplevelser og adfærd. Begge tilgange beror på samme dialektiske forståelse om, at subjekt og samfund må forstås i et gensidigt forhold til hinanden.

Både kritisk teori og kritisk psykologi har fokus på at undersøge magt og ulighed i samfundet og søger at skabe forandring; med kritisk teori får undersøgelser en samfundsmæssig orientering, mens kritisk psykologi tager udgangspunkt i førstepersons-perspektiver og inviterer til en subjektorienteret tilgang. Tilgangene beror på forskellige ontologiske værdier,

da subjektet anses som undertrykt i kritisk teori, hvor subjektet tildeles agens og anskues som handlekraftig i kritisk psykologi.

Ved at positionere os inden for kritisk teori kan vi undersøge betydningen af (potentielt undertrykkende) samfundsmæssige betingelser i henhold til psykiatriske diagnoser, og drage nytte af en emancipatorisk tilgang, hvormed vi kan bidrage til at skabe nye forståelser med vores informanter. Ved at supplere denne tilgang med perspektiver fra kritisk psykologi kan vi indsamle førstepersons-perspektiver på oplevelser, erfaringer og perspektiver på psykiatriske diagnoser, og undersøge hvordan subjekter forholder sig til livet med en psykiatrisk diagnose. Ved at kombinere tilgangene får vi mulighed for at undersøge forholdet mellem subjekt og samfund i forhold til psykiatriske diagnoser, og vi kan dermed skabe en analyse, som er både samfundsorienteret og subjektnær.

## **2.2 Anerkendelsesteori**

I dette afsnit redegør vi for den kritisk teoretiske teori, *anerkendelsesteorien*, med udgangspunkt i Honneths definition. Teorien og dens begrebsliggørelse af anerkendelse og krænkelse giver os mulighed for at afdække, hvilke samfundsmæssige forhold og strukturer der kan virke mulighedsskabende og begrænsende for vores informanter med psykiatrierfaring. Teorien giver desuden indblik i, hvordan selvforholdet hos vores informanter med psykiatrierfaring skabes og (re)produceres, som følge af de intersubjektive kontekster de indgår i eller har indgået i.

### 2.2.1 Kamp om anerkendelse

Axel Honneth er tysk sociolog og filosof, og anses som repræsentant for tredje generation af kritisk teori. Videnskabsteoretisk er Honneth placeret inden for rammerne af socialfilosofien; en disciplin med hvilken der ønskes et normativt fundament for mellemmenneskelige udsagn og observationer samtidig med at der hviles på et empirisk informeret grundlag (Willig i Honneth, 2003). Som nævnt, positionerer Honneth sig i forhold til den tidlige kritiske teori, og han forsker i individets søgen efter anerkendelse som selvstændigt teoretisk felt inden for nyere kritisk teori (Honneth, 2006). Dermed inddrager han menneskers personlige, indre verden som en del af det ontologiske grundlag i kritisk teori, da han mener at 'samfundets patologier' kan bestemmes ud fra hvor der er manglende anerkendelse (Elling, 2013).

I Honneths hovedværk, *Kamp om anerkendelse*, præsenterer han anerkendelse som forudsætning for individers mulighed for selvrealisering. Med afsæt i filosof G. Hegels anerkendelsesbegreb og læge D. W. Winnicotts objektrelationsteori udviklede han anerkendelsesteorien, da han mente at deres forståelser af anerkendelse i relation til mor-barn-forhold, simplificerede kompleksiteten af anerkendelse som fænomen (Honneth, 2006; Marin, 2009). Ifølge Honneth, ser både Hegel og Winnicott den kærlighedsmæssige anerkendelse som den primære og mest betydningsfulde form for anerkendelse. Honneth er enig i, at denne form for anerkendelse er altafgørende, da den er medskabende for individers opbygning af basal selvtillid. Han mener dog ikke, at anerkendelse fra primærrelationerne kan strække sig til individers øvrige relationer, hvorfor han påpeger, at det er væsentligt for individet at opleve anerkendelse i andre kontekster end i den nære (Honneth, 2006; Marin, 2009). Honneth mener, at anerkendelse bør forstås forskelligt i forskellige kontekster, hvorfor han har skabt en teori som opdeler anerkendelsesbegrebet i tre sfærer; privatsfæren, den retslige sfære og den solidariske sfære (Honneth, 2006). Sfærerne skal forstås som kontekster, individer færdes og har betydning i, samt indflydelse på, og opdelingen af de tre sfærer understøtter at anerkendelse må erfares og forstås forskelligt på tværs af kontekster.

### 2.2.2 De tre sfærer

*Privatsfæren* omfatter den kærlighed og omsorg, der opleves i kærligheds- og familieforhold, samt venskabelige relationer. Anerkendelse i privatsfæren opnås, når der er følelsesmæssig opmærksomhed og gensidig afhængighed mellem flere individer i forhold til opfyldelse af behov. Gennem følelsesmæssig bekræftelse og opmuntring bliver individet i stand til at udtrykke sig og anse sig selv som én, der kan indgå i sociale fællesskaber og samfundsmæssige forhold. Når anerkendelse i privatsfæren opnås, skabes forudsætningen for udvikling af individets basale selvtillid, hvilket danner et essentielt grundlag for, at individet kan deltage i det offentlige liv på vellykket vis (Honneth, 2006).

*Den retslige sfære* omhandler individets mulighed for handlefrihed og mødet med dets samfundsmæssige rettigheder. Ved anerkendelse i den retslige sfære får individet mulighed for at realisere egen autonomi og erhverve "... en samfundsmæssig beskyttelse af sin menneskelige værdighed" (Honneth, 2006: 148). Honneth påpeger dog, at den samfundsmæssige beskyttelse begrænses i samfund, hvor rettigheder ikke er fordelt lige. Han mener, at et individ kun kan betegnes som bærer af rettigheder ved at anerkende andres



rettigheder, og ved samtidig at have samfundets fordeling af rettigheder og pligter, samt de dertilhørende sociale normer, for øje (Honneth, 2006).

*Den solidariske sfære* dækker over politiske, kulturelle og arbejdsmæssige fællesskaber (Honneth, 2006). Anerkendelse i den solidariske sfære opnås ved at individer indgår i fællesskaber, opnår samhørighed, og oplever at kunne bidrage positivt til fællesskabet eller samfundet med egne unikke evner, kvaliteter og præstationer. Ifølge Honneth er anerkendelsesværdige evner og kvaliteter kulturelt bestemt: ”*Et samfunds kulturelle selvforståelse angiver kriterierne for den sociale værdsættelse af personer, idet deres muligheder og præstationer bliver intersubjektivt vurderet med hensyn til at realisere de kulturelt definerede værdier*” (Honneth, 2006: 164).

### 2.2.3 Selvforhold og krænkelserformer

Trods anerkendelse fremtræder forskelligt i de tre sfærer, indgår de i et fælles socialiseringsmønster, hvorfor ingen af sfærene kan forklares uden at referere gensidigt til hinanden. Såfremt et individ skal danne et positivt selvforhold, må der opnås anerkendelse i alle tre sfærer, da anerkendelsesformerne skaber forudsætninger for udvikling af essentielle egenskaber hos individet; i privatsfæren skabes *selvtillid*, i den retslige sfære skabes *selvrespekt*, og i den solidariske sfære skabes *selvværdsættelse* (Honneth, 2006). Hvis anerkendelse i én sfære ikke realiseres opstår der uligevægt mellem anerkendelsesformerne, hvorved et positivt selvforhold, som er grundlæggende for udvikling og identitetsdannelse, ikke kan skabes (Honneth, 2006).

Til hver sfære hører en korresponderende *krænkelserform*, som opstår ved mangel på anerkendelse i den pågældende sfære. I privatsfæren opstår krænkelser, når den grundlæggende selvtillid og fysiske integritet skades eksempelvis ved misbrug, svigt, voldtægt og tortur. I den retslige sfære er der tale om krænkelser, når handlefrihed indskrænkes eller rettigheder frarøves eksempelvis ved diskrimination, marginalisering og undertrykkelse. I den solidariske sfære opstår krænkelser, når social status nægtes eller evner og færdigheder ikke anerkendes eksempelvis ved eksklusion, stigmatisering, nedværdigelse og fornærmelse (Honneth, 2006).

## 2.3 Menneskelig livsførelse

I dette afsnit redegør vi for de kritisk psykologiske begreber, *daglig livsførelse* og *handleevne*, med udgangspunkt i Klaus Holzkamps definition og suppleret med perspektiver fra Charlotte Højholt og Ernst Schraube. Holzkamp (1927-1995) var tysk psykolog, og anses som førende skikkelse inden for den kritisk psykologiske tradition. Formålet med hans forskning var at frigøre mennesker fra det kapitalistiske samfunds undertrykkelse, ved at gøre dem i stand til at påvirke egne livsvilkår under de samfundsmæssige betingelser. Holzkamp forsøgte blandt andet at bidrage til menneskelig frigørelse med sine versioner af begreberne daglig livsførelse og handleevne (Jartoft, 1996). I Danmark har blandt andre professorerne i psykologi, Højholt og Schraube, videreført kritisk psykologi, og søger med deres fælles værk, *Psychology and the Conduct of Everyday Life*, at begribe menneskets subjektive livsførelse i relation til dets sociale omverden (Højholt & Schraube, 2015).

Ved at anvende begrebet daglig livsførelse kan vi opnå forståelse for, hvordan vores informanter oplever sociale strukturer og betingelser i deres hverdagsliv, samt hvordan de beskriver og forholder sig til samfundsmæssige problemstillinger. Begrebet daglig livsførelse benyttes til at belyse subjektiv viden fra vores informanter, hvorved vi kan opnå viden om samfundsmæssige problemstillinger og dilemmaer (Højholt & Schraube, 2015). Ved at supplere daglig livsførelse med handleevne-begrebet øges vores forståelse af, hvad der skaber, udvikler og forandrer menneskers daglige livsførelse. Begrebet handleevne anvendes endvidere til at begribe vores informanters individuelle handlinger, og skabe forståelse for hvordan psykiatriske diagnoser muliggør og begrænser individets handlemuligheder (Holzkamp, 2013).

### 2.3.1 Daglig livsførelse

Menneskers liv består af kollektive processer, hvor individer (re)producerer deres hverdagsliv ved gentagne daglige aktiviteter, rutiner, vaner og sociale forhold. Da individer lever sammenvævet med andre, foregår aktiviteter, rutiner og vaner ikke som individuelle projekter, men som noget der dannes og opretholdes i relation til andre individer og deres daglige livsførelse (Højholt & Schraube, 2015). Med henblik på at skabe forståelse for, hvordan individer deltager og udvikler sig i og på tværs af forskellige samfundsmæssige kontekster, har teoretikere, som positionerer sig inden for kritisk psykologi, skabt begrebet daglig livsførelse. Højholt og Schraube tillægger begrebet følgende betydning:

*“The importance of the conduct of everyday life for psychology lies in its conceptual relevance in exploring and understanding the everyday activities of individual subjects to organize, integrate and make sense of the multiplicity of social relations and contradictory demands in and across the different contexts in which they are engaged in their daily life”*

(Højholt & Schraube, 2015: 1).

Holzkamp beskriver, at der er forskel på begreberne livsførelse (conduct of life) og daglig livsførelse (conduct of everyday life). *Livsførelse* afhænger af individets livshistorie og påvirkes af de forandringer, der sker gennem livet. *Daglig livsførelse* anskues som en separat, dag-til-dag-orienteret proces, og er dermed uafhængig af individets livshistorie (Holzkamp, 2015). Dermed henviser daglig livsførelse til måden hvorpå et individ arrangerer og organiserer sit liv, ved eksempelvis at repetere aktiviteter, der anses som en nødvendighed i livet: *“The routinization (...) is in a certain sense essential, i.e., indispensable to life, it arranges things so that ‘life goes on’”* (Holzkamp, 2015: 69).

Holzkamp understreger, at selvom daglig livsførelse ofte indebærer repetitive aktiviteter, sker aktiviteterne ikke af sig selv, hvorfor individet altid må have en aktiv rolle i udførelsen. Det gælder også aktiviteter som bygger på udefrakommende krav, eksempelvis når et individ skal stå op klokken 07.00 for at tage på arbejde, er individet nødsaget til at tage et aktivt valg om at stå op eller blive i sengen. Hertil påpeger Holzkamp, at individet altid har en vis grad af frihed og autonomi i forhold til dets livsomstændigheder (Holzkamp, 2015). Af den grund fremhæver han, at daglig livsførelse aldrig er stationær, men er en dynamisk proces der konstant må reetableres og beskyttes mod udefrakommende forstyrrelser. Holzkamp understreger, at livet ikke er en endimensionel proces, og derfor vil individet møde modsætningsfyldte forhold og udefrakommende krav fra forskellige sfærer i livet, og disse må individet forsøge at organisere, opsætte prioriteringer til og indgå kompromiser omkring (Holzkamp, 2015). Han beskriver fordringen om individets aktive rolle således:

*“The active effort that we have to make to lead our everyday lives can thus be characterized as an active integration of various “demands” from the respective domains of daily life that is manifested in different ways at different levels of demand”* (Holzkamp, 2015: 70).

Holzcamp forklarer, at måden hvorpå individet forholder sig til udefrakommende krav, er præget af individuel logik, da kravene fra livets sfærer, integreres og fortolkes af det enkelte individ. Individets fortolkning af og forhold til udefrakommende krav, udvikles som regel i henhold til de krav, der er relevante i forhold til opretholdelse af individets egen daglige livsførelse (Holzcamp, 2015).

### 2.3.2 Handleevne

Holzcamp har arbejdet med begrebet *handleevne (agency)* med henblik på at skabe forståelse for menneskelig subjektivitet, og for betydningen af at handlinger, som følge af bestemte samfundsmæssige betingelser, både kan muliggøre og begrænse individets hverdagsliv. Et individs handleevne defineres ud fra forholdet mellem individet og samfundsskabende aktiviteter, hvorfor en handleevne ikke anses som værende iboende individet, men som en faktor der klarlægger individets muligheder for indflydelse på dets (samfundsmæssige) livsbetingelser (Holzcamp, 2013). Holzcamp beskriver, at udfaldet af handlinger er afhængigt af konkrete kontekster, og en handleevne anses derfor ikke som determinerende for udfald. Holzcamp eksemplificerer, at andres opfattelser af et individs handlinger kan påvirke det endelige udfald, og at svære situationer kan medføre handlingslammelse (Holzcamp, 2013). En handleevne anses som afgørende for individers psykiske velbefindende, da den medvirker til at individer har rådighed over deres livsbetingelser.

Holzcamp definerer desuden delbegreberne *udvidende-* og *restriktiv handleevne* med henblik på, at skabe forståelse for det mulighedsskabende og begrænsende. Den udvidende handleevne henviser til de handlinger, som enten skaber eller ændrer et individs livsbetingelser. Et individ der udfører handlinger ud fra den udvidede handleevne, har en overbevisning om, at handlingen principielt ikke vil forværre dets livsbetingelser. Den udvidende handleevne fordrer, at individet udfører handlinger, der højner dets livskvalitet, hvilket ofte kræver konfrontationer med magtrelationer. En central pointe omkring udvidende handleevne er, at individet skal kunne handle på måder, der rækker ud over det umiddelbare ved eksempelvis at handle på motiver der ligger længere ude i fremtiden, selvom det betyder at individet skal handle på noget, som vedkommende ikke har lyst til i momentet. Ved den udvidede handleevne er det en præmis, at det ikke er individuelle interesser der efterstræbes,

men i stedet en kollektiv forbedring af livsbetingelser, da disse anses som værende sammenkoblet med andre mennesker og samfundet som helhed. Hvis et individ udelukkende handler ud fra egne interesser, vil andre individer uundgåeligt blive undertrykt og potentialet for samarbejde mindskes (Holzkamp, 1979c i Holzkamp, 2013).

Den restriktive handleevne henviser til omstændigheder, hvor et individ må indordne sig og fastholde sine nuværende (begrænsede) handlemuligheder. Det er ikke nødvendigvis negativt, når et individ må handle ud fra den restriktive handleevne, da der som oftest er en fornuftig årsag til, at et individ ikke forsøger at intervenere og ændre sine livsbetingelser. Et manglende forsøg på ændring vil dog over tid resultere i en accept af det magtforhold, som er iboende de begrænsede handlemuligheder (Holzkamp, 2013). I hverdagslivet indordner individer sig ofte et utal af betingelser, da det kan kræve meget at tænke på fremtidsudsigter, og individer derfor gerne vil undgå det - Et eksempel herpå kan være, at et individ har ondt i benet, men stadig iler til toget for at komme på arbejde. Derved accepterer individet den begrænsende præmis og sætter ikke nødvendigvis spørgsmålstegn ved, hvorfor eget velbefindende tilsidesættes til fordel for arbejdslivet (Holzkamp, 2013). I situationen kan der argumenteres for at være en forståelig årsag til, at individet indordner sig den begrænsende præmis, og situationen er derfor et eksempel på, hvordan situerede, samfundsmæssige omstændigheder kan være afgørende for, hvorvidt et individ vil forsøge at ændre sine livsbetingelser.

## **2.4 Specialets samlede begrebsapparat**

I det følgende opsummeres specialets teoretiske begrebsapparat, og vi uddyber, hvordan de udvalgte teorier og begreber indgår i et samspil og supplerer hinanden. Honneths anerkendelsesteori og Holzkamps definitioner af daglig livsførelse og handleevne er relaterede koncepter, som understøtter hinanden i ønsket om at skabe forståelse for, hvordan samfundsmæssige forhold påvirker individet. Teorierne er fokuseret omkring, hvordan social anerkendelse og individuel handleevne påvirker individets liv og trivsel ud fra grundlæggende overbevisninger om, at anerkendelse er afgørende for udvikling af et positivt selvforhold, og at handleevne er en nødvendighed for at kunne skabe rådighed over egen tilværelse.

Med anerkendelsesteorien får vi mulighed for at afdække, hvilke samfundsmæssige strukturer og betingelser, der kan være mulighedsskabende og begrænsende for vores informanter med psykiatrierfaring, samt i arbejdet som psykiater. Teorien giver os desuden mulighed for at undersøge, hvordan informanternes selvforhold påvirkes af sociale kontekster, og hvilke situationer der kan føre til krænkelse af individet. Med Holzkamps definitioner får vi mulighed for at afdække, hvordan informanternes daglige livsførelse og handleevne påvirkes af deres omgivelser. Med disse definitioner får vi mulighed for at gå mere subjektnært til værks ved at undersøge, hvordan vores informanter forholder sig til og navigerer i de samfundsmæssige betingelser.

I anerkendelsesteorien fremtræder individet forholdsvis passivt i forhold til at kunne ændre egne betingelser, ligesom individet fremstår afhængigt af andre mennesker i skabelsen af sit selvforhold. Ved at inddrage Holzkamps definitioner af daglig livsførelse og handleevne tilføjes et aktørperspektiv, hvormed informanterne fremstår som aktive deltagere i egne liv, og deres individuelle bestræbelser kan komme til syne. I overensstemmelse med vores videnskabsteoretiske forståelsesramme muliggør samspillet af teorierne, at vi kan udarbejde en analyse, som både forholder sig til samfundsmæssige forhold og subjektnære erfaringer.

### **3. METODISK RAMME**

I følgende afsnit udfoldes den metodologiske ramme yderligere og de metodiske valg for, hvordan vi har arbejdet os fra problemformulering til konklusion, præsenteres. Afsnittet omfatter den metodiske fremgangsmåde, arbejdet med semistrukturerede interviews, samt vores etiske overvejelser, og indeholder løbende afgrænsninger i forhold til valg og brug af metode.

#### **3.1 Metodisk fremgangsmåde**

Specialet er påbegyndt som en kritisk nysgerrighed på, hvilke muligheder og begrænsninger individer oplever, når de tildeles en psykiatrisk diagnose, samt hvilken rolle samfundsmæssige betingelser spiller hertil - betingelser der kan være undertrykkende for individers handlings- og udviklingsmuligheder (Nielsen, 2020). Med inspiration fra den abduktive forskningstilgang har vi indledningsvist skabt en fælles erkendelse af vores forudgående viden om emnet (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne viden består blandt andet af vores personlige og arbejdsmæssige forforståelser, som vi, i tråd med vores kritisk teoretiske tilgang, har haft for øje i en erkendelse af, at vores forudgående viden har været med til at forme specialet (Elling, 2013). Vores forforståelser er endvidere videnskabeligt forankret og udviklet gennem studietiden. Vi har været særligt inspireret af Axel Honneths anerkendelsesteori og forståelse af, at menneskers selvforhold skabes i dialektiske samspil med omverdenen (Honneth, 2006). Med Honneth har vi tilføjet en teoretisk nysgerrighed til specialets fokus omhandlende, hvordan det mulighedsskabende og begrænsende ved psykiatriske diagnoser påvirker individers selvforståelse. Omend vi har haft denne teoretiske opmærksomhed, har vi med træk fra den induktive forskningstilgang, søgt mod at holde os åbne overfor empirien og lade den være med til at guide vores undersøgelse (Kvale & Brinkmann, 2015). Kombinationen af forforståelserne og vores videnskabelige forhåndsviden har været med til at skabe afsættet for den samlede undersøgelse, og afspejler sig i specialets problemformulering og arbejdsspørgsmål.

I specialet skaber problemfeltet og præsentationen af de samfundsmæssige betingelser et udsnit af den samfundsmæssige virkelighed, som vi ved hjælp af teoretiske perspektiver udfordrer med forskellige subjektive synsvinkler derpå (Nielsen, 2020). Suppleret med et kritisk psykologisk perspektiv, betragter vi interviewsituationen som en fælles handlingskontekst, hvorigennem vi kan opnå førstepersons-perspektiver på det diagnostiske

paradoks (Nielsen, 2007; Schraube, 2010). Vi har i første omgang interviewet individer, som har fået tildelt psykiatriske diagnoser jævnfør WHO's ICD-10, kapitel 5 (ICD-10, 2019), og har erfaring med både udredning og behandling i psykiatrisk regi. Valget af informanter er faldet på unge voksne i aldersspændet 18-35 år, fordi der, som nævnt indledningsvist, forekommer ganske lidt forskning og viden herom. Desuden repræsenterer disse år en overgang fra ungdomslivet til etablering af et selvstændigt voksenliv, og større udviklinger som disse, har stor betydning for menneskers selvforhold (Honneth, 2006).

Vores informanter med psykiatrierfaring er både anerkendende og kritiske overfor nutidens diagnosesystem og psykiatri, hvorfor vi har været nysgerrige på at præsentere deres perspektiver for psykiatere, som repræsenterer de samfundsmæssige betingelser qua deres arbejde. Da informanterne med psykiatrierfaring italesætter forskelligartede perspektiver, har vi opsøgt psykiatere, som også repræsenterer forskellige perspektiver på nutidens psykiatriske regi og diagnosesystem, og som umiddelbart har forskellige forståelser af og tilgange til deres arbejde. Derved søger vi at præsentere den variabilitet, der kan forekomme blandt psykiatere, som umiddelbart har samme uddannelsesmæssige udgangspunkt og funktion i det psykiatriske system. Vi har rekrutteret informanterne med psykiatrierfaring, Amalie og Anton, samt den ene psykiater, Torben, gennem vores netværk. Den anden psykiater, Theis, har vi rekrutteret som følge af en bred orientering i den mere kritiske del af feltet, som han repræsenterer.

### **3.2 Interviews og interviewguides**

De kritiske videnskaber ledes af en emancipatorisk erkendelsesinteresse, og med afsæt i emancipatorisk aktionsforskning, har vi afholdt fire semistrukturerede interviews, med hvilke vi søger frigørende indsigt i den umiddelbart fremtrædende samfundsmæssige virkelighed (Nielsen, 2020; Jartoft, 1996). Den aktions-orienterede forskning “...*encourages the interviewees to participate in such a way that they too are empowered to become researchers in their own lives as well*” (Nielsen, 2007: 219). Gennem interviewsituationerne skaber vi potentielt set rum til, at vores informanter kan (videre)udvikle deres forståelser af de muligheder og begrænsninger, som kan følge med en psykiatrisk diagnose, og den påvirkning psykiatrierfaring har på informanternes selvforståelse. Interviewene forløber som interaktioner mellem vores forhåndsskabte interviewguides, og informanternes svar, hvilket



fordrer at informanterne fortæller frit inden for rammerne af vores temaer, og vi kan følge deres opmærksomheder (Kvale & Brinkmann, 2015).

Med træk fra Habermas (Elling, 2013) er udgangspunktet for interviewene forskellige; som informanter med psykiatrierfaring har Amalie og Anton afsæt i deres individuelle livsverdenkontekster, hvorimod Theis og Torben har afsæt i deres (individuelle) systemiske kontekster. Derfor har vi skabt to interviewguides opdelt i forsknings- og interviewspørgsmål. *Forskningsspørgsmålene* fungerer som overordnet struktur for en længere række temaer, og *interviewspørgsmålene* består af korte, letforståelige spørgsmål, hvormed vi kan opnå viden om informanternes konkrete og umiddelbare oplevelser og perspektiver (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Forskningsspørgsmålene til Anton og Amalie er skabt på baggrund af vores forudgående, kritiske nysgerrighed og teoretiske opmærksomheder med afsæt i oplevelser, der har skabt handlemuligheder eller været begrænsende, samt forhold der belyser, hvordan deres psykiatrierfaring har påvirket deres selvforståelse. Forskningsspørgsmålene til Amalie og Anton er fokuseret om følgende temaer: *muligheder og begrænsninger, selvforståelse og inddragelse af ressourcensyn*. Efterfølgende har vi skabt en interviewguide til interviewene med psykiaterne Theis og Torben med henblik på at belyse de oplevelser og perspektiver, som Anton og Amalie italesætter. Videreudviklingen har resulteret i følgende temaer: *individets handlemuligheder og ressourcer, identitet og selvforståelse og nutidens diagnosesystem og psykiatri*, og interviewspørgsmålene består i høj grad af konkrete udtalelser fra Anton og Amalie. Formålene med begge interviewguides står yderligere beskrevet i bilag 1.

Vi har rammesat interviewsituationerne med en præsentation af specialets fokus, formål samt informanternes rettigheder, og haft en indledningsvis nysgerrighed på deres person og private eller professionelle udgangspunkt, for at danne en relation og skabe rum for en afslappet og åben samtale. Undervejs har vi kontekstualiseret og understøttet spørgsmål med dagligdags- og samfundsmæssige eksempler. Vi har stillet opfølgende og uddybende spørgsmål for at få afklaret eventuelle misforståelser eller opnå specifikke eksempler på det sagte, hvormed vi, i et dialogisk spænd, har søgt at skabe fælles erkendelser samt en højere grad af validitet i undersøgelsen (Elling, 2013).

Vores interviewguides er udarbejdet med tanke for, at hvert interview har haft en varighed af cirka en time, blandt andet grundet tidsmæssige bagkanter hos informanterne. I kraft af vores semistrukturerede tilgang har vi bevidst skabt mange interviewspørgsmål for at kunne runde samtlige forskningsspørgsmål på måder, som har givet mening i interviewsituationerne og for informanterne. Vi oplevede dog i praksis, at sidde tilbage med flere spørgsmål, som vi ikke nåede at få svar på - både fordi vi skulle kontekstualisere flere spørgsmål end forventet, og fordi informanterne havde længere beskrivelser af deres oplevelser og erfaringer end forudset. Da vi ønskede at tale om samme temaer med Amalie og Anton, samt Theis og Torben, valgte vi ikke at revidere de to interviewguides undervejs.

### **3.3 Transskriptioner**

Efter interviewene har vi gennemlyttet lydoptagelserne og valgt at transskribere de dele, som har været relevante for specialets problemorientering. Vi har transskriberet passager, der belyser aspekter af det mulighedsskabende og begrænsende ved psykiatriske diagnoser, samt udtalelser, der illustrerer, hvilken påvirkning psykiatrierfaring har for informanternes selvforståelse. Derved har vi udvalgt empiriske eksempler, som formår at belyse og nuancere forhold, der kan fremstå paradoksale. Ved nogle interviewspørgsmål har vi kun medtaget essensen, og for informanterne med psykiatrierfaring har vi undladt at transskribere passager, som de enten har frabedt sig at få med i specialet eller som er orienteret omkring deres specifikke diagnoser. Ud fra et fælles transskriptionsskema, har vi skabt plads til både kontekst og nuancer af det sagte, og været loyale over for de empiriske udsagn ved at medtage gentagelser, lydord og grin. Vi har søgt at få den væsentligste kvalitet ud af det empiriske materiale, hvilket betyder at vores analyse- og fortolkningsprocesser af empirien allerede er foregået under transskribering. I transskriptionerne er vi præsenteret som interviewer 1 (I1) og interviewer 2 (I2), og informanterne ved de aliaser vi har givet dem: Anton, Amalie, Theis og Torben. Nedenstående viser transskriptionsinstrukserne:

Betydning	Tegn
Ved længere pauser	...
Når dele af det sagte udelades i transskription	(...)
Fyldord, f.eks. “øhm” og “såå”	Skrives som det lyder
Gengivelse af ord, f.eks. “ja ja ja”	Skrives som det siges
Hvis der lægges tryk på et ord eller noget siges højlydt	STORE BOGSTAVER
Brug af replikker eller tankekonstruktioner	‘sætning’
Grin, suk, stilhed, anerkendende lyd m.m.	*reaktion*
Hvis vi censurerer ord eller sætninger, selv forklarer en situation eller indsætter ord af forståelsesmæssige årsager	[ord]
Hvis vi gætter os frem til et ord	Ord efterfulgt af (?)
Hvis vi kun medtager essensen af et spørgsmål, og dermed udelader irrelevante fyldord	(ikke ordret)
Løbende tidsangivelser	((10.12))

### 3.4 Etiske overvejelser

Som en del af vores kvalitative metodearbejde har vi haft en række etiske overvejelser for øje, hvilke er fremskrevet herunder for at skabe transparens.

#### 3.4.1 Formaliteter og rettigheder

Det har været væsentligt, at informanternes deltagelse har været frivillig, hvilket vi blandt andet har sikret ved at hverve gennem vores netværk. Vi har desuden oplyst detaljeret om de formelle præmisser for interviewene, samt orienteret om disses formål og forløb inden informanternes accept af deltagelse. Ved interviewenes start har vi lydoptaget informeret samtykke fra samtlige informanter for at undgå misforståelser og tydeliggøre hvad de deltager i, under hvilke omstændigheder, samt hvordan deres udtalelser anvendes efterfølgende (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi har orienteret dem om deres rettigheder vedrørende fortrolighed og anonymitet, og oplyst dem om, at personfølsomme og identificerbare oplysninger anonymiseres (Kvale & Brinkmann, 2015). Disse oplysninger er censureret i samtlige interviewguides og transskriptioner. Vi har tilbudt informanterne at

sende deres respektive lydoptagelse, og givet dem mulighed for at melde tilbage inden for én uge efter afholdelse af interviewene, såfremt de har ønsket at trække udtalelser tilbage (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi har desuden gjort det klart at specialet gøres offentligt tilgængeligt, at samtlige lydoptagelser slettes efter afleveringen og forsvaret af specialet, og at vi derefter sender specialets hovedpointer.

### 3.4.2 Lokationer og (magt)relationer

For at imødekomme informanternes behov og skabe tryghed, har vi ladet det være op til dem at bestemme lokationerne for deres respektive interviews. Vi har i den forbindelse været bevidste om, at der er indlejret magt i fysiske rum og artefakter, og at denne magt eller afmagt sættes i spil i vores indtræden på forskellige lokationer. Interviewet med Amalie blev afholdt som et online videointerview, da hun af tidsmæssige årsager ikke kunne mødes med os fysisk. Med Amalie blev den nonverbale, kropslige kommunikation vanskeligere at tyde, og vi kom til at tale i munden på hinanden, hvilket resulterede i unaturlige overgange mellem spørgsmål og svar. Interviewet med Anton blev afholdt i hans private hjem efter hans ønske, hvilket formentlig har skabt trygge rammer for ham, og det viste sig at være en fordel for os, at vi kunne drage paralleller til hans hjem og dets artefakter. Desuden havde Anton en hund ved sin side under hele interviewet, hvilket antageligt også har skabt tryghed i situationen. Generelt var vi meget opmærksomme på vores indtræden i Antons fysiske privatsfære, og forsøgte ikke at indtage for meget plads i rummet. Interviewene med Theis og Torben blev afholdt på deres respektive arbejdspladser på deres kontorer, hvorved interviewene foregik direkte i den praksis, vi beskæftiger os med i specialet. Derved fik vi indblik i den kontekst, som individer møder ved udredning og behandling. I den forbindelse var vi opmærksomme på, hvordan vi sad i forhold til psykiaterne, og hvordan kontorerne og de tilstødende venteværelser var udsmykket med billeder og planter. Disse observationer har bidraget til vores viden om, hvilke samfundsmæssige strukturer og magtforhold der kan møde individer, som er tilknyttet psykiatrisk regi.

Vi har desuden været opmærksomme på, at Amalie har en uddannelses- og arbejdsmæssig baggrund inden for det psykologiske og psykiatriske felt. Derfor italesatte vi overfor hende, at hun, i interviewet, gerne måtte forholde sig til spørgsmålene som informant med psykiatrierfaring, omend vi er bevidste om at det formentlig ikke har kunne lade sig gøre ved alle spørgsmål. Hun foreslog dertil, at hun selv kunne italesætte, når hun skiftede fra Amalie

med psykiatrierfaring til Amalie som fagprofessionel. Derved har vi kunne skelne mellem hendes ståsteder, omend vi ikke mener, at disse kan adskilles helt og forstås isoleret.

### 3.4.3 Forskerposition

Undervejs i empiriskabelsen har vi været særligt opmærksomme på vores forskerposition. Qua specialets kritiske og refleksive udgangspunkt har vores rolle været at skabe rum til at afdække mulighedsskabende og begrænsende samfundsbetingelser i samspil med de berørte personer i relation til den beskrevne virkelighed (Elling, 2013). For specialet gælder det vores informanter, som på forskellig vis relaterer til psykiatriske diagnoser og dét der medfølger. Vi ser viden som værende kontekstuel i relation til den samfundsmæssige virkelighed, og i samspil med informanterne har vi skabt intersubjektiv erkendelse og vidensdannelse. Derved har vi sammen udforsket og potentielt set forandret informanternes (syn på deres) livsbetingelser (Højholt & Schraube, 2015; Nielsen, 2007).

Ved interviewenes begyndelse benævnte vi vores kritiske indgangsvinkel til undersøgelsen og uddybede undervejs med potentielt undertrykkende samfundsbetingelser, men vi forsøgte ikke at give vores personlige holdninger til kende. Omend vi skabte fælles refleksioner over betingelsernes påvirkning på diagnosticerede individer, lod vi det være op til informanterne at tillægge deres holdninger og perspektiver (positiv eller negativ) værdi (Nielsen, 2007). Vi skabte rum til, at understøtte Antons og Amalies selvrefleksion i henhold til deres samfundsmæssige position og mulige undertrykkelse, og forsøgte at skabe (yderligere) bevidsthed om forhold, der kan opleves begrænsende og undertrykkende for individer med psykiatrierfaring under interviewene med Theis og Torben. I den forbindelse præsenterede vi samfundsmæssige perspektiver, som vores informanter ikke var bevidste om eller bekendte med før interviewene. I interviewet med Anton oplyste vi ham eksempelvis om, at det ikke er muligt at få slettet en psykiatrisk diagnose fra sin journal, hvormed vi bevidstgjorde Anton om en betingelse, der kan fremstå undertrykkende. Ved at give plads til informanternes umiddelbare reaktioner på (nye) indsigter, opstod der situationer, hvor vi yderligere skulle tilpasse os informanternes behov og sindstilstande. Vi oplevede eksempelvis at Amalie havde brug for at tænde en cigaret, førend hun kunne besvare et - for hende - ømtåleligt spørgsmål, og Anton bad os stoppe optagelsen undervejs, fordi han blev følelsesladet og ønskede at fortælle os detaljer, som ikke skulle med i lydoptagelsen.

For at møde Anton og Amalie på respektfuld vis spurgte vi desuden ind til, hvordan de ønskede at vi italesatte deres psykiatriske diagnose og psykiatriske diagnoser generelt. Ved at lade vores italesættelse være op til dem, forsøgte vi at undgå at omtale psykiatriske diagnoser ud fra en bestemt samfundskategorisering eller diskurs præget af normative forståelser, som ikke ligger i forlængelse af Antons og Amalies egne forståelser.

### 3.5 Analysestrategi

For at sikre en systematisk tilgang til vores analysearbejde, har vi ladet os inspirere af psykologerne Virginia Braun og Victoria Clarkes version af den *tematiske analyse*, som opsætter overordnede retningslinjer i forhold til identificering og analyse af temaer i større mængder af empiri (Braun & Clarke, 2006). Ifølge Braun og Clarke består det tematiske analysearbejde af en konstant vekselvirkning mellem den komplette empiriindsamling, kodede uddrag fra empirien, som skal analyseres, og selve analysen som produceres. Med dette afsæt, har vi skabt en dynamisk analyseproces, hvor vi har bevæget os frem og tilbage, og i høj grad tilpasset os empirien (Braun & Clarke, 2006).

Med henblik på at sikre størst mulig fortrolighed med vores empiri, har vi begge arbejdet med transskriberingerne af alle fire interviews. Efterfølgende har vi gennemlæst al empiri med henblik på at finde hovedtemaer på tværs af interviewene; i første omgang på tværs af de to interviews med informanterne med psykiatrierfaring, dernæst på tværs af de to interviews med psykiaterne, og til slut på tværs af alle fire interviews. Efter grundig bearbejdning af alle interviewene har vi opsat følgende indledende temaer på baggrund af emner, der blev belyst i alle interviewene: *muligheder*, *begrænsninger*, *ressourcer* og *selyforståelse*. Efterfølgende har vi genbesøgt empirien med henblik på at farvekode passager, der kunne sammenkædes med de indledende temaer. I takt med påbegyndelsen af vores analytiske skriveproces, har vi skabt et bredere kendskab til vores empiri, hvormed vi har udspecificeret temaernes titler og kvalificeret temaerne yderligere. Med denne udvikling har vi skabt en række undertemaer, og herefter videreudviklet titlerne til vores overordnede temaer med henblik på at indkapsle undertemaernes indhold. Disse tre titler er blevet de endelige hovedtemaer i vores analyse: *Et systemorienteret tilbageblik*, *Diagnosernes funktion*, samt *Et samfundsmæssigt perspektiv*. Vores hoved- og undertemaer er fremkommet i spændet mellem vores overordnede teoretiske nysgerrighed omkring muligheder og begrænsninger ved psykiatriske diagnoser, og mødet med vores informanternes førstepersons-perspektiver, hvilket har resulteret i en identifikation af

temaer, som ikke kun er interessante i et teoretisk perspektiv, men også afspejler praksis på en betydningsfuld måde.

Vores analytiske arbejde har været en konstant vekselvirkning mellem empiri og vores udvalgte teorier. I løbet af vores analytiske arbejde er vi med jævne mellemrum vendt tilbage til de forskellige hoved- og undertematikker for at forfine indhold og overskrifter i forhold til hinanden, og derved har den analytiske proces været en dynamisk proces i bevægelse mellem faserne. Det er desuden væsentligt at påpege, at det ikke er enkelte isolerede citater, der har været baggrund for den samlede analyse, omend de fremstår udklippede fra konteksten. Som fordret af både den kritisk teoretiske og kritisk psykologiske tilgang, har vi søgt efter sammenhænge på tværs af forskellige kontekster i informanternes fortællinger, og dermed søgt at forstå informanternes udtalelser i deres respektive kontekster og i sammenhæng med andre oplevelser og erfaringer (Elling, 2013; Jartoft, 1996).

## 4. ANALYSE

I følgende afsnit præsenterer vi indledningsvist vores fire informanter. Da vi ønsker at belyse, hvem Anton og Amalie er foruden deres psykiatriske diagnoser, har vi valgt at introducere de fritidsinteresser, som de selv tillægger værdi. Efterfølgende fremstilles vores analyse struktureret efter de tre førnævnte hovedtemaer: *Et systemorienteret tilbageblik*, *Diagnosernes funktion* og *Et samfundsmæssigt perspektiv*. I de to første afsnit tager vi udgangspunkt i udtalelser fra informanterne med psykiatrierfaring og afslutter med et underafsnit indeholdende perspektiver fra psykiaterne, Theis og Torben. Psykiaternes perspektiver omhandler centrale dele af Antons og Amalies pointer fra det forudgående afsnit. I tredje afsnit sammenblandes citater fra alle fire informanter, da psykiaterne uddyber mange af de samfundsmæssige perspektiver, som informanterne med psykiatrierfaring italesætter.

Formålet med analysen er at opnå indsigt i, hvad der kan opleves mulighedsskabende og begrænsende for individet, der er tildelt en psykiatrisk diagnose, samt at udvikle en forståelse for hvordan psykiatrierfaring påvirker individets selvforståelse. Med inddragelse af udtalelser fra psykiatere, ønsker vi at opnå fagprofessionelle perspektiver på de oplevelser, som vores informanter med psykiatrierfaring belyser. Psykiaterne er repræsentanter for psykiatrisk regi, og derved repræsenterer de relevante og aktuelle samfundsmæssige betingelser, hvormed vi kan kontekstualisere de oplevelser og erfaringer, som informanterne med psykiatrierfaring udtrykker.

### 4.1 Præsentation af informanter

Anton er 32 år og blev diagnosticeret som 18-19 årig. Han bor med sin hund og er ansat i fleksjob. Han er glad for at fotografere, og bruger sin fritid på at spille guitar og gå til kickboksning.

Amalie er 33 år og blev diagnosticeret første gang som 24 årig og et par gange mere i årene efter. Hun bor med sin kæreste og kat, og har en bachelor i psykologi, samt en kandidat i pædagogisk psykologi. Hun har tidligere arbejdet som konsulent i behandlingspsykiatrien med fokus på recovery og afstigmatisering, og i dag arbejder hun som pædagogisk medarbejder på et bosted. Hun er en del af en styregruppe, der beskæftiger sig med eksistentiel psykologi, og benytter sin fritid på at danse, samt skrive og spille musik.



Theis er speciallæge i psykiatri, har egen praksis og beskæftiger sig med børne- og ungdomspsykiatri. Han er optaget af transkontekstuelle perspektiver, der muliggør at nye meningskonstruktioner kan skabes. Han anser psykiatriske diagnoser som 'udvalgte øjebliksbilleder' og foretrækker at udforme 'multidimensionelle beskrivelser' frem for udelukkende diagnostiske beskrivelser, som han mener kan forekomme 'kontekst- og historieløse'.

Torben er speciallæge i psykiatri, fungerer som overlæge ved et psykiatrisk ambulatorium i offentlig regi og beskæftiger sig med voksenpsykiatri. Han anser psykiatriske diagnoser som et arbejdsredskab, der kan hjælpe samfundet med at forstå individer, samt individer med at forstå sig selv. Han mener umiddelbart ikke, at psykiatriske diagnoser er begrænsende, men derimod at de er adgangsgivende for behandlingsmuligheder.

## **4.2 Et systemorienteret tilbageblik**

I dette afsnit analyseres citater fra informanterne med psykiatrierfaring omhandlende oplevelser med at blive tildelt en psykiatrisk diagnose samt forskellige opfattelser af diagnosens betydning. Afsnittet omhandler endvidere informanternes møde med det psykiatriske system samt erfaringer med systemets inddragelse af ressourcer og livshistorie. Det afsluttes med perspektiver fra psykiaterne omhandlende, hvorfor psykiatriske diagnoser bliver attraktive, hvorvidt individets ressourcer og livshistorie bliver og bør blive inddraget i psykiatrisk behandling, samt bevillingssystemets dominans.

### 4.2.1 Oplevelsen af at få tildelt en psykiatrisk diagnose

Anton og Amalie beskriver, at det har været en lettelse at få tildelt en psykiatrisk diagnose:

*Anton: "Det var en meget stor lettelse (...) når man godt selv ved at den er helt gal, men man ikke ved hvad der foregår, og der så er nogen der siger: 'jeg ved godt hvad det er der foregår'".*

*Amalie: "Lige da jeg fik [diagnosen] var det en kæmpe lettelse (...) at der var en tro på, at der kunne gøres noget. Og også at det ikke var normalt at have det sådan her (...) de tre måneder på [psykiatrisk afsnit] var også en stor lettelse".*

I citaterne benytter både Anton og Amalie ordet 'lettelse' til at beskrive deres umiddelbare oplevelse med at blive diagnosticeret. Anton beretter endvidere om en taknemmelighed, især fra hans pårørende, i forbindelse med hans udredning, hvortil han bliver rørt og beder os om at holde en pause i interviewet. Ud fra citaterne tegner der sig et billede af, at den tildelte psykiatriske diagnose har 'lettet' dem fra uvished og magtesløshed, og skabt håb om, at der var hjælp at få. Udtalelserne belyser, at Anton og Amalie har befundet sig i afmægtige situationer, da deres symptomer har begrænset deres daglige livsførelse og sat dem i positioner, hvor de ikke har været i stand til at ændre deres livsbetingelser på egen hånd. Som konsekvens af at Anton og Amalie blev tildelt psykiatriske diagnoser, har de modtaget svar og fået vejledning, som har hjulpet dem med at arrangere deres daglige livsførelse og hertil skabt potentiale for at de kunne handle på måder, som kan forbedre deres livsbetingelser (Holzkamp, 2013; Holzkamp, 2015).

Efter beskrivelsen af lettelse fortæller Anton, at han ville have oplevet det, han betegner som sin 'sygdom', som en begrænsning, uanset om den var blevet tildelt et navn eller ej. Vi fik indtryk af, at Anton nu både havde beskrevet tildelingen af en psykiatrisk diagnose, som en lettelse og en begrænsning, hvilket medfører følgende dialog mellem Anton og os:

I1: *"Hvordan forholder man sig til noget, man både har det godt og skidt med?"*

Anton: *"Er det at have sygdommen eller at have fået stemplet?"*

I1: *"At få stemplet!"*

Anton: *"Det tænker jeg klart der var flest fordele ved (...) Så står der et sted med sort på hvidt, at du skal have noget hjælp, ikke?"*

Ud fra ovenstående lærte vi, at Anton skelner mellem det han betegner som 'sygdom' og det han kalder 'stemplet', som her skal forstås som den tildelte psykiatriske diagnose. Med denne opdeling giver Anton udtryk for, at hans 'sygdom' er en begrænsning, og at den tildelte psykiatriske diagnose er en fordel, fordi den fungerer som adgangsgiver til hjælp, der kan mindske sygdommens begrænsninger. Antons beskrivelse af at det er en fordel at få et 'stempel', fordi det berettiger modtagelsen af hjælp, kan forstås som udtryk for, at en psykiatrisk diagnose medfører en social og offentlig anerkendelse af, at vedkommende har udfordringer og skal tilbydes hjælp (Honneth, 2006). Denne anerkendelse medfører, at Anton tages alvorligt, og hans tidligere oplevelse af, at der var noget galt, bliver hørt og accepteret.

Det kan medføre, at Anton føler sig respekteret, hvilket kan have en positiv effekt på hans selvforhold.

Amalies oplevelse af tiden umiddelbart efter hun blev tildelt sine psykiatriske diagnoser, tegner et noget andet billede end dét, der belyses med Antons udtalelser. I løbet af få år fik hun tildelt tre diagnoser, hun aldrig formåede at identificere sig med, og hun beskriver, at hun følte sig nødsaget til at passe ned i en bestemt kasse, og at tage diagnoserne til sig:

*“Det blev en underlig jagt på at passe ned i en kasse, som jeg ikke engang vidste fandtes inden jeg landede der, men som jeg lige pludselig syntes var min eneste mulighed for overhovedet at eksistere, og så måtte jeg jo tage den (...) Rent lavpraktisk kan det godt være en smule svært at få hjælp i psykiatrien, hvis ikke man køber ind på sin diagnose”.*

Amalies udtalelse belyser, at hun har måtte 'købe ind' på den tildelte diagnose, og agere på en bestemt og - for hende - ukendt måde, for at modtage den nødvendige hjælp. Ud fra Amalies beskrivelse, fremstår hendes mulighed for at modtage hjælp, som værende betinget af at hun passer ned i en tildelt kasse, hvormed hun er underlagt systemiske krav, der ikke nødvendigvis tilgodeser det enkelte individ. Amalies oplevelse kan være udtryk for manglende respekt for og anerkendelse af hendes unikke situation og behov, hvilket belyser oplevelser af krænkelser i særligt hendes retslige sfære, da Amalie ikke lader til at have handlefrihed eller individuelle rettigheder, såfremt hun ønsker at få hjælp (Honneth, 2006). Amalies fortælling belyser at det er nemmere at få relevant hjælp, hvis individet (uproblematisk) passer ned i en af de kasser, der tilbydes - hvilket illustrerer en mangel på anerkendelse af forskellighed og mangfoldighed i det psykiatriske system. Desuden tegner fortællingen et billede af, at en ensrettet tilgang kan påvirke, og potentielt set begrænse, det enkelte individs handlemuligheder (Holzkamp, 2013). Ud fra Amalies beskrivelse af at føle sig nødsaget til at tage diagnosen til sig, skabes der forståelse for at individer, der tildeles psykiatriske diagnoser, kan opleve en ændring i deres selvforhold og selvforståelse, som konsekvens af at de skal passe ned i en 'kasse'. Hvis hjælpen kun tilbydes dem, der tager den tildelte diagnose til sig, vil mange individer antageligt fokusere deres primære opmærksomhed på dette, for at være berettiget hjælp. Dette perspektiv skaber en forståelse for, hvorfor en psykiatrisk diagnose for nogle individer kan blive en markant markør i deres selvforståelse. Amalie fortæller desuden senere i interviewet, at hun har oplevet, at det psykiatriske personale blev intimideret af, at hun var i færd med at læse en bachelor i

psykologi, forinden hun blev indlagt. Hun beskriver, at det har været vanskeligt, at hun var noget andet end en patient der 'bare makkede ret', og dermed ikke formåede at passe ned i den 'kasse', som hun blev forventet at passe i. Da Amalie med sin uddannelsesbaggrund formår at udfordre systemet bliver hun anset som 'forkert' fra psykiatriens side, hvormed hun ikke anerkendes for de (forudgående) evner og færdigheder, som hun besidder (Honneth, 2006). Amalies erfaring kan være udtryk for, hvordan individer, der modtager psykiatrisk behandling, kan føle sig forkerte, hvis de ikke 'makker ret', men derimod stiller sig kritiske overfor den 'kasse' de skal passe ned i.

I interviewet med Anton er der flere eksempler på, hvordan tildelingen af en psykiatrisk diagnose kan have påvirket hans selvforståelse. Anton fortæller, at hvis der er flere læger der har samme holdning omkring, hvilken diagnose der diagnosticeres ud fra, må individet "...bare prøve at leve med, at der er noget galt med én". Efter Antons udtalelse følger denne dialog mellem Anton og os:

I1: *"Du ser det som om det er noget galt med dig?"*

Anton: *"Ja, det er der!"*

I1: *"Noget permanent?"*

Anton: *"Ja, det er fuldstændig permanent".*

Dialogen belyser et omdiskuteret emne inden for diagnosesystemet og håndteringen af psykiske lidelser om, hvorvidt diagnoser bør anses som værende permanente eller skal kunne slettes fra sundhedsjournaler (Retsinformation, 2018; Jakobsen, u.å.). I Antons tilfælde har han en forståelse af, at hans diagnose er permanent, og at diagnosen, og de symptomer som har udløst den, bevirker at der er noget 'galt' med ham. Det kan være problematisk for Anton, at han anser sig selv som én der er noget galt med, idet hans selvværdsudvikling vil være udfordret, som konsekvens af at han ikke fremstår som et ligeværdigt medlem af diverse fællesskaber (Honneth, 2006). Ud fra dette perspektiv kan der være en generel modstilling mellem at være et ligeværdigt medlem af fællesskaber og at have en selvforståelse, der beror på en opfattelse af, at der er noget galt med én. I henhold til forrige citat fra Amalie, hvor hun beskriver følelsen af, at hun skulle passe ned i en bestemt kasse, lader det til, at Anton har taget sin 'tildelte kasse' til sig - og dermed har diagnosen været medskabende for Antons

selvforståelse af, at der er noget galt med ham. Anton kan, ligesom Amalie, have fået et indtryk af at han kun kunne tilbydes hjælp, såfremt han tager diagnosen til sig, og i ønsket om at modtage hjælp, har Anton accepteret diagnosen og ladet den blive en del af hans selvforståelse ud fra tanken om, at den er livsvarig. Som nævnt, har Antons tildeling af en diagnose bevirket hjælp og vished, og deraf skabt potentiale for udvidende handlinger. Med dette perspektiv for øje, kan det være gavnligt for Anton at anse sin psykiatriske diagnose som permanent, da den muliggør at han kan handle udvidende qua den selvforståelse som diagnosen tilbyder, samt diagnosens livsvarige argument for modtagelse af hjælp (Holzkamp, 2013).

Da Amalie fortæller om sine oplevelser med at få tildelt en psykiatrisk diagnose, beretter hun om at hun har følt skam. Amalie fortæller at hun, på baggrund af en problematisk opvækst, har oplevet en følelse af skam det meste af sit liv og at hun, allerede under sin første psykiatriske indlæggelse, oplevede at den indlejrede skamfølelse blev forstærket qua behandlingen i psykiatrien:

*“Allerede på det tidspunkt skammede jeg mig (...) det var ekstremt problematisk for mig at få en diagnose som var så skamfuld, fordi jeg havde brug for at få hjælp til at turde at være i verden, og vide at jeg godt måtte være der, men det eneste behandlingen gjorde var (...) at bekræfte mig i at jeg skulle skamme mig, og at jeg var forkert i min måde at være i verden på”.*

I citatet giver Amalie udtryk for at skamfølelsen og oplevelsen af at være forkert, blev bekræftet gennem psykiatrisk behandling, og citatet belyser dermed at behandlingen har holdt hendes negative selvforståelse i live. Beskrivelsen af at Amalie havde brug for at modtage hjælp for at 'turde at være i verden', belyser at hun har haft en forhåbning om, at få hjælp til sin daglige livsførelse, og heraf opbygge en mindre skamfuld og restriktiv tilværelse (Holzkamp, 2013). Vi beskrev tidligere, at Amalie fik hjælp til at arrangere sin daglige livsførelse qua tildelingen af en psykiatrisk diagnose, men ovenstående citat vidner om at oplevelsen af lettelse og hjælp var en kortvarig erfaring, som hurtigt blev erstattet af en skamfølelse. Ud fra Amalies beskrivelse kan det tolkes, at hun har forstået det som værende skamfuldt at blive diagnosticeret med en psykiatrisk diagnose. Det fremstår paradoksalt, at et individ, der modtager psykiatrisk hjælp og i forvejen kæmper med psykiske udfordringer, også må forholde sig til den skam, der kan være forbundet med psykiatrisk behandling. Med

afsæt i Honneth (2006) belyser denne pointe, hvordan samfundsmæssige betydninger af psykiatriske diagnoser kan medføre at individet har sværere ved at opnå anerkendelse for sine udfordringer.

#### 4.2.2 Mødet med systemet

Da vi taler med Anton om muligheden for at frabede sig en psykiatrisk diagnose, fortæller han, at han ikke kender til den mulighed, og at han i øvrigt ikke mener, at det skal være op til den enkelte at vurdere, om vedkommende skal diagnosticeres eller ej. Anton uddyber med følgende:

*“Man skal ikke kunne bestemme, når man sidder der helt væk oveni hovedet, om man egentlig selv synes man er syg, fordi hvis man fejler det som jeg gør, så synes man ikke selv man er syg, når man er syg, og så skal man bare holde sin kæft og respektere det lægen siger”.*

Med afsæt i sin egen psykiatriske diagnose, giver Anton udtryk for, at det er forfejlet at lade den enkelte vurdere, hvorvidt vedkommende ønsker en psykiaters foreslåede diagnose. Citatet illustrerer, at Anton har tiltro til de læger, som repræsenterer det psykiatriske system, og mener at mennesker, som tildeles psykiatriske diagnoser, bør have samme tiltro. Den holdning Anton har, er Amalie også blevet præsenteret for. I forbindelse med en udskrivningssamtale bad hun om en ny udredning, og blev mødt af en psykiater, som mindede hende om, at hun, med hendes diagnose, ikke nødvendigvis selv ved, hvor syg hun er. Hertil fortæller Amalie følgende:

*“Når [diagnosen] først er landet, så kan du ikke sige noget, uden du risikerer at det bliver skrevet ind (...) Man bliver fuldstændig skakmat (...) Hvis du begynder at reagere følelsesmæssigt dér, så bliver det bare en bekræftelse af at man er syg og skør (...) Så jo mere man reagerer, jo mere risikerer man at blive sat i bås som syg”.*

Omend Amalie ikke har samme holdning som Anton, er hun blevet præsenteret for nøjagtigt samme synspunkt; at individet med den psykiatriske diagnose ikke selv ved, hvor syg vedkommende er, og derfor ikke bør have en (følelsesmæssig) holdning til sin egen situation. Amalies udtalelse illustrerer, at hun har mødt et system, som sygeliggør følelsesmæssige reaktioner, hvis de kan forbindes til ens psykiatriske diagnose. Hertil giver Amalie udtryk for en ambivalens i forhold til at have lyst til at reagere på uretfærdige forhold, men samtidig

ikke turde i frygt for at reaktionerne sættes i forbindelse med diagnosen. Herved krænkes Amalies handlefrihed, fordi hendes holdninger ikke tillægges værdi og hun nægtes social status (Honneth, 2006). Ved at bruge udtrykket 'skakmat', fortæller Amalie indirekte, at individet, der modtager psykiatrisk behandling, bringes i en situation, som er vanskelig eller umulig at slippe ud af, hvortil psykiaternes forståelser af individets tilstand medfører en form for handlingslammelse for individet (Holzkamp, 2013). Anton godtager og internaliserer denne forståelse som en præmis, hvor Amalie oplever at tilgangen begrænser hendes mulighed for at have rådighed over eget liv.

Amalie giver udtryk for at hun, som konsekvens af psykiatersamtaler og indlæggelse, oplevede at blive meget selvmonitorerende, fordi der konstant blev dokumenteret i forhold til hendes evne til at monitorere og regulere sine følelser. Amalie beskriver, at hun oplevede at have en psykiater siddende oppe i hovedet, som gjorde hende usikker på, hvorvidt hun var manisk, når hun følte sig glad og som bevirkede, at hun havde travlt med at komme i godt humør, hvis hun følte sig ked af det. Amalie forklarer, at den konstante selvregulering medførte, at hun "*...til sidst ikke kunne andet end at leve i sådan et spin af: 'Hvad mærker jeg nu? Må jeg godt mærke det? Er det et symptom? Skal jeg have en pille nu? Må jeg godt mærke det sådan her?'*". Her beskriver Amalie, hvordan psykiatersamtaler samt kravet om selvmonitorering bevirkede, at hun blev usikker på sine følelser og oplevelser. Amalie benytter flere gange udtrykket 'må', hvilket illustrerer en forventning om, at andre bør vurdere, hvorvidt hendes følelser er 'korrekte'. Amalie oplever at føle sig handlingslammet, da psykiateren, som autoritær figur, dikterer, hvornår glæde skal betegnes som mani, og hvornår tristhed overgår til depression (Holzkamp, 2013). Amalies fortælling giver indtryk af, at hun har fået fortalt, at hendes oplevelser af egne følelser ikke er gyldige, og at det dermed er en psykiater, der skal vurdere hendes følelser og symptomer - dette til trods for, at netop selvsikkerhed bør psykiatrien være med til at opbygge hos individet. Hermed fremstår Amalie ikke som værende ligeværdig med en psykiater eller som bærer af individuelle rettigheder, og hun fratages dermed muligheden for retslig anerkendelse (Honneth, 2006). Amalies fortælling belyser endvidere, hvordan selvbevidsthed kan tage overhånd, hvis denne bevidsthed er tilknyttet udefrakommende formaninger om, hvad der er rigtigt og forkert. I Amalies tilfælde lader det til, at de udefrakommende formaninger og Amalies selvbevidsthed i henhold til disse, har bevirket en konstant og grundlæggende selvusikkerhed.

Under interviewene med Anton og Amalie spurgte vi dem, hvorvidt deres interesser og ressourcer er blevet inddraget i deres udrednings- og behandlingsforløb, hvortil henholdsvis Anton og Amalie svarer:

I1: *“Er dine interesser blevet en del af din hverdag eller de aktiviteter der har foregået, mens du har været indlagt?”*

Anton: *“Nej!” \*grin\**

I2: *“Oplever du at der er blevet taget højde for dine ressourcer i dine forløb?”*

Amalie: *“Nej, de spurgte aldrig!” \*stilhed\**

Både Anton og Amalie svarer prompte på vores spørgsmål, hvilket kan være udtryk for, at de ikke har været i tvivl om deres svar. Hverken Anton eller Amalie har oplevet, at der er blevet taget højde for deres interesser eller ressourcer i forbindelse med deres udredning og behandling, og deres svar belyser dermed, at der ikke har været fokus på opretholdelse af dét, der før har givet mening og fungeret for dem. Omend psykiatere ifølge Saxtrup & Petersen (2018) bør have fokus på både medicinske, psykologiske og sociale aspekter i psykiatriske udrednings- og behandlingsforløb, belyser de empiriske nedslag, at Anton og Amalie primært har været mødt af det biologisk-medicinske aspekt grundet manglende fokus på sociale og psykologiske områder. Ifølge Honneth, er anerkendelse af individets egne, unikke evner medvirkende til at individet kan udvikle selvværd (Honneth, 2006). Ud fra dette perspektiv har Anton og Amalies interesser og ressourcer haft indflydelse på deres selvværd, men som citeret, har de ikke opnået anerkendelse for deres unikke evner eller fået mulighed for at bidrage med disse. Dermed er der risiko for, at deres psykiatriske behandling, omend det ikke har været intentionen, har frataget dem selvværd eller mulighed for udvikling deraf. Ud fra flere af de nævnte initiativer i afsnit 1.3.3 vil inddragelse af individets ressourcer og interesseområder ofte skabe meningsfuldhed og nye perspektiver, hvormed individet kan udvikle en højere grad af rådighed over eget liv. Med dette for øje, skabes der en forståelse for, at Anton og Amalie har været begrænsede som konsekvens af negligeringen af deres interesser og ressourcer (Holzkamp, 2013).

Amalie fortæller endvidere, at der under hendes behandling ikke var fokus på det liv, hun havde forinden indlæggelse. Hun beskriver, at det psykiatriske personale glemte, at hun havde haft et liv forinden indlæggelse, og at de behandlede hende, som var hendes første dag



på psykiatrisk afdeling 'day zero'. Amalie fortæller, hvad konsekvensen af denne behandling senere blev:

*“Jeg havde faktisk glemt alt det jeg lige har siddet og fortalt jer, jeg lavede inden psykiatrien, for der var aldrig nogen der spurgte, og det var ikke noget der blev talt om (...) Det var meget en oplevelse af at hele mit liv, det blev udslettet”.*

Amalie beskriver, at hun oplevede at hendes liv blev 'udslettet', som konsekvens af at der ikke var nogen der spurgte ind til hendes øvrige liv. Som resultat af dette glemte hun det også selv, og dermed har Amalie formentlig oplevet en markant ændring af hendes daglige livsførelse (Holzkamp, 2015). Dette perspektiv skaber forståelse for Amalies oplevelse af, at hendes første dag på psykiatrisk afdeling var 'day zero', og oplevelsen kan endvidere forstås som et udtryk for manglende anerkendelse af hendes individuelle identitet og livshistorie, hvilket ifølge Honneth (2006) kan have haft negativ indflydelse på hendes selvværd. Da Amalies livshistorie ikke inddrages i hendes behandling, har hun ikke haft mulighed for at blive anerkendt for de evner, hun før har besiddet og de succesoplevelser, de har medført. Hertil overvejer vi hvad det kan have af betydning for individet, når det vedkommende før er blevet anerkendt for ikke længere fremstår betydningsfuldt? Med dette perspektiv for øje, kan individet antageligt blive sat i en afhængighedsposition i forhold til psykiatrisk regi, da det er her, individet nu må forankre sin selvforståelse.

Under interviewet med Anton spørger vi ham, hvorvidt og hvordan hans psykiatriske diagnose har været mulighedsskabende for ham. Hertil nævner han følgende eksempel:

*“Jeg er engang kommet ind på en propfyldt skadestue, hvor folk havde siddet der i timevis... så snart jeg sagde mit navn, så fik jeg min egen stue, fordi jeg kom direkte oppe fra lukket afdeling. De turde ikke have mig siddende ude i ventelokalet”.*

Her beskriver Anton, hvordan han grundet sin psykiatriske diagnose og psykiatrierfaring har oplevet at komme hurtigere til i køen på somatisk skadestue og få sin egen stue. Antons oplevelse illustrerer en stigmatisering, da hans opfattelse er, at han rykkede frem i køen fordi

personalet på skadestuen ønskede at beskytte de øvrige patienter i venteværelset. I situationen anser Anton denne stigmatisering som en fordel, fordi han kommer frem i køen, men ud fra interviewet fremstår det næppe som Antons generelle ønske, at blive opfattet som én andre skal beskyttes imod. Stigmatisering vil som regel medføre en restriktiv handleevne, da et stigmatiseret individ sættes i en bestemt bås, som individet behandles ud fra og forventes at handle inden for (Holzkamp, 2013). Selvom Anton ser det som en fordel at komme frem i køen på skadestuen og få egen stue, illustrerer situationen også, at han, grundet sin psykiatriske diagnose, får opsat nogle særlige betingelser i mødet med omverdenen. Disse betingelser kan ses som begrænsende blandt andet fordi Anton i situationen ikke bliver adspurgt i forhold til hans plads i køen eller hvorvidt han ønsker en enestue – skadestuens personale tager beslutningen på baggrund af deres egen vurdering. Dermed fratages Anton eksempelvis muligheden for at vurdere, hvorvidt han havde lyst til at socialisere med de andre mennesker i venteværelset. Personalet kan også have ladet Anton komme frem i køen for hans skyld - omend det ikke har været Antons opfattelse – og i så fald kan personalets ageren forstås som et udtryk for omsorg og en social anerkendelse af, at nogle individer kan have særlige behov (Honneth, 2006).

#### 4.2.3 Psykiaterperspektiver på de systemorienterede erfaringer

Som tidligere nævnt oplever Anton at hans symptomer er begrænsende, mens hans diagnose kan være mulighedsskabende. Da vi præsenterer denne pointe for Theis, erkender han, at det for nogle individer kan opleves mulighedsskabende, når de tildeles en psykiatrisk diagnose, og han pointerer hertil, at det ofte er oplevelser af afmagt som bevirker, at individer kommer i kontakt med psykiatrisk regi. Theis ønsker derfor ikke at sætte spørgsmålstegn ved Antons oplevelse, men at bidrage til en løsning, der kan være endnu mere attraktiv end en psykiatrisk diagnose. Han uddyber følgende:

*“Det er jo derfor diagnoser også bliver attraktive i det, der handler om: ‘okay, så får vi en forklaring på, at det ikke var vores skyld som forældre eller det var ikke os der mislykkedes som læger’ (...) eller det som den unge voksne kan sige, nemlig ‘det er godt, nu har jeg fået en forklaring’...selvom det ikke er forklaringer... ‘nu har jeg fået en forklaring, som gør at*

*det ikke bare er mig der er social taber... det er mig, som har den her sygdom eller den her diagnose''.*

Her giver Theis udtryk for, hvorfor det er problematisk at psykiatriske diagnoser benyttes som forklaringer. Han beskriver, at det er en 'glidebane' at diagnoser benyttes som forklaringsårsager, fordi det skaber et 'endimensionelt' billede, hvilket han påpeger at livet ikke er. Derfor er Theis optaget af 'transkontekstuelle perspektiver' og det han kalder 'dobbeltbeskrivelser', som indeholder diagnostiske forklaringer og udvidede perspektiver på individet. Theis lægger op til at der kan være flere forklaringer på udvikling af psykiske udfordringer, men når en diagnose tildeles, bliver den forklaringen på udfordringerne, hvormed sociale, samfundsmæssige forklaringer overses. En årsag til at disse forklaringer overses, kan muligvis findes i Theis' pointe om at individet, samt dets forældre og læger kan fjerne skyld fra egne skuldre, når en diagnose tildeles, fordi der skabes en håndterbar forklaringsårsag og en kærkommen mulighed for ansvarsfralæggelse. Dette perspektiv belyser at udredning foregår på et mangelfuldt grundlag, hvor individets sociale forhold og samfundsmæssige betingelser ikke anerkendes som medvirkende til dets udfordringer. Det kan antages at individets psykiatriske behandling ligeså bliver mangelfuld, som konsekvens af at årsagsforklaringerne til individets udfordringer ikke belyses tilstrækkeligt. Hertil er der risiko for at individets behov misforstås eller undertrykkes, hvilket med afsæt i Honneth (2006) vil medføre en form for krænkelse.

Da vi fortæller den anden psykiater Torben, at Amalie og Anton ikke har oplevet et fokus på deres interesser og ressourcer i deres udrednings- og behandlingsforløb, påpeger han at det psykiatriske behandlingssystem er blevet markant bedre til, at inddrage ressourcer de seneste 10 år i takt med integrering af den recovery-orienterede tilgang. Torben udtrykker at en diagnostisk udredning umiddelbart kun lægger op til ressourcer ved afklaring af, hvorvidt der er tale om den rette diagnose:

*“Der ligger det implicit i det, at hvis du har dén diagnose, ville det være meget underligt, hvis du kunne dét. Altså, der kan være den form for sammenhæng, men selve udredningen er jo i princippet meget afhængigt af vores manual eller vores diagnostiske system, som*

*jo nærmest er bygget op med; har du det, har du det, har du det (...) men det er stadig gammeldags, forstået på den måde at man spørger til symptomer og dysfunktioner (...) grundlæggende tror jeg stadig at der er et fokus på symptomer og problemer, som vi så gerne vil være med til at løse, fordi du så vil kunne noget mere”.*

Her giver Torben udtryk for, at individets ressourcer kan benyttes til at udelukke visse diagnoser, og han italesætter, at psykiatrisk udredning stadig foregår på gammeldags vis med fokus på symptomer og dysfunktioner trods for den førnævnte recovery-orientering. Citatet belyser, at det diagnostiske system er ganske kategorisk opbygget, da diagnoserne indebærer forudindtagne forståelser af, hvad et individ med en specifik diagnose bør kunne og ikke kunne. Med den opdeling er der ikke blik for det unikke ved hvert individ, og med afsæt i Honneth (2006) kan selve opbygningen af psykiatrisk udredning dermed fremstå krænkende for opbyggelsen af individets selvværd, da der ikke tages højde for individets egne unikke evner, såfremt evnerne ikke passer til den tiltænkte diagnose. Torben belyser endvidere, at psykiateres fokus på symptomer også skyldes ønsket om at hjælpe med dét, der ikke fungerer for individet, for at kunne bidrage til at forbedre dets livsbetingelser. I afsnit 1.3.3 belyses flere initiativer, der arbejder ud fra en overbevisning om at individets recovery-proces påbegyndes, når individet foretager sig noget, der er meningsfuldt og bliver en del af meningsfulde fællesskaber. Det står i modsætning til Torbens forståelse af, at han, som psykiater, må fokusere på individets problemer for at kunne bidrage til at løse dem. Hertil kan det overvejes, om det er nødvendigt at fokusere på udfordringer for at løse dem eller om der må kigges andre veje, for derigennem at ’ afløse ’ udfordringerne med succesoplevelser.

Vi spørger efterfølgende Torben om han synes, det vil give mening at spørgsmål om individets interesser og ressourcer indskrives i den diagnostiske manual således alle psykiatere har samme forudsætninger for at forholde sig til individets ressourcer. Hertil svarer han:

*“Altså, ja... Jeg ved ikke, om det skal være psykiateren eller kontaktpersonen (...) Men jeg tænker at... det ved jeg ikke rigtigt hvad jeg tænker \*grin\*. Det kommer igen an på om... nogle gange... at det bliver manualiseret, kan også give sådan en stivhed i kontakten, ikke? At man sådan går frem fra punkt A til... og det prøver vi vel at lade lidt være med”.*

Her fremstår Torben usikker på, hvorvidt det vil være gavnligt at inkorporere interesser og ressourcer i den diagnostiske manual, og han italesætter usikkerhed omkring hvilke fagpersoner, der bør have ansvar for at spørge ind til ressourcerne. Han udtrykker, at det kan medføre 'stivhed', hvis kontakten til individet manualiseres. Vi undrer os over, at Torben ikke anser det som en udfordring, at den diagnostiske udredning er manualiseret, men betragter det som potentielt udfordrende, hvis spørgsmål angående individets ressourcer manualiseres. Torben beskriver endvidere, at de, i psykiatrisk regi, forsøger at undgå at arbejde på manualiseret vis, hvilket skaber yderligere undren, da han tidligere har nævnt en arbejdsmæssig afhængighed af det diagnostiske system, som på kategorisk vis er bygget op med 'har du det, har du det, har du det'. Torben forbinder antageligt udredning med manualer og fastlagte kategorier, hvor han betragter spørgsmål om individets interesser og ressourcer, som en del af det sociale og relationelle arbejde, hvilket han ikke anser som en del af en diagnostisk udredning. Med den antagelse belyses Theis' førnævnte pointe om at udredning, uden sociale og samfundsmæssige aspekter, bliver mangelfuld, og hertil fremstår individets handlemuligheder begrænsede, som konsekvens af at skulle passe ind i udredningens fastlagte kategorier (Holzkamp, 2013). Torben erkender, at det manglende fokus på ressourcer og succesoplevelser kan påvirke patienterne, da han efterfølgende fortæller om en mulig diskrepans mellem patienternes ønsker og tilgangen i psykiatrisk behandling:

*“Jeg tror da sagtens, at der kan være patienter, der kommer og er glade, fordi de har kunne det og det, og så bliver de mødt med: ‘Nå, hvordan er det med hørehallucinationerne? Er det blevet bedre? Kom nu, er det blevet bedre?’ (...) hvor patienten sådan set mest kunne have behov for at sige: ‘Jamen, jeg har fået det bedre, jeg kan nogle flere ting’ (...) der kan være en diskrepans mellem hvad patienten kommer og gerne vil roses for eller have credit for, og så at man kan blive uproductivt fokuseret på symptomer”.*

Torben giver udtryk for, at patienter kan have behov for at blive anerkendt for succesoplevelser, men at psykiatrisk behandling er indrettet således, at personalet fokuserer på at spørge til symptomerne. Citatet belyser, at det indlejrede fokus på symptomer kan bevirke, at psykiatrisk personale bliver 'blinde' for patienters egne fortællinger om bedring og succes. I Honneths terminologi (2006), resulterer denne tendens i krænkelse, da individet

ikke får mulighed for at bidrage med egne synspunkter, og disse ikke anses som væsentlige i psykiatrisk praksis. Når individet mødes med en forståelse af, at vedkommendes positive oplevelser ikke er værdifulde, kan det have negativ indflydelse på individets selvværd (Honneth, 2006). Der er endvidere risiko for at individet selv reducerer sit fokus på succeser for at tilpasse sig tilgangen i psykiatrisk regi. Denne tendens ser vi især udspille sig for Amalie med hendes tidligere beskrivelse af, at hun selv endte med at glemme sine evner og de positive aspekter af hendes livshistorie, som konsekvens af at hun kun blev spurgt til symptomer i psykiatrisk regi.

Da Theis præsenteres for Amalies og Antons oplevelser af manglende fokus på interesser og ressourcer, åbner han for et hidtil ubeskrevet perspektiv for os om sammenhængen mellem samfundsmæssige betingelser og inddragelse af ressourcer:

*“Hvis vi bare beskriver alle ressourcerne, bliver der ikke noget bevilling ud af det. Det er jo det paradoks, som er i vores bevillingssystem (...) man skal beskrive det så alvorligt som overhovedet muligt for at få en chance for at komme igennem et bevillingssystem”.*

Theis' udtalelse belyser, at psykiatere er underlagt et system, de forsøger at gennemskue og navigere i, med ønsket om at skaffe individet den nødvendige hjælp, hvorfor der i diagnostiske beskrivelser uden benævnelse af ressourcer, kan gemme sig en omsorgsfuld tanke. Ud fra Theis' beskrivelse lader det til, at bevillingssystemet er bygget op på en sådan måde at individet skal beskrives som værende begrænset i en grad, der bevirker, at vedkommende ikke er i stand til at handle. Individets ressourcer fremstår dermed som hindring for psykiatrisk behandling, hvorfor psykiatere kan føle sig nødsaget til at sygeliggøre individet - i hvert fald skriftligt - for at skaffe vedkommende hjælp. Dette perspektiv skaber yderligere forståelse for Amalies følelse af at hun, i psykiatrisk regi, skulle passe ned i en bestemt kasse og tage den tildelte diagnose til sig, såfremt hun ønskede hjælp. Med Honneths anerkendelsesteori (2006) er denne tilgang i modstrid med måden hvorpå individet opnår handlefrihed gennem anerkendelse, eftersom det 'hele' menneske og dets ressourcer ikke beskrives. Ifølge Theis er der også en risiko for, at psykiaterne kommer til at forstærke 'problembeskrivelsen', hvis beskrivelserne laves på tidspunkter hvor alvoren hos

individet er størst. Når beskrivelser bliver beskrevet 'så alvorligt som overhovedet muligt', må det forstås som et forsøg på at komme igennem et bevillingssystem, og anerkende individets behov for behandling. Hermed forsøger psykiatere at muliggøre dele af individets handlerum, omend det kan føre til og opleves som en form for handlingslammelse for individet på andre punkter (Holzkamp, 2013). Disse pointer belyser et paradoks i det psykiatriske system, som alle parter formentlig forsøger at navigere i efter bedste evne.

I forlængelse af ovenstående giver Theis udtryk for, at ressourcer og begrænsninger må forstås i relation til hinanden:

*"Midt i alt det, der handler om ressourcer og begrænsninger (...) så er risikoen, at vi ikke får øje på sammenhængene. Nogle gange er der pædagogiske beskrivelser, hvor man deler en side op, og snakker om: her er ressourcerne og her er begrænsningerne... og jeg synes det er RIGTIG ærgerligt (...) det er ikke det repræsentative udsnit af hvordan virkeligheden ser ud (...) selve det (...) at de viser symptomer, er fra én vinkel, er også en ressource".*

Theis giver udtryk for at ressourcer og begrænsninger er sammenvævede, og at sammenhængene mellem disse mistes, når de, i beskrivelser, deles op i separate, løsrevne afsnit. Theis beskriver endvidere, at ressourcer ikke blot skal anses som positive egenskaber, men at symptomer også er ressourcer, fordi de inviterer til forståelse. Denne holdning kan, med Honneth (2006), anskues som en anerkendelse af det 'hele menneske', da individet også anerkendes for de signaler og den adfærd, der ofte beskrives dysfunktionel og problematisk. Theis' holdning kan endvidere ses som udtryk for, at udfordringer og symptomer kan skabe potentiale for udvidende handlinger, da disse bevirker, at fagprofessionelle kan skabe en forståelse for individets behov og dermed tilbyde den rette behandling. Med Theis' udtalelse skabes der forståelse for, at begrænsninger og ressourcer ikke nødvendigvis kan adskilles, når begrænsninger, i form af symptomer, belyser individets udfordringer og også kan ses som en ressource.

Da vi i forlængelse af ovenstående fortæller Torben, at Amalie oplevede at hendes tidligere liv blev 'udslettet' i forbindelse med indlæggelse, påpeger Torben, at livet inden diagnosticering er væsentligt for psykiateres udredning:

*“I princippet ligger der jo implicit, altså havde du en normal fødsel, manglede du ilt under fødslen? Hvordan var dine milepæle? Kom du op og gå omkring et år? (...) livsforløbet op til første kontakt (...) har meget stor betydning for, hvad vi tænker (...) altså historie er jo grundlaget for (...) vores tilgang og vores diagnose”.*

Her eksemplificerer Torben, de spørgsmål psykiatere typisk stiller i forbindelse med diagnosticering, hvilke alle er orienteret omkring biologiske aspekter af menneskelivet forud for mødet med psykiatrien. Han uddyber, at livsforløbet ikke bliver ‘minutiøst gennemgået’, men at det har relevans for måden hvorpå individet forstås, samt det efterfølgende (behandlings)forløb. Citatet illustrerer, hvordan definitionen af ‘det tidligere liv’ kan variere. Torben er fokuseret omkring biologiske udfordringer og abnormaliteter i individets liv, hvor Amalie mener at hendes livshistorie omhandler personlige og sociale aspekter, som hun ikke har mødt interesse og anerkendelse for i psykiatrien. Den anden psykiater, Theis, italesætter en anden vinkel med hensyn til inddragelse af individets livshistorie:

*“Når jeg snakker historie, så snakker jeg altid om, at der aldrig kun er én historie (...) I masser af beskrivelser er det en individuel beskrivelse, som starter med barnets fødsel og så går det derfra (...) der gør man jo det, at man beskriver det i lyset af historien, men det bliver alligevel en historie (...) der skal føre frem til en bestemt form for diagnosebeskrivelse”.*

I modsætning til Torben, kritiserer Theis, at der, i psykiatriske beskrivelser, tages udgangspunkt i én historie, da han mener at individet har mange historier. Theis kritiserer Torbens tilgang om, at beskrivelser starter med at afdække individets fødsel, da Theis mener, at individets historie starter før fødslen finder sted. Theis beskriver endvidere, at jo mere individet beskrives ud fra en diagnose, desto mere adskilles individet fra sin kontekst og historie, hvormed vedkommende til sidst bliver ’kontekst- og historieløs’. Hertil påpeger han: *“Det er virkelig alvorligt. Risikoen er, at det bliver dehumaniserende, fordi man på en måde tager sjælen ud af mennesker og beskriver dem”.* Theis understreger vigtigheden af, at individet ikke alene beskrives, da vedkommende derved bliver ’sjæleløs’. Hans forklaring af at kontekst- og historieløse beskrivelser bliver ’dehumaniserende’ indikerer, at individets potentiale for at blive mødt anerkendende i dets psykiatriske (solidariske) sfære mindskes,



samt at mulighederne for at handle på måder, som er betydningsfulde for den enkelte, begrænses (Honneth, 2006; Holzkamp, 2013).

I forlængelse deraf giver Theis udtryk for at diagnoser blot er 'udvalgte øjebliksbilleder,' og at problemet med diagnoser ikke er selve beskrivelserne, men alle de medbetydninger, der kobler sig til diagnoserne. Theis nævner at én af disse medbetydninger er, at diagnoser anses: *"...som noget der er livslangt, noget som folk skal lære at leve med, og dermed noget som i sidste ende begrænser fra at give andre forståelsesformer eller måder at leve sit liv på"*. Som tidligere nævnt anser Anton - i modsætning til Amalie - sin diagnose som permanent, og i henhold til Theis' udtalelse kan denne opfattelse bevirke, at Anton begrænser sin selvforståelse og lever sit liv ud fra sin tildelte psykiatriske diagnose. Efter analytisk bearbejdning af interviewet med Anton er det dog ikke vores opfattelse, at han lever sit liv ud fra sin diagnose, da han i flere henseender tager afstand til diagnosen og belyser at han besidder selvforståelser, som ikke relaterer sig til den tildelte diagnose. Antons overbevisning om at hans diagnose er permanent, kan i stedet forstås som et udtryk for at han har sluttet fred med at have en diagnose, og med tanken om at den er permanent, behøver han ikke at overveje et tidsperspektiv.

I forbindelse med ovenstående fortæller Anton, som nævnt, at han anser sig selv som én der er noget galt med. En udtalelse fra Torben belyser, at han anser mennesker med psykiatriske diagnoser på en lignende måde: *"Så har vi det skægge arbejde at finde ud af, hvad er det for noget de fejler"*. Da Torben, som psykiater, har en holdning om, at mennesker som modtager psykiatrisk behandling 'fejler noget', kan det antages, at Anton har internaliseret sin holdning i forbindelse med psykiatrisk behandling. Ligesom det kan være problematisk for Anton at se sig selv som én der er noget galt med, kan det være u hensigtsmæssigt for individet at blive mødt af psykiatrisk personale, som mener at vedkommende 'fejler noget'. Når psykiatrisk personale, som er hierarkisk højere end individet der modtager behandling, møder individet med et signalement om at vedkommende fejler noget, skabes der grobund for at individets handlinger begrænses (Holzkamp, 2013). Torbens holdning kan sammenlignes med en udtalelse fra Theis, hvori han pointerer, at individet ikke *er* problemet, men at individet *viser* problemet. Med denne holdning fjerner Theis ansvaret fra individet og anerkender samtidig individet for at belyse en problematik, og derved udvides individets handleevne, da ansvaret

fratages vedkommende (Holzkamp, 2013). Det har antageligt ganske forskellige indvirkninger på individets selvforståelse, hvorvidt vedkommende mødes af en forståelse af at de 'fejler noget' eller belyser en problematik.

### 4.3 Diagnosernes funktion

I dette afsnit behandles citater fra informanterne med psykiatrierfaring omhandlende, hvordan psykiatriske diagnoser kan præge uddannelses- og arbejdsliv, og hvordan 'patientidentiteten' kan benyttes til egen fordel i blandt andet arbejdsmæssige sammenhænge. Det omhandler endvidere, hvordan psykiatrierfaring kan påvirke individets selvforståelse og føre til udvikling af viljestyrke og resiliens. Det afsluttes med perspektiver fra psykiaterne, omhandlende selvforståelse samt skam- og mindreværdsfølelser, som konsekvens af diagnosticering med en psykiatrisk diagnose og mødet med psykiatrisk regi.

#### 4.3.1 Påvirkningen på uddannelses- og arbejdsliv

For både Anton og Amalie har deres tildelte psykiatriske diagnoser på forskellig vis haft stor betydning for deres uddannelses- og arbejdsliv. Anton blev diagnosticeret mens han gik på en ungdomsuddannelse, og efter en indlæggelse blev han smidt ud, fordi han fortalte institutionens rektor, at indlæggelsen skyldes psykisk sygdom. Hertil konkluderer han: *“Så hvis jeg ikke havde fortalt [rektor], hvorfor jeg havde været indlagt, så havde jeg fået lov til at blive på skolen”*. Citatet belyser, at Anton selv har haft en intention om at fortsætte sin ungdomsuddannelse, men at han føler sig frataget denne mulighed i et forsøg på at være ærlig omkring sin situation. Derved får hans diagnose og indlæggelse konkrete konsekvenser for hans livsførelse og mulighed for at deltage i et almindeligt ungdomsliv (Holzkamp, 2015). Ved at blive ekskluderet fra det uddannelsesmæssige fællesskab udsættes Anton, med Honneths terminologi (2006), for en krænkelse. Hans faglige evner og fremtidsdrømme tilsidesættes til fordel for - med Antons ord - rektors 'fordomme' om psykisk sygdom, og dermed vidner hans oplevelse om, at psykisk sygdom ikke anses som anerkendelsesværdigt i et bredere samfundsperspektiv.

Som nævnt tidligere, har Anton ikke oplevet, at hans interesser blev taget i betragtning i det psykiatriske system, men det gjorde de derimod i den kommune, han var tilknyttet efter psykiatrisk behandling: *“...det var [bynavn] kommune der betalte for at jeg kunne komme ud på den fotoskole efter jeg havde været i døgnbehandling, så der er jo nogen der har lyttet*

der". Citatet belyser, at Antons diagnose har været adgangsgivende for en bevilling til et skoleophold, som han formentlig ikke selv havde råd til, hvormed han, i en periode, kunne beskæftige sig med én af sine primære interesser. Modsat Antons oplevelse på ungdomsuddannelsen, kan denne bevilling anses som en hjælp til at udvide hans handlemuligheder, samt en anerkendelse af hans bestræbelser på at komme sig ovenpå sine psykiske udfordringer. Det har formentlig haft en positiv effekt på Antons selvværd at blive mødt af en sådan form for offentlig anerkendelse (Honneth, 2006).

Anton er i dag tilkendt fleksjob, og har et arbejde, som han har haft i omtrent et år. Arbejdet bunder ikke i hans interesser, men er ét af de få, som han har kunne tilegne sig. Anton fortæller følgende om årsagen til at han er tilkendt fleksjob: *"Det er også på grund af diagnosen, men det ville jeg også gerne være foruden (...) men hvis jeg arbejder mere end jeg gør nu... det kunne jeg måske godt, men så ville jeg ikke kunne noget i resten af mit liv"*. Citatet belyser en ambivalens i Antons oplevelse med at være bevilget fleksjob. Han ville helst være foruden sin diagnose, men nu hvor den er en realitet i hans liv, oplever han at den fungerer som en hjælp og beskyttelse. Han er selv bekendt med, at han har begrænset overskud og dermed ikke kan arbejde fuldtid, og derfor er diagnosen - og fleksjobbet - med til at strukturere hans daglige livsførelse, således han har mulighed for at leve og fungere i arbejdslivet på en bæredygtig måde (Holzkamp, 2015). Antons udtalelse vidner om, at han ikke har lyst til at komme overens med sin diagnose, men med hans selvindsigt forholder han sig konstruktivt til de konkrete betingelser samt egne behov, hvormed han formår at handle udvidende på en af diagnosens umiddelbare begrænsninger (Holzkamp, 2013).

Amalie har ligeledes forholdt sig til, hvilken rolle hendes diagnose skulle spille for hendes arbejdsliv. Hun har søgt arbejde og praktikpladser, som hun oplevede at arbejdsgiverne ikke turde give hende, og da vi spørger hende, hvorvidt det skyldes hendes diagnose, svarer hun: *"Blandt andet på grund af diagnosen, fordi de ikke vidste om jeg kunne klare mig selv, og om jeg ville komme til skade. Så på den måde blev det den der OVERDREVNE omsorg"*. Udtalelsen belyser mødet med et samfund, som på misforstået vis forsøger at yde en omsorg, som for Amalie ikke føles som omsorg. I et samfundsperspektiv kan fravalget af at ansætte Amalie forstås som et forsøg på at beskytte hende, hvilket arbejdsgiverne formentlig antager at hun har behov for grundet hendes diagnose. Med afsæt i Honneth (2006) kan Amalies oplevelse være udtryk for arbejdsgivernes forsøg på en form for solidarisk anerkendelse, hvilket giver bagslag, da det for Amalie opleves som manglende anerkendelse i stedet for -

særligt fordi hun ikke opnår solidarisk anerkendelse, da hun fratages muligheden for at kunne bidrage med sin kunnen på en arbejdsplads.

Amalie påpeger, at diagnoser ofte formår at 'overskrive' personen bag, hvilket hun selv har oplevet, og det har i høj grad påvirket hendes handlemuligheder for at arrangere sin daglige livsførelse på en tilfredsstillende måde (Holzkamp, 2015). Amalie har derfor valgt at bruge diagnosen og 'patientidentiteten' som et redskab til at skabe en vej ind på arbejdsmarkedet. Dermed formår hun at udvikle en udvidende handleevne og skabe et positivt afsæt for hendes fremtidige daglige livsførelse (Holzkamp, 2013). Amalie påpeger, at hendes diagnose har været adgangsgivende for det arbejde, hun udfører i psykiatrien i dag, og at det har gjort hendes psykiatrikritiske arbejde mere kompetent. Hun påpeger, at hun selv har skabt disse arbejdsmæssige muligheder, og uddyber endvidere:

*“Mulighederne har været nogle andre end man kunne forestille sig eller forvente, og er måske mest kommet ud af, at... at jeg ikke kunne finde ud af at acceptere, at det dér skulle være mit liv for altid”.*

Citatet belyser, at Amalie har været i stand til at benytte sin diagnose til egen fordel, hvilket tyder på at hun har haft lyst og ikke mindst styrken til, at bruge sine erfaringer konstruktivt ved at videregive disse til personale i psykiatrien. Amalies handlekraft vidner om, at hendes selvværd har været veludviklet forinden hendes møde med psykiatrisk regi, og at dette har medvirket til, at hun har været i stand til at tage kontrol over sit eget liv. Fordi Amalie ikke har ville acceptere, at hendes psykiske mistrivsel og tilværelse i psykiatrien skulle være hendes endelige realitet, har hun formået at vende sin situation og skabe rådighed over sine livsbetingelser (Holzkamp, 2013). Hermed har Amalie formået at bevæge sig fra en statisk position, hvor hendes råderum var begrænset, til at skabe muligheder ud fra egen erfaring, koble dette til hendes interesse i psykologi, og videreuddanne sig til at kunne uddanne ansatte i psykiatrien. I forbindelse med undervisning af psykiatriens ansatte, fortæller Amalie, at hun har erfaret, at hun har lettere ved at blive hørt, hvis hun præsenterer sig som universitetsuddannet fremfor tidligere psykiatribruger. Af den grund er hun meget opmærksom på hvornår og hvordan hun italesætter sin psykiatrierfaring:

*“Jeg bruger min diagnose meget bevidst, og egentlig som et retorisk redskab. Hvis jeg siger det som det første, og ikke siger at jeg er uddannet på universitetet, så kan jeg love dig for at det er nogle andre spørgsmål, jeg får til sidst og at folk de ser mig anderledes, end hvis jeg starter med at holde et oplæg som fagperson, og så først halvvejs inde siger: ‘hov forresten, jeg har også ligget der selv.’ Så falder kæben, og så lytter de rigtig intenst, men hvis det er den anden vej rundt, så tror de faktisk ikke på hvad jeg siger”.*

Som underviser for psykiatriens ansatte, har Amalie fået forståelse af, at hun, som psykiatribruger, ikke høres i samme grad som en fagprofessionel, hvorfor hun først og fremmest benytter sig af sin fagmæssige baggrund, når hun underviser ansatte i psykiatrien. Amalies erfaringer belyser, hvordan psykiatriske diagnoser og psykiatrierfaring kan påvirke et individs muligheder for at blive anerkendt og respekteret. Når Amalie først og fremmest præsenterer sig selv som tidligere psykiatribruger, er det hendes oplevelse, at personalet ikke tror på det hun siger. Dermed møder hun ikke anerkendelse, men bliver i Honneths terminologi (2006) udsat for krænkelser, da hun ikke respekteres eller tildeles social status. Amalies strategi med først at præsentere sig som universitetsuddannet, kan dermed forstås som et forsøg på at opnå anerkendelse inden hun fortæller om egen psykiatrierfaring. Dermed skaber Amalie grundlag for at hun bliver respekteret og lyttet til, og kan dernæst benytte sin erfaring til at belyse den manglende anerkendelse, som psykiatribrugere kan opleve. Når Amalie underviser ansatte i psykiatrien, udfordrer hun den magtrelation der er indlejret i forholdet mellem psykiatribruger og fagprofessionel, da det som regel er de fagprofessionelle, der guider og underviser psykiatribrugere, og ikke omvendt. Ved at udfordre magtrelationen, skaber Amalie en udvidet handleevne, hvormed hun får mulighed for at tage kontrol og sætte dagsordenen over for psykiatriens ansatte (Holzkamp, 2013). Med disse udvidende handlinger skaber Amalie endvidere en identitet som kompetent fagperson, hvorved hendes evner anerkendes og respekteres i arbejdsmæssige sammenhænge, og det bidrager formentlig til at højne hendes livskvalitet og selvværd (Honneth, 2006).

#### 4.3.2 At være eller ikke at være sin diagnose

Både Anton og Amalie tillægger deres psykiatriske diagnoser stor betydning for den måde, de ser og forstår dem selv på. Anton fortæller, at han var for ung til at have skabt en selvforståelse forinden diagnosticering, hvorfor hans tildelte diagnose må have været medskabende for hans selvbillede. Hans manglende selvforståelse kan hænge sammen med, at han først har været nødt til at tænke over hvem han var, da han blev konfronteret med en

diagnose, og pludselig oplevede at stå udenfor normalen. Med tanke for, at individ og samfund må forstås som gensidigt relateret, er det væsentligt at påpege, at Antons selvbillede skal forstås i relation til hans samfundsmæssige omverden (Elling, 2013; Højholt & Schraube, 2015). Dermed er Antons selvbillede skabt i samspil med et system, der forstår mennesker med psykiatriske diagnoser som værende syge (ICD-10, 2019; Ordnet 1, 2023), og diagnoser som det patologiske og afvigende i forhold til normalen (Saxtrup & Pedersen, 2018). Antons oplevelse af at få et selvbillede efter hans møde med psykiatrisk regi, kan betyde, at han forstår sig selv som syg og afvigende, og det kan blandt andet forstås i forlængelse af det tidligere citat omhandlende at Anton ser sig selv som én, der er noget 'permanent galt med'. Senere fortæller Anton, at hans selvbillede har ændret sig, og at han fortsat kæmper med det:

*“Jeg tror måske at [mit selvbillede] er lidt hårdere (...) Efterhånden som jeg har fået det bedre, og fået et mere og mere normalt liv, så tror jeg bare... det bliver lidt bedre efterhånden (...) Jeg går ikke og ynker om mig selv, og kommer med dårlige undskyldninger til mig selv, og det er jo meget godt. Men så kan jeg også godt nå dertil, hvor jeg slår mig selv alt for meget oven i hovedet, og det er jo heller ikke så godt”.*

Anton giver udtryk for, at hans selvbillede er hårdt, omend det har ændret sig til det bedre, som følge af stigende normalitet i hans liv. Ved at sammenligne sit liv med en diagnose med et mere 'normalt' liv, formår Anton at stigmatisere sig selv ved at skabe en negativ forståelse af sig selv og sit liv - formentlig også med påvirkning fra hans føromtalte samfundsskabte selvbillede. Med afsæt i Honneth (2006) må stigmatisering forstås som en krænkelserform i den solidariske sfære. Det kan belyse, at Anton, i relation til samtidens herskende samfundsforståelse af psykiatriske diagnoser, formår at underkende sin egen sociale status, grundet en internalisering af omverdenens blik på ham. Det er tydeligt, at Anton har høje forventninger til sig selv og hvordan han skal gebærde sig, og han forsøger at retfærdiggøre overfor sig selv, hvornår hans følelser og handlinger er acceptable - og hvornår han skal eller ikke skal 'slå sig selv oven i hovedet'. Anton fortæller også, at han bevidst ikke har afsøgt sparringsnetværk for andre med psykiatriske diagnoser, da han ikke vil bruge sin tid og energi på *“...sådan noget navlepillende noget”*. Jævnfør Holzkamp (2013), må Antons handlinger, samt muligheder herfor, ses i lyset af de samfundsmæssige betingelser, og det tyder på, at han lader sig begrænse grundet oplevelser af at der er bestemte måder, han *bør* føle og handle på, og derfor vælger han at distancere sig fra sin diagnose. Udsagnet illustrerer, at han bevidst orienterer sig mod 'normalen' fremfor at dyrke fællesskaber med andre med diagnoser, hvor

der kan være mulighed for en særlig form for forståelse og fællesskab, men samtidig en risiko for styrkelse af en selvforståelse, som han ønsker at tage afstand fra. Det tydeliggør, at Anton måler sig op imod andre mennesker, hvilket han understøttede da vi spurgte ham, hvordan han ser sig selv i forhold til andre mennesker. Han svarede: *“Jeg ser mig tit som dårligere og mindre værd end dem”*, og uddybede, at han både føler sig dårligere til hverdagsaktiviteter, i relationen til andre mennesker, og som et dårligere menneske generelt. Antons udtalelse belyser lavt selvværd, da han mener at han er et dårligere menneske end andre, samt lav selvtillid, da han ikke stoler på egne evner i forhold til sin hverdagslige livsførelse og relationsdannelse. Hans negative selvforhold kan skyldes en mangel på anerkendelse i både hans solidariske- og privatsfære, hvilket formentlig har væsentlig betydning for skabelsen af hans selvforståelse (Willig i Honneth, 2003).

Da Antons diagnose har haft stor og overvejende negativ betydning for hans liv og selvforståelse, har Anton i mange år ikke ønsket at blive associeret med sin diagnose. Han beskriver: *“Altså jeg ville ikke kendes ved mig selv... for mange år siden”*, og uddyber, at han ikke har haft lyst til, at diagnosen skal bruges ansvarsfralæggende. Trods datidsbenævnelsen i udtalelsen, omtaler Anton en lignende, nutidig holdning til sin diagnose, da han besvarer et af vores debriefende spørgsmål:

*“Jeg synes det har været spændende. Selvfølgelig lidt meget lige at skulle snakke om ting, man ikke tænker så meget på, øhm... og som man måske bare gerne vil have fylder så lidt som muligt. Det ved jeg ikke om I har kunne fornemme?”*

Citatet giver indtryk af, at Anton har et ambivalent forhold til sin diagnose, til stadighed gerne vil tage afstand til den og ønsker at den fylder mindst muligt i hans liv. Det kan skyldes at (livet med) diagnosen har været med til at begrænse hans handleevne og skabelse af en ønskelig daglig livsførelse (Holzkamp, 2013; Holzkamp, 2015). Antons ønskelige liv får vi et indtryk af, da vi spørger ham om han vil forklare en potentiel ny kæreste om hans diagnose og dertilhørende behov. Hertil svarer han:

*“Det skulle da lige være... at lave en eller anden genial regel: derfor har jeg brug for at være alene, og så kan du gå med [hunden] (...) derfor har jeg brug for at du nogle gange henter kebab (...) derfor har jeg brug for at du køber en lille porsche til mig.” \*grin\**

Med en snert af humor, fortæller Anton, hvordan han forestiller sig at benytte sin diagnose som forklaring på, hvorfor en ny kæreste skal handle på bestemte måder for at imødekomme

hans behov. Ud fra Antons forestilling vil han lade diagnosen blive en mulighedsskabende faktor i sit liv, med hvilken han kan forbedre egne livsbetingelser (Holzkamp, 2013). Antons benyttelse af humor illustrerer, at alvoren af en psykiatrisk diagnose afhænger af individets perception af diagnosen og de aspekter, der følger med den. Brugen af humor kan dog også anses som en afstandtagen i forhold til at tænke på og tale om de behov, han egentlig besidder, fordi det er svært for ham at forholde sig til.

For Amalie har hendes psykiatriske diagnoser også haft stor betydning for hendes måde at forstå sig selv på. Med reference til hendes tidligere påpegede 'patientidentitet', beskriver hun at mødet med psykiatrisk regi har været med til at fastholde et negativt selvbillede, som hun først har kunne forholde sig til og ændre efter endt psykiatrisk behandling:

*“Dagen efter jeg afleverede mit speciale gik det op for mig,  
at jeg kunne være andet end patient”.*

*“Mine grunderfaringer er begyndt at forandre sig (...) det giver mulighed for lige  
pludselig at se på psykiatrien som noget andet end det jeg er, men som noget  
der er sket for mig”.*

I de empiriske nedslag bliver det tydeligt, at Amalies selvbillede er formet af længere tids oplevelser og erfaringer fra at være i psykiatrisk regi. Hun har længe set sig selv som patient og psykiatrien som noget hun 'er', hvilket kan forstås som en internalisering af en patientforståelse, der i Amalies tilfælde har været med til at fastlåse hende i nogle bestemte måder at tænke og forstå sig selv på. Først inden for de seneste par år har hun oplevet positive ændringer i sit selvbillede i forbindelse med at hun er blevet anerkendt som deltager i andre (uddannelses- og arbejdsmæssige) sammenhænge end psykiatrisk regi (Honneth, 2006). Disse ændringer opleves som en stigning i både Amalies selvværd og selvtillid, og hermed en forbedring af hendes selvforhold, der først er kommet efter hun har taget afstand til sine diagnoser og psykiatrisk regi. Amalie giver udtryk for, at hun fortsat har behov for at tage afstand til sine diagnoser i et forsøg på at passe på sig selv og sikre en form for kontinuerlig fremgang. Hun uddyber følgende:



*“Jeg synes faktisk ofte for mit vedkommende, at [diagnoserne] forhindrer mig i at komme mig, fordi jeg kommer til at tænke på mig selv som ALT for dårlig. Det er (...) en hårfin balance mellem at tage det dybt alvorligt (...) og samtidig kunne gøre det uden at tænke mig selv, som syg eller dårligere end alle andre”.*

Amalie understøtter pointen om, at hun først kommer i bedring ved afstandtagen til psykiatrisk regi, ved at påpege, at hun forhindres i at komme sig, når hun associeres med sine psykiatriske diagnoser. I dag lader hun ikke diagnoserne definere hende, og giver implicit udtryk for, at de formår at degradere hendes egentlige jeg. Amalies valg om at tage afstand til sine diagnoser, fremstår som et valg der giver hende adgang til at skabe sin egen daglige livsførelse på en meningsfuld måde (Holzkamp, 2015). Hun virker bekendt med de samfundsmæssige betingelser, der både på mulighedsskabende og begrænsende vis påvirker hendes liv med psykiatriske diagnoser, og det lader til at hun søger at indplacere sig i dette spænd på en givende måde. Dermed formår hun at navigere i betingelserne og udvide egen handleevne (Holzkamp, 2013).

Da vi spørger Anton og Amalie om de har udviklet nogle egenskaber, som konsekvens af deres tilværelse med en psykiatrisk diagnose og deres psykiatrierfaring fortæller de begge, at de har opbygget en særlig form for styrke og ukuelighed:

*Anton: ”Jeg tror også at jeg forstår mig selv bedre end jeg ellers ville have gjort, fordi... jeg er nødt til at lytte til hvordan jeg har det (...) jeg har en viljestyrke, som få andre mennesker har”.*

*Amalie: “Jeg er sådan rimelig tryk ved at snakke om mørket (...) der er ikke rigtig noget der kan slå mig ud (...) Når man har levet fem år, hvor ens vigtigste opgave, når man stod op om morgen, bare var at overleve til man kom i seng igen, så bliver det meget svært at hidse sig op over, at det regner eller at der er kø i Netto og at bussen er forsinket - altså det stresser mig simpelthen ikke mere”.*

Antons udtalelse belyser, at hans erfaring med at være tildelt en psykiatrisk diagnose, har bevirket en højere grad af selvforståelse og en særlig form for viljestyrke. Amalies udtalelse illustrerer at hendes psykiatrierfaring har resulteret i en høj grad af resiliens, og en evne til ikke at lade sig påvirke negativt af hverdagsudfordringer. Både Anton og Amalie udviser anerkendelse over for sig selv og de vanskeligheder de har været igennem, hvilket formentlig er medvirkende til, at de begge tror på at de kan overkomme fremtidige udfordringer.

Begge udtalelser illustrerer, hvordan overvindelse af vanskeligheder og barske vilkår kan føre til en veludviklet selvforståelse og en høj grad af resiliens. Opbygningen af resiliens har formentlig været ufrivillig i Anton og Amalies tilfælde, men deres udtalelser tyder på at resiliensen kommer dem til gode i deres nuværende daglige livsførelse, da udefrakommende, negative påvirkninger får mindre betydning og hvormed de opnår større rådighed over eget liv (Holzkamp, 2015).

Omend Anton og Amalie giver udtryk for, at de kan tage livsændrende læring og egenskaber med sig, påpeger de også, at det mulighedsskabende og begrænsende ved at være tildelt en psykiatrisk diagnose er vanskeligt at italesætte, da følelsen af helst at ville være dem foruden i sidste ende er altoverskyggende. Anton italesætter dette af to omgange:

*“Selvfølgelig har det været en fordel, når jeg så skulle have hjælp, men jeg havde jo ikke haft behov for den hjælp, hvis ikke jeg havde haft den diagnose”.*

*“Man kan sige, at den har givet mig mange oplevelser. Mange som jeg helst ville have været foruden, men det er så nogle af de oplevelser, der har gjort mig til den jeg er i dag”.*

De empiriske nedslag belyser at Antons psykiatriske diagnose har været en hjælpende hånd i hans liv og at den har været medskabende for det menneske, han er i dag. Anton påpeger dog, at han helst ville være foruden de oplevelser og den hjælp, som hans diagnose har medført. Amalie italesætter en lignende form for ambivalens, når hun konkluderer følgende: *“Når jeg er her i dag, så ville jeg aldrig have været det foruden, samtidig med at jeg ville ønske at psykiatrien ikke havde været nødvendig”.* For Amalie har den ro og selvindsigt, hun har fået, været medvirkende til at hun ikke vil være mødet med psykiatrisk regi foruden. Modsat udtrykker hun et ønske om, at psykiatrien ikke havde været nødvendig, da behandlingen på flere måder, har gjort hendes tilværelse ‘mere vanskelig’ end hun antager den ellers kunne have været. Antons udtalelser omhandler hans erfaring med at være tildelt en psykiatrisk diagnose, hvor citatet fra Amalie refererer til hendes oplevelser i psykiatrien. Hermed har Anton og Amalie forskellige udgangspunkter for deres ønske om at have været foruden tildeling af diagnose og behandling i psykiatrien. For begge parter har livet med psykiatriske diagnoser og tiden i psykiatrisk regi skabt modstridende oplevelser og følelser, som både har medført en restriktiv handleevne og skabt potentiale for, at de har kunne udvikle en udvidende handleevne (Holzkamp, 2013).

### 4.3.3 Psykiaterperspektiver på diagnosernes indvirkning

I interviewet med Torben spørger vi ham om han mener at individet, forinden diagnosticering, skal informeres om eventuelle muligheder og begrænsninger, som kan medfølge en psykiatrisk diagnose. Hertil svarer han:

*“Det er jo en ny... synes jeg, indfaldsvinkel. Øhm, som jeg da lige vil tage med mig... om man skal have samtykke til, at diagnosticere dig med dette (...) langt de fleste ved jo godt hvad der skal foregå her (...) så jeg tænker der er en eller anden form for uudtalt konsensus (...) Men det er da sådan set meget interessant, at skulle spørge dem: ‘Er det i orden at jeg giver dig diagnosen skizofreni?’”*

Torben udtrykker en tvivl om, hvorvidt individet skal kende til muligheder og begrænsninger ved at få tildelt en diagnose. Det kan skyldes at vores spørgsmål har udvidet hans horisont og skabt ny viden hos ham, hvorfor han ikke tidligere har overvejet den potentielle vigtighed ved denne information. Efter en tænkepause fortsætter Torben således: *“Jeg tror ikke man bliver oplyst (...) vi forklarer jo hvorfor vi stiller diagnosen, og så bliver den jo registreret (...) så jeg er lidt spændt på hvad i tænker på for nogle begrænsninger, der kan være?”*. Med afsæt i Antons og Amalies fortællinger, eksemplificerer vi, at der kan være uddannelses- og arbejdsmæssige begrænsninger, samt oplevelser med tabuisering og stigmatisering forbundet med psykiatriske diagnoser. Hertil uddyber han således:

*“Altså behandling fordrer en diagnose (...) Vi tænker ikke, at det kan give dig begrænsninger, vi informerer i hvert fald ikke om at det kan give dig begrænsninger i fremtidige erhvervsvalg osv, fordi vi opfatter det som to lidt forskellige ting, fordi det her er vores kasse (...) jeg kan godt se en idé i, at... ved den enkelte patient, hvad man går ind til?”*

Citatet illustrerer en fastlåst tilgang i psykiatrisk regi, hvor diagnosen er altafgørende for, hvordan individet mødes i forbindelse med behandling. Først gør Torben det tydeligt, at han ikke ser nogle begrænsninger ved diagnoser, hvilket formentlig trækker tråde til hans forståelse af, at diagnoser er en hjælp for individet. Han ser det heller ikke som sit arbejde at oplyse om mulige begrænsninger i relation til eksempelvis arbejdslivet, da han tilhører en ‘kasse’, som er bygget op omkring udredning og behandling. Mens Torben taler bliver det dog tydeligt, at han genovervejer sine tanker, og han ender med at stille sig selv et spørgsmål omkring, hvorvidt den enkelte patient egentlig ved hvad det indebærer, når vedkommende bliver diagnosticeret med en psykiatrisk diagnose. Ved at lade individet kende dets

muligheder og begrænsninger ved tildeling af en psykiatrisk diagnose, anerkendes det fra psykiatrisk regi, at diagnosen *kan* ændre individets livsbetingelser og påvirke dets handlemulighed (Holzkamp, 2013; Holzkamp, 2015).

Som nævnt, har diagnoserne stor betydning for Antons og Amalies liv, og måder at se dem selv på nutildags. Opsummerende på deres oplevelser, spørger vi Torben om han mener at individet selv 'vælger' hvor meget en tildelt diagnose skal fylde i vedkommendes selvforståelse. Torben svarer således:

*“I snakker om en intrapsykisk proces i patienten om, hvordan og hvor meget man tager det ind, og man kan jo sagtens forestille sig, at hvis man får en bestemt diagnose, så lader man sig dirigere i dén retning, og man forklarer meget af sit liv med det, hvilket ikke behøver at være tilfældet. Det kan jo sagtens være sådan en ganske begrænset del af ens liv, der bliver domineret af psykisk sygdom (...) Men der er ingen tvivl om, at det kan have en del betydning for deres livsførelse, om de ligesom går ind i det (...) På en eller anden måde vælger de, hvordan de vil leve med det eller forstå sig selv med det”.*

Her beskriver Torben, at det er meget forskelligt, hvordan individer lader deres diagnose påvirke deres identitet og selvforståelse efter udredning. Nogle lader diagnosen fylde en begrænset del af livet, mens andre lader den dirigere og forklare meget af deres liv. Torben nævner dertil, at 'det ikke behøver at være tilfældet', at livet forklares ud fra diagnosen, men da vi spørger om individet støttes i at udvikle andre selvforståelser end diagnoseforståelsen, giver han udtryk for, at det er op til individet selv at søge hjælp til udvikling af andre selvforståelser. Det beskriver han således:

*“Altså, jeg tror da man bliver støttet i det, hvis man selv problematiserer det (...) jeg tror mere, at det er hvis den enkelte patient tænker: ‘Her har jeg et eller andet, jeg ikke kan finde ud af’ (...) hvor vi jo siger: ‘Jamen, du skal sådan set leve så almindeligt som muligt, du skal leve dit liv, og det har så nogle begrænsninger i øjeblikket i hvert fald, men du skal leve dit liv. Du skal ikke leve et diagnoseliv’”.*

Omend intentionen fra psykiatrisk regi ikke nødvendigvis er, at individet skal lade diagnosen definere dets liv, nævner Torben, at det er op til individet selv at søge hjælp til at skabe andre forståelser af sig selv. Derved lægges et stort ansvar over på individet, som både skal finde ud af om vedkommende ønsker en selvforståelse uden om diagnosen, og derefter selv skal opsøge hjælp til at forstå sig selv på andre måder. Den form for individualisering belyser

problematikken om, at menneskelig lidelse og løsninger derpå ofte overlades til individet, i stedet for at blive anset som kollektive problemstillinger (Harper & Speed, 2012). Torbens udtalelse giver indtryk af, at betydningen af diagnosen er et indre psykologisk forhold i individet, som eksisterer uafhængigt af tid, sted og samfundsmæssige betydninger, men da individet, qua den kritisk teoretiske og kritisk psykologiske tilgang, aldrig står uden for de samfundsmæssige betydninger, kan diagnosens betydning ikke være et individuelt forhold (Nielsen, 2020; Jartoft 1996).

Modsat Torben, og i tråd med Harper & Speeds tanke, mener Theis, at det er ansatte i psykiatrisk regi, som er forpligtet til at støtte individet med hensyn til, hvilken plads og hvilket omfang diagnosen skal have i individets identitet og selvforståelse. Det påpeger han således: *“Vi har en vældig stor forpligtelse, fordi nogle af de her [diagnostiske] beskrivelser eksisterer og bliver hængende over tid”*. Theis beskriver endvidere, at diagnoser beskrives som værende stabile, hvortil han påpeger at alt i verden altid er i bevægelse. Han uddyber, at psykiatrisk regi derfor har: *“en særlig forpligtelse til, at være en del af bevægelsen, og forstærke de dele af bevægelsen, som også åbner for at der kan ske mere afgørende nyt”*. Ved at kalde det 'forpligtelser', tydeliggør Theis, at psykiatriske praksisser er medskabere af bestemte selvforståelser. Modsat 'endimensionelle' beskrivelser, som kan være med til at fastholde en bestemt fortælling og forståelse af individet, har 'multidimensionelle' beskrivelser af individet, ifølge Theis, den fordel, at de åbner for andre perspektiver og sammenhænge, og derved også for andre selvforståelser end de der skabes i det psykiatriske system. I Honneths terminologi (2006), er Theis, med denne forståelse og tilgang til individet, med til at mindske den undertrykkelse og krænkelse, som individet kan opleve, når dets behov og rettigheder ikke mødes i psykiatrisk regi.

Amalie og Anton giver udtryk for, at de har oplevet skam og mindreværd, som følge af at få tildelt en psykiatrisk diagnose og i mødet med omverdenen efterfølgende. Da vi spørger om psykiaterne oplever, at disse følelser generelt gør sig gældende for mennesker, der tildeles en psykiatrisk diagnose, svarer Theis følgende:

*“Det er jo interessant fordi I snakker om at der også er nogle der har haft glæde af deres psykiatriske diagnose, så det er jo det dobbelte (...) det er bedre at have en psykiatrisk diagnose end at være en social taber, men kan også repræsentere noget der kan være skamfuldt”*.

I citatet trækker Theis på vores eksempel med, at Anton har udtrykt glæde over at diagnosen medfører den hjælp, han behøver. Theis påpeger, at psykiatriske diagnoser bliver attraktive, hvis alternativet er at være 'social taber', men han er også bevidst om at diagnoser kan repræsentere noget 'skamfuldt'. Derved beskriver han, hvordan diagnoser kan få en ambivalent dobbeltbetydning for individet, og være både mulighedsskabende og begrænsende for den enkeltes livsførelse og handlemuligheder (Holzkamp, 2013; Holzkamp 2015). I et samfundsperspektiv illustrerer citatet også, hvordan psykiatriske diagnoser kan synes mere attraktive end at være en person, der udiagnosticeret og udokumenteret klarer sig dårligt i samfundet, som 'social taber'.

Torben svarer meget prompte på spørgsmålet om, hvorvidt han møder mennesker i psykiatrien med følelser af skam og mindreværd: "*Ja (...) der er mange der får eller har selvværdsproblemer*". Torben ser det ikke umiddelbart som psykiatriens 'skyld', men sammenkæder individers selvværdsproblemer med den 'tabuisering' han ser i samfundet, som bevirker at psykiatriske diagnoser bliver anset som noget 'underligt og uforståeligt', og at individet opfattes som 'svag' grundet sin diagnose. Torbens reaktion opleves som en ansvarsfralæggelse på vegne af psykiatrisk regi, når han påpeger, at 'skylden' ikke er psykiatriens, men derimod bør knyttes til samfundet. Med afsæt i de kritiske videnskaber vil opdelingen og ansvarsfralæggelsen ikke gælde, da psykiatrisk regi er en del af de samfundsmæssige betingelser, der påvirker individets livsførelse (Nielsen, 2020; Jartoft, 1996). Med afsæt i Honneth (2006), kædes selvværdsproblemer sammen med manglende anerkendelse i individets solidariske sfære, som psykiatrisk regi eksempelvis udgør. Derved kan individets møde med det psykiatriske system være udslagsgivende for individets udvikling af eller mangel på selvværd.

#### **4.4 Et samfundsmæssigt perspektiv**

I dette afsnit sammenblandes citater fra informanterne med psykiatrierfaring med citater fra psykiaterne. Hermed udfoldes perspektiver på aktuelle og relevante samfundsmæssige betingelser, som illustrerer de vilkår informanterne med psykiatrierfaring forsøger at navigere i, samt de forhold som psykiaterne er underlagt og arbejder ud fra.

#### 4.4.1 Det medicinske vs. det relationelle

Under interviewet med Torben spørger vi, hvad psykiatriske diagnoser betyder for ham, hvortil han svarer:

*“Det er jo et arbejdsredskab. Når vi har stillet en diagnose, er der, afhængigt af diagnosen, nogle specielle ting vi bør gøre. Der er nogle retningslinjer for medicinsk behandling og evt. den psykoterapeutiske behandling. Så for os er [psykiatriske diagnoser] en hel integreret del af vores arbejde”.*

I Torbens udtalelse lægger han op til medicinsk og *eventuelt* psykoterapeutisk behandling, hvilket belyser hans naturvidenskabelige baggrund, hvor han, qua sin uddannelse, først og fremmest har fokus på medicinsk behandling. I henhold til flere af de nytænkende perspektiver i afsnit 1.3.3, er psykoterapeutisk behandling en nødvendighed, hvor medicinsk behandling bør være et supplement. Når individet først og fremmest tilbydes medicinsk behandling, forekommer individets handleevne begrænset, da vedkommende ikke har rådighed over medicinens effekt eller eventuelle bivirkninger (Holzkamp, 2013). Dette perspektiv skaber en forståelse af, at individet får en passiv rolle, hvor behandling ikke fordrer interaktion med andre mennesker, hvilket gør det vanskeligt for individet at opnå anerkendelse. Hermed skabes der forståelse for, at individet skal tilbydes anden behandling end den medicinske for at kunne deltage i sociale samspil, og dermed opnå anerkendelse (Honneth, 2006).

Ovenstående perspektiver skaber forståelse for Amalies problematisering af, at psykiatere er uddannet inden for medicin og ikke relationsarbejde:

*“Fundamentet er for medicinsk stadigvæk (...) det er jo i den bedste intention (...) det er mennesker der bare er der, for at gøre noget bedre end det de ser sker. De har ikke muligheden for det. Mange af dem har ikke de faglige redskaber og kompetencer de skal have, fordi de ikke er uddannet i relationsarbejde, de er uddannet i medicinpleje”.*

Amalie problematiserer, at fundamentet i det psykiatriske system er *for* medicinsk, da det bevirker, at personalet ikke har de nødvendige, faglige kompetencer. Amalies udtalelse fremstår ikke som kritik af personalet i psykiatrisk regi, men som en kritik af, at personalets uddannelsesmæssige baggrund er forankret inden for medicin. Kritikken kan forstås som et udtryk for, at personalet ikke formår at have tilstrækkeligt fokus på relationsdannelse og

anerkendelse, fordi de, qua deres uddannelse, er oplært i at have fokus på symptomer og udfordringer. Amalies fortælling kan hermed være et udtryk for, at hun har haft behov for at blive mødt af personale, som har viden om relationsarbejde for dermed at kunne interagere med personalet og opnå anerkendelse gennem denne kontakt (Honneth, 2006).

I forlængelse af Torbens førnævnte udtalelse, erkender han at den medicinske behandling er det primære for psykiatere, og at det relationelle aspekt primært tilhører en anden faggruppe:

*“Vi tænker sådan set at vores fornemste opgave er (...) den medicinske behandling, fordi det er det vi ved mest om. Relationsdannelse og sådan noget, det ved vi også noget om og ved den er vigtig, men det kunne måske også foregå i psykologpraksis eller altså udenfor den rigtige psykiatriske forståelse (...) men det er meget medicin og det skal man ikke underkende, og det siger vi også til patienterne (...) hvis ikke du skal have medicin, så skal du nok behandles et andet sted (...) Vi vil ikke fraskrive os det lægefaglige (...) vi opfatter det som et lægevidenskabeligt speciale”.*

Torben giver udtryk for at medicinsk behandling er psykiaternes ‘fornemmeste opgave’, og at relationsdannelse i princippet kunne foregå i en anden praksis end den psykiatriske. Han fortæller endvidere, at hvis ikke individet vil tage imod medicin, skal vedkommende ikke behandles i psykiatrisk regi, hvorved det fremstår som en præmis, at individet modtager medicin, hvis vedkommende ønsker behandling. Hvis individet ikke ønsker dette, udelukkes vedkommende fra at kunne modtage anden behandling, der tilbydes i psykiatrisk regi og hertil overvejer vi, hvor individet, som oplever alvorlige udfordringer, ellers kan henvende sig? Med afsæt i Honneth (2006), fremstår præmissen om modtagelse af medicin som krænkende, da individet her ikke anerkendes for egne behov og synspunkter i forhold til at modtage medicin. Ud fra Torbens beskrivelse af at relationsdannelse er vigtig, fremstår det paradoksalt at han alligevel mener, at psykiatrisk behandling først og fremmest er et lægevidenskabeligt speciale. Torbens pointe illustrerer desuden, at han besidder en stolthed ved sit arbejde og ved at understrege, hvilket doktrin psykiatriske diagnoser tilhører, tydeliggør han at specialet ikke tilhører det humanvidenskabelige. Det fremstår paradoksalt, at Torben lader til at fastholde et lægefagligt monopol på arbejdet med psykiatriske diagnoser,



samtidig med at han selv har udtalt, at der er tabuisering forbundet med psykiatriske diagnoser. Ud fra dette perspektiv lader det til, at det er prestigefyldt at arbejde med psykiatriske diagnoser, men skamfuldt at være diagnosticeret med én.

#### 4.4.2 Et misforstået diagnosesystem?

Da vi spørger Amalie, hvordan hun opfatter den samfundsmæssige retorik om psykiatriske diagnoser, griner hun og spørger om hun må hente et askebæger og tænde en cigaret, inden hun svarer. Da Amalie er klar, påpeger hun at psykiatriske diagnoser bruges i for stort et omfang, og *“...at der bliver lagt alt for stor forklaringskraft i dem i forhold til, hvor uvidenskabeligt de er udformet, og hvor dårligt de egentlig passer på de fænomener, som skal behandles i psykiatrien”*. Her bliver det tydeligt, at Amalie bliver påvirket og får brug for at berolige sig selv med en cigaret, formentlig fordi hun, som nævnt tidligere, selv har oplevet, hvordan hendes diagnoser har været med til at påvirke omverdenens syn på hende. I forbindelse med ovenstående uddyber Amalie: *“Jeg tror faktisk diagnoserne i høj grad er en af de primære årsager til, at behandlingen er så stort et mismatch med det folk erfarer, de egentligt har brug for i sidste ende”*. Amalie giver udtryk for, at psykiatrisk behandling ofte ikke stemmer overens med det, der er brug for, og hun tillægger diagnoser en stor del af årsagen til dette ’mismatch’. Amalies holdning kan forstås som udtryk for at diagnosesystemets kategoriseringer lægger op til, at individer med samme diagnose anskues på lige vis og tilbydes samme behandling. Hvis samtlige individer mødes med en ensrettet tilgang, vil flere individer formentlig opleve, at deres behov ikke opfyldes, og de mødes dermed ikke med anerkendelse (Honneth, 2006). Med ensrettede behandlingstilbud er der endvidere risiko for at individualiteten udviskes, hvilket vanskeliggør udvikling af individuelle selvforståelser.

På anden vis giver Theis udtryk for, at diagnosesystemet *ikke* bør tillægges skyld:

*“Jeg er med min beskrivelse total loyal med det, der er formuleringerne i ICD-10 (...) Man valgte helt bevidst i ’92 at lave et beskrivende diagnosesystem og ikke et forklarende diagnosesystem, men alligevel er det jo dukket op, det her med at nu har vi endelig fået en forklaring, og det er jo så dét, det er blevet til i folkemunde”*.

Theis giver udtryk for, at han med sin arbejdsgang, er trofast mod formuleringerne i ICD-10, da disse er tiltænkt som *beskrivelser* og ikke *forklaringer*. Hans fortælling skaber en forståelse for den oprindelige tanke med udformningen af diagnosesystemet, og ud fra dette perspektiv fremstår det samfundsskabt, at diagnosesystemet anses som en forklaring. Som tidligere nævnt, mener Theis, at det handler om fralæggelse af skyld, når diagnosesystemet benyttes som forklaring. Alligevel oplever Amalie, at grundforståelsen i psykiatrisk regi er skyldbetonet:

*“Den er så ekstrem individfokuseret og samtidig enorm skyldbetonet (...) man sidder konsekvent som patient i psykiatrien med en følelse af, at det er ens egen skyld at man har det så dårligt, og at hvis det ikke virker den behandling man får, så er det bare fordi man ikke vil det nok”.*

Amalie giver udtryk for, at hun oplevede, at blive påduttet en skyldfølelse i psykiatrisk regi, og at få ansvaret for effekten af den tilbudte behandling. Det lader til, at Amalie i høj grad begrænses af behandlingen, hvilket forekommer paradoksalt, da de behandlingsmuligheder, som tilbydes i psykiatrisk regi, er tiltænkt som mulighedsskabende og udviklende initiativer. Amalies erfaring trækker tråde til Saxtrup & Pedersens (2018) forståelse af, at behandlingsforløb kan fremstå som prædefinerede ‘diagnosepakker’, hvilket formentlig bevirker at flere individer ikke oplever en effekt af behandlingen. Ud fra denne forståelse, er der stor sandsynlighed for at skylden ikke ligger hos individet, hvis behandlingen ikke virker. I Honneths terminologi (2006), bliver det krænkende for individet, at grunden til at ‘sygdommen’ eksisterer og behandlingen ikke virker, tillægges individet. Amalies pointe om at det psykiatriske system er individfokuseret trækker tråde til Theis’ forklaring af, hvor misforståelsen af ICD-10 stammer fra:

*“Forfatteren af diagnosesystemet har på en måde skudt sig selv lidt i foden, ved at lave den her opdeling (...) man har adskilt det sociale fra det psykiatriske (...) det mentale fra det sociale (...) Der er skabt et diagnosesystem, hvor alt det der handler om biologi og det der handler om tilknytning, sociale forhold osv. er adskilt og det er jo, altså det er jo*

*en illusion, for der findes ikke nogle former for tilstande, der ikke også er knyttet op til sociale samspil”.*

Theis fortæller, at mentale og sociale aspekter er adskilt i diagnosesystemet, og at denne opdeling ikke repræsenterer virkeligheden. Til trods for at Theis før beskrev, at han er ‘loyal’ mod formuleringerne i ICD-10, giver han også udtryk for at opdelinger i diagnosesystemet bevirker, at sociale forhold ikke anses i sammenhæng med mentale tilstande. Det manglende fokus på individets sociale forhold kan medføre at vedkommendes handleevne begrænses, da individets handlemuligheder opretholdes i kraft af dets relationer til andre mennesker (Holzkamp, 2013; Højholt & Schraube, 2015). Som nævnt tidligere, bliver det også tydeligt, at tanken om at psykiatere skal se alle aspekter af individets liv ved at have en bio-psyko-social tilgang til individet som diagnosticeres, ikke nødvendigvis foregår som tiltænkt i praksis (Saxtrup & Petersen, 2018). Kritikken fra Theis kan sættes i forbindelse med Amalies pointe om at grundforståelsen i psykiatrisk regi er individfokuseret. I Amalies forløb lader det ikke til, at der har været blik for sociale forhold, og som tidligere nævnt, har det medvirket til oplevelsen af, at hendes behandling i høj grad var mangelfuld. Torben beskriver også den opdeling, som Theis kritiserer, men i Torbens udtalelse lader det til at være en tilgang, han støtter op om og udøver i praksis: *“Vi prøver jo sådan i princippet at skille det behandlingspsykiatriske fra det socialpsykiatriske”*. Theis og Torbens udtalelser belyser, at de, trods samme uddannelsesmæssige baggrund, har ganske forskellige holdninger til, hvordan det grundlæggende psykiatriske arbejde skal udformes.

#### 4.4.3 Psykiaternes logikker

Amalie tydeliggør, at hun har erfaret, at psykiatriske udredninger ofte er præget af psykiaternes egne logikker. Da vi præsenterer denne holdning for Theis, responderer han således:

*”Det sker jo i effektivitetens navn. Der er mange steder hvor man sætter fx spørgeskemaer ud til folk inden de kommer, så man har allerede skabt en kontekst eller skabt logikker for, hvad det er man interesserer sig for, når folk kommer ind ad døren (...) jeg tror der er mange der godt kunne tænke sig at have en anden logik, og dermed møde folk med et mere åbent sind, men der er meget stærke føringer i retning af, at vi skal have effektiviseret, og*

*effektiviseringen betyder, at vi skal være særligt optagede af vores egen faglighed, og dermed er der en risiko for, at man ikke får udforsket sin egen faglighed, fordi man bliver presset ind i den logik”.*

Theis beskriver et paradoks i psykiaternes virke og problematiserer, at mange psykiaters logikker er præget af ‘effektiviseringer’, hvilket betyder at individer, som skal udredes, modtager standardiserede spørgeskemaer på forhånd - antageligt for at kunne nå frem til en diagnose hurtigere - og hermed anerkendes individuelle aspekter ikke i processen (Honneth, 2006). Theis påpeger, at mange psykiatere ønsker at have en anden tilgang, men glemmer at udfordre fagligheden grundet krav om brug af bestemte (lægefaglige) logikker. Det betyder, at psykiaterne risikerer at gå på kompromis med individets faktiske behov ‘i effektivitetens navn’.

Da vi præsenterer Torben for Amalies holdning om, at psykiatriske udredninger er præget af psykiaternes egne logikker, svarer han prompte: *“Det håber jeg ikke (...) 9 ud af 10 psykiatere, har sådan, langt hen ad vejen, den samme diagnostiske tilgang, men der er ingen tvivl om, at der kan være toner af hvordan man ser tingene”*. Torben mener også, at langt de fleste psykiatere har samme tilgang til udredning, omend han ser det som noget positivt. Han understreger, at der kan være ‘toner’ af psykiaters forståelser og fremgangsmåder, hvormed psykiaternes individuelle logikker også tager plads i udredningerne. Han uddyber, at psykiatere *“...forsøger at få tingene til at passe (...) det kan vrides, ikke af ond vilje, men fordi man tænker, så hænger det bedre sammen”*. Torben beskriver, at der ved udredninger kan være en tendens til at ‘formindske’ eller ‘forstørre’ særlige træk ved individet, hvilket trækker tråde til Theis’ beskrivelse af, at psykiatere må beskrive individets symptomer så alvorligt som muligt, for at imødekomme bevillingssystemet. Når psykiatere ‘får tingene til at passe’ er der risiko for, at almenmenneskelige træk bliver gjort til sygdom i forsøget på at finde en diagnose, som passer til individet - eller at få individet tilpasset en eksisterende diagnose? Sidstnævnte kan være med til at forme individets livsførelse og begrænse dets handleevne, da individets unikke egenskaber ikke nødvendigvis imødekommes (Holzkamp, 2013; Holzkamp, 2015). Med denne tilgang, tilpasses individet en kasse, fremfor at systemet tilpasser udredningen og diagnosen til individet.

#### 4.4.4 Sensationalisme og fastholdelse i psykiatrisk regi

Theis beskriver, at mennesker i dag lever i en kultur, *“...hvor der opstår mange tilsyneladende sandheder”*. Hertil påpeger han, at det er det psykiatriske systems opgave, at

bidrage med perspektiver, der rækker ud over disse ‘sandheder’, og dermed finde (nye) ‘sandheder’, som passer til den enkelte. Grundet de forskelligartede ‘tilsyneladende sandheder’ om mennesker med psykiatriske diagnoser, frygter Anton at blive misforstået, hvilket han uddyber således:

*“Der er så mange der ikke forstår det, og det skal satme ikke være min kamp at få dem til at forstå det, det orker jeg ikke bruge mit liv på (...) det er da et problem at jeg ikke ved hvordan en eller anden person ville reagere, hvis jeg sagde at jeg havde den sygdom, fordi de... læser lidt for meget Ekstra Bladet”.*

Citatet illustrerer Antons oplevelse med, at den almene viden om psykiatriske ‘sygdomme’ beror på forskellige - måske modsætningsfyldte - forståelser, og han ønsker ikke at gøre det til sin ‘kamp’, at skulle oplyse om psykiatriske diagnoser blot fordi han er tildelt én. Han udtrykker også, at forståelsen af diagnoser kan være præget af en form for sensationisme med reference til Ekstra Bladet, hvilket han senere eksemplificerer med, at nyhedsmedier oftest kun beretter om skrækhistorier om mennesker, som er eller har været tilknyttet psykiatrisk regi. Antons problematisering af omverdenens syn på psykiatriske diagnoser kan betyde, at han qua forvrængede, samfundsmæssige forståelser formår at undertrykke sider af sig selv (Honneth, 2006). Han udtrykker, at han er forstående overfor, at der er mange mennesker, der ikke kan sætte sig ind i, hvordan det er at have en psykiatrisk diagnose. I forlængelse deraf uddyber han med, at der er mange mennesker, der kan have svært ved at forstå hvorfor et menneske, der tydeligvis har det dårligt og lever på gaden, kan have brug for en 20’er, hvortil han pointerer: *“Hvordan fanden skulle de så sætte sig ind i at mig, der ser helt normal ud, har brug for noget. Det kan man ikke forvente af folk”.* Anton belyser en pointe om, at det kan være vanskeligt at forstå noget, som ikke umiddelbart kan ses ved et individs udseende eller fremtræden. Ved at påpege, at forståelse ikke kan forventes, forsøger Anton at skabe en forklaring på, hvorfor det kan være vanskeligt for andre at forstå og forholde sig til mennesker med en psykiatrisk diagnose.

Som påpeget tidligere, mener Torben ikke at det er systemet, men samfundet, der tabuiserer og undertrykker individer med psykiatriske diagnoser. Torben belyser dog også at det psykiatriske system har et ansvar, da vi spørger ham om der er risiko for, at systemet utilsigtet fastholder individer i deres vanskeligheder:

*“Jeg er slet ikke i tvivl om, at vi på dum vis fastholder nogle patienter. Jeg tror vi er blevet bedre til at lade være, men vi har utvivlsomt fastholdt patienter i medicin for længe, i psykoterapi for længe og gjort dem institutionaliserede... altså, en lægeligt fremkaldt afhængighed (...) af systemer og af hjælp”.*

Med udgangspunkt i praksisnære eksempler, påpeger Torben at psykiatrien ‘på dum vis’ er med til at institutionalisere og fastholde individer med psykiatriske diagnoser i bestemte positioner, og dermed gøre dem afhængige af hjælp. Derved sættes rammerne for individernes livsbetingelser i systemet, hvorfra individernes handlemuligheder også defineres (Holzkamp, 2013). Torben beskriver, at de som er i systemet længe også tilvendes sprogligt, og ender med at bruge samme ‘psykiatri-vendinger’ som psykiaterne gør, hvorved de internaliserer særlige forståelser og udtryk om dem selv, som risikerer at blive en del af deres selvforståelse. Torben fortæller også at de, som har været i psykiatrisk regi længe, ofte kommer tilbage, da de er blevet institutionsafhængige, og dermed ikke kender dem selv eller kan klare sig uden systemet, hvortil han konkluderer: *“...og det er sgu vores skyld, om jeg så må sige”*. De mange års institutionalisering betyder, at individets daglige livsførelse arrangeres med udgangspunkt i psykiatrisk behandling, hvorved individets autonomi udviskes over tid (Holzkamp, 2015).

Risikoen for utilsigtet at fastholde individer med diagnoser i systemet, tydeliggøres også ved det lovgivningsmæssige valg om, at det ikke er muligt at fjerne diagnoser fra journaler (Retsinformation, 2021: §20). Amalie er bekendt med denne lov, og da vi spørger hende om hun forsøger at få fjernet sine diagnoser, svarer hun:

*“Ikke lige nu, nej, det er simpelthen fordi jeg ved at den kamp, den er så opslidende som det ser ud lige nu, det gider jeg slet ikke bruge min tid på (...) Lige nu har de jo ikke nogen konsekvenser for mig rent personligt, jeg kan holde dem ude af mit liv andet end når jeg selv vælger at bruge dem”.*

Amalie påpeger, at hun ser det som en ‘opslidende kamp’ at få fjernet sine diagnoser med tanke for, hvordan de samfundsmæssige betingelser ‘ser ud lige nu’. Derved bliver Amalies oplevelse et eksempel på en ‘kamp’, der skal tages op mod et system og en lovgivning. Da Amalie formår at bruge sin fortid i psykiatrisk regi som afsæt for sit professionelle virke, begrænser hendes diagnoser ikke hendes handlemuligheder synderligt nutildags, og derfor føler hun ikke, at det er værd at tage kampen på nuværende tidspunkt (Holzkamp, 2013).

Ønsket om at få fjernet psykiatiske diagnoser er ifølge Torben en tendens, som har udviklet sig over tid:

*“Det er jo sådan lidt moderne, det hørte vi ikke for 20 år siden (...) Og der tror jeg sådan set også, at vi er blevet mere liberale med at sige: ‘hvis du i en eller anden periode ikke har fået medicin og ikke har haft symptomer, så må vi opfatte den lidelse som løst’ (...) den forsvinder ikke sådan helt, men den bliver set på som løst”.*

Torben forklarer, at den historiske udvikling har bevirket et mere liberalt, individualistisk menneskesyn, som tager højde for individers ønske om at få ‘løst’ sin diagnose. Med denne mulighed anerkendes individet, som kan opleve at det hæmmer dets livsførelse, at der i journaler fremgår diagnoser og beskrivelser, som ikke længere stemmer overens (Holzkamp, 2015). Torben konkluderer følgende om den historiske udvikling: *“Den er blevet mere dynamisk (...) den tager mere hensyn til patienten og individet (...) det er en sjovere medspiller”.* Ved at benævne at udviklingen har ført til en ‘sjovere medspiller’, giver Torben udtryk for, at det nyere og mere individualistiske syn er givende for relationsdannelsen med ‘patienterne’ - formentlig fordi han i højere grad kan skabe rum for at møde dem anerkendende og på deres præmisser (Honneth, 2006).

Den anden psykiater, Theis, anerkender Amalies oplevelse med, at det kan være vanskeligt at få fjernet sin diagnose. Han oplever ikke, at der i nutidens psykiatri er tid til, at alle, der ønsker at få revurderet deres diagnose, får mulighed for det. Omend individet ikke ‘opfylder kriterierne’ for en specifik diagnose, fremgår den alligevel, hvilket Theis ser som *“...en udfordring fra et institutionaliseret samfund som vores, hvor den står i papirerne”.* Med afsæt i Honneth (2006), fremstår det krænkende at individet ikke kan få fjernet en diagnose, da individets behov for at realisere egen autonomi ikke anerkendes. Theis forklarer, at ansatte i psykiatrisk regi arbejder i institutionssammenhænge, hvorfra de internaliserer særlige forståelser af og tilgange til mennesker med psykiatiske diagnoser, og denne internalisering handler de ud fra. Med Holzkamps terminologi (2013), er systemet via de ansatte med til at begrænse individets handleevne, idet individet må indordne sig systemets måde at forstå diagnosers permanens på, omend individet selv oplever, at diagnosen ikke længere er gældende. Theis mener, at det vigtigste er, at individet skal have lov til at tage afstand fra sin diagnose, hvis vedkommende ikke længere ‘opfylder kriterierne’ for den. Han udtrykker, at individet skal *“...kunne påberåbe sig retten til at sige: ‘Jeg har ikke den diagnose mere’”*,

hvilket tydeliggør hans kritik af den gængse forståelse af, at diagnoser ikke kan fjernes. Theis' holdning illustrerer dog også en ansvarsfralæggelse fra psykiatrisk regi, da ansvaret for at 'påberåbe sig retten' pålægges individet. Inden for de kritiske videnskaber står individet aldrig udenfor de systemiske betingelser, og med denne tanke kan det dermed ikke være individets ansvar alene (Nielsen, 2020; Jartoft, 1996). Det må antages at individet skal være ressourcefuld og besidde resiliens, hvis vedkommende både skal kæmpe med psykisk lidelse, og kunne italesætte behovet for at få fjernet sin diagnose - hvilket formentlig er for meget at forvente af et individ, der i forvejen kæmper.



## 5. DISKUSSION

I starten af specialeskrivningen havde vi en forestilling om, at det var plausibelt at adskille det mulighedsskabende og begrænsende ved psykiatriske diagnoser. Gennem specialeprocessen har vi udviklet en forståelse for, at de to poler ikke kan adskilles så skarpt. I takt med udviklingen af denne bevidsthed, har vi ligeledes opnået en forståelse for at det ikke er muligt at opsætte en kategorisk adskillelse af restriktiv- og udvidende handleevne. Hertil har begrebet handleevne *uden* værdiladning medvirket til, at vi har kunne tænke mellem de to poler, hvilket har skabt en fleksibilitet i vores brug af begreberne (Holzkamp, 2013). Muligheder og begrænsninger ved psykiatriske diagnoser lader dermed til at være sammenvævede, og de kontekster og aspekter, som bevirker sammenhængen, diskuteres herunder.

### 5.1 Mulighederne og begrænsningernes paradoksale kompleksitet

Det danske velfærdssystem er bygget op således, at det skal beskytte danskerne og sikre lige muligheder for alle. Ligeså skal psykiatrisk regi, som er en del af velfærdssystemet, tilbyde psykiatriske diagnoser og behandlingsmuligheder for mennesker med psykiske lidelser, og derved fungere som samfundsmæssig omsorgsgiver for dem, der har det psykisk vanskeligt. Gennem analysen har vi erfaret, at tildelingen af psykiatriske diagnoser har været retningsgivende og med til at skabe (nye) selvforståelser, som Anton og Amalie har valgt at tage til sig og lade fylde på ganske forskellig vis. I undersøgelsen af Amalies og Antons selvforhold, har vi flere gange oplevet, at de selv har spillet en aktiv rolle med hensyn til enten positiv eller negativ påvirkning på deres selvforhold. Vi har benyttet anerkendelsesteorien i den forbindelse, men har hertil oplevet en begrænsning, da teorien ikke indeholder en forståelse af, at individet kan anerkende eller krænke sig selv. Når Anton eksempelvis beskriver, at han ser sig selv som mindre værd end andre mennesker, synes det oplagt at beskrive, at Anton udøver en form for selv-krænkelse. Anerkendelsesteoriens benyttelse har i den forbindelse sat vores informanter i passive positioner, hvor de ikke selv har haft indvirkning på den anerkendelse, de kan opnå og den krænkelse, de møder (Honneth, 2006).

Vores analyse har også belyst, at diagnoser kan spænde ben for den omsorg, der er tiltænkt, eftersom de kan medføre en stor portion af skyld og skam hos individet. Omend intentionen er god, kan der sættes spørgsmålstegn ved, om diagnoser medfører en misforstået

samfundsmæssig omsorg, som kan risikere at tilføre individet mere ondt end godt? Denne risiko øges idet en selvforståelse, som skabes i psykiatrisk regi, kan indebære de førnævnte skyld- og skamfølelser, som indlejres i selvforståelsen og internaliseres i individet med diagnosen, hvilket kan præge individets efterfølgende livsførelse (Holzkamp, 2015). I et systemperspektiv beror diagnosesystemet jævnfør Saxtrup & Pedersen (2018) på standardiserede 'diagnosepakker', der kan forstås som en måde, hvorpå samfundsmæssigt udbud og efterspørgsel kan imødekommes. Som nævnt indledningsvist, kvantificeres diagnoser blandt andet med tanke for allokering af 'hænder' og økonomiske ressourcer, hvorfor det kan argumenteres at systemet ved brug af 'diagnosepakker', formår at strække ressourcerne til at kunne rumme flest mulige individer med behov for hjælp i psykiatrisk regi (Saxtrup & Pedersen, 2018). En risiko ved dette kan være, at individualiteten forsvinder, hvilket periodisk har gjort sig gældende hos Anton og Amalie, men hvordan findes balancen mellem individuelle og samfundsmæssige behov, så behandlingen ikke bliver *for* individuel og ansvaret for de psykiske udfordringer dermed pålægges individet? Et øget fokus på det enkelte individ kan også betyde, at den samfundsmæssige omsorg for andre lidende forsvinder, da systemet ikke vil kunne favne de mange mennesker, som hvert år behøver hjælp og i dag *kan* imødekommes i et eller andet omfang (Psykiatrifonden, 2021).

Analysen peger endvidere på, at individet spiller en altafgørende rolle i forhold til at skabe muligheder i livet med en psykiatrisk diagnose, og udvikle strategier til at kunne mestre de begrænsninger, som diagnosen medfører. Med eksempler fra Amalie og Anton bliver det tydeligt, at individet må besidde en vis mængde ressourcer for at skabe et tilfredsstillende liv med en psykiatrisk diagnose og overkomme behandling i psykiatrisk regi - og herved tillægges individet et stort ansvar. På den ene side fremstår tildelingen af en diagnose som en vej til bedring og personlig udvikling, men på den anden side kræver det ressourcer og vedholdenhed fra individet, at tillære sig måder hvormed diagnosen kan få positiv betydning. Hertil overvejer vi hvordan individer, der ikke har de ressourcer Amalie og Anton har, skaber muligheder for sig selv efter tildeling af en psykiatrisk diagnose? Det kan argumenteres, at psykiatrisk regi er med til at skabe en strukturel ulighed på tværs af dets 'målgruppe', da der antageligt er forskel på, hvor mange ressourcer individer har og kan udvikle. Med tanke for, at systemet er tiltænkt at skulle hjælpe individet til bedring qua den førnævnte samfundsmæssige omsorg, fremstår det kontraproduktivt, at systemet også kan medvirke til øget ulighed inden for psykiatrisk regi.

I forlængelse af dette peger flere empiriske eksempler i analysen på, at psykiatrierfaring har en væsentlig rolle i forhold til individets selvforståelse, eftersom individet pådattes 'patientidentiteter' og placeres i 'kasser', som vedkommende forstås og mødes ud fra. Antons selvforståelse må eksempelvis forstås som forankret i psykiatrisk regi, da han ikke mener, at han havde et selv billede inden udredning og behandling. Dermed bliver hans selvforståelse til i kraft af den systemiske forståelse af ham og derfor bliver både diagnosen og mødet med psykiatrisk regi en væsentlig markør i hans selvforståelse. Gennem analysen har vi erfaret, at individet risikerer at blive gjort afhængig af systemet qua en (systemisk) selvforståelse, som kan være vanskelig at fravige, og som kan medvirke til at indsnævre individets handlemuligheder og udviklingsbaner (Holzkamp, 2013). I den forbindelse kan der sættes spørgsmålstejn ved, om diagnoser fungerer som de arbejdsredskaber eller -hypoteser, som de er tiltænkt, eller om de egentlig bliver mere permanent definerende for individets selvforståelse og livsførelse? Én ting er at selvforståelse og livsførelse er *betinget* af samfundet, fordi mennesker er samfundsmæssige væsener (Nielsen, 2020; Jartoft 1996) - noget andet er at være afhængig af et system i en sådan grad, at ens person overskrives på bekostning af ens særpræg som individ. I systemets forsøg på at hjælpe, er der risiko for at individets selvudvikling stagnerer, hvilket kan resultere i et af de paradokser, som Anton repræsenterer gennem analysen; en ambivalens mellem ønsket om at tage afstand til sin diagnose og samtidig slutte fred med den.

Hvis psykiatere er bevidste om, at diagnoser har *så* stor påvirkning på individets selvforståelse og livsførelse, hvordan kan det så være, at der ikke er mere fokus på at skabe positiv indvirkning på individets selvforståelse? Vores indledningsvise opremsning af nytænkende og kritiske tilgange er nationale og internationale bud på, hvordan der ved øget fokus på blandt andet individets ressourcer, kan skabes bedre rammer for udvikling af positive selvforståelser hos de der tildeles psykiatriske diagnoser. Torben nævner, at psykiatere er mere ressourceorienterede end tidligere, men hverken Anton eller Amalie - eller Theis for den sags skyld - har erfaringer med at dette er et prioriteret fokusområde. Gennem analysen har vi erfaret, at psykiaternes egne logikker er af væsentlig betydning, da psykiaterne bærer egne normative forståelser og tilgange ind i en ellers ganske systematisk praksis. Psykiateres forskellige forståelser, som udfoldes i samme regi, kan have til fordel at nærme sig individer på bedre måder end systemet gør som helhed, eftersom den enkelte psykiaters fokus kan imødekomme den enkelte patients ønsker og behov. Risikoen ved diversitet blandt psykiatere kan dog være, at ensretningen forsvinder - eksempelvis når

klassifikationer i ICD-10 for nogle forstås beskrivende, mens de for andre forstås forklarende, eller når nogle overdriker symptomer for at imødekomme bevillingssystemet, mens andre underdriver dem. Tilgangene bliver dermed personafhængige, og det kan argumenteres at systemets formål om at møde alle individer på lige fod forsvinder, fordi systemet i et eller andet omfang tillader, at diversiteten blandt psykiaterne får lov til at spille en rolle.

Analysens empiriske nedslag illustrerer endvidere, at individets rolle og handleevne i høj grad betinges af de herskende systemlogikker i psykiatrisk regi, som er med til muliggøre og begrænse aspekter for individet. Med informanternes erfaringer, fremstår det tilfældigt, hvornår individet tildeles og fratages ansvar; individet skal både tilpasses særlige 'kasser' og indordnes psykiaternes logikker, og tillægges samtidig ansvaret for egne udfordringer og effekt af behandling. I relation dertil, kan der sættes spørgsmålstejn ved, hvorfor ansvaret for udfordringer tillægges individet, når vedkommende ikke har meget at skulle have sagt i forhold til udredning og behandlingsmuligheder? Hvis individet skal opnå anerkendelse for egne behov, og ikke blot mødes som én i rækken, skal der skabes handlerum for at individet selv er med i beslutningsprocessen om, hvorvidt og hvordan vedkommende skal - og ikke skal - have ansvar (Holzkamp, 2013; Honneth, 2006). Gennem analysen har vi erfaret, at individets rolle i psykiatrisk regi udfordres yderligere af den medicinske tilgang psykiaterne har qua deres lægevidenskabelige baggrund, hvormed Amalie og Anton ikke føler at der tages højde for alt det de er. Her illustreres en generel problematik; at forholdet mellem biologiske, sociale og psykologiske aspekter ikke vægtes lige, da dette påvirkes af psykiateres logikker, og at relevansen af aspekterne ikke forstås ens psykiater og patient imellem. Vi har erfaret, at når psykiatere arbejder ud fra et overvejende medicinsk fokus, skabes der forenkede forståelser af individet, som ikke tager højde for den enkeltes unikke kontekst, historie og kompleksitet. Dette finder vi kritisk med tanke for, at individet dermed ikke kan opnå illusionen om 'det gode liv'.

## 6. SAMMENFATNING

Vores specialeproces har belyst, at det mulighedsskabende og begrænsende ved psykiatriske diagnoser i høj grad differentierer afhængigt af konteksten, hvorfor disse aspekter må forstås som sammenvævede processer. For Anton og Amalie forekommer der en ambivalens ved diagnosernes mulighedsskabende aspekter, da de hellere ville have været diagnoserne og de dertilhørende oplevelser foruden. Ønsket om dette skyldes blandt andet, at de betingelser der påvirker en psykiatrisk diagnose, primært medfører en restriktiv handleevne for det diagnosticerede individ. Psykiatriske diagnoser kan også skabe potentiale for udvidende handlinger, hvilket især gør sig gældende, hvis den enkelte selv er i stand til at skabe muligheder ud fra de betingelser, der umiddelbart er begrænsende. Individet er generelt tilskrevet en position, hvor vedkommende selv har ansvar for, at skabe muligheder i livet med en psykiatrisk diagnose, at problematisere sin selvforståelse, hvis den beror på en diagnostisk forståelse, samt at påberåbe sig retten til at få fjernet en diagnose. Hvis individet besidder tilstrækkelige ressourcer til at udvikle muligheder for sig selv, skaber individet rådighed over sit hverdagsliv, selvom individet har en psykisk lidelse, som vedkommende ikke har rådighed over.

Antons og Amalies erfaringer belyser, at de ikke har oplevet, at deres ressourcer og livshistorier, forstået som sociale og samfundsmæssige aspekter, er blevet inddraget i deres udrednings- og behandlingsforløb. Det har påvirket deres selvforhold negativt og bevirket at det har været vanskeligt for dem at opretholde dét, der fungerede for dem, før de kom i kontakt med psykiatrisk regi. Når disse aspekter ikke medtænkes i udredning og behandling, er det vanskeligt for individet at opnå anerkendelse, og der vil i flere henseender opstå krænkelser, da det 'hele' menneske ikke ses. Vi kan sammenfatte at når individet tildeles en psykiatrisk diagnose, opleves det som en præmis, at vedkommende tager diagnosen til sig, hvis hjælp skal kunne tilkendes, og derfor bliver diagnosen en væsentlig og ufravigelig markør i individets selvforståelse. På tværs af interviewene med vores informanter, har vi erfaret at psykiatrierfaring har både positive og negative indvirkninger på individets selvforståelse, men er af overvejende negativ karakter. Til trods for at psykiaterne er bevidste om den negative indvirkning på individets selvforståelse, er der, i psykiatrisk behandling, begrænset fokus på at skabe positiv indflydelse på individets selvforståelse.

Med afsæt i Theis' og Torbens udtalelser lader det til, at psykiatere har ganske forskellige måder at møde individet på, hvorfor individets muligheder og begrænsninger ændres alt efter hvilken psykiater vedkommende møder. Det er ligeledes blevet tydeligt, at psykiatere er underlagt og forsøger at navigere i systemer, samt krav om effektivisering, hvilket bevirker at deres muligheder for at møde individet på en anerkendende og helhedsorienteret måde, begrænses. Interviewene med Theis og Torben har fungeret som en valideringsbestræbelse, hvormed vi har undersøgt om og hvordan Antons og Amalies oplevelser skaber genklang hos psykiaterne. Da flere perspektiver og erfaringer har været gennemgående på tværs af de fire interviews, har vi formået at validere, at Antons og Amalies erfaringer formentlig ikke er enkeltstående, men illustrerer et diagnostisk paradoks, der opleves subjektivt af mange individer. Hermed har specialet belyst flere perspektiver og nuancer, der er væsentlige at undersøge nærmere.

## 7. REFERENCER

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. I: *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, no. 2 (s. 77-101). London: Routledge.

BPS (u.å.). *Power Threat Meaning Framework*. Lokaliseret d. 8.5.23: [Link](#)

Brinkmann, S. (1; u.å.). *Diagnose paradoks*. Lokaliseret d. 16.4.23: [Link](#)

Brinkmann, S. (2; u.å.). *Det diagnosticerede liv: psykiatriske diagnoser som tveægget sværd* [Forelæsning]. Aalborg: AAU, Institut for Kommunikation. Lokaliseret d. 6.3.23: [Link](#)

Brinkmann, S. (2010). Indledning: Sygdom, sundhed og det diagnosticerede liv. I: *Det diagnosticerede liv - sygdom uden grænser* (s. 7-14). Aarhus: Forlaget Klim.

Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015). Diagnoser i samtiden: En introduktion. I: *Diagnoser: perspektiver, kritik og diskussion* (s. 7-16). Aarhus: Forlaget Klim.

Brinkmann, S. (2019-2023). *Brinkmanns Briks* [Podcast]. DR (producent). KBH: Danmarks Radio.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I: *Kvalitative metoder - en grundbog* (s. 33-64). KBH: Hans Reitzels Forlag.

Bækbøl, M. (2018). *Diagnoseudfordrerne*. Lokaliseret d. 6.3.23: [Link](#)

Danmarks Radio (2021). *Lys på den lukkede* [Dokumentarfilm]. KBH: DR.

Danneskiold-Samsøe, S. (2020). *50 nye recovery-mentorer skal skabe håb for psykiatriske patienter*. Lokaliseret d. 2.5.23: [Link](#)

Elling, B. (2013). Kritisk teori. I L. Fuglsang, P. B. Olsen & K. Rasborg: *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne* (s. 137-170). KBH: Samfundslitteratur.

Gooding, P. (u.å.). *Trieste Model - No Restraint System of Care for Recovery and Citizenship*. Lokaliseret d. 8.5.23: [Link](#)

Harper, D. & Speed, E. (2012). Uncovering Recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience. I: *Studies in Social Justice, Volume 6, Issue 1*, (s. 8-25).

- Herlufsen, K. (2014). *Psykiatriens historie*. Lokaliseret d. 6.5.23: [Link](#)
- Hidden Disabilities (u.å.). *What is the Hidden Disability Sunflower?* Lokaliseret d. 9.5.23: [Link](#)
- Holzkamp, K. (2013). Basic Concepts of Critical Psychology. I E. Schraube & U. Osterkamp: *Psychology from the standpoint of the subject* (s. 19-27). Basingstoke: Critical Theory and Practice in Psychology and the Human Sciences, Palgrave Macmillan.
- Holzkamp, K. (2015). Conduct of Everyday Life as a Basic Concept of Critical Psychology. I E. Schraube & C. Højholt: *Psychology and Conduct of Everyday Life* (s. 65-98). London: Routledge.
- Honneth, A. (2003). Indledning ved Rasmus Willig. I: *Behovet for anerkendelse* (s. 7-23). KBH: Hans Reitzels Forlag.
- Honneth, A. (2006). Indledning ved Rasmus Willig; Forord; Den intersubjektive anerkendelses mønstre; Personlig identitet og ringeagt. I: *Kamp om anerkendelse* (s. 7-17; 21-23; 127-174; 175-184). KBH: Hans Reitzels Forlag.
- Højholt, C. & Schraube, E. (2015). Introduction: Towards a Psychology of Everyday Living. I: *Psychology and Conduct of Everyday Life* (s. 1-14). London: Routledge.
- Jakobsen, L. H. (u.å.). *Mads Fabricius om retten til at være rask*. Lokaliseret d. 7.5.23: [Link](#)
- Jakobsen, R. G. (2018). *Andelen af børn og unge med en psykiatrisk diagnose fordoblet på få år*: Lokaliseret d. 2.3.23: [Link](#)
- Jarftoft, V. (1996). Kritisk psykologi. I C. Højholt & G. Witt: *Skolelivets socialpsykologi - Nyere socialpsykologiske teorier og perspektiver* (s. 181-208). KBH: Unge pædagoger.
- Jeste, D. V. & Treichler, E. B. H. (2021). *Positive Psychiatry: A New Way to Approach Mental Health*. Lokaliseret d. 6.5.23: [Link](#)
- Kringlen, E. (2003). *Psykiatriens samtidshistorie*. KBH: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). Karakteristik af kvalitative forskningsinterviews; Ethiske spørgsmål i forbindelse med interview; Forberedelse til interviewanalyse. I: *Interview: Det*



*kvalitative forskningsinterview som håndværk* (s. 45-74; 105-126; 249-266). KBH: Hans Reitzels Forlag.

Lauveng, A. (2008). *I morgen var jeg altid en løve*. KBH: Akademisk Forlag.

Løkke, M. L. (2020). *Ny analyse: Markant stigning af voksne med en psykiatrisk diagnose*. Lokaliseret d. 7.3.23: [Link](#)

Mad in America (u.å.). *Science, Psychiatry and Social Justice*. Lokaliseret d. 18.5.23: [Link](#)

Marin, I. L. (2009). Recognition and Psychoanalysis: An Interview with Axel Honneth. I: *European Journal of Psychoanalysis* (s. 1-19).

Nielsen, H. K. (2020). Kritisk teori. I S. Brinkmann & L. Tanggaard: *Kvalitative metoder - en grundbog* (s. 471-490). KBH: Hans Reitzels Forlag.

Nielsen, K. (2007). The Qualitative Research Interview and Issues of Knowledge. I: *Nordic Psychology*, 59, 3 (s. 210-222).

Ordnet 1 (u.å.). *Diagnose*. Lokaliseret d. 10.4.23: [Link](#)

Ordnet 2 (u.å.). *Fænomen*. Lokaliseret d. 21.4.23: [Link](#)

Ordnet 3 (u.å.). *Paradoks*. Lokaliseret d. 20.4.23: [Link](#)

Ordnet 4 (u.å.). *Selvforståelse*. Lokaliseret d. 21.4.23: [Link](#)

Prytz, M. (2022). *Voldsom stigning i diagnoser: Flere børn og unge står udenfor fællesskabet*. Lokaliseret d. 16.3.23: [Link](#)

Psykiatrifonden (u.å.). *Behandling*. Lokaliseret d. 9.4.23: [Link](#)

Psykiatrifonden (2021). *Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark*. Lokaliseret d. 7.3.23: [Link](#)

Rasmussen, K. (2017). Kritisk teori. I P. Ø. Andersen & T. Ellegaard: *Klassisk og moderne pædagogisk teori* (s. 844-850). KBH: Hans Reitzels Forlag.

Retsinformation (2018). *Forslag til folketingsbeslutning*. Lokaliseret d. 22.5.23: [Link](#)

- Retsinformation (2021). *Journalføringsbekendtgørelsen*. Lokaliseret d. 10.4.23: [Link](#)
- Ris, T. H. (2021). *Så du TV-udsendelserne om 'frirum i psykiatrien'?* Lokaliseret d. 9.5.23: [Link](#)
- Rose, N. (2010). Psykiatri uden grænser? I S. Brinkmann: *Det diagnosticerede liv - sygdom uden grænser* (s. 32-57). 1. udgave. Aarhus: Forlaget Klim.
- Saxtrup, N. & Petersen, A. (2018). *Hvem ejer diagnosen?* Lokaliseret d. 10.4.23: [Link](#)
- Schraube, E. (2010). Første-persons perspektivet i psykologisk teori og forskningspraksis. *Nordiske Udkast, nr. 38, udgave 1/2* (s. 92-103).
- Social- og Indenrigsministeriet (2020). *Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser*. Lokaliseret d. 6.3.23: [Link](#)
- Sperling, A. (2021): *To nye tv-dokumentarer lærer os på nye måder om at være tæt på psykisk syge*. Lokaliseret d. 18.5.23: [Link](#)
- Stærkind, B. (u.å.). *Recovery*. Lokaliseret d. 2.5.23: [Link](#)
- Sundhedsdatastyrelsen (2021). *Status på overgang fra ICD-10 til ICD-11 i Danmark*. Lokaliseret d. 10.4.23: [Link](#)
- Svanborg, N. (2022). *Psykiatere: Vi har ikke brug for mere psykiatri. Vi har brug for mere fællesskab*. Lokaliseret d. 20.5.23: [Link](#)
- Waal, H. (2005). *Psykiatri*. Lokaliseret d. 6.5.23: [Link](#)
- Wessel, L. (2006). *Diagnosen var en redning*. Lokaliseret d. 3.3.23: [Link](#)
- Westerlund, M. (2022). *Trieste-model er truet - men redningsplan er på vej*. Lokaliseret d. 18.5.23: [Link](#)
- WHO (2019). *ICD-10*. Lokaliseret d. 10.4.23: [Link](#)

## **8. BILAG**

1. Interviewguides
2. Transskriptioner - Informanter med psykiatrierfaring
3. Transskriptioner - Psykiatere
4. Studieføløbsbeskrivelse - Line
5. Studieføløbsbeskrivelse - Malou