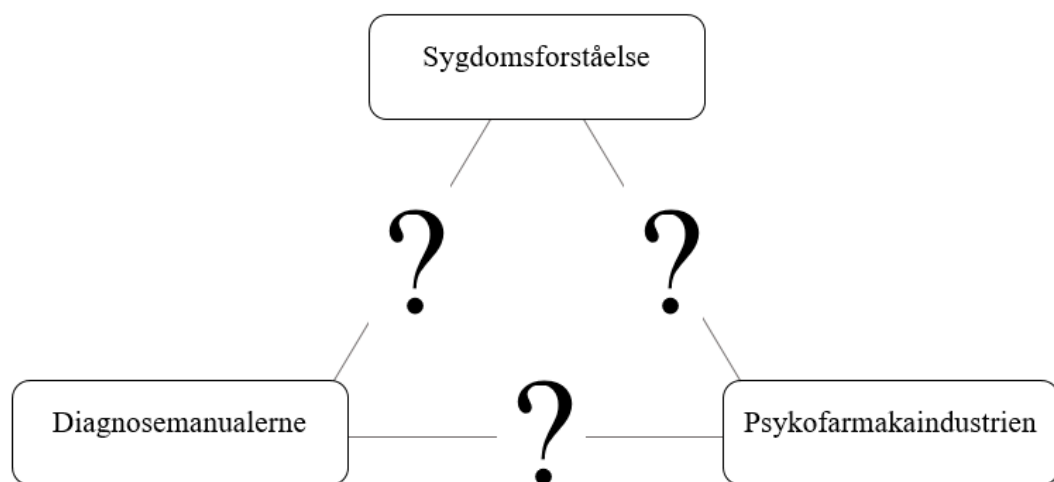


Psykiatrisk sygdomsforståelse

- En teoretisk undersøgelse af ændringer i sygdomsforståelse ifm. diagnosemanualerne samt psykofarmakaindustriens indvirkning herpå



Rapportens samlede antal tegn: 306.271
Svarende til antal normalsider: 127,61

Anne Kjær, Studienummer: 20123251
Susanne Lip, Studienummer: 20125656

Professionsprogram: KAiO/CCCC

Vejleder: Nicolai J. Graakjær

10. Semester, Psykologi
Kandidatspeciale

Aalborg Universitet
31. maj 2017

Abstract

The aim of this thesis was to gain knowledge about the conception and understanding of mental illness in Denmark through the following research question; *In which ways is the conception and understanding of mental illness expressed in relation to the psychiatric discipline, and how does respectively the diagnostic manuals and the psychopharmacological industry affect upon this?* Build upon a theoretical exploration, and through several systematic literature reviews, this study contains a humanistic perspective dealing with a historical-hermeneutical approach and is qualitatively oriented. The initial motive behind forming this paper derived from a wonder about the degree of fragility concerned with the way we understand and define mental illness, and an interest in examining some of the potential components influencing this matter. This was done through examination and discussion of three related and supplementing components: the main component was the conception and understanding of mental illness and this was explored in relation to psychiatric diagnostic manuals and the psychopharmacology industry.

The first examination regards how the conception and understanding of mental illness is described in a historical and a current perspective. We have created an insight into essential aspects of the historical perspective, as well as considered the complexity in a current context, and can hereby conclude that extensive changes have taken place over the years. Furthermore, we found that there has been, and continues to be, disagreement regarding the way mental illness should be defined and understood as well as pathology and normality are dictated by time and culture. The conception and understanding regarding mental illness is a phenomenon with extensive complexity and it seems to continue this way.

The second component, psychiatric diagnostic manuals, was found to have had significant influence over time, and at present, on the way in which mental illness is understood and defined. In particular, the current dominant approach is a biomedical understanding dealing with mental illness as neural dysfunctions and in this regard it is argued that the psychopharmacology industry has contributed to an extension of this approach which was further examined, regarding the last component: the psychopharmacology industry. In this concern, we found several arguments that the

industry seems to influence the conception and understanding of mental illness in Denmark. It was discussed that the industry has contributed to the development of psychiatric drugs, which can be seen as a prerequisite for the expansion of some psychiatric diagnoses, as well as for the development of the psychiatric diagnostic manuals. Furthermore, it was found that the connection between the industry and doctors seems to influence the doctor's understanding of illness in some respect and also some parts of the diagnostic practice.

By relating the components, we found a strong degree of reciprocal influence across all three components. There was a clear connection between the conception and understanding of mental illness, the psychiatric diagnostic manuals and the psychopharmacology industry, confirming our initial hypothesis. This could be seen, among other things, by the fact that the manuals dictate how diagnostic practice are to be performed and thus also which understanding of mental illness the practitioner should take; that the biomedical understanding expressed in the manuals has affected the number of diagnoses, as well as the fact that the conception of normality and pathology depends on the given time and culture, which represents a point of criticism regarding the biomedical anchoring of the manuals. Furthermore, we have discussed, that the increasing demands of today's society can lead to an expansion of the inquiry for psychiatric drugs, as well as the industry, by times, develop drugs prior to the definition and notion of a diagnosis in the manuals and by this, the industry seems to be a potential influence dictating what is normal and what is pathological. As to this regard it stands clear that the three components combined has contributed to the fact that conditions that were previously considered to be within the norm are currently pathologized and, as an effect, that the number of diagnoses in the manuals has increased as well as the use and development of psychiatric drugs has elevated, which we see as a problematic development that the psychiatric professionals needs more awareness about.

