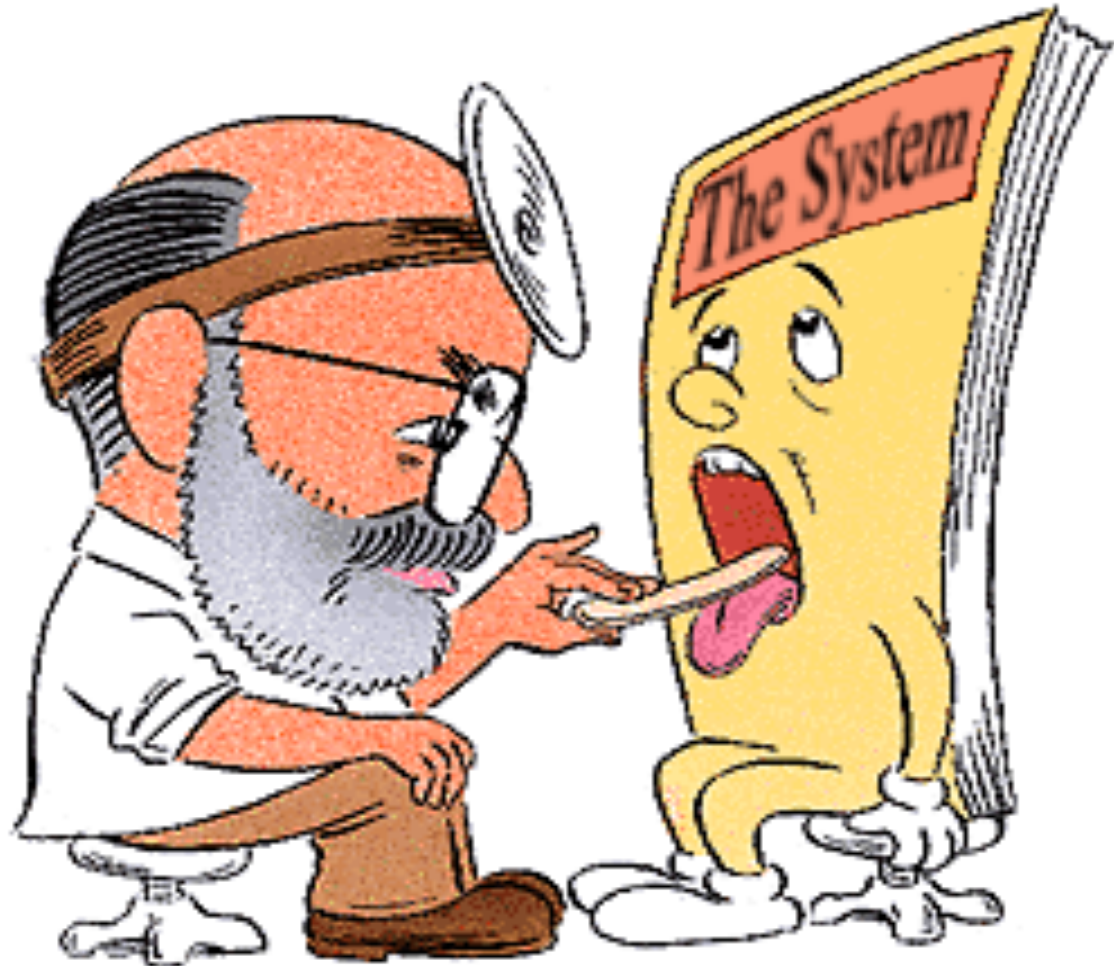


DIAGNOSTICERING I DET SENMODERNE SAMFUND

Vejleder: Marian Nielsen



Asbjørn Fabricius Knudsen 54418

Cecilie Maria Roholm Jensen 54674

Ida-Maria Feldt Rasmussen 55612

Josephine Alpy Midskov 54531

Kenan Boz 54486

Sif Hørring Yndgaard 54638

Eftersårssemester 2016

Fagmodulprojekt

Samlet anslag: 124.179

Sprog: Dansk

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	3
Problemfelt.....	3
Hvilke forhold gør sig gældende for den stigende diagnosticering i det senmoderne samfund, og hvilke konsekvenser kan disse have for individet?	5
• 1. Hvilke samfundsmæssige forhold gør sig gældende for diagnosticeringen og hvilke implikationer kan det medføre for individet?	5
• 2. Er måden hvorpå fagfolk i praksis diagnosticerer individet med til at skabe tendenser for stigende diagnosticering?	5
• 3. Hvilken konsekvens har overdiagnosticering?	5
• 4. Hvilken konsekvens har kategorisering på individet?	5
Begrebsafklaring.....	6
Psykisk sundhed.....	6
Klinisk psykisk sygdom	6
Metodiske overvejelser	7
Begrundelse for valg af teoretikere:.....	7
Overvejelser i forhold til projektets tilgang til emnet	9
Senmodernitet.....	9
1. Hvilke samfundsmæssige forhold gør sig gældende for diagnosticeringen og hvilke implikationer kan dette medføre for individet?.....	11
Hvordan kan senmoderniteten påvirke individet?.....	11
Uddelegering af opgaver	14
Sygdom eller naturlige problemer i livet?	17
Hvad er problemerne ved at vanskeligheder i livet ses som sygdom?	19
Delkonklusion	22
2. Er måden hvorpå fagfolk i praksis diagnosticerer individet, med til skabe tendenser for stigende diagnosticering?	23
Hvordan bliver fagbøger, som DSM og ICD brugt i praksis?.....	23
Hvilken indvirkning har udformning af DSM og ICD på, hvordan man behandler mentale sygdomme? ...	25
I hvor høj grad er Hamiltons depressionsskala med til at diagnosticere patienter og hvor meget siger den om mentale sygdomme.....	30
Potentielle faldgrupper ved psykiatrien	31
Psykiatrien som naturvidenskab	31
Delkonklusion	34
3. Hvilken konsekvens har diagnosticering?.....	35

Medicinering (& økonomi)	35
4. Hvilken konsekvens har kategorisering på individet?	40
Mental sygdom og stigma	40
Offentlig stigma og selvstigmatisering	41
Stigma og behandling	43
Social Identity Theory	45
Etiketteringsteori.....	46
Offentlig etikettering	47
Forbrugerindflydelse	48
At fabrikere mennesker.....	49
Delkonklusion	50
Konklusion	51
Litteraturliste.....	54
Bøger:	54
Artikler:.....	55
Websites:.....	55
Video:.....	57
Figurer:	57

Indledning

Problemfelt

I Danmark udgør psykiske lidelser den største sygdomsbyrde for samfundet med 25% i forhold til det samlede sygdomsbillede. Dette svarer til 8% mere end kræft som udgør 17%, og 9,8% mere end kredsløbssygdomme som udgør 15,2%. Hovedparten af de samfundsmæssige omkostninger ved psykiske lidelser skyldes langtidssygemeldinger, førtidspensioner og nedsat arbejdsevne, mens kun 10% af omkostningerne skyldes behandlinger. De samlede samfundsmæssige omkostninger ved mentale helbredsproblemer løber op i cirka 55 milliarder kroner årligt (psykiatrifonden.dk, A). Derudover viser studier, at 25% af befolkningen i den vestlige verden vil have mentale problemer som kan forklares med mindst én diagnose i løbet af et år (Brinkmann, 2016: s. 1). Dette svarer til 700.000-800.000 danskere (psykiatrifonden.dk, A).

Siden 1950'erne er der sket en stor stigning i antallet af forskellige diagnoser i det vestlige samfund; på 50 år er der sket en tidobling. Hvor der i 1950'erne var omkring 100 forskellige diagnoser, findes der i dag omkring 1000 forskellige (Brinkmann, 2016: s. 1). Dette kan være en del af forklaringen på, at der ligeledes ses en stigning af diagnosticerede individer i det vestlige samfund (psykiatrifonden.dk, A).

Derudover er der både på arbejdsmarkedet, medicinalindustrien og i psykiatrien opstået en stigende tendens til behandling af symptomer. I forhold til fysiske sygdomme er behandlingen af mentale sygdomme langt mere problematisk og komplekst, netop fordi mentale sygdomme er skjulte, afhængige af individets personlige karakter og ikke kvantificerbare (NCBI, 2016).

Vi har blandt andet valgt at se på, hvilke konsekvenser behandling af symptomer kan have for individet.

De flydende strukturer i samfundet i den vestlige verden søger og kræver et fleksibelt og refleksivt individ. Disse strukturer kan sammen med diagnosticering medføre en række konsekvenser såsom stigmatisering, overmedicinering og patologisering. Samtidig med at diagnosticering kan være med til at kategorisere og dermed give individet en afklaring, kan det også medføre konsekvenser i form af udelukkelse af grupper i samfundet via diagnosticering (Corrigan, 2005).

Dette projekt beskæftiger sig med mentale sygdomme generelt. Dog er nogle sygdomme mere i fokus end andre da sygdomme som eksempelvis angst, depression og ADHD er meget udbredte, og har et større fokus hos teoretikerne som dette projekt benytter sig af. Angst er en sygdom, hvor der har været en markant stigning, og som ser ud til at invalidere stadig flere individer. For eksempel er

antallet af ansøgninger om førtidspension grundet angst på tre år (2013-2016) steget med 41% (AC, 2016). Angst og depression er ligeledes de mest udbredte psykiske sygdomme i Danmark såvel som i Europa:

Forekomsten af psykiske sygdomme hos voksne

Psykiske lidelser	Andele (%) i Europa	Svarende til personer i Danmark a)
Angstlidelser	Ca. 12	400.000
Bipolar lidelse	0,8	30.000
Depression	8	300.000
Medicinsk uforklarede symptomer	6	200.000
Misbrug	Alkohol 3 Stoffer 0,3	Alkohol 100.000 Stoffer 15.000
Psykosesygdomme	3	90.000
Spiseforstyrrelser	0,4	14.000

(Figur 1.)

Vi har valgt ikke at fokusere på sociale medier i dette projekt. Derimod inddrages generelle medier såsom aviser og hjemmesider, da vi finder dette relevant idet de blandt andet har været med til at danne en simplificering og en mere offentlig tilgang til diagnosticeringen af sygdomme. Derudover er det blevet fravalgt at inddrage medicinalindustriens finansielle interesser i diagnosticering, idet dette ville resultere i en ny projektretning med nye problemstillinger og ny viden. Vi vil i stedet se på selve diagnosen og den potentielle medicinering efter en diagnose er blevet stillet.

Diagnosticering er et bredt emne som indeholder et stort antal mulige problemstillinger, og vi har derfor valgt at begrænse os til problematikker som vi mener er mest centrale.

Det kan desuden også diskuteres, om subjektet med individuelle historier og egenrådighed kan og bør kategoriseres, eller om konsekvensen heraf kan blive, at individet forsvinder og defineres som en sygdom uden at inkludere menneskets individuelle og komplekse livsverden. Vi deler dermed projektet op i to problematikker; dels hvad diagnosen faciliterer, dels hvilke konsekvenser diagnosen har for individet.

Sygdom kan diagnosticeres ved brug af varierende metoder og kan være begrundet af forskellige udviklinger i samfundet. Hovedspørgsmålet i dette projekt er, om det vestlige samfunds diagnosekultur kan anskues som en patologisering af menneskelige karaktertræk, eller om samfundet reelt har udviklet sig til et stigende diagnosticeret samfund.

Disse overvejelser har ledt os frem til følgende problemformulering:

Hvilke forhold gør sig gældende for den stigende diagnosticering i det senmoderne samfund, og hvilke konsekvenser kan disse have for individet?

For at besvare problemformuleringen opstilles en række problemstillinger, som har til hensigt at give en samlet besvarelse:

- **1. Hvilke samfundsmæssige forhold gør sig gældende for diagnosticeringen og hvilke implikationer kan det medføre for individet?**
 - *Hvordan kan senmoderniteten påvirke individet?*
 - *Uddelegering af opgaver.*
 - *Sygdom eller naturlige problemer i livet?*
 - *Hvad er problemerne ved at vanskeligheder i livet kan ses som sygdom?*

- **2. Er måden hvorpå fagfolk i praksis diagnosticerer individet med til at skabe tendenser for stigende diagnosticering?**
 - *Hvordan bliver fagbøger som DSM og ICD brugt i praksis?*
 - *Hvilken indvirkning har udformning af DSM og ICD på hvordan man behandler mentale sygdomme?*
 - *I hvor høj grad er Hamilton's depressionsskala med til at diagnosticere patienter og hvor meget kan den sige om mentale sygdomme?*
 - *Potentielle faldgrupper ved psykiatrien*
 - *Psykiatrien som naturvidenskab*
 - *Hurtig diagnose og offentlige skemaer*

- **3. Hvilken konsekvens har overdiagnosticering?**
 - *Medicinering (og økonomisk støtte)*

- **4. Hvilken konsekvens har kategorisering på individet?**
 - *Mental sygdom og stigma*
 - *Offentlig stigma og selvstigmatisering*

- *Stigma og behandling*
- *Social Identity Theory*
- *Etiketteringsteori*
- *Offentlig etikettering*
- *Forbrugerindflydelse*
- *At fabrikere mennesker*

Begrebsafklaring

Vi har valgt at begrebsafklare de forskellige holdninger til psykisk ustabilitet, idet vi mener at det er relevant at definere disse begreber. Måden hvorpå de følgende begreber er defineret er anslående for, hvordan de benyttes i dette projekt.

Psykisk sundhed

Den danske sundhedsstyrelse definerer psykisk sundhed med udgangspunkt i WHO's definition:

“En tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, samt indgå i fællesskabet med andre mennesker” (psykiatrifonden.dk, A)

Klinisk psykisk syg

“Et klinisk betydningsfuldt adfærdsmæssigt eller psykologisk syndrom eller mønster, der forekommer i et individ, og som er forbundet med aktuelt ubehag (for eksempel et smertefuldt symptom) eller handicap (det vil sige svækkelse af et eller flere vigtige funktionsområder) eller med en betydelig øget risiko for lidelse, død, smerte, handicap eller et vigtigt tab af frihed. Desuden skal dette syndrom eller mønster ikke blot være en forventet eller kulturelt accepteret reaktion på en bestemt begivenhed, for eksempel død af en elsket person. Uanset dens oprindelige årsag skal det aktuelt betragtes som en manifestation af en adfærdsmæssig, psykologisk eller biologisk dysfunktion i individet. Hverken afvigende adfærd... eller konflikter, der primært foregår mellem individ og samfund, er psykiske lidelser, medmindre afvigelsen eller konflikten er symptom på en dysfunktion i individet” (Gøtzsche, 2013: s. 289).

Patologisering

Svend Brinkmann: *“Når noget, der tidligere blev betragtet som et almindeligt menneskeligt problem eller en simpel afvigelse fra en norm, bliver gjort til en diagnosticerbar sygdom eller forstyrrelse, der kræver behandling”* (psykiatri.rn.dk, 2010).

Metodiske overvejelser

I dette projekt har vi valgt at anvende en eksplorerende tilgang, hvor vi søger at åbne op for samt diskutere nogle mulige forklaringer på den stigning af diagnoser vi ser i det senmoderne samfund. Vi har valgt at tage udgangspunkt i forundringer og overvejelser vi i gruppen har haft omkring emnet.

Disse overvejelser udspringer af vores kritiske forudantagelse af den stigende diagnosticering. Vi er derfor klar over vores forskersubjektivitet og vil dermed så vidt muligt forsøge at stille os kritisk overfor de valgte teoretikere. Vores forskersubjektivitet kommer eksempelvis i spil, når der refereres til erfaringer med diagnosesystemet, som vi forsøger at skildre.

Begrundelse for valg af teoretikere:

Vi har valgt at gøre brug af følgende teoretikere, da vi mener, at de alle er relevante at inddrage i forhold til de overvejelser der ligger til grunde for projektet. Vores hovedteoretikere tager alle udgangspunkt i et samfundskritisk perspektiv, hvilket afspejles i dette projekt.

Et gennemgående tema for mange af vores overvejelser omhandler, hvorvidt det er muligt at finde og identificere strukturer i det senmoderne samfund, som kan have en effekt på mængden af psykiatriske diagnoser.

Flere af teoretikerne der er i spil i dette projekt beskæftiger sig med de strukturer, der findes i det senmoderne samfund, og stiller spørgsmål ved de samfundsforandringer der er opstået i løbet af de sidste årtier. Vi har blandt andet taget udgangspunkt i teorier fra sociologerne Anthony Giddens, Ulrich Beck og Hartmut Rosa, for at beskrive tendenserne i det senmoderne samfund og konsekvenserne ved denne udvikling. Vi tager dermed udgangspunkt i en kritisk tilgang for at beskrive det senmoderne samfund og de forandringsprocesser der er opstået, for at undersøge, hvorvidt der er mulighed for, at samfundsændringerne har medført et øget press på individet, og

dermed om samfundets ændringer kan være en af årsagerne til, at der i dag er flere diagnosticerede individer.

Ud over faktorerne i det senmoderne samfund som de nævnte teoretikere beskæftiger sig med, ønsker vi også at undersøge måden man diagnosticerer på. Dermed inddrages også måden hvorpå diagnosesystemet er udformet, og hvordan dette kan have indvirkning på stigningen af psykiatriske diagnoser.

Af denne grund inddrages psykiater Thomas Szasz med hans kritik af psykiatrien og det at definere problemer i livet som psykiske lidelser. Szasz benægter eksistensen af psykiske sygdomme, og mener i stedet at disse skal ses som naturlige problemer i livet (Psychclassics.com).

Derudover gøres brug af filosof Ian Hacking's teorier om klassifikationsprocesser, fabrikering af mennesker og looping-effekten. Desuden kritiserer Hacking kriterierne for diagnosticering der indgår i DSM, da han mener at det er blevet nemmere for individer at blive diagnosticeret. Dertil gøres også brug af Hacking's teorier og hans måde at illustrere klassifikationsprocesserne, idet han tydeliggør hvordan klassifikationer påvirker individet, men også hvordan individet påvirker klassifikationerne.

Peter Gøtzsche er tidligere klinisk læge og diskuterer de medicinale og diagnostiske samfundsmæssige konsekvenser. Han gør brug af flere studier der påviser de negative effekter af medicinering og fraråder alt form for medicinalt indtag inden for psykiatrien.

Derudover ønsker vi i projektet at undersøge hvilke generelle konsekvenser en psykiatrisk diagnose kan have for individet. Som tidligere nævnt har vi gjort brug af Giddens, Beck og Rosa, som vi mener kan være med til at uddybe hvad disse konsekvenser kan være. Desuden har vi gjort brug af psykologiprofessor Patrick Corrigan som diskuterer stigmatisering, etikeringsteori og selvstigmatisering.

For at opsummere har vi brugt følgende som hovedteoretikere:

- Anthony Giddens
- Ulrich Beck
- Hartmut Rosa
- Ian Hacking
- Thomas Szasz
- Patrick Corrigan

- Peter Gøtzsche

Overvejelser i forhold til projektets tilgang til emnet

Idet vi i dette projekt gør stor brug af samfundskritiske teoretikere, bærer projektets udfald også i høj grad præg af dette. Projektet problematiserer og stiller kritiske spørgsmål til samfundets krav og normer samt den stigende udvikling af diagnosticerede individer i samfundet.

Dog er det vigtigt at huske på, at der også findes mange fortalere for diagnoser og deres udvikling såvel som for samfundets strukturer. Mens dette projekt tager udgangspunkt i en undren over stigningen af folk med psykiske sygdomme i samfundet, kan et andet perspektiv på dette være, at fagfolkene i dag er blevet dygtigere til at identificere og udvikle diagnoser, end de var for 50 år siden. Derudover kan et argument for fortalere for udviklingen i diagnoser bestå i, at en diagnose kan virke befriende og opklarende for subjektet som modtager en diagnose.

Derudover findes der også mange fortalere for det senmoderne samfunds strukturer; eksempelvis må det formodes, at direktører i private virksomheder sætter pris på effektivitet, produktivitet og profitabel omsætning. Desuden kan det bestemt ikke afvises, at nogle folk i samfundet trives, med en hverdag som er præget af forventninger om at præstere og levere samt ønsket om profit.

Ydermere bør det nævnes, at hverken senmodernitet, effektivitet, produktivitet eller profit udelukkende kan anskues som negativt. Derimod kan faktorer som disse være særdeles positive og medvirke til at skabe gode resultater og muligheder.

Vores valg er faldet på en samfundskritisk tilgang, idet vi er motiveret af en fælles undren og en kritisk holdning til den udvikling der ses i samfundet, i forhold til psykiske sygdomme. Dog er vi bevidste om, at dette valg også betyder et fravalg af ovenstående perspektiver, og vi tager derfor forbehold for, at projektet ville have haft et anderledes udfald, hvis vi havde haft en anden tilgang og dermed et andet teoretisk grundlag. Dette betyder dog ikke, at vi ser projektet som værende mangelfuldt, idet vi ikke søger et endegyldigt svar på vores undren, men blot et perspektiv som kan medvirke til at nuancere opfattelsen og holdningen til diagnosticeringen i samfundet.

Senmodernitet

Dette afsnit redegør kort for hvilke karakteristika der manifesterer sig i det senmoderne samfund.

For at kunne besvare og undersøge vores undren i forhold til de ændringer der er sket i det senmoderne samfund og dermed stigningen af diagnoser i samme, gøres brug af Anthony Giddens,

Ulrich Becks og Hartmut Rosas teorier og anskuelser. Formålet med dette kapitel er, at være i stand til sige noget generelt om samfundet, og dermed besvare og belyse de forskellige problemstillinger. Senmoderniteten analyseres og diskuteres yderligere i de følgende problemstillinger.

Sociolog Ulrich Beck tager udgangspunkt i usikkerhed; han benytter begreberne 'storfarer' eller 'nye risici' for at beskrive nye former for menneskeskabte farer, som ikke er synlige på samme måde som datidens farer. Dette vil sige, at der ifølge Beck i det senmoderne samfund er langt flere 'usynlige' farer (eksempelvis radioaktivitet eller kemikalier i mad), som individet skal forholde sig til og være bevidste om. Videnskab og tillid til eksperter har således i dag større betydning, idet individet ikke selv kan vide eller beregne sig frem til disse farer, men blot stole på eksperternes beskrivelser. Dermed opstår der, ifølge Beck, en form for vidensafhængighed for at kunne begå sig i det senmoderne samfund (Sørensen & Christiansen, 2006: s. 30ff).

På samme måde beskriver Giddens også, at der er sket markante ændringer i samfundsstrukturen. Giddens beskæftiger sig med tre hovedbegreber: '*Adskillelse af tid og rum*', '*udlejring af de sociale relationer*' samt '*øget refleksivitet*' (Giddens, 1996: s. 28f).

Adskillelse af tid og rum skal forstås som, at der i det senmoderne samfund er større mulighed for kommunikation uanset geografisk placering, på grund af globalisering og teknologiens muligheder. Det er muligt at være en del af hele verden på kort tid – ved hjælp af telefoni og internetbrug (ibid). Dette medfører også nye måder at være sociale på – eksempelvis nævner Giddens, på samme måde som Beck, hvordan vi er afhængige af ekspertsystemer og ekspertviden. Dette betegner Giddens udlejring af sociale relationer. Først og fremmest skal det forstås som, at individet ikke har samme tillidsforhold til 'eksperten', men stoler på at vedkommende er erfaren inden for sit fag, uden reelt at kende eksperten personligt. Man udlejrer dermed de sociale relationer til noget fjernt (eksperten). Dette vil sige, at Giddens også beskriver en form for 'afhængighed' af eksperterne og deres viden, idet det antages at de besidder den største viden omkring hvordan vi befærder os på den mindst risikofyldte måde (Giddens, 1994: s. 31).

Til trods for, at individet overlader vidensdelen til eksperterne, beskriver Giddens også hvordan der opstår en øget refleksivitet hos hvert individ i samfundet. Alt gennemtænkes, reflekteres over og valg skal til- eller fravælges ved at observere andre individer i samfundet. Disse muligheder fandtes ikke i det traditionelle samfund, hvorfor dette står i stor kontrast til refleksivitet og individets valg i det senmoderne samfund (Giddens, 1996: s. 31f).

Udover kravet om refleksivitet til individet sker der også en udvikling i samfundshastigheden som individet ifølge Hartmut Rosa er underlagt. Han leverer en ny kritisk teori, som omhandler accelerationsregimet i det senmoderne samfund, ligesom han søger at forklare hvorfor nogle individer kan føle sig fremmedgjorte (Rosa, 2014: s. 11, 18).

1. Hvilke samfundsmæssige forhold gør sig gældende for diagnosticeringen og hvilke implikationer kan dette medføre for individet?

Hvordan kan senmoderniteten påvirke individet?

Dette projekt er blandt andet motiveret af en undren over, hvorfor der i høj grad ses en stigning af individer i samfundet, som diagnosticeres med en psykisk lidelse. Medierne beretter jævnligt om dette, blandt andet gennem overskrifter som eksempelvis *“Hver femte af os rammes - Bølge af depression”* (Ekstra Bladet, forside 3/12 2016), *“Stress er et signal til samfundet om at holde sig væk”* (Information.dk), *“Ekspert: De unge er pressede i bund* (Politiken.dk, A) og *“Sundhedsstyrelsen: Danskerne er syge i både krop og sind”* (Politiken.dk, B). Disse overskrifter kan virke meget voldsomme, og i artiklerne omtales forskellige psykiske sygdomme blandt andet som folkesygdomme, ligesom der henvises til eksperter som understreger alvoren ved stigningen af psykiske sygdomme i samfundet (ibid). Ydermere lægges der ofte vægt på samfundets rolle i denne udvikling; således problematiseres blandt andet samfundets krav og normer til individet. På denne baggrund er der i høj grad grund til undren over samfundets indflydelse på stigningen af psykiatriske diagnoser.

Et bud på en forklaring på stigningen af diagnosticerede individer i samfundet kan gives ved hjælp af Ulrich Becks teori om udviklingen af det senmoderne samfund.

I sin beskrivelse af udviklingen af de forskellige samfundstypologier skelner Beck mellem det førmoderne samfund, industrisamfundet og risikosamfundet. I denne sammenhæng interesserer han sig blandt andet for de mange forskellige farer som har været at opleve ved hver samfundstypologi (Sørensen & Christiansen, 2006: s. 26).

I det førmoderne samfund var farer ikke menneskeskabte men derimod 'naturlige' farer. Eksempler på dette kan være naturkatastrofer eller sygdom, og dermed ikke farer som individet selv havde indflydelse på (ibid).

Dette ændrede sig dog i industrisamfundet, hvor farerne i højere grad blev menneskeskabte. Dette betød, at farerne ikke var lige så konstante, men derimod begrænsede inden for en bestemt tidsperiode og et bestemt område (ibid). Det var i denne periode, at man blev bevidst om, at man kunne forsvare sig selv og sikre sig imod farerne - eksempelvis ved at tegne en forsikring. På denne måde opstod en form for 'sikring' imod de menneskeskabte farer, som ellers var opstået i denne samfundstype (Sørensen & Christiansen, 2006: s. 27).

Farerne ændrede sig dog endnu en gang i den efterfølgende samfundsudvikling; risikosamfundet som Beck mener, at vi befinder os i nu rummer stor usikkerhed, som udmunder i storfarer eller 'nye risici' (Sørensen & Christiansen, 2006: s. 29f). De nye former for farer og risici er netop ikke noget individet kan forsikre sig imod, idet disse farer er uforudsigelige og uberegnelige for det enkelte individ. Eksempler på storfarer er blandt andet drivhuseffekten, radioaktivitet, terror eller kemikalier i maden (Sørensen & Christiansen, 2006: s. 28). Det er således ikke muligt, at beregne sig frem til, hvor stor skade en storfare kan føre til.

Nedenstående illustration viser, hvordan Beck skelner mellem de tidligere farer og de nye farer:

Industrisamfund	Risikosamfund
Farerne/risiciene er sansbare for det enkelte menneske (arbejdsløshed, arbejdsulykker mm.)	De nye farer og risici er kun sansbar vha. videnskabens sanser: teorier, eksperimenter, måleinstrumenter mv. (Fx den globale opvarmning)
Risiko- og fareerfaring = umiddelbar, direkte	Risicibevidsthed = andenhånds ikke-erfaring

(Figur 2)

En central pointe i forbindelse med disse 'storfarer' eller 'nye risici' er, at der er tale om en ny slags fare der ikke er synliggjort på samme måde. Tidligere var farerne eksempelvis arbejdsulykker eller biluheld, hvilket er synligt, hvorimod der i risikosamfundet er tale om farer, som er indirekte, 'skjulte' og usynlige (Sørensen & Christiansen, 2006: s. 31). Man kan således argumentere for, at

individet i det senmoderne samfund skal være i stand til at håndtere og navigere gennem disse mange farer og samtidig vurdere risici ved hver handling. Derudover kan disse faktorer resultere i et pres for individet som konstant skal forholde sig til nye farer. Ydermere kan man argumentere for, at psykiske sygdomme som blandt andet stress, angst og depression er eksempler på nogle af de usynlige storfarer, der er i det senmoderne samfund, idet vi selv og samfundet omkring os kan være årsag til, at vi rammes af sådanne psykiske lidelser. Nedenstående vil uddybe hvordan samfundet kan ses som årsag til dette, og dermed hvorfor psykiske lidelser kan ses som værende '*storfarer*'.

Hartmut Rosa ser i høj grad accelerationssamfundet som et produkt af neoliberalismens og kapitalismens fokus på konkurrenceevne og profit. Han mener, at disse prioriteter har store konsekvenser for individerne i samfundet i form af blandt andet udbrændthed (Rosa, 2014: s. 12). Dette kan i høj grad kobles på problemstillingen som dette kapitel undersøger, idet det er sandsynligt, at dette kan resultere i en diagnose som eksempelvis stress, angst eller depression. Dette uddybes i nedenstående.

Rosa ser hverdagen som '*speedet*', hvor borgerne investerer i tid, som efter hans mening er blevet til en knap ressource. Dette betegner Rosa som '*accelerationssamfundet*'. Ifølge Rosa fremstår individet i det accelererede senmoderne samfund som frit, selvom det i virkeligheden styres og undertrykkes af et mere eller mindre usynligt tidsregime (Rosa, 2014: s. 12).

Når man beskæftiger sig med samfundets påvirkning af individers psyke er det oplagt at inddrage samfundets iboende ønske om vækst, profitoptimering og konkurrencedygtighed. Faktorer som disse ser Rosa i høj grad som væsentlige årsager til accelerationsregimet; ønsket om at være tidsbesparende, at optimere konkurrenceevnen samt at maksimere udbytte resulterer ifølge Rosa i høj grad i en acceleration af samfundet (Rosa, 2014: s. 33).

Ydermere mener han, at individet er nødt til at følge med det accelererende samfund for at være i stand til at opnå såvel som opretholde social anerkendelse. Dette sker ifølge Rosa igennem dag-til-dag præstationer; det som subjektet præsterer og anerkendes for i dag er grundet samfundets hastighed glemt i morgen, og individet er derfor nødt til at præstere og levere hver eneste dag. Individets position er med andre ord aldrig fastholdt med sikkerhed ligesom det er uvist, om positionen opretholder sin værdi eller om den falder (Rosa, 2014: s. 69). Dette er gældende i den

professionelle arena såvel som den sociale (Rosa, 2014: s. 34); ønsker du at bevare din stilling på arbejdspladsen og i sociale sammenhænge er det nødvendigt at præstere hver dag, og konkurrencelogikken er dermed en central drivkraft i den sociale acceleration (Rosa, 2014: s. 36). I denne forbindelse kan det nævnes, at Psykiatrifondens chefpsykolog Michael Danielsen mener, at de individer som er "*robuste nok, til at sætte grænser for, hvor meget de vil udsættes for, har en klar fordel*" (Psykiatrifonden.dk, B), fordi samfundet ifølge ham er bygget op omkring en forventning om, at individer altid leverer 100% (ibid). Dette kan argumentere for, at de individer som ikke er i stand til at sætte grænser, er i fare for at opleve psykisk udbrændthed. Dog er det relevant at reflektere over, at forventninger til individets præsentationer også kan medvirke til en optimering og et højt niveau, hvilket eksempelvis gavner virksomheder og samfundet og dermed i sidste ende også det enkelte individ. Dermed kan det i høj grad ses som et holdningsspørgsmål til, om det vigtigste aspekt bør være individets velbefindende og være i samfundet, eller om det er bør være profitoptimering, konkurrenceevne og det høje niveau. Man kan stille sig selv spørgsmålet om, hvorvidt der kan findes en mellemvej, hvor konkurrenceevner såvel som individets velbefindende er ligeværdige prioriteter.

Uddelegering af opgaver

Giddens' begreb '*ekspertsystemer*' dækker over, at vi i stigende grad uddelegerer flere opgaver til eksperter og stoler på, at de har svarene på, hvordan vi bør handle. Eksempelvis var børneopdragelse i det traditionelle samfund en funktion familien tog sig af, hvorimod det i det senmoderne samfund i høj grad er børnehaven og lignende institutioner, der tager sig af dette. Man uddeler dermed de sociale relationer til noget fjernt - til eksperter (Giddens, 1996: s. 30). Ekspertsystemer er en udlejningsmekanisme fordi vi ifølge Giddens blindt stoler på, at eksperterne bedst ved, hvordan vi begår os på den mindst risikofyldte måde (Giddens, 1994: s. 31). Dette betyder, at vores hverdag er blevet afhængig af videnskabens svar og løsninger. Dog kan der opstå konsekvenser ved at lade sig styre af eksperterne; ny forskning fører til nye og skiftende råd, og det anbefales eksempelvis én dag at drikke mælk, mens det den følgende dag frarådes. Dette resulterer i forvirring og et voksende pres for individet som konstant skal være omstillingsparat for at følge med eksperternes skiftende retningslinjer. Ekspertter og forskere dygtiggør sig kontinuerligt, og der produceres derfor også kontinuerligt ny viden og retningslinjer. Dette kan være positivt for samfund såvel som individet, men Giddens' eksempel på eksperter som producerer ny viden kan også

anskues som værende bidragende til et yderligere pres på individet, når det sættes i sammenhæng med Rosas idéer om acceleration; idet produktionen af ny viden accelerer, accelereres individets omstillingsparathed ligeledes for at være i stand til at levere. Der sker dermed en intensivning af omstillingsparatheden, hvilket i høj grad kan forestilles at øge presset på individet.

En interessant refleksion kan i denne sammenhæng være, om Rosas tidsregime dermed kan anskues som en af Becks nye usynlige farer.

Derudover kan der opstå en undren over hvorfor individet lader sig styre - og dermed presse - af eksperternes skiftende retningslinjer på trods af, at det kan have konsekvenser for individets psyke. Hvorfor tilpasser individerne sig og giver afkald på noget som de i virkeligheden gerne vil, blot fordi det bliver frarådet af eksperter?

Rosa arbejder ud fra en overbevisning om, at accelerationssamfundets tidsstruktur er en totalitær magt, som alle individer er underlagt, og ingen er i stand til at undslippe; han mener i høj grad, at dette resulterer i et konstant pres, som tidsregimet medfører i alle livets facetter, og at individerne ikke har mulighed for at kritisere eller bekæmpe det (Rosa, 2014: s. 71). Rosa henviser i denne sammenhæng til Alain Ehrenberg og Lothar Baier som er af den overbevisning, at det senmoderne samfunds tidsstruktur har store konsekvenser for individerne i samfundet i form af depression og burn-out-syndrom (Rosa, 2014: s. 81). Dermed kan stigningen af diagnosticerede individer forklares ved, at vi alle er underlagt samme regime, hvorfor der ses en stigning af individer med psykiske lidelser.

På baggrund af tidsregimet er der ifølge Rosa tale om fremmedgørelse over for egne handlinger i det senmoderne samfund (Rosa, 2014: s. 13). Han mener, at konsekvenserne ved accelerationssamfundet blandt andet kan være, at individerne udfører uønskede handlinger frivilligt, fordi samfundets hastighed på baggrund af ønsket om at være tidsbesparende, konkurrencedygtig og profitabel har resulteret i fremmedgørelse; individer forfølger et mål og udfører opgaver som de ikke 'rigtigt' ønsker, på trods af at de ikke er tvunget til det men frivilligt gør det – de er "*ligesom nødt til det*" (Rosa, 2014: s. 94f). Derudover mener Rosa, at accelerationsregimets muligheder for selvbestemmelse i samfundet og eget liv kan ses som en forpligtelse frem for en frihed. Derfor mener han, at de påståede friheder samtidig undergraver mulighederne for at drage fordel af de forskellige valg, idet samfundets tidspres og konstante krav om acceleration ligeledes forpligter (ibid). Et individs selvopfattelse baseres ifølge Rosa blandt andet på handlinger og erfaringer, og er

vi fremmedgjorte over for dette er vi ifølge Rosa også fremmedgjorte overfor os selv, hvilket sker som konsekvens af samfundets hastighed (Rosa, 2014: s. 110f). En vedvarende fremmedgørelse kan resultere i, at individer glemmer deres egentlige mål, og konsekvenserne heraf kan blandt andet være udbrændthed (Rosa, 2014: s. 94f). Også Michael Danielsen omtaler individets handlingslammelse - en følelse af at være ude af stand til at ændre på en situation som kan opstå som reaktion på stress. Et eksempel på en sådan følelse kan være "*Jamen arbejdet skal jo gøres, og der er ikke andre end mig*" (Psykiatrifonden.dk, B). Fremmedgørelse eller handlingslammelse kan derfor sandsynligvis også bidrage til den stigende diagnosticeringskurve.

Giddens' teori om uddelegering til eksperter danner grobund for endnu en problematik - nemlig hvordan individet skal være i stand til at træffe beslutninger på egen hånd, når der ikke er eksperter til at guide os. Der opstår et paradoks i og med, at individet konstant skal forholde sig til nye risici og nye videnskabelige undersøgelser og samtidig selv træffe beslutninger for eget liv. Men er det overhovedet muligt for individet både at skulle træffe valg og reflektere og samtidig lade sig føre af eksperternes viden?

Ifølge Beck har individet i det senmoderne samfund adgang til flere muligheder end nogensinde før, hvilket i høj grad giver adgang til frihed, men også kan virke som en belastning og resultere i et øget pres (Sørensen & Christiansen, 2006: s. 26ff). Et eksempel kan være valg af uddannelse; selvom studievejledere kan tilbyde hjælp, findes der ingen rigtig eller forkert løsning, og beslutningen - som vil påvirke resten af individets liv - er op til individet selv.

Giddens beskriver en øget refleksivitet hos hvert individ i samfundet. Alt skal gennemtænkes og reflekteres over, og valg skal til- eller fravælges. Individet begår sig i samfundet ved at reflektere og til- og fravælge muligheder, og dette gøres ved at se på andre individer i samfundet. I det traditionelle samfund var der derimod ikke samme muligheder og valg, hvorfor der er en stor kontrast i forhold til refleksivitet og individets valg i det senmoderne samfund (Giddens, 1996: s. 31f).

Ovenstående problematikker giver anledning til nye spørgsmål; har denne afhængighed af eksperternes råd gjort individet udygtigt til selv at håndtere livet og træffe beslutninger? Man kan stille spørgsmålstejn ved, om det er årsagen bag en stigning i diagnosticerede individer; at færre og færre kan tage stilling og være refleksive uden en eksperts viden og samtidig ønsker en ramme for

vores liv. Det er muligt, at presset for at træffe selvstændige beslutninger i et samfund med overflod af muligheder kan være for stort et pres for individet, og at det kan have konsekvenser i form af et psykisk knæk og resultere i eksempelvis stress, depression eller angst.

Sygdom eller naturlige problemer i livet?

Når man beskæftiger sig med mentale lidelser i et fagligt perspektiv, må man gå ud fra at flere centrale spørgsmål omkring psykiske lidelser dukker op. I dette projekts tilfælde dukkede især ét vigtigt spørgsmål naturligt op i udformningen af problemstillingerne. Dette spørgsmål omhandler mentale sygdommes natur, og giver liv til en diskussion omkring selve eksistensen af psykiske sygdomme. Spørgsmålet går ud på, hvorvidt psykiske sygdomme altid beskriver noget abnormt og diagnosticeret, eller om det kan siges at beskrive naturlige problemer i livet i stedet?

En af de mest kontroversielle og radikale holdninger omkring dette spørgsmål kommer fra psykiateren Thomas Szasz. I sit essay "The Myth of Mental Illness" fra 1960 og bog af samme navn fra året efter, argumenterer han for, at psykiske lidelser faktisk slet ikke eksisterer i den forstand psykiatrien opstiller, men at psykiske lidelser i stedet er en manifestation af forskellige naturlige problemer i livet. Szasz bygger denne påstand på, at psykiske lidelser ikke eksisterer fysisk, hvilket vil sige, at det ikke er et fysisk fænomen som eksempelvis et brækket ben er, hvorfor det ifølge Szasz kun kan eksistere på samme måde som andre teoretiske koncepter eksisterer på. Dog påpeger Szasz, at mange af disse teoretiske koncepter med tiden - og især af de pågældende teoriers tilhængere - bliver accepteret som en objektiv sandhed i stedet for en teori (Psychclassics, 2002). Szasz mener desuden at selve konceptet "psykiske sygdomme" indebærer en degradering af, hvilke implikationer forskellige problemer i livet kan have på individet. Szasz mener derfor, at man specielt i de videnskabelige adfærdsmæssige studier har tendens til at ignorere det faktum, at menneskelige interaktioner og liv i sin natur er komplicerede og fyldt med uoverensstemmelser, og at det at opnå en harmoni i disse kræver meget tålmodighed og energi. I Szasz' optik har individer naturligt forskellige mål, værdier, behov, politiske holdninger og så videre, og at disse forskelligheder ofte kan medføre problemer i individets liv. For Szasz ligger der derfor en stor problematik i, at konceptet "psykiske lidelser" tager noget dybt individuelt, nemlig ens personlige problemer i livet, og generaliserer dem til noget der er alment gældende (ibid). Når man bruger Szasz, er det dog meget vigtigt at have in mente, at hans synspunkter er ret ekstreme og sat på spidsen, da han fuldstændig afviser selve eksistensen af psykiske sygdomme. Dette projekt forsøger

ikke at afvise at psykiske sygdomme eksisterer, men søger i stedet at benytte hans teori til at stille spørgsmål ved, om nogle tilfælde ved psykiske sygdomme blot kan ses som problemer i livet.

I nyere tid har psykologiprofessor Svend Brinkmann og sociolog Anders Petersen også taget fat i samme problematik, og debatterer og problematiserer i deres bog "Diagnoser - Perspektiver, kritik og diskussion" i høj grad det senmoderne samfunds brug af diagnoser. Hvad der før blev kaldt almindelig dårlig samvittighed over at være en fraværende kæreste, mor eller far, være bagud på studiet eller arbejdspladsen, eller på andre måder ikke leve op til egne og omgangskredsens forventninger, kan nu - ud fra et af de mange depressionsskemaer, som fås hos lægen - diagnosticeres som depression (Brinkmann og Petersen, 2015: s. 42). Brinkmann og Petersen peger i denne sammenhæng på, at hvis et diagnosesystem til at forstå menneskelige psykiske lidelser ikke har nogen modpol, så vil alting blive anskuet som enten et symptom på en psykisk lidelse, eller som noget "*vi ikke kan se*" (Brinkmann og Petersen, 2015: s. 42).

Brinkmann og Petersen er af den overbevisning, at der i det senmoderne samfund er gået inflation i diagnosticering. De mener, at diagnoser er blevet hvermandseje og hyppigt optræder i hverdags sproget. Det kaldes ifølge dem *stress* når man oplever en længere periode med lange dage, og hvor urolige børn for få årtier siden blev omtalt som 'frække' eller 'dårligt opdragede' diagnosticeres de nu med ADHD (Brinkmann og Petersen, 2015: s. 53). Derudover har grænserne for at få stillet en diagnose i høj grad rykket sig. Således mener Brinkmann og Petersen at 20-25% af den danske befolkning opfylder kravene til mindst én diagnose (Brinkmann, 2016: s. 1).

Dette giver anledning til spørgsmålet om hvorvidt diagnosen eller sygdommen opstår først; er en diagnose en måde at definere eller betegne en sygdom på, eller konstrueres en sygdom på baggrund af en diagnose? Der kan med andre ord opstå en undren omkring hvorvidt en diagnose er en social konstruktion som konstruerer sygdomme.

Brinkmann henviser blandt andre til Rosenberg som mener, at "*en diagnose sætter mærkat på, definerer og forudsiger og er på den måde netop med til at konstituere og legitimere den virkelighed, den udpeger*" (Brinkmann og Petersen, 2015: s. 38). Rosenberg mener dermed at diagnosen kommer før sygdommen og lægger sig derfor op ad en socialkonstruktivistisk holdning til diagnoser.

Som eksempel nævner Brinkmann, at '*stor sorg*' er tæt på at blive accepteret og anerkendt som officiel psykiatrisk diagnose af WHO (b.dk).

Brinkmann henviser til sociologen Peter Conrad som blandt andet beskæftiger sig med

medicineringen af samfundet; han skriver blandt andet om, hvordan medicinalindustrien i flere tilfælde har udviklet produkter mod specifikke tilstande inden disse er blevet klassificeret som sygdomme. På baggrund af dette mener han, at hvis eller når der udvikles en pille som kan forbedre hukommelsen, vil diagnosen *hukommelsesfortyrrelse* opstå. Dermed mener han, at medicinalindustrien i høj grad kan ses som bidragende faktor til forøgelsen af forskellige diagnoser (Brinkmann og Petersen, 2015: s. 52f). Dette vil blive yderligere diskuteret i problemstilling tre.

Brinkmann taler om en '*usynlig revolution*' hvor diagnoser som ADHD - og muligvis stor sorg - ubemærket indfinder sig i samfundet. Diagnoserne der i denne sammenhæng er tale om er diagnoser, som tidligere blot har været anskuet som karaktertræk - eksempelvis højt energiniveau som i dag kan diagnosticeres som ADHD. Dette bryder med måden hvorpå vi opfatter lidelser og problemer på en fundamental måde, hvilket ifølge Brinkmann gør dem revolutionerende såvel som "usynlige" (b.dk).

Hvad er problemerne ved at vanskeligheder i livet ses som sygdom?

Ifølge Etisk Råd benyttes diagnoser til at skelne mellem sygdom og ikke-sygdom, hvilket vil sige et arbejdsredskab for lægen som kan bidrage til at afgrænse de individer, som har behov for behandling (Etisk Råd, 2016: s. 3-4). Ydermere er diagnosernes klassifikationer ifølge Etisk Råd med til at sikre en definition af forskellige grupper som gensidigt udelukker hinanden og dermed bidrager til at skabe overblik og systematik. Blandt andet ønskes det at diagnosesystemerne skal skelne mellem det syge og det ikke syge individ (ibid).

Brinkmann henviser til Annemarie Jutel som blandt andet beskæftiger sig med diagnosers rolle i det moderne samfund. Ifølge hende er en af diagnosernes funktioner at transformere grupper af symptomer til en organiseret sygdom. Gennem diagnostisk kategorisering kan et individ opleve at opnå en højere forståelse for egne problemer og udfordringer (Brinkmann og Petersen, 2015: s. 51). Dog giver diagnosen ifølge Jutel adgang til en 'sygerolle' og kan dermed rearrangere individets identitet (ibid).

Siden 1950'erne er der sket en tidobling af diagnoser, og der findes i dag omkring 1000 forskellige diagnoser at vælge imellem. Konsekvenserne af inflationen i diagnoser rammer ifølge Brinkmann og Petersen dem, som virkelig er syge, idet en diagnose ikke tillægges nær så meget betydning som for 50 år siden hvor der kun fandtes omkring 100 forskellige diagnoser. Et depressivt individ møder

ikke den samme seriøsitet fra omverdenen omkring sin diagnose, fordi så mange i dag har fået stillet samme diagnose. Derudover skal ressourcerne i dag dække mange flere mennesker hvilket rent logistisk er en stor opgave (b.dk).

Depression og ADHD er blandt de mest omtalte diagnoser. De kan ses som eksempler på, hvilke egenskaber der ikke lever op til det modernes samfunds normer og forventninger (Brinkmann og Petersen, 2015: s. 351). Et af symptomerne på depression er underskud af energi mens ADHD-lidelsen blandt andet karakteriseres ved overskud af energi. Depression og ADHD-diagnoserne kan dermed siges at repræsentere modsætninger udenfor hver side af samfundets normalitetsspekter (Brinkmann og Petersen, 2015: s. 351f). Dette vil også sige, at det er muligt at argumentere for, at der i samfundet findes en form for diskurs for, hvor højt eller lavt energiniveau der er 'acceptabelt'. Dette vil sige, at en konsekvens ved den stigende diagnosticering i samfund kan være, at diagnoser kan skabe eller påvirke et individs selvopfattelse.

Denne observation kan kobles på Hackings teori omkring Looping-effekten; ifølge Hacking skaber videnskaben i nogle tilfælde mennesketyper der ikke før eksisterede, hvilket Hacking betegner som '*at fabrikere mennesker*' (Hacking 2007: s. 293ff). Dette uddybes senere i opgaven. Looping-effekten skal dermed forstås som:

"People classified in a certain way tend to conform to or grow into the ways that they are described; but they also evolve in their own ways, so that the classifications and descriptions have to be constantly revised" (Hacking, 1995: s. 21).

Ud fra ovenstående citat kan Looping-effekten ses som en feedback mekanisme. I ovenstående citat kommer Hackings teori omkring klassificerede individer tydeligt til udtryk, da han mener at personer der klassificeres i en bestemt rolle er tilbøjelige til at udvikle sig til at blive klassifikationen. Hacking mener dermed at der er tendens til, at individer som eksempelvis diagnosticeres med personlighedsforstyrrelse med tiden vil blive til deres diagnoser. Looping-effekten er særligt potent i terapeutiske relationer, da diagnosticerede personer ifølge Hacking har en tendens til, at tale og handle som der forventes af dem fra autoritetens side, samt at disse personer med tiden vil blive til deres klassifikation i højere grad (Hacking 1995: s. 21ff). At handle efter forventede normer giver anledning til videre at diskutere Szasz' måde at tænke psykiske sygdomme på. Ifølge ham involverer selve det, at definere noget som en psykisk sygdom en dom.

Denne dom sammenligner blandt andet patientens holdninger, ideer og værdier med dem, der accepteres af individet der observerer disse i samfundet. Szasz mener derfor, at selve konceptet "psykiske sygdomme" er meget tæt forbundet med den sociale og etiske kontekst hvori de accepterede holdninger, idéer og værdier er defineret. På denne måde mener Szasz at opdagelsen af en psykisk sygdom kommer af, at man etablerer en afvigelse i adfærd i forhold til bestemte psykosociale og etiske normer. Denne dom kan udøves af både psykiatere, psykologer og andre i samfundet. Ydermere kan patienten endda selv vurdere sin egen adfærd hvis vedkommende føler at han/hun afviger fra de eksisterende normer (Psychclassics.com).

Brinkmann og Petersen henviser til Szasz, som blandt andet kritiserer psykiatriens brug af begrebet 'psykisk sygdom', hvilket han mener stigmatiserer menneskelig afvigelse som værende 'sygelig'. Som alternativ opfordrer Szasz til at erstatte dette med 'livsproblemer' (Brinkmann og Petersen, 2015: s. 41).

Et yderligere kritikpunkt går på, at en diagnose sygeliggør individet idet distinktionen mellem livsproblemer og psykopatologi nedbrydes ved en diagnose. Som eksempel nævnes, at de gældende diagnostiske kriterier for depressions- og angstlidelser er stærkt overinkluderende og idet der ikke skelnes mellem almindelig frygtsomhed og klinisk angst eller almindelig tristhed og klinisk depression. En diagnose stilles ved at undersøge og tælle det pågældende individs symptomer op, mens det i høj grad er mere vanskeligt at undersøge hvad disse symptomer optræder på baggrund af - mental dysfunktion eller blot en bestemt livssituation. Således mener Wakefield ikke, at tristhed på baggrund af eksempelvis en skilsmisse eller et dødsfald i familien (som må forventes at medføre sorg) kan diagnosticeres som depression (Brinkmann og Petersen, 2015: s. 42f).

Wakefield advarer imod patologisering af almindelige oplevelser, erfaringer og tilstande; anskues dårlige oplevelser og konsekvenser heraf diagnostisk kan dette ifølge Wakefield fejlagtigt fortolkes som psykisk sygdom. Således kan konsekvensen af patologisering være individualisering af sociale problemer, og Brinkmann tilslutter sig Wakefields bekymring herom (Brinkmann og Petersen, 2015: s. 43f).

Ydermere beskriver Ian Hackings teori hvordan personer med personlighedsforstyrrelser i 1980'erne blev diagnosticeret med højde for individets kontekst. Opfyldte et individ én ud af de følgende tre kriterier kunne diagnosen personlighedsforstyrrelse stilles:

“A. The existence within the individual of two or more distinct personalities, each of which is dominant at a particular time.

B. The personality that is dominant at any particular time determines the individual’s behavior.

C. Each individual personality is complex and integrated with its own unique behavior pattern and social relationships” (Hacking, 1995: s. 10).

Dette blev ændret i 1987 i DSM-III-R da den blev redigeret og kriterie C blev fjernet, hvilket simplificerede diagnosticeringsprocessen, da der ikke længere blev taget hensyn til, at hver enkelt person er kompleks og integreret med sin egen unikke adfærdsmønstre og sociale relationer. Dette gjorde at flere og flere personer blev diagnosticeret, da det ikke længere var nødvendigt at tage hensyn til det forhenværende kriterium C (Hacking, 1995: s. 10ff).

I 1994 blev et nyt kriterium tilføjet til DSM; dette betød, at der skulle forelægges bevis på, at individet som skulle diagnosticeres også til en vis grad led af hukommelsestab. Dette betød at den som skulle diagnosticere enten selv skulle have oplevet ualmindelig adfærd, men patientens egne udtalelser var også valide. Dette vil sige, at det endnu engang blev nemmere for patienter at leve op til disse kriterier (ibid). Dette eksempel er ikke enestående idet at der igennem tiden har været flere ændringer i både DSM og ICD. Det er ikke usandsynligt, at disse ændringer kan have haft indflydelse på den stigende diagnosticering (ibid).

Delkonklusion

Ovenstående kapitel belyser hvilke konsekvenser det senmoderne samfund kan medføre for individet. Der argumenteres for, at en række faktorer kan have konsekvenser for individet. Disse faktorer kan blandt andet være storfarer, tids- eller accelerationsregimet som undertrykker individerne i samfundet, uddelegering af opgaver til eksperter som ofte ændrer retningslinjer samt fremmedgørelse over for egne handlinger.

Dette kapitel omhandler desuden, hvordan teoretikere som blandt andre Brinkmann og Petersen mener, at individers naturlige problemer ændres til diagnoser og dermed til psykiske lidelser i psykiatrien. Ser man på individets problemer uden at inddrage kontekst er der forøget risiko for dette, da det er svært at definere hvorvidt der er tale om psykisk sygdom eller et afgrænset problem. Derudover har ovenstående kapitel fokus på hvilke konsekvenser ændringerne i DSM og ICD har haft for måden psykiske lidelser defineres, og hvordan dette kan have bidraget til stigning i

diagnosticeringen af mennesker siden 1980'erne.

2. Er måden hvorpå fagfolk i praksis diagnosticerer individet, med til skabe tendenser for stigende diagnosticering?

Hvordan bliver fagbøger, som DSM og ICD brugt i praksis?

Diagnosesystem ICD er udformet af WHO, og er gældende i de europæiske lande. ICD står for “International Classification Diseases”. Tallet efter forkortelsen er en betegnelse for udgavenummeret. Ligeledes er DSM en forkortelse for “Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders”, og romertallet efter forkortelsen er udgavenummeret (American Psychiatric Association, 2014: s.6). Eksempelvis ser det ud som følgende: ICD-10 og DSM-V.

ICD-10 benytter sig af eksklusionskriterier som skal hjælpe med at frasortere de mest almindelige forbehold. Dette skal forstås som symptomer der overlapper forskellige diagnoser. Der bliver ikke henvist til årsagers forbehold, da *“klassifikationen og kriterierne overvejende [er] non-ætiologiske”* (WHO, 2015: s. 9).

Vi har lavet en kort samtale med SOSU-assistent Hanne Yndgaard, som med sine 24 års erfaring indenfor psykiatrien giver et eksempel på brugen af ICD-10 i praksis. Hanne Yndgaard arbejder på Region Sjællands Psykiatriske Akutmodtagelse i Roskilde, og følgende eksempel tager udgangspunkt ud fra hendes subjektive beskrivelser: *“ICD-10 tager lægen allerede i brug ved indlæggelses samtalen, hvor der bliver stillet en foreløbig diagnose, hvorudfra der eventuelt bliver givet medicin”* (Hanne Yndgaard).

Dette citat viser, at ICD-10 allerede anvendes i den første samtale og er derved med til at beskrive patientens symptomer. Diagnosen bliver derefter brugt til at lægge et behandlingsforløb. I eksemplet her er det en akutmodtagelse og derfor bliver patienterne vurderet og eventuelt indlagt af en læge og tilset af et plejepersonale.

“Plejepersonale bruger diagnosen på at pejle sig ind på behandlingen af patienten. For eksempel ved man, at en depressiv for det meste har mere energi om aftenen end om morgenen, og personalet kan derfor tilpasse deres dag. Man bruger dermed sygdomslæren til at tilpasse behandlingen af patienten” (Hanne Yndgaard).

Hvis eksemplet ikke havde omhandlet indlæggelse, var det op til individet selv at overholde behandlingsforløbet, og blandt andet tage sin medicin dagligt. Det fordelagtige ved, at der er plejepersoner til stede, kan være, at de opdager forandringer i symptomer hos patienten, og derved kan diagnosen eventuelt ændres. Er patienten ikke indlagt, er der som en selvfølge ikke samme overvågning, hvorfor den først stillede diagnose kan blive den endelige diagnose, idet det kan være meget vanskeligt og kræve meget selvsigt for patienten at vurdere forandringer i egne symptomer.

Selvom DSM ikke bruges i Danmark eller resten af Europa, er den stadig vigtig i forhold til spørgsmålet om en stigende diagnosticering. DSM-V bruges i USA, hvilket også er det land den er udformet i (American Psychiatric Association, 2014: s. 6). Forfatterne af bøgerne er American Psychiatric Association og er en sammenslutning af psykologer landet over. Anskuelsen af diagnoser er ikke markant anderledes i DSM-V end i ICD-10, dog differentierer de sig på nogle områder, herunder måden hvorpå de forskellige diagnoser inddeles. I dette projekt tages der udgangspunkt i bogen "Diagnostiske Kriterier DSM-V", som forsøger at skabe en bro mellem ICD-10 og DSM-V.

Et af de kapitler vi finder mest relevant, er fortolkningen af depression; i DSM-V skelner man mellem 'Major Depression Disorder' og 'Major Depressive Episodes'. For at dette kan sammenlignes med ICD-10's definitioner, har man valgt at kalde dem 'Depression (MDD)' og 'Depressive Episodes (MDE)' (American Psychiatric Association, 2014: s. 12).

Anvendelsen af bogen foregår således, at man via en case-beskrivelse af patienten, kan bestemme lidelsen ud fra DSM-V's klassifikationssystem. Case-beskrivelsen skal stemme overens med "sociale, psykologiske og biologiske faktorer" (American Psychiatric Association, 2014: s. 57). Da kriterierne er vage kræves det en klinisk baggrund af DSM-V, for netop at kunne anvende denne i praksis og derved vurdere om patienten udviser symptomer på en lidelse. DSM-V kan være med til at diagnosticere men ikke medicinere, da det er op til lægen at finde den rette behandling til patienten. Bogen bliver ligesom ICD-10 repræsenteret som en vejledning til den praktiserende læge (American Psychiatric Association, 2014: s. 6).

Det at lide af en psykisk sygdom beskrives i DSM-V således:

"En psykisk lidelse er et syndrom, som er karakteriseret ved en klinisk signifikant forstyrrelse af en persons kognition, emotionelle regulering eller adfærd, der afspejler en dysfunktion i de psykologiske, biologiske eller udviklingsmæssige processer (...) En forventet eller kulturelt

anerkendt respons på en almindelig stressor eller et tab som fx en nærtståendes død er ikke en psykisk lidelse” (American Psychiatric Association, 2014: s. 59).

Ovenstående definition af psykisk lidelse tilnærmer sig den kliniske vurdering af psykisk lidelse, som beskrives i det begrebsafklarende afsnit. Problematikken for DSM-V og ICD-10 kan være at den skoler de praktiserende læger i at kategorisere symptomer i stedet for årsager.

Hvilken indvirkning har udformning af DSM og ICD på, hvordan man behandler mentale sygdomme?

Som tidligere nævnt benyttes DSM og ICD til at kategorisere diagnoser og kortfattet beskrive hvad de forskellige diagnoser indebærer. Når fagfolk anvender disse bøger som hjælpemidler, til at diagnosticere deres patienter, vil udformningen og anvendelsen af bøgerne have betydning for, om en patient bliver diagnosticeret og i hvilken grad.

Endnu en årsag til, at der udføres flere og flere diagnosticeringer, kan muligvis forklares ved at der fremstilles og spekuleres i flere nye diagnoser. Nogle af disse ender op med at blive godkendt i de to diagnosesystemer ICD og DSM, som den vestlige del af verdenen gør brug af (Brinkmann, 2016: s. 11). Nyopfundne diagnoser passer således til nyligt fundne symptomer, hvilket giver mulighed for at give en diagnose til et individ, der før ikke ville blive identificeret eller diagnosticeret som syg.

Følgende citat vidner om udvikling af nye diagnoser:

”In 1952, when DSM-I appeared, there were 106 diagnostic categories in a manual of 130 pages. In 1994 with DSM-IV, the number of diagnoses had increased to 297 in a manual of 886 pages (Williams, 2009). And now that DSM-V has been published, we see 15 new diagnoses” (Brinkmann, 2016: s. 11).

Eksempler på diagnoser, som også blot kan anskues som problemer kan være indlæringsforstyrrelser hvis et individ har matematiske udfordringer (American Psychiatric Association, 2014: s. 91), eller kønsdysfori, som tildeles som diagnose hos transseksuelle eller folk som ønsker at skifte køn (American Psychiatric Association, 2014: s. 9).

Der har altså været et massivt boom af nye diagnoser, men det ser ud som om at det langsomt stilner mere af (Brinkmann, 2016: s. 11).

Fra DSM-II til DSM-III skete en stor forandring, idet man gik fra at se mentalt syge individer fra et ætiologisk synspunkt til udelukkende at se på symptomer. Det ætiologiske synspunkt tog højde for en sammenhæng med tidligere oplevelser og dermed årsager, som kunne have påvirket patientens tilstand og var stærkt påvirket af psykoanalysens måde at anskue menneskets nuværende problemer som et manifestation af tidligere oplevede problemer. Psykoanalysen mener dermed at der findes årsager til patientens oplevelser (Brinkmann, 2016: s. 11).

I dag sker diagnosticering af mentalt syge dog med udgangspunkt i symptomer af forskellig karakter, og om hvorvidt de kan placeres hos individet i en given tidshorisont (ibid). En konsekvens ved udelukkende at symptombehandle, kan være at diagnosticeringen bliver gjort uden en åbenhed for, om patienten har brug for diagnosen, eller om symptomet er et udtryk for noget andet, end hvad DSM-V og ICD-10 kategoriserer det som.

DSM klassificerer lidelser ved deres symptomer, og derved lader DSM spørgsmålet omkring årsagerne til disse stå åbent. Ved kun at vægte symptomerne, kan det være et problem at observere symptomer, da de kan være meget lig hinanden, mens årsagen bag kan være vidt forskellige. (Hacking, 1995: s. 12ff). Derudover kan en enkelt underliggende årsag være skyld i flere symptomer. Dette betyder ifølge Hacking, at individer lever op til kravene for mere end én mental sygdom, som kan medføre fejl-diagnosticering (ibid).

Ved udarbejdelse af femte og nyeste version af DSM, blev det diskuteret hvorvidt DSM skulle anerkende diagnosticeringen som en del af flere aspekter end kun symptombehandling. Dette blev dog ikke tilfældet, og da DSM-V blev udgivet i 2013 lignede den derfor meget DSM-IV og DSM-III i deres syn på diagnosticering (Brinkmann, 2016: s. 12). Man kan undre sig over, hvorfor der ikke blev taget højde for diagnosticeringens kompleksitet, men fortsat kun har fokus på symptombehandling. Der bliver dog nævnt at individet ikke skal ses som sygt når "*En forventet eller kulturelt anerkendt respons på en almindelig stressor eller et tab som fx en nærtståendes død*" (American Psychiatric Association, 2014: s. 59) er forekommet. Der bliver derfor opfordret til ikke at anvende kategoriseringssystemet som en tjekliste. Det kunne derfor kritiseres at dette ikke efterleves at anse kategoriseringen og symptomerne ætiologisk. For eksempel ville en vejledning til mulige årsager som kunne have haft en indvirkning på symptomer på angst være behjælpelig, frem for blot at se på et symptom som kræver behandling. Ved kun at behandle symptomer, kan det tænkes at selve problemet ikke er afhjulpet, men kun et enkelt aspekt af problemet.

Der vil derfor altid være en gråzone for folk, som 'burde' blive diagnosticeret, men ikke er det, idet det ikke kan undgås, at nogle som burde få hjælp ikke søger den, eller at der er nogle, som ikke er mulige at diagnosticere. Dette argument kan bruges til at videreudvikle nye diagnoser, som kan omfavne de, som ikke kan diagnosticeres. Dette kalder Svend Brinkmann '*underdiagnosis*' (Brinkmann, 2016: s. 12). Dette bliver altså en modpol til overdiagnosticering. Spørgsmålet er om de ikke begge samtidig kan eksistere i samfundet; ligesom nogle individer diagnosticeres med psykiske sygdomme som de ikke lider af, kan der ligeså være individer, som ikke diagnosticeres, men sandsynligvis kunne have behov for det. I et forsøg på at hjælpe så mange folk som muligt gennem diagnosticering, er der fare for at diagnosticere og medicinere folk som ved første øjekast virker psykisk syge, men måske blot oplever en meget dårlig fase i livet.

I DSM-V fjernede American Psychiatric Association sorg-eksklusionskriteriet. Dette var et kriterium som førhen skulle ekskludere folk der havde oplevet dødsfald inden for de sidste to måneder, fra at blive diagnosticeret med depression. Dette kriterium skulle undgå at fagfolk stillede diagnosen *MDE* (en depressiv episode), ud fra sorgreaktioner (American Psychiatric Association, 2014: s. 7). Det kan skabe en undren at kriteriet kun skulle ekskludere folk der har mistet nogen, da man kan forestille sig, at det er muligt at opleve en lignende sorg, som hvis man mister en livslang karriere, eller andre sorg-tilstande som ikke udelukkende har oprindelse i at miste. Et spørgsmål som findes vigtigt at besvare er først og fremmest hvorfor American Psychiatric Association til at starte med skabte sorg-eksklusionskriteriet. For at besvare dette er det nødvendigt at se nærmere på hvad sorg er. Et bud på dette kan ses i nedenstående afsnit.

For at få en forståelse af sorg vil vi bruge den eksistentielle anskuelse af mennesket. Det vil kunne hjælpe til at besvare hvad individet går igennem, når det rammer en sorgperiode. Når mennesket oplever at det vante dagligdagsliv ændres til noget radikalt anderledes, vil der opstå en krise. I krisen opstår der eksistentielle spørgsmål hvor man begynder at vurdere sig selv i den nye situation og igen finder ud af, hvem man er når man for eksempel mangler et legeme eller en person der var én tæt. Denne krise kan tolkes som en sorgperiode, hvor man kan være ved siden af sig selv og ikke opfører sig som vanligt (Jacobsen, 1999: s. 8ff). Tiden er en vigtig faktor til at udfase en sorgperiode. Selvom det lyder som en selvfølgelighed, er det vigtigt at pointere, at tid kan hele mange sår, hvis den får lov til at gøre sin indvirkning. "*Der ligger altid noget i tiden, og for den, det er blevet vanskeligt at blive sig selv, er der en mulighed for, at blive af med sig selv ved at blive tidens*" (Jacobsen, 1999: s. 82). Det at skulle forholde sig til sig selv i denne nye situation kan være svært, og de processer som sker med tiden i sådan en periode kan hjælpe en på vej. Når man

anskuer individets sorg på denne måde, vil der være naturlige perioder, som giver anledning til, at individet opfører sig anderledes og dermed måske også er diagnosticerbar. Spørgsmålet er så, om det er retskaffent at give personer der er i disse perioder en diagnose? Ud fra DSM's anskuelse vil man ikke anse reaktioner i disse perioder, som psykiske lidelser. Det er derfor modstridende at forfatterne vælger at fjerne sorg-eksklusionskriteriet, for alligevel at fastslå at der findes en forventet respons på sorgoplevelser, og som ikke bør anses som psykisk lidelse. *“En forventet eller kulturelt anerkendt respons på en almindelig stressor eller et tab som fx en nærtståendes død er ikke en psykisk lidelse”* (American Psychiatric Association, 2014: s. 59).

Årsagen til, at dette kriterium blev fjernet nævnes ikke i DSM-V, og kan derfor kun være op til spekulation i dette projekt. Men det kunne være gjort for ikke at være fastlåst ved en tidshorizont på to måneder. Ved at fjerne dette kriterium, er der ikke fastlagt nogen tidshorizont på hvornår man ikke længere har en normal respons på sorg, hvilket giver anledning til fri fortolkning. Det kan både give patienten et større rum for almen sorg, men det kan i ligeså høj grad give anledning til en hurtigere diagnosticering.

Johan Cullberg mener at der findes fire faser som er fælles for mange kriser og sorgperioder. Den første fase er chokfasen, og er ikke nødvendigvis her hvor der kan være spørgsmål om hvorvidt det er psykisk sygdom eller almen påvirkelse, idet fasen kun varer *“fra nogle sekunder til et par dage”* (sundhed.dk, A, 2016). Efter chokfasen følger reaktionsfasen. Denne fase kan vare op til et par måneder, hvilket kan skabe det grå område, som sorg-eksklusionskriteriet førhen dækkede over. I reaktionsfasen menes der at individet *“kastes frem og tilbage i et kaos af følelser. Situationen opleves som så truende, at man bevidst eller ubevidst prøver at komme bort fra den”* (sundhed.dk, A, 2016). Subjektet benytter sig af forsvarsmekanismer, som kan udtrykke irrationelle udslag, hvilket kan virke afvigende. Disse udslag er ifølge Johan Cullberg af en forventet karakter, i forhold til krisesituationer. Problemet er uklarheden i hvornår der er tale om almen sorg, og hvornår det tendenserer til psykisk lidelse, idet psykiske lidelser: *“Uanset dens oprindelige årsag skal det aktuelt betragtes som en manifestation af en adfærdsmæssig, psykologisk eller biologisk dysfunktion i individet”* (Gøtzsche, 2013: s. 289). Så det bliver meget hurtigt op til den enkelte praktiserende læge at finde en forskel på sorg og psykisk lidelse. Johan Cullbergs tidshorisonter er generelle vurderinger for hvornår individet indtræder i en ny fase, hvilket yderligere kan problematisere hvornår individet er ude er en eventuel sorg.

Som forklaret ovenfor er der tendens til at anse tid som en form for markør for hvornår der er tale om henholdsvis almen sorg og psykisk lidelse. Denne markør er så småt blevet fjernet og der er ikke længere en fastsættelse af et grænseland for den almene sorg og den psykiske lidelse.

Lad os antage at en læge vil diagnosticere en patient inden en eventuel sorgperiode er afsluttet. Spørgsmålet er om det overhovedet vil skabe et problem for den pågældende person? De fleste vil nok nikke anerkendende til at når man rammes af en hovedpine så tager man måske en panodil. Spørgsmålet er om det kan have nogen større konsekvens at springe nogle af de processerne over, som forekommer i en sorgperiode. Eksempelvis er smerte en proces, som de fleste mennesker ikke finder behagelig, men det er en proces som gør dig bevidst over, at noget ikke er som det skal være. Om det er fordi at man er kommet til skade (fysisk) eller mistet nogen/noget (psykisk), vil det stadig være en tilstand som gør ondt. Smerten har ingen handlende udtryk, det vil sige at smerten ikke er håndgribelig og det kan derfor være svært at leve under i længere tid. Men med smerten kommer der også en bevidstgørelse om ens eksistens, *“Den smerteramte er i og med smerten altid stillet bevidst i forhold til sin eksistens”* (Jacobsen, 1999: s. 84). Med en bevidstgørelse om ens eksistens kan man måske bedre begribe ens sygdom, da man med denne bevidstgørelse også tvinges til at forholde sig til sig selv. Smerten kan give anledning til en refleksionsproces, idet *“den smerteramte tvinges i sit selvforhold hele tiden tilbage mod sin egen indre verden”* (ibid). Så selvom de fleste undgår og ikke ønsker smerte, kan smerten måske medvirke til en selvrefleksiv helingsproces. Men som tidligere nævnt er smerten også med til at kunne skabe en depression på grund af dens uhåndgribelighed. Så om frigørelsen fra depression er et mere positiv end smertens bevidstgørelse, er et spørgsmål som ikke kan svares på med et enten eller, men kan diskuteres videre. Ligesom smerten er et *“funktionstab”* (ibid), er den i lige så stor grad med til at skabe selvrefleksion, i forhold til umuliggørelsen af før mulige handlinger. Individet kan arbejde sig videre fra dette, da selvrefleksion kan bruges som et værktøj til *“at indstille sig på de nye betingelser, eller mere bevidst have mulighed for at gøre de nye livsbetingelser til grundlag for det kommende liv.”* (ibid). Disse symptomer er med til at skabe en mulighed for at nyskabe sig og *“at kunne magte en adskillelse fra det der var, for at kunne investere sin følelsesmæssige energi i det der er”* (Ohrts psykoterapi, 2016). Det er derfor en vigtig opgave at gennemleve sorgen. Ved at være tilstede i repertoire af følelser, vil det skærpe fornemmelsen for hvilken følelse der for én passer til situationen. At gennemleve sorgen vil resultere i smerte, men vil også som Davidsen-Nielsen & Leick beskriver det, give adgang til *“En forløsning af sorgens følelser gennem gråden”* (Ohrts

psykoterapi, 2016). Gråden er med til at reducere stress, både når det kommer til det fysiske og det psykiske, og kan dermed bevirke til at man tør stå imod og overvinde angsten.

Kan diagnoser så være med til at hæmme den naturlige refleksion over ens tilstand? Der er nu blevet argumenteret for at sorgperioder kan kendetegnes ved at have to sider, den ene som er elendigheden og sorg, samt den anden som er erkendelse og eksistensberettigelse. Grundet denne dobbelthed, må der være en ekstra opmærksomhed for behandling af syge, som den praktiserende læge må være opmærksom på.

Udover DSM og ICD, bliver der også brugt spørgeskemaer til at vejlede den praktiserende læge til at indsnævrer om en diagnose er fordelagtigt.

I hvor høj grad er Hamiltons depressionsskala med til at diagnosticere patienter og hvor meget siger den om mentale sygdomme.

I eksemplet fra tidligere, trækker vi igen på Hanne Yndgaard, for at besvare hvordan man anvender Hamilton's depressionsskala. Skemaet bliver brugt til at få et overblik over om en patient der allerede er indlagt, kan have depressive tendenser og se om disse tendenser er i forbedring.

“Bruger Hamilton hvis folk kommer ind med diagnosen depression, så laver de en Hamilton når de bliver indlagt og kort før de bliver udskrevet for at se om de har det bedre” Hanne Yndgaard.

Skemaet bliver dermed først brugt når der er givet en diagnose og skal derved ses som et supplement til *“(…) lægesamtaler og kontaktperson samtaler (læge omkring en gang om ugen, og kontaktperson med jævne mellemrum)”* Hanne Yndgaard. Det bliver derfor ikke skelsættende for diagnosticeringen af patienten.

I projektgruppen er der personlige erfaringer med udlevering af spørgeskemaer hos lægen, inden der var blevet stillet en diagnose. Denne test kan dermed i højere grad ses som værende et springbræt til en diagnose, i forhold til ovenstående eksempel, hvor skemaet var en guide til at se forbedringer.

Problematikken kan være hvis både patienten og den praktiserende læge vægter skemaets resultater højt. Problemet er nemlig, at spørgeskemaet er udformet for at kunne generalisere symptomer, hvilket kan skabe en blind vinkel (Sundhed.dk, B, 2016). Eksempelvis kunne en person som lige er blevet far, i forhold til skemaet have symptomer for depression, idet det er krævende at have en nyfødt. Dette kan forekomme, da der ikke er blevet stillet spørgsmål omkring de grundlæggende årsager. Men hvis samfundet skulle diagnosticere alle nybagte forældre med depression, må det

antages, at der ville være en skævvridning i opfattelsen af det at blive forældre (DR1 Dokumentar: De raske syge, 2016). Dette eksempel er stillet op på at man udelukkende bruger skemaet, uden at inkludere samtaler omkring årsager. Spørgeskemaet spørger ikke om hvad der har påvirket personen hvilket en praktiserende læge måske ville gøre. Det er derfor vigtigt at skemaet bliver brugt som et supplement.

Potentielle faldgrupper ved psykiatrien

Psykiatrien som naturvidenskab

En diagnose kan have visse ulemper netop på grund af de mange variabler der indgår i selve diagnosticeringen af patienten. Nogle af disse vil vi diskutere i dette afsnit.

Da vi i udarbejdelsen af dette projekt undersøgte selve oprindelsen af psykiatrien som vi kender den i dag, var en af de ting vi fandt interessante, måden hvorpå psykiatrien længe har kæmpet for at blive accepteret som en videnskab på samme niveau som naturvidenskaben. Dette gav liv til en undren om, hvorvidt dette ønske kan have resulteret i eventuelle problemer og konflikter i psykiatrien.

Som det er nu ligger psykiatriens konceptuelle rammer i den medicinske tradition, og har dermed rødder i naturvidenskaben. Naturvidenskaben stræber efter at være universel og objektiv (Moncrieff, Rapley & Dillon, 2011: s. 12).

Ifølge Szasz er psykiatrien tæt forbundet med sociale og kulturelle normer, da det er disse man finder afvigelser af når man dømmes noget som en psykisk sygdom. Altså er psykiske sygdomme tæt forbundet med kulturelle og sociale normer, der er flydende alt efter hvilken kontekst man befinder sig i. Der opstår derfor i Szasz' optik en konflikt når man behandler med medicinske metoder, da disse stræber efter og ofte er set som værende objektive. Szasz mener derfor der er en problematik i den måde psykiatrien definerer lidelser og derefter behandler dem (Psychclassics, 2001).

Som tidligere forklaret skete der fra DSM-II til DSM-III en ændring i den måde man så psykiske diagnoser. Før DSM-III havde man et ætiologisk synspunkt. Dermed blev baggrunden og oprindelse for en psykisk lidelse taget med i betragtning når man diagnosticerede patienter. I DSM-III ændrede dette syn sig til at fokusere på symptombehandling. Ved at fjerne det ætiologiske aspekt kunne man i stor grad undgå uenigheder omkring diagnoserne. Ved denne måde at diagnosticere på

bruger man beskrivelser af de symptomer patienten udviser at have. Disse symptomer bruges til at udfylde et skema af symptomer, der udgør diagnosen. På denne måde fjernede man brugen af konteksten i patientens liv, og brugte i stedet observerbare symptomer til at bestemme diagnosen (Gary Greenberg, 2010: s. 243ff).

Mary Boyle der er professor i klinisk psykologi ved University of East London mener at denne eksklusion af kontekst bliver udvist i den måde psykiatrien bruger det hun kalder '*Pure Avoidance Strategies*'. Den mest tydelige måde psykiatrien gør dette på er ved netop at konvertere problemer og vanskeligheder til lidelser og symptomer, og derefter fokuserer på deres tilhørende diagnostiske kategorier. Ved brug af denne strategi kan man ifølge Boyle tale om patienter samt producere viden helt uden at inkludere patientens oplevelser i livet. Dette gør man ved brugen af for eksempel symptom checklister (Moncrief et al., 2010: s. 28ff). Boyle mener desuden at dét at se efter abnormaliteter eller defekter i hjernen for at forklare årsager til psykiske lidelser også kan ses som en af disse strategier. Boyle mener dog ikke at disse strategier er brugt bevidst af psykiatrien, men i stedet er et resultat af den diskurs, teori og metode der ligger til grunde for den måde psykiatrien behandler diagnoser på (ibid).

Det kan derfor ses som et problem at man fra DSM-III har set diagnoser fra et mere symptom-orienteret punkt der hviler sig op af naturvidenskaben, da man kan argumentere for at det er med til at negligere vigtigheden af kontekst og oprindelse når man behandler psykiske sygdomme. Dog skal det nævnes at man ved brug af den symptom-orienterede metode frem for det ætiologiske opnåede mere enighed omkring diagnoserne fagfolk imellem (Greenberg, 2010: s. 244).

Hurtig diagnose og offentlige skemaer

Ifølge DSM er det sådan at hvis en person udviser tegn såsom: besvær ved at sove, dårlig appetit eller overspisning eller rastløshed i 8 ud af 14 dage, kunne dette føre til en depression. I forelæsningen "*Overdiagnosed and Overmedicated*" taler Gøtzsche om denne diagnosemetode. Her diskuterer han at hvis en person såsom en ung dreng slog op med sin kæreste, ville hans ekskæreste nok i 14 dage vise tegn på depression og hvis hun tog til en psykiater ville hun nok blive diagnosticeret som depressiv (Gøtzsche, 2016: 4:20). Når psykiatere blev spurgt ud fra DSM, blev 1/4 af disse psykiatere selv diagnosticeret med en mental sygdom (Gøtzsche, 2015: s. 34). Selv foretog Gøtzsche sammen med andre professorer en undersøgelse og alle deltagere blev diagnosticeret med psykiatriske sygdomme såsom ADHD, depression eller mani (Gøtzsche, 2016:

5:20). Hjemmesiden Gøtzsche brugte hed Psych Central som kan bruges af alle og kan derefter direkte videresendes til en psykiater (Gøtzsche, 2013: s. 294). Dette kunne virke problematisk, da mange hurtigt kan diagnosticere sig selv og direkte søge hjælp afhængig af deres symptomer, selv hvis symptomerne kun er kortvarige. Offentliggørelsen af diagnose skemaer eller diagnose lignende skemaer kan have været med til at personer har lettere adgang til selvdiagnosticering og dermed også en eventuel misforståelse af selve diagnosen, da diagnosen før i tiden kun kunne stilles af en fagperson. Flere aviser, medier og hjemmesider refererer til steder hvor personer selv kan diagnosticere deres eget liv og de problemer de syntes at have oplevet som skal identificeres. Om denne udvikling har medført en form for bevidst afstandtagen fra medicinalindustrien kan diskuteres men at lægpersoner nu til et vist punkt selv kan diagnosticere sig selv uden nogen psykiatrisk erfaring kunne virke problematisk. Ikke kun for medicinalindustrien men også for selve forståelsen af den psykiske sygdom. Et andet eksempel på et offentligt skema er på psykiatrifondens egen hjemmeside: psykiatrifonden.dk; *Test dig selv - er du mentalt sund*. Skemaet er delt op i forskellige vage spørgsmål som bliver evalueret i et tal fra 1 til 5 hvor 1 er lavest. Hjemmesiden giver råd om at bruge skemaet jævnlige. Samtidig med at disse skemaer kan have sine negative indvirkninger, kan det være positivt for en person der måske er tilbageholdende overfor at søge hjælp. Der kan de offentlige skemaer være et redskab, der kan hjælpe vedkommende med at tage det første skridt på vejen til at opnå den hjælp de har brug for.

Ifølge DSM-IV kan man blive diagnosticeret med depression på 1,497 forskellige måder (Gøtzsche, 2015: s. 48). Diagnoser såsom depression har udviklet sig gennem tiden. Hvor DSM-III diagnosticerede depression efter to år, DSM-IV diagnosticerede depression efter to måneder og DSM V efter to uger. Spørgsmålet Gøtzsche stiller ved denne udvikling er om diagnoser såsom depression vil gå ned til for eksempel to dage og hvilken betydning vil det have det for patienterne? (Gøtzsche, 2016: 5:56). Sort på hvidt kan man se den statistiske forkortelse af tiden det tager at diagnosticerer en patient. Med denne udvikling kunne man undre sig over hvilken effekt det kunne have for patienter at blive stemplet så hurtigt på så kort en tid - især hvis medicinering og langvarig behandling er involveret.

Peter Gøtzsche taler i sin bog "*Dødelig Medicin og Organiseret Kriminalitet*" om hvordan der er blevet tilføjet flere lidelser til DSM og hvordan mængden af underkategorier til eksisterende lidelser er eksploderet i de seneste år. Sygdomme såsom angstneurose blev i DSM-III delt op i syv nye tilstande. Da symptombehandling nu havde større fokus i DSM er den ifølge Gøtzsche "*blevet kritiseret for at skabe sygdomme og for at klassificere normale reaktioner på modgang i livet og*

nedtrykthed som psykisk sygdom, der skal behandles med lægemidler” (Gøtzsche, 2013: s. 294). En sygdom han diskuterer om i sin bog er bipolar lidelse II. Denne lidelse bliver diagnosticeret efter patienten har oplevet en episode med hypomani eller en episode med depression. Hvis episoden varer i mere end fire dage kan patienten blive behandlet med antipsykotiske lægemidler. Et af de spørgsmål der skal besvares ved hypomani er *”Jeg drikker mere kaffe”* (Gøtzsche, 2013: s. 295). Selvom denne besvarelse kan ses som en forsimpning af selve diagnose fasen, kunne man undre sig om hvornår en person skal diagnosticeres.

Selve diagnosefasen kan bestå af konsultationer i så kort tid som 10-15 minutter. Et studie fra 1993 foretaget af Rand Corporation i USA viste at:

“Over half of the physicians wrote prescriptions after discussing depression with the patients for three minutes or less” (Gøtzsche, 2015: s. 27).

Flere studier viser at mange psykiatere ikke bruger DSM som checkliste, men viser også at kun halvdelen af patienterne mødte DSM kriterierne (Gøtzsche, 2015: s. 27). En screening test fra WHO viser at 36,000 ud af hver 100,000 var diagnosticeret med depression selvom personerne var raske (Gøtzsche, 2015: s. 46). Man kunne undre sig om hvorvidt disse høje tal kunne stamme fra den hurtige diagnose proces nogle patienter oplever.

Delkonklusion

Måden hvorpå ICD-10 og DSM-V bliver brugt til diagnosticering, vil kunne have negative effekter, hvis ikke diagnosen bliver efterfulgt af en grundig lægesamtale, som har fokus på tidligere oplevelser, der kan belyse årsager til symptomerne. De negative effekter kan indebære en diagnosticering af patienter, som ikke drager en længere sigtet nytte af behandlingsforløbet. DSM-V og ICD-10 beskriver kun symptomer og kategorisere dem ikke sammen med ætiologiske overvejelser. Disse bøger hjælper derfor kun med at diagnosticere symptomer og ikke årsager. Ligeledes konkludere Hamiltons depressionsskala kun ud fra symptomer og prøver at generalisere symptomer for derved at kunne bruges mest muligt. Skemaet kan derfor være meget vag og give ideer om sygdom, som måske ikke er til stede eller har andre årsager end depression. Når disse redskaber bliver brugt af den praktiserende læge i kombination med samtaler, er det stadig vigtigt at de ikke bliver brugt som en checkliste for diagnosticering. Det samme store ansvar har den praktiserende læge, når lægen skal vurdere en passende tidshorisont for hvornår der er tale om almen sorg og hvornår der er tale mentale problemer der skal behandles med medicinering.

Konsekvenserne af at sygeliggøre sorgfaser, kan medføre uløste problematikker, der kan give individet længerevarende skader.

Vi har desuden i dette afsnit kigget på hvilke eventuelle problemer DSM's udformning, med fokus på symptomer, kan have for måden man behandler og ser på diagnoser. Vi er kommet frem til at der kan opstå et problem hvis man som fagperson udelukkende kigger på symptomerne, og ikke inddrager patientens oplevelser og baggrund, og at man derved negliger vigtigheden af kontekst. Dog kan man argumentere for at denne eksklusion af kontekst ikke nødvendigvis er gjort bevidst, men i stedet kan være et resultat af den symptom-orienterede diskurs i DSM. Da DSM er brugt i stor grad i for eksempel USA er det forståeligt, at diskursen i denne har en effekt på den generelle diskurs omkring diagnosticeringen af psykiske lidelser. Dog har ændringen i DSM fra ætiologisk orienteret til symptom orienteret medført større enighed omkring diagnoser fagfolk i mellem.

Diagnosticering foregår ikke kun i konsultationer og igennem en psykiater men kan også gøres privat ved brug af offentlige skemaer. Disse skemaer er dog ikke altid officielle men kan også findes fra uofficielle hjemmesider, i aviser og sociale medier der ikke er anerkendte af psykiatrien. Dette giver en lettere adgang til at diagnosticere sig selv og kunne medføre en misforståelse om selve diagnosticeringen samt diagnose processen. Om dette er til gavn for patienten kunne være tvivlsomt, idet diagnoserne ikke har en oprindelse fra fagfolks vurderinger og dermed også kan skabe falske opfattelser om mentale sygdomme.

I det næste kapitel vil vi diskutere den såkaldte "*kemiske ubalance*" som ifølge Gøtzsche og mange andre forskere er en skrøne. De psykiatriske diagnoser er eksploderende: For eksempel, fra 1987 indtil 2007 steg behandlingen af børn i USA til mere end 500.000, hvilket var en 35-fold stigning (Gøtzsche, 2013: s. 299).

3. Hvilken konsekvens har diagnosticering?

Medicinering (& økonomi)

"I USA og Europa er lægemidler den tredjehyppigste dødsårsag efter hjertesygdomme og kræft"
(Gøtzsche, 2013: s. 19).

Overdiagnosticering i det senmoderne samfund medfører ikke blot en stigning af psykisk syge individer - hvilket som tidligere nævnt eksempelvis kan have konsekvenser for forståelsen af psykisk sygdom og normalitet - men kan også have fysiske kognitive og/eller økonomiske

konsekvenser for patienten som diagnosticeres. Det er dermed ikke kun opfattelsen af menneskelige karakteristika der er af betydning, men også selve patientens helbred efter en diagnosticering der er relevant at diskutere. Dette vil følgende kapitel tydeliggøre.

I det danske samfund benytter borgerne sig af lægemidler i så høj grad, at det svarer til 1,4 voksendosis hver dag i løbet af deres liv. Ifølge Gøtzsche viser en undersøgelse med 5000 danske deltagere som skulle rangliste 51 industrier de havde mest tillid til viser, at der er mindst tillid til medicinalindustrien. Til trods for, at tilliden til medicinalindustrien er minimal, er det svært for individet at finde et alternativ til, hvad lægen eller medicinalkonsulenter henviser til (Gøtzsche, 2013: s. 21ff).

Peter C. Gøtzsche er uddannet i kemi og biologi. Han afsluttede sin cand.med. i 1984, og har siden da arbejdet indenfor medicinalindustrien i kliniske forsøg. Derefter grundlagde han den Nordiske afdeling af Cochrane Center i 1993, hvorfra Cochrane Collaboration udspringer. Dette er en uafhængig organisation der undersøger diagnoser, stoffer og medicinering, og består af cirka 36.000 patienter, læger, forskere og administratorer som samarbejder verden over (Cochrane Nordic, 2016). De fleste har gratis adgang til Cochrane offentliggørelser (Gøtzsche, 2013: s. 36), hvilket ikke er tilfældet med private firmaers data som tilhører dem selv udover det resumé de selv producerer for forskerne (Gøtzsche, 2013: s. 97). Psykiatrien er ifølge Gøtzsche et paradis for medicinalindustrien, fordi definitioner for psykiatriske sygdomme ofte er vage og nemme at manipulere (Gøtzsche, 2013: s. 288).

I sin bog ”Dødelig medicin og organiseret kriminalitet” taler Gøtzsche om medicinalindustriens markedsføring af bevidst skadelige stoffer på markedet, eller stoffer der ingen virkning har på forbrugeren. Et af de meste kendte firmaer er Pfizer som betalte en bøde på 2,3 milliarder kroner efter at have erklæret sig skyldig i bedrag og vildledning af forskellige lægemidler. Dog er de i dag stadig et af verdens største firmaer (Gøtzsche, 2013: s. 54). Ifølge Gøtzsche har ”*læger (...) kun adgang til udvalgte og manipulerede informationer, og de tror derfor, at lægemidler er langt mere effektive og sikre, end de i virkeligheden er*” (Gøtzsche, 2013: s. 69f). Dette kan i høj grad virke problematiske i et samfund, hvor en stor del af befolkningen indtager lægemidler for behandlingen af deres diagnose som mentalt syg (ibid).

En af hovedproblematikkerne ved en diagnose er, hvordan individet kan blive påvirket og hvilke konsekvenser dette kan medføre i samfundet. Når psykiateren har givet en person en diagnose kan

det medføre medicinering for at behandle symptomerne på diagnosen. Som tidligere nævnt er diagnosticeringen i det vestlige samfundet - og dermed også medicinering af patienter - i høj grad stigende. I denne sammenhæng er det relevant at tænke over hvilke konsekvenser det har for samfundet, at et stigende antal individer benytter sig af medicin og hvilken effekt dette medfører. Det britiske Underhus i sundhedsudvalget lavede i 2004-2005 en undersøgelse om lægemiddelindustrien som udmundede i en rapport, som blandt andet omhandler en bekymring for sygeliggørelsen for, at ethvert problem kan løses med en pille (Gøtzsche, 2013: s. 70). I 2007 svarede 51% ud af 108 psykiatere ifølge Gøtzsche, at de brugte for meget medicin, hvor kun 4% svarede at de brugte for lidt (Gøtzsche, 2013: s. 291).

Hvor Gøtzsche i høj grad er kritisk overfor brugen af medicin for at bekæmpe psykiske sygdomme findes der dog også fortalere for samme. Psykiater Kurt B. Stage henviser til, at mængden af signalstoffer som serotonin, noradrenalin og dopamin i hjernen som påvirker individets humør, øges ved brug af medicin. Stage mener, at mange typer antidepressiv medicin er effektive og på relativt kort tid kan resultere i bedre humør (DepNet.dk).

Som modsvar til dette argumenterer Gøtzsche for, at medicinering kun hjælper kortvarigt.

Derudover mener han, at i tilfælde af at patienten fortsætter behandlingen, kan kortvarige sygdomme blive kroniske og dermed skabe en afhængig forbruger frem for at kureret patienten (Gøtzsche, 2016: 8:30). Derudover mener han, at det er forkert at kalde depression eller andre mentale sygdomme for "kemisk ubalance". Han henviser i denne sammenhæng til flere kliniske undersøgelser, som han og andre forskere har foretaget, som ikke har påvist tydelige tegn på en kemisk ubalance. Derimod viser denne ubalance sig først idet forbrugeren begynder at benytte sig af medicinering, hvorefter vedkommende er nødsaget til at fortsætte medicineringen da hjernen nu er afhængig af stoffet for at formindske den ubalance stoffet selv har skabt (Gøtzsche, 2016: 29).

Som eksempel sammenligner Gøtzsche med individer, som benytter sig af alkohol i situationer hvor vedkommende føler sig ked af det; det kan føles som om, at individet får det bedre ved at drikke alkohol, men det ikke fordi vedkommende mangler alkohol. Ligeså mangler kroppen ikke det stof de medicineres med for at oprette den kemiske balance, som til at begynde med slet ikke var i ubalance (Gøtzsche, 2016: 29:30).

Dette uddybes i nedenstående citat:

“Psykofarmaka fikser ikke den kemiske ubalance, de skaber den, hvilket er årsagen til, at det er så svært at stoppe igen. Hvis lægemidlerne tages i mere end et par uger, skaber de den sygdom, det var meningen at helbrede. Vi har konverteret skizofreni, ADHD og depression, som ofte var

selvbegrænsende sygdomme før i tiden, til kroniske lidelser på grund af de lægemidler, vi bruger”
(Gøtzsche, 2013: s. 300).

Ofte udfylder de foretagede forsøg - eksempelvis forsøg med depressionsmedicin - ikke alle kriterier for at formindske de forskellige bias der kan opstå, specielt ved beregninger i en statistisk test. Forskere undlader ofte randomisering (fordeling af forsøgspersoner ved brug af tilfældighedsprincip) (Denstoredanske.dk), dobbeltblind effekten (et eksperiment hvor hverken patient eller læge kender til behandling eller substansen) (Medical-dictionary.com, A) og det ‘aktive placebo’ (medicin der udviser bivirkninger uden at være den testede substans) (Medical-dictionary.com, B) der det er besværligt og tidskrævende. Disse metoder medfører problemet at medicin ude på markedet ikke gavner lige så mange patienter som lægerne og forbrugeren ville have forventet, idet udeladelsen af disse metoder kan forårsage en mindre bias som godkender medicinen selvom den givetvis ikke behøver at være effektiv. En betydelig forskel kan være så lille som 119 frem for 121 individer der føler en forbedring af det aktive lægemiddel (Gøtzsche, 2013: s. 78ff). Udover den kognitive forandring i forhold til den kemiske balance, er der også livsforandrende konsekvenser. I en undersøgelse om FDA skriver Gøtzsche chancen for selvmord stiger 15-fold med indtagelsen af antidepressiv medicin hvilket modsiger rapporten af meta-analysen taget med 100,000 patienter fra 2006 hvilket er en fejl på 1,400% (Gøtzsche, 2015: s. 71). På trods af at disse tal er enormt høje, bør der tages højde for at forsøg - især indenfor psykiatri - ikke altid kan beregnes som en kausalitet. X fører ikke altid til Y, og antidepressiv medicin leder ikke direkte til patientens død, da andre forhold også kan have været medvirkende til patientens død.

Der kan argumenteres for, at konsekvenser for en diagnose kan være langt mere alvorlig end kategorisering, da ineffektiv medicin ikke hjælper patienten - som Gøtzsche nævner - efterlader bivirkninger i form af kemiske reaktioner som ændrer kroppens kognitive balance, og dermed også individets psykiske tilstand. (Gøtzsche, 2016: 29).

Derudover undersøges et præparat og dets bivirkninger kun mens patienten gør brug af medicinen (Gøtzsche, 2016: 36:02). Når en patient medicineres opstår der dog ofte bivirkninger. Hvis patienten i uvis tid fortsætter med medicineringen vil disse bivirkninger ifølge Gøtzsche ændre personens kognitive konstruktion og får dermed en højere risiko for tilbagefald (Gøtzsche, 2016: 44:30). Dermed tages der ikke højde for de følgevirkninger der kan opstå, når patienten afslutter det medicinske forløb, hvilket vil sige at de konsekvenser der kan opstå hos en patient efter de er

nedtrappet fra medicinen dermed ikke inkluderes (Gøtzsche, 2016: 36:02).

Dette giver anledning til undren over hvilke følger det har for en større del af befolkningen i det vestlige samfund at indtage store mængder af medicin som følge af diagnosticering af mental sygdom. Er prisen højere end udbyttet? Som forlængelse af dette er det relevant at nævne, at Peter Gøtzsche og det Nationale Institut for Mental Sundhed har efter grundig forskning ikke været i stand til at påvise, at stimulanser konkret kan påvise forbedringer ved patientens helbred (Gøtzsche, 2016: 53).

Ifølge Gøtzsche er det nødvendigt at fratage medicinen fra eksempelvis ADHD-patienter (især børn) og - med Gøtzsches egne ord - afgifte dem. Vigtigst i denne fase er det at få understøttelse og forståelse fra familien mens patienten trapper ned fra medicineringen, idet medicinen har skabt en kemisk ubalance som kroppen nu er afhængig af - ligesom en alkoholiker er afhængig af sin sprut. I denne forbindelse anbefaler Gøtzsche psykoterapi (Gøtzsche, 2016: 56:30). Selvom psykoterapi kan bruges som en alternativ løsning til medicin, kan en af grundene til at flere patienter tager medicin være, at omkostningerne ved psykoterapi er højere end medicinering er; hvor individuel terapi på 50 minutter kan koste omkring 995 kroner (Terapifordig, 2016) kan prisen på en pakke antidepressive piller eksempelvis Sertralin på apoteket rangere fra 60-100 kroner per pakke (Information taget fra Roskilde Domapotek). Dog kan prisen for psykologhjælp reduceres med 60% med hjælp fra sygesikringen. Ydermere er det muligt at få et "klippekort" til terapi på 1x12 timer (eller hvis psykologen mener der behov for yderligere samtaler et på 2x12 timer) hvilket også kan få 60% tilskud. Dog kan disse tilskud kun gives ved godkendte mentale sygdomme som for eksempel depression, angst eller OCD (Sundhed.dk, C, 2016).

Når en patient er blevet diagnosticeret kan det efterfølgende forekomme, at vedkommende får stillet en ny diagnose igen. Dette er problematisk og kan opstå på baggrund af de vage beskrivelser af den første diagnose men samtidig også fordi, at medicineringen kan forårsage symptomer der ligner en anden mental sygdom. Gøtzsche foreslår derfor at kalde det en "*likely drug-induced disorder*" frem for at kalde det en ny diagnose (Gøtzsche, 2015: s. 39).

En diagnose behøver dog ikke altid at være negativt for patienten. Økonomisk understøttelse for personer med en psykisk diagnose kan være en stor hjælp i en udfordrende hverdag præget af psykisk sygdom. Nogle psykiske sygdomme kan være så problematiske i dagligdagen, at det kan være vanskeligt at komme igennem en almindelig arbejdsdag. Officielle hjemmesider såsom "Det

Sociale Netværk – PsykiskSårbar” (PsykiskSårbar, 2016) hjælper med økonomisk støtte som dagpenge og A-kasse så psykisk syge individer kan få hjælp ved at modtage arbejdsløshedsdagpenge. Derudover er det muligt at få plejetillæg, helbrestillæg, invaliditetsydelse (KK, 2016). Hvis et psykisk sygt individ grundet nedsat arbejdsevne som følge af psykisk sygdom ikke længere er i stand til at arbejde, er det muligt for den psykiske syge at søge om førtidspension via vedkommendes kommune på borger.dk (Borger, 2016). Alle disse hjælpemidler tilbydes dog kun hvis individet har fået en officiel diagnose og dermed er i stand til at fremvise et legitimt dokument på deres lidelse (Greenberg, 2010: s. 226).

Delkonklusion

Peter Gøtzsche har i sine bøger stor fokus på de negative aspekter ved medicinalindustrien samt bivirkninger ved medicin som ifølge ham medfører mere skade på patienten end hvis de modtog psykoterapi. Ifølge Gøtzsche og de studier han refererer til kan stigningen af diagnoser og dermed også medicineringen have konsekvenser i form af kognitive forandringer. Det vil sige, at medicineringen ifølge Gøtzsche vil medføre en stigning i diagnoser, da den forårsager symptomer på nye diagnoser og dermed også nye diagnostiske kategorier.

Dog findes der også positive aspekter ved diagnosticering; i visse tilfælde kan medicinering være gavnlig for patienten. Derudover kan økonomiske støtte til patienter bidrage til en lettere hverdag. Diagnoser er dermed ikke kun dårlige men kan også skabe et nemmere liv for dem med psykiske sygdomme både på arbejdsmarkedet og i deres almindelige dagligdag.

4. Hvilken konsekvens har kategorisering på individet?

Mental sygdom og stigma

Tidligere kapitler diskuterer hvordan samfundsmæssige strukturer, medicinering, DSM og ICD har medført visse stigninger i diagnosticerede individer i samfundet samt konsekvenser for opfattelsen af psykisk sygdom, vil følgende kapitel fokusere mere på selve individet i samfundet.

At diagnosticere et individ kan sidestilles med at kategorisere individet, hvilket vi vil gå mere i dybden med senere i projektet. Nedenstående kapitel vil med fokus på stigmatisering redegøre og diskutere de konsekvenser, det kan have for et individ i det vestlige samfund at blive kategoriseret.

Patrick Corrigan¹ mener, at mentale sygdomme ikke kun er et spørgsmål om rehabilitering og at finde en beskæftigelse, men at der også bør være fokus på social analyse omkring fællesskabet - 'community'. Et vigtigt aspekt af fællesskabet er stigmatisering. Dette indebærer i denne sammenhæng en opfattelse om, at en attribut - i dette tilfælde en psykisk sygdom - er dybt miskrediterende og retfærdiggør en fjendtlig reaktion fra samfundet (Goffman, 1963; Corrigan, 2005: s. 4). Social psykologi og sociologi som undersøger fordomme, stereotyper og diskrimination er ikke inkluderet i forskning om mentale sygdomme, hvilket ifølge Corrigan kan være et problem (Corrigan, 2005: s. 4). Dette vil sige, at man frem for at se patienten og sygdommen i stedet skal se patienten som helhed - individet som socialt integreret i familie, arbejde og sygdomsbehandling (ibid).

Som belyst i tidligere afsnit, er nosologien og ætiologien af mentale sygdomme en kompleks og konstant forandrende proces kategoriseres og defineres i DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) og ICD (Internal Classification of Diseases).

Ifølge Corrigan skal samfundet betragte mentale sygdomme ud fra følgende fire aspekter: psykiatriske symptomer, underskud af sociale færdigheder, fysiske udseende og etiketter. Lige så meget som disse fire aspekter kan give falske positive så kan fraværet af samme ofte føre til falske negative. Betragtes et individ som mental syg på trods af at dette ikke er sandt er der tale om falsk positiv. Betragtes et individ omvendt ikke som mental syg på trods af, at vedkommende har en uopdaget diagnose, er der tale om falsk negativ. Dette betyder, at psykisk raske individer kan identificeres som psykisk syge grundet de signaler der udvises. Dette kan i høj grad være problematisk, idet det ikke altid er psykiateren, men i nogle tilfælde individet selv eller dennes familie, som grundet bekymring på baggrund af individets adfærd identificerer vedkommende som mentalt syg (Corrigan, 2005: s. 12ff).

Offentlig stigma og selvstigmatisering

Corrigan, P. og Kleinlein, P. diskuterer skilningen mellem 'offentlig stigma' og 'selvstigmatisering'. Offentlig stigma skildrer stereotyper om mentale sygdomme mens selvstigmatisering undersøger individets psykologiske trivsel, valg om livsmål og valg af sundhedspleje (Corrigan, 2005: s. 12).

¹ Medlem af the Chicago Consortium for Stigma Research: CCSR

Offentlig stigmatisering kan ifølge Corrigan blive delt op i tre kategorier: Stereotyper, fordomme og diskrimination. Stereotyper dækker over forestillinger om en gruppe som er indlejret af de fleste mennesker i en social gruppe. Fordomme er en negativ reaktion på stereotyper (Corrigan, 2005: s. 16f).

Ofte er stigmatisering, fordomme og diskrimination forbundet med hinanden. Fordomme som grundlæggende er 'affective' og kognitive fører til diskrimination som er en adfærdsmæssig reaktion (ibid).

Offentlig Stigma	Selvstigmatisering
Stereotype	Stereotype
Negativ tro om en gruppe for eksempel farlig, inkompetent, svag karakter	Negativ tro om sig selv for eksempel svag karakter, inkompetent
Fordomme	Fordomme
Overenskomst med tro og/eller negativ emotionel reaktion for eksempel vrede, frygt	Overenskomst med tro Negativ emotionel reaktion for eksempel lavt selvværd
Diskrimination	Diskrimination
Opførsel til fordom for eksempel undgår arbejde og bolig muligheder uden hjælp	Opførsel til fordom for eksempel undlader at fortsætte arbejde og bolig muligheder

(Figur 3.)

Ifølge Corrigan viser forskning, at familiemedlemmer og venner som associeres med den mentalt syge også påvirkes af offentlig stigmatisering, hvilket omvendt også har indflydelse på selve det offentlige samfund som for eksempel psykiatrien. Et eksempel på dette kan være rehabilitering, hvor stigma ifølge Corrigan har været med til at formindske individers deltagelse (Corrigan, 2005:

s. 17ff). Hvis stigmatisering modvirker patienternes aktive deltagelse i deres egen rehabilitering kan det derfor blive problematisk for behandlingen af mentale sygdomme.

Til trods for, at det er den psykisk syge, der stigmatiseres, påvirkes individets pårørende som sagt også. På trods af, at dette ikke har lige så stor indflydelse som selvstigmatisering, viser et studie fra Wahl og Harman (1989), at de, som associeres med den stigmatiserede har lavere selvværd, som kan resultere i hæmninger i familiære relationer (Corrigan, 2005: s. 22f).

Phelan og co. (1998) påviste, at familiemedlemmer i nogle tilfælde bevidst skjuler et andet familiemedlems mentale sygdom. Ifølge Corrigan har de sidste 20 år vist en stigning i hæmninger i familierelationer. Wahl og Harman anbefaler i denne forbindelse at informere familien mere, sætte dem i forbindelse med andre familier med lignende problemer og gensidig understøttelse i familien som forebyggelse (ibid).

Hvis et individ diagnosticeres, kan det både skade vedkommendes offentlige og personlige opfattelse på arbejdsmarkedet såvel som deres eget selvværd, og dermed resultere i negative konsekvenser for individets livsførelse.

Dog er det vigtigt at huske på, at diagnosticering i nogle tilfælde kan være en positiv oplevelse for individet. En diagnose kan bidrage til organisering af en identitetskonstruktion, optimere kommunikationen mellem patienter og læger, og kan fungere som kollektivt handlingsrum som i fællesskab kan nedbryde og modsige den kategorisering og stigmatisering, som en diagnose kan opstille (Petersen i: Petersen og Brinkmann, 2015 s. 62).

Stigma og behandling

Stereotyper om mentale sygdomme bidrager ifølge Corrigan til kategorisering og gruppering af mennesker (Allport, 1988; Corrigan, 2005: s. 24). Denne form for kategorisering underminerer de unikke forskelle ved individerne og lander alle medlemmer af en gruppe i samme kategori. Derudover er denne metode med til hurtigt at inddele forskellige mentalt syge individer ved at udskille dem fra mængden (Corrigan, 2005: s. 24).

Stigmatisering af mentale sygdomme tyder ifølge Link og Phelan på, at individer med psykiske sygdomme som lever i et samfund med integreret stigma, tager stigmatisering på sig, og overbevises om, at de er mindre værd på grund af deres mentale psykiske lidelse (Link, 1987; Link & Phelan, 2001; Corrigan, 2005: s. 25).

Individer med mentale sygdomme kan ifølge Corrigan udvise enten vrede eller ligegyldighed ved stigmatiseringen. Dette kan ske på baggrund af uimodtagelighed overfor behandlingen, eller en afvisning af at blive etiketteret som svag (Corrigan, 2005: s. 28f).

Identifikationer og opfattelser om stereotyper af mentale sygdomme kan hindre forskellige individer i at få den hjælp de skal have, hvilket kan føre til et mere besværet liv end nødvendigt.

Indenfor psykiatri har fortællinger fra pårørende eller patienter stor betydning for at forstå folks oplevelser med mentale sygdomme. Dette kan benyttes til at reetablere sociale færdigheder og acceptere samt tilpasse sig stigmatiseringen (Corrigan, 2005: s. 69).

Corrigan taler om Link og Phelans (2001) teori om at det stigmatiserede individ både agerer gennem den individuelle og socialt diskriminerende struktur. Man udvikler dermed en stereotypisk forståelse gennem socialisering og integrering af den bredere kultur, hvilket ifølge Corrigan fører til en negativ holdning til stigma. Et vigtigt aspekt ved selvstigmatisering er '*forventningen*' om en afvisning. Dermed begrænser de kontakt til andre syge eller isolerer sig og marginaliserer dermed sig selv fra det øvrige samfund. Selvom nogle reagerer med isolation og distancering, fremtræder andre ifølge Corrigan med vrede imod sundhedssystemet (Corrigan, 2005: s. 70ff).

Læger som udtrykker, at patienter ikke er i stand til, at udføre et arbejde kan betyde, at individet får et negativt indtryk som negligerer de fremskridt, patienten oplever. Corrigan refererer til Bassman som diskuterer at det er problematisk, at professionelle ikke kan se bort fra sygdommen, da de dermed bidrager til en stigmatisering af patienten - eksempelvis ved at fraråde arbejde (Corrigan, 2005: s. 79). Det er derfor vigtigt at være bevidst om den stigmatiserende effekt, som læger kan have på patienten når de diagnosticerer deres patient. Dette vil sige, at læger bør være bevidst om deres kommunikation til patienterne - eksempelvis ordvalg i forbindelse med konsultationer, da dette kan have en indflydelse på patientens selvopfattelse.

For at forstå stigma er det vigtigt ikke kun at betragte de negative aspekter men også at forsøge at hjælpe de stigmatiserede. Ifølge Deegan (1988) skal behandlerne være klar over deres manglende evner og bryde fra den traditionelle og autoritære rolle. Individerne skal indgå i et samarbejde med terapeuterne, og dermed se behandlerne som hjælp frem for som ubrugelig og upersonlig. Ifølge Chamberlain og Rogers er det desuden også vigtigt for individet at være i stand til at hjælpe sig selv og dermed ikke føle sig hjælpeløs (Corrigan, 2005: s. 86f). På baggrund af dette kan der argumenteres for, at det under konsultationer er det vigtigt at hjælpe patienten med deres selvværd da de ellers kan føle sig stereotypiseret og betragte deres sygdom som noget negativt.

En diagnosticering kategoriserer som sagt individet inden for den sygdom der er blevet givet af lægen. Dog er det ikke blot lægen men også gennem socialisering at individet indtager de stereotypisere forudforståelse af sygdommen som eksisterer i deres kultur. For at undgå at blive marginaliseret undgår individet også behandling for ikke at blive stigmatiseret indenfor det eksisterende stereotyper. Det er derfor vigtigt at lægen, individets omgangskreds og individet selv bryder de stereotyper og bliver deres egen selv ved brug af hjælpemidler såsom psykiatrisk behandling.

Social Identity Theory

Ifølge The Social Identity Theory består individer ikke blot af personlig eller individuel identitet, men også social identitet. Disse koncepter (personlig og social identitet) er separate funktioner når individet repræsenterer hvad der er relevant for dem. Individet er motiveret til at bevare et positivt socialt selv, hvilket har indflydelse på hvordan de erkender og evaluerer gruppemedlemmer. Disse kan både defineres som '*in-group*' og '*out-group*' medlemmer, hvilket refererer til om individet er medlem af den pågældende gruppe eller en øvrig gruppe. Den kognitive proces af in-group og out-group er bias og er med til at skabe forskel mellem grupperne. Derfor bliver in-groups ofte givet ønskværdige egenskaber som kommer fra interne, stabile årsager hvor positive egenskaber til out-groups bliver givet på grund af ydre eller forbigående årsager. Individer etiketteret med en mental sygdom er - i forhold til ikke-diagnosticerede individer - medlemmer af en out-group, da de betragtes som mindre ønskværdige. Selvom kategorisering er nødvendig indebærer det også at udelade individets særheder og fokuserer på sammenhæng mellem dem og sygdommen (Corrigan, 2005: s. 107ff).

Derudover afhænger disse grupper også af den kulturelle kontekst de befinder sig i. En anden reaktion på stigmatisering er "*stereotype-threat*". Ved at tilhøre en out-gruppe kan individet føle sig stresset i en situation hvor stereotypen gør sig gældende, og dermed medføre at individet forsøger at undgå disse situationer. Ved at frigøre sig fra den gruppe kan individet undgå opgaver der måske førhen har været en del af deres identifikation.

Stereotypisk forventning kan ændre medlemmerne af en bestemt gruppes opførsel; også kaldet *self-fulfilling prophecy*. Når nogen har bestemte forventninger til gruppen agerer de også på en bestemt måde der fremkalder den opførsel. Når en person i en gruppe er stereotypiseret er de udskiftelig og dømt fra de generelle fordomme om gruppen frem for deres individualitet. Det ville derfor være

nødvendigt at finde udgangspunktet af hvordan og hvornår en bias optræder i den kognitive analyse (ibid). Selvom individet frasiger sig gruppen som for eksempel ADHD, depression eller angst - bliver de af andre pålagt den stereotype der eksisterer om den mentale sygdom. Sygdommen er dermed ikke kun en del af dem men karakteriserer dem. Selvom de forsøger at undgå deres sygdomsgruppe såsom ADHD bliver de stadig pålagt de karakteristika der er omkring den sygdom som for eksempel dårlig koncentrationsevne, svækket impuls kontrol og hyperaktivitet (Psykiastrifonden, 2016). Disse symptomer definerer personen. De *bliver* deres sygdom hvilket kunne være grunden til at nogle undgår at blive relateret med deres gruppe.

Etiketteringsteori

Etiketteringsteorien er en proces hvor iøjnefaldende sociale forskelle etiketteres. Den tager udgangspunkt i symbolsk interaktionisme hvor sociale objekter såsom aktioner og mennesker er socialt konstrueret. Dette betyder at symboler og sprog opstår gennem processer om definition og interpretation. Etiketter kan eksempelvis gives af en psykiater hvor individer bliver givet etiketter eller blive etiketteret igennem associering (for eksempel når personen træder ud af en psykiatri). I modsætning til den medicinske model er etiketteringsteorien ifølge Thomas Scheff en sociologisk teori. Corrigan henviser til Goffman som mener, at når individet er etiketteret som "*deviant*" eller - på baggrund af en mental sygdom - er afvigende fra samfundet og etiketten, socialiserer og optræder de som den rolle af en mental syg person. Individet fortsætter dermed den afvigende opførsel og opretholder dermed den mentale sygdom (Corrigan, 2005: s. 14f).

De reaktioner der opstår fra etikettering kommer fra delte kulturelle meninger. Der er dermed ikke måden man agerer på, men måden andre definerer disse aktioner. Individer med højere sociale status er dermed i stand til at pålægge definitioner på andre med lavere social status. For eksempel kan en psykiater definere en patient som afvigende fra samfundet. Når den mentalt syge accepterer at være afvigende er individet blevet succesfuldt etiketteret. Selvstændige forestillinger opstår i den symbolske interaktion gennem andre. Denne selvforståelse hænger sammen med sociale positioner og kaldes "*role-identities*". Ved at agere som de roller der er blevet givet, opfyldes de forventninger andre har om sig. Et individ kan have flere roller, og rollen "mentalt syg" blot er en af mange (Corrigan, 2005: s. 130). Dermed er det ikke personen selv, men de definitioner der er om sygdommen som karakteriserer hvordan individet agerer fremover, efter de er blevet og har

accepteret deres diagnose fra psykiateren. Som tidligere belyst kan nogle konsultationer være korte og dermed skabe usete konsekvenser hvis diagnosen skulle vise sig at være forkert.

Etiketteringsteorien bruger dog ifølge teoretiker som W. R. Gove (1979), P. Howell (1974) og C. S. Weinstein (1979) det forkerte psykiatriske perspektiv. For det første mener de, at der findes for få beviser for, at patienter er ofre for etikettering, eller at psykiateren diagnosticerer patienten uden først at foretage en grundig undersøgelse. Derudover er det ifølge kritikerne en forudsætning at den mentalt syge udviser tydelige tegn før for eksempel familiemedlemmer kendetegner opførelsen af den mentalt syge som alvorlig og derfor kræver behandling. De argumenterer også for, at hospitalisering i flere tilfælde medfører dokumenterede positive effekter for patienten. Kritikernes grundlæggende idé er, at afvigende etikettering er en konsekvens af mental sygdom og ikke årsagen til opførelsen. Ud fra disse synspunkter har man taget en lidt anden vinkel med etiketteringsteorien hvor man har undersøgt hvilken effekt en mental sygdom kan have når individet er stigmatiseret. Ifølge Link er det først når individet er diagnosticeret med en mental sygdom, at vedkommende indtræder i den rolle det forventes af dem. Individet med rollen som mentalt syg, kan af omverdenen anskues som værende farlig eller inkompetent. Denne effekt at indtræde disse roller kaldes for "*self-fulfilling prophecy*". Personen er dermed ikke direkte påvirket af etikettering men optager indirekte de tilskrivninger der bliver givet en mentalt syg person (Corrigan, 2005: s. 133).

Offentlig etikettering

I 1950 foretog Star (1952, 1953) en undersøgelse med et spørgeskema i Amerika, som ud fra hans analyse viste, at omkring 41% betegnede mentalt syge som værende "*out of his mind*", "*nuts*" eller "*deranged*". I 1996 foretog man endnu en undersøgelse hvor kun 35% svarede det samme. Denne udvikling kan ifølge Fred E. Markowitz tyde på en forandring i forståelsen af stereotypiseringen af mental sygdom i offentligheden (Corrigan, 2005: s. 136).

Udover de positive aspekter viser undersøgelsen dog også en stigning af sammenligning med mental sygdom og vold. I 1950 viste den kun 7% hvorefter sammenligningen med vold steg til 12% i 1996. Markowitz' data tyder på, at forståelsen for diagnoser er steget. Markowitz påpeger paradokset ved, at forståelsen af mental sygdom har bredt sig, men samtidig bliver den i højere grad end før relateret til dårlig opførelse så som vold (ibid). Dette kan stamme fra, at flere individer i samfundet bliver diagnosticeret og dermed "normaliserer" betydningen af en mental sygdom.

Derfor er det vigtigt at skabe et positivt syn på mental sygdom for at undgå stereotyper og fordomme.

Forbrugerindflydelse

Amy C. Watson og Philip River diskuterer bevidstheden om de negative aspekter om individets mentale sygdom ikke er ensbetydende med at individet accepterer stereotypen. Hvis individet dog accepterer stereotypen som den mentalt syge, indtager de dermed også de negative aspekter af en mental syg og bliver dermed negativt påvirket. Dette kunne ifølge Watson og River føre til dårlig selvværd såsom at føle sig inkompetent på arbejdet. Traditionelle teorier om selvstigmatisering argumenterer for, at den stigmatiserede ofte kan være tilbøjelig til at have lavt selvværd, fordi vedkommende tilhører en minoritetsgruppe. Ved at afvise stigmatisering, negative stereotyper samt de som etiketterer, kan et højere selvværd opnås. Dette afhænger dog af individets tilstand og individuelle kontekst; er individet tæt knyttet til en stigmatiserede gruppe uden at acceptere det tilhørende stigma, kan vedkommende reagere med vrede. Føler individet sig omvendt ikke knyttet til gruppen reagerer vedkommende med ligegyldighed. Knytter individet sig til gruppen og accepterer de negative stereotyper kan det skade gruppens selvværd yderligere (Corrigan, 2005: s. 147ff).

Watson og River henviser til Dickerson, som taler om at "*consumer empowerment*" som en modreaktion til det offentlige sundhedssystem. Denne ideologi mener han giver individet selvbestemmelse og personlige kompetencer ved at acceptere sygdommen med positivt selvværd og socialt engagement. Denne ideologi kan dermed give forbrugeren mere autoritet frem for at lade sig styre af eliten (Corrigan, 2005: s. 156). Empowerment eller indflydelse står i modsætning til selvstigmatisering. Den giver styrke til at styre ens egen behandling og liv som aktivt deltager i sin egen genoptræning. Forbrugeren er dermed givet mere kontrol over deres behandling og reintegration i deres samfund. Der er dermed mere fokus på samarbejde og feedback med behandlingsstedet.

Ved at støtte forbrugeren i hjemmet, på arbejdspladsen eller på uddannelsen, går man ifølge Corrigan væk fra at "*forberede*" klienterne til at "*understøtte*" dem i deres involvering i samfundet. Et eksempel kan i denne forbindelse være at arbejde i et klubhus, selvhjælp eller assistance af grupper og dermed være en del af et fællesskab (Corrigan, 2005: s. 249f).

Ved at lægen diagnosticerer patienten ved første besøg kan det være vanskeligt for individet at komme af med stigmaet, også selv hvis det viser sig at være forkert (Gøtzsche, 2015: s. 40). Det er derfor vigtigt at tage højde for hvilken indflydelse en diagnose kan have på patienten både når de har en mental sygdom eller hvis de er en fejldiagnose.

Stigmatisering og patologisering kan som belyst i ovenstående afsnit have en del konsekvenser for individet. Dog kan etikettering i velfærdsstater hjælpe individer til at kunne få ydelser som de kan have brug for (Brinkmann, 2016: s. 10)

“It is easier to explain one’s problem to oneself and others if it can be physically observed like a fracture or a tumour” (Brinkmann, 2016: s. 11).

At fabrikere mennesker

Ian Hacking beskæftiger sig blandt andet med ‘*klassifikationsprocesser*’. Ifølge ham findes fem interaktive elementer i forhold til at kategorisere en klassifikation:

Klassifikation dækker over det fænomen som videnskaberne tilstræber at kategorisere; *De klassificerede* er de individer, hvis adfærd danner grobund bekymring og derfor tildeles en klassifikation; *Institutioner* som henviser til de organiserede og sorterende enheder, som generer viden omkring klassifikationer; *Viden* er de basale antagelser, som spredes på de institutionelle niveauer; og afsluttende *eksperter* som bidrager til at genere og legitimere den viden omkring klassifikationer, der skabes på de institutionelle niveauer. Betydningen af de fem elementer varierer afhængigt af kontekst idet klassifikationsprocesser ifølge Hacking er dynamiske og ikke statiske (Hacking, 2007: s. 293).

“Being seen to be a certain kind of person, or to do a certain kind of act, may affect someone. A new or modified mode of classification may systematically affect the people who are so classified, or the people themselves may rebel against the knowers, the classifiers, the science that classifies them. Such interactions may lead to changes in the people who are classified, and hence in what is known about them” (Hacking, 1995: s. 239).

Ovenstående citat illustrerer meget tydeligt Hackings teori omkring de kategoriserede personer. Da personer som bliver kategoriseret i følge Hacking har tilbøjelighed til at blive påvirket af deres kategorisering og i særtilfælde gå imod kategoriseringen, videnskaberne osv. Dette forhold kan i

visse tilfælde ændre de kategoriserede men dertil men også hvad der vides omkring de kategoriserede.

Hacking interesserer sig for, at videnskaben i nogle tilfælde kan skabe mennesketyper som ikke tidligere eksisterede. Dette betegner han som *'fabrikation af mennesker'*. Dette betyder, at videnskaben kan kategorisere menneskegrupper i samfundet som udviser bekymrende adfærd. Dog kan en kategorisering eller patologisering som tidligere beskrevet resultere i, at de kategoriserede individer påvirker kategoriseringen, hvilket i sidste ende ændrer kategoriseringen men også personer som er kategoriseret (Hacking, 1995: s. 239f).

Delkonklusion

Psykiatri og den menneskelige psyke er en kompleks størrelse, hvorfor denne er svær at definere. Diagnoser er et forsøg på, at kunne strukturere og kategorisere den mentale psyke, så dette bliver mere håndgribeligt. Men diagnosticering og kategorisering har dog også en række negative konsekvenser, blandt andet i form af stereotypisering. En vigtig faktor i forhold til diagnosticering er derfor blandt andet, at både behandlere, pårørende og individet selv, har mulighed for indflydelse på behandlingsforløbet. Lægernes rolle skal dermed ikke begrænse individets rolle men derimod bidrage til, at individet får mere autoritet i deres egen behandling.

Individets diagnose bør dermed ikke være afgørende for hvem de er, men bliver en del af deres eget selv. Derudover er det diagnosticerede individ også med til påvirke - og dermed forandre diagnosen, idet den er dynamisk og ikke statisk. Desuden bidrager videnskaben i nogle tilfælde med at skabe mennesketyper som ikke tidligere eksisterede. Dette sker på baggrund af, at vores videnskaber kategoriserer individer; kategoriseringen kan derfor gøre denne gruppe af individer mere håndgribelige.

Der vil i det næste kapitel blive samlet op på de forløbene delkonklusioner, for derved at kunne konkludere hvilke forhold der gør sig gældende for den stigende diagnosticering, i det senmoderne samfund og hvilke konsekvenser disse har for individet.

Konklusion

For at være i stand til at besvare vores problemstilling om hvilke forhold der har betydning for de stigende diagnosticeringer i psykiatrien, er det oplagt at se på hvilke forhold i samfundet der kan argumenteres for at have indflydelse på individets psyke. Vi har i dette projekt set på en række faktorer i det senmoderne samfund, som kan have konsekvenser for det enkelte individ. Væsentlige faktorer kan i denne sammenhæng blandt andet være menneskeskabte storfarer som er svære at beregne og forudse for individet. En anden faktor er ekspertsystemer, hvor sociale relationer udlejres til eksperter, der ofte siger noget nyt som individet derefter skal forholde sig til igen. Dermed har viden generelt fået en konstant forandrende natur, hvilket har fået stor betydning for individet i det senmoderne samfund. Dette foranderlige forhold kan presse individet ud i et eventuelt psykisk knæk. Ligeledes kan fremmedgørelse for egne handlinger på baggrund af accelerationsregimet have konsekvenser for individet, og i værste fald også lede til en udbrændthed.

Vi har desuden også set på hvordan det i nogle tilfælde er muligt at se naturlige problemer som psykiske lidelser, og hvordan dette dermed også kan bidrage til stigningen af psykiske diagnoser. Dermed har vi i projektet diskuteret hvordan bestemte strukturer og krav i det senmoderne samfund kan have en indflydelse på den stigning af psykiske diagnoser vi oplever i den vestlige verden. Disse bestemte krav og strukturer kan være med til at påvirke individets psyke og eventuelt lede til problemer i individernes liv. Vi har ydermere fundet frem til, at disse problemer i nogle tilfælde kan betragtes som psykiske lidelser hvis konteksten ikke inddrages. Dette kan betyde, at individet diagnosticeres med en psykisk lidelse frem for at anskue problemet som en naturlig del af livet.

Det er dog ikke kun måden man anskuer psykiske lidelser, men også måden hvorpå man diagnosticerer og anvender ICD-10 og DSM-V. Anvendelsen af disse to bøger er afgørende for, om der kan tales om hvorvidt de har betydning for en stigning af diagnoser, da udformningen af bøgerne vil afspejle anvendelsen. Men at negligere betydning af ICD-10 og DSM-V kun ud fra anvendelse vil også være kritisabelt, da der er andre faktorer som eksempelvis diskursen for korrekt behandling af psykisk syge, som bøgernes fokus på symptomer kan have indflydelse på. Det non-ætiologiske syn er med til at give en mulig diagnosticering af patienter, som ikke førhen ville have været diagnosticeret. Brugen af disse bøger og Hamiltons depressionsskema som eneste vurderingsredskab, vil give en markant stigning og selvom der ikke er mange som diagnosticerer på denne måde udgør det stadigvæk et forhold som kunne beskrive en stigning i diagnoser.

Et andet forhold der kan gøre sig gældende i den stigende diagnosticering stammer ikke kun fra konsultationerne mellem psykiater og patient, men også fra den offentlige tilgang til diagnose skemaer. Disse findes på psykiatrisk godkendte hjemmesider. Dog med udbredelsen af medier, har lægpersoner fået en mere udbredt adgang til disse skemaer og dermed også en ny forståelse for diagnoser og selvdagnoser. Dette kunne skabe usete konsekvenser da disse skemaer er konsensusdokumenter og er i konstant forandring. Man kunne undre sig om den nye form for psykiatrisk adgang er til gavn for samfundet.

I det vestlige samfund er kategorisering af individer i form af diagnosticering, en måde hvor man kan adskille anderledes adfærd med normen. Når individet så er kategoriseret/diagnosticeret kan samfundet lettere administrere individerne med en anderledes adfærd.

Følgende beskriver vi hvorledes de ovenstående forhold kan være med til at skabe konsekvenser for individet.

Det diskuteres ofte hvorvidt medicinalindustrien skader eller gavner patienterne med mentale sygdomme. Nogle af disse diskussioner omhandler den kemiske balance hvor konsekvenserne for bivirkningerne i nogle tilfælde kan indebære flere farer end forbedringer for patientens sygdom. Medicineringen kan ifølge nogle studier ændre patientens kognitive tilstand og skabe flere sygdomme ved brug af medicin. Dog er det ikke kun negativt, da medicin kan forbedre nogle af patienternes mentale sygdomme, samtidig med samfundet kan understøtte dem økonomisk hvis de er blevet givet en officiel diagnose. Dette kan forbedre deres hverdag både mentalt og praktisk.

Dog kan en konsekvens af en for tidlig diagnosticering, bevirke til uforløste og problematiske affektioner, som kan udvikle sig til en langvarig sygdom. Den praktiserende læge har derfor et stort ansvar, for at finde en passende vurdering af patientens sorg.

Diagnoserne kan være med til at simplificere det psykiske, hvilket gør det mere håndgribeligt for samfundet at håndtere de diagnosticerede. Denne kategorisering af individet kan dog også være med til at stereotypisere personen, hvilket i værste tilfælde kan have negative konsekvenser. Derfor er det vigtigt at patienten i deres diagnosticering bliver givet mere autoritet i deres behandling. Dette betyder at lægerne ikke skal limitere deres patienter, men i stedet skabe en bredere forståelse for patientens individuelle sygdom. Denne kategorisering kan også føre til at individet med tiden vil være tilbøjelig til leve op til deres kategorisering. Kriterierne for diagnoser kan ændre sig løbende, ydermere kan det diagnosticerede individ også være med til at påvirke den diagnose individet selv er en del af. Dette tyder på at diagnoserne ikke er statiske men i stedet er dynamiske. Det er ikke

muligt at finde en entydige konklusion på diagnosticeringens konsekvenser for individet, da der altid vil være en dobbelthed i behandlingen af diagnoser og fordi det er generelle kategoriseringer som skal behandle millioner af individuelle mennesker.

Litteraturliste

Bøger:

- **American Psychiatric Association.** (2014): Diagnostiske kriterier DSM-5, Håndbog. København. Hogrefe psykologisk forlag.
- **Brinkmann, Svend** (2016): *Diagnostic Cultures: A cultural approach to the pathologization of modern life.* New York. Routledge.
- **Brinkmann, Svend & Petersen, Anders** (2015): *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion.* Forlaget Klim, Aarhus.
- **Corrigan, Patrick** (2005): *On the Stigma of Mental Illness Practical Strategies for Research and Social Change.* Washington. American Psychological Association. First Edition
- **Giddens, Anthony** (1994): *Modernitetens Konsekvenser.* København. Hans Reitzels forlag. Dansk version.
- **Giddens, Anthony** (1996): *Modernitet og Selvidentitet – selvet og samfundet under senmoderniteten.* København: Hans Reitzels forlag. Dansk version.
- **Greenberg, Gary** (2010): *Manufacturing Depression.* London: Bloomsbury Publishing.
- **Gøtzsche, Peter** (2013): *Dødelig Medicin og Organiseret Kriminalitet.* København: People'sPress.
- **Gøtzsche, Peter** (2015): *Deadly Psychiatry And Organised Denial.* København: People'sPress. Engelsk version.
- **Hacking, Ian** (1995): *Rewriting the soul: mutiple personality and the sciences of memory.* Princenton: Princenton University Press.
- **Hacking, Ian** (2007): *Kinds of People: Moving Targets.* Proceedings of the British Academy.
- **Moncrief, Joanna., Rapley, Mark & Dillon, Jacquin** (2011): *De-Medicalizing Misery.* Palgrave Macmillan UK.
- **Sørensen, Mads P & Allan Christiansen** (2006): *Ulrich Beck – risikosamfundet og det andet moderne.* Aarhus Universitetsforlag. Dansk version.

- **WHO** (2015): ICD-10 Klassifikation og Diagnostiske Kriterier. 1. udgave, 19. reviderede oplag. København. Munksgaard.

Artikler:

- **Jacobsen, Bjarne** (1999): Sygdom og krise: den somatiske sygdom og skade vurderet ud fra Kierkegaards begreber. *Psyke & Logos*, 20(1), s. 75-94.

Websites:

- **AC** (2016) <http://www.ac.dk/politik/arbejdsliv/stigningen-i-antallet-af-angsttilfaelde-skal-bekaempes.aspx> (Taget: 15-11-2016)
- **Alzheimer** (2016) <http://www.alzheimer.dk/viden/medicinsk-behandling> (Taget: 14-12-2016)
- **Berlingske** (2015)
<http://www.b.dk/nationalt/hvad-er-din-diagnose> (Taget: 05-12-2016)
- **Borger** (2016) <https://www.borger.dk/pension-og-efterloen/Foertidspension-oversigt> (Taget: 14-12-2016)
- **Cochrane Nordic** (2016) <http://nordic.cochrane.org/hvad-er-cochrane-samarbejdet> (Taget: 25-11-2016)
- **Den Store Danske** (2009)
https://www.google.com/url?q=http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Sundhedsvidenskabelig_forskning/randomisering&sa=D&ust=1482149872082000&usg=AFQjCNFio0rxqqOp0qS0DiC3adPUS8CT9g (Taget: 18-12-2016)
- **DepNet**
<http://depnet.dk/universe1/treatment/medication/> (Taget: 18-12-2016)
- **Etiskraad** (2016) <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Diagnoser/Publikationer/2016-Baggrundstekst-1-Diagnosen-som-begreb-og-praksis.pdf?la=da> (Taget: 29-11-2016)

- **Information** (2011) <https://www.information.dk/debat/2011/09/stress-signal-samfundet-holde-vaek> (Taget: 05-12-2016)
- **KK** (2016) <http://www.kk.dk/indhold/saerlig-oekonomisk-stoette> (Taget: 14-12-2016)
- **Medical Dictionary, A** (2012) <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/double-blind+study> (Taget: 18-12-2016)
- **Medical Dictionary, B** (2012) <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/active+placebo> (Taget: 18-12-2012)
- **NCBI** (2016) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20369/> (Taget: 15-11-2016)
- **Ohrt psykoterapi** (2016) <http://www.ohrtpsykoterapi.dk/sorgprocessen/> (Taget: 12-12-2016)
- **Politikken, A** (2013) <http://politiken.dk/debat/debatindlaeg/ECE2069771/ekspert-de-unge-er-preset-i-bund/> (Taget: 05-12-2013)
- **Politiken, B** (2015) <http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE2825612/sundhedsstyrelsen-danskerne-er-syge-i-baade-sind-og-krop/> (Taget: 05-12-2015)
- **Psychclassics** (2002) <http://psychclassics.yorku.ca/Szasz/myth.htm> (Taget: 01-12-2016)
- **Psykiatrifonden, A** (2016) <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/behandling-af-psykisk-sygdom/hvad-er-psykoterapi.aspx> (Taget: 25-11-2016)
- **Psykiatrifonden, B** (2016) <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/arbejdsliv-trivsel-og-stress/indre-robusthed-er-et-vigtigt-vaaben-mod-stress.aspx> (Taget: 25-11-2016)
- **PsykiskSårbar** (2016) <http://www.psykisksaarbar.dk/code/pages/subpage145.aspx> (Taget: 14-12-2016)
- **Psykiatri.rn.dk** (2016) <http://www.psykiatri.rn.dk/For-sundhedsfaglige/Selvordsforebyggelse/Temadage-i-Nordjysk-Netvaerk/~~/media/Hospitaler/Psykiatrien/Selvordsforebyggelse/Svend%20Brinkman%20-%20Det%20diagnosticerede%20liv.ashx> (Taget: 09-09-2016)

- **Sundhed.dk, A** (2016)
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kraeft/sygdomme/at-dele-en-krise-i-livet/kriser/>
 (Taget: 09-12-2016)
- **Sundhed.dk, B** (2016)
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/kalkulatorer/hamilton-17-depressionsskala/> (Taget: 12-12-2016)
- **Sundhed.dk, C** (2016) <https://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/sygesikring-og-laegevalg/gratis-behandling-og-tilskud/psykologhjaelp/> (Taget: 18-12-2016)
- **Terapifordig** (2016) <http://www.terapifordig.dk/> (Taget: 14-12-2016)
- **Videnscenterfordemens** (2016) <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/til-patienter-og-paaroerende/saadan-fungerer-hjernen/forandringer-i-hjernen-ved-alzheimer/>
 (Taget: 14-12-2016)

Video:

- **Gøtzsche, Peter** (2016) <https://m.youtube.com/watch?v=ZMhsPnoIdy4&feature=youtu.be>
 (Taget: 21-11-2016)
- **DR1 Dokumentar: De raske syge** (2016) <http://www.dailymotion.com/video/x4r58an>
 (Taget: 20-09-2016)

Figurer:

- **Figur 1:** *Wittchen H-U & Jacobi F: Size and burden of mental health disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 2005*, taget fra <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/fakta.aspx>.
- **Figur 2:** Uddrag af *Skema 1.3 – Risici og videnskab i risikosamfundet. I: Sørensen, Mads P & Allan Christiansen* (2006): Ulrich Beck – risikosamfundet og det andet moderne. Aarhus Universitetsforlag. Dansk version.
- **Figur 3:** *Corrigan, Patrick* (2005), s. 16