On the behalf of this thesis it was concluded that the relation between the way we understand and define mental illness and how this is influenced is quite complex. Through this thesis we have confirmed the initial hypothesis that the conception and understanding regarding mental illness is influential from several potential areas as well as in constant development and dictated by the given time and culture. This

fragility and affectivity is an area that extensively lacks scientific exploration, especially in a Danish context, which underlines the relevance and importance of this thesis.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING.....	1
1.1 PROBLEMFORMULERING OG KAPITLER.....	2
1.2 BEVÆGGRUNDE OG KONTEKSTUALISERING	3
1.3 AFGRÆNSNING OG BEGREBSDEFINITIONER	7
<i>Sygdomsforståelse</i>	<i>8</i>
<i>Tilstedeværelse af psykopatologi.....</i>	<i>10</i>
<i>Diagnosticeringspraksis</i>	<i>11</i>
<i>Psykofarmakaindustrien.....</i>	<i>12</i>
1.4 SPECIALETS OPBYGNING.....	13
1.5 METODISK UDFORMNING AF SPECIALET	15
<i>Videnskabsteoretisk placering.....</i>	<i>16</i>
<i>Systematiske litteraturreviews.....</i>	<i>18</i>
1.6 LITTERATURREVIEW VEDRØRENDE SPECIALETS INTERESSEOMRÅDE	23
<i>Litteratursøgning.....</i>	<i>23</i>
<i>Reviewets fund.....</i>	<i>27</i>
 2. HVORLEDES BESKRIVES PSYKIATRISK SYGDOMSFORSTÅELSE I ET HISTORISK SAMT AKTUELT PERSPEKTIV?.....	 29
2.1 REVIEW AF PSYKIATRISKE SYGDOMSFORSTÅELSER.....	30
<i>Litteratursøgning.....</i>	<i>31</i>
<i>Reviewets fund.....</i>	<i>34</i>
2.2 PSYKIATRISK SYGDOMSFORSTÅELSE I ET HISTORISK PERSPEKTIV	35
<i>Medicin og moralsk afstraffelse</i>	<i>37</i>
<i>Dansk sygdomsregister og -betegnelser.....</i>	<i>38</i>
<i>Den generelle psykologi og videnskabelig psykiatri</i>	<i>39</i>
<i>Psykoanalyse, ætiologi og social kontekst</i>	<i>41</i>
<i>Biomedicinsk klassifikation af psykopatologi.....</i>	<i>43</i>
<i>Diagnosemanualernes ekspansion og succes.....</i>	<i>44</i>
2.3 NUVÆRENDE SYGDOMSFORSTÅELSE OG DIAGNOSTICERINGSPRAKSIS	46
<i>Fra medicinske hegemoni til politisk sygdomsbegreb.....</i>	<i>48</i>
<i>Ontologisk sygdomsforståelse og den bio-psyko-sociale sygdomsmodel.....</i>	<i>49</i>
<i>Biomedicinsk sygdomsforståelse</i>	<i>50</i>
2.4 DELKONKLUSION	51

3. HVILKE MULIGE SAMMENHÆNGE ER DER MELLE DIAGNOSEMANUALERNE OG PSYKIATRISK SYGDOMSFORSTÅELSE?55

3.1 PSYKIATRISKE DIAGNOSEMANUALERS HISTORISKE UDVIKLING	56
<i>Diagnosemanualernes historiske oprindelse.....</i>	<i>57</i>
<i>De nutidige diagnosemanualer</i>	<i>60</i>
<i>Fremtidige implikationer for ICD</i>	<i>64</i>
3.2 BIOMEDICINSK SYGDOMSFORSTÅELSE	66
<i>Psykisk sygdom som en kemisk ubalance i hjernen.....</i>	<i>67</i>
<i>Kritik af den biomedicinske sygdomsforståelse.....</i>	<i>69</i>
3.3 DIAGNOSEMANUALERNES AKTUELLE SYGDOMS-FORSTÅELSE	73
<i>Fremtidige diagnosemanualer</i>	<i>75</i>
3.4 DELKONKLUSION	77

4. HVILKE MULIGE SAMMENHÆNGE ER DER MELLE PSYKOFARMAKAINDUSTRIVEN OG PSYKIATRISK SYGDOMSFORSTÅELSE?80

4.1 PSYKOFARMAKAINDUSTRIVENS HISTORISKE OG AKTUELLE VIRKE	81
<i>Den psykofarmakologiske industris begyndelse.....</i>	<i>81</i>
<i>Den nyere tids psykofarmaka</i>	<i>83</i>
<i>Psykofarmaka i et dansk perspektiv</i>	<i>87</i>
4.2 MULIGE SAMMENHÆNGE MELLE PSYKOFARMAKA-INDUSTRIVEN OG DIAGNOSEMANUALERNE.....	90
<i>Den biomedicinske sygdomsforståelse</i>	<i>91</i>
<i>Mulige sammenhænge mellem psykofarmakaindustriven og diagnosticeringspraksis....</i>	<i>93</i>
<i>Markedsføring af psykofarmaka.....</i>	<i>95</i>
4.3 REVIEW AF MULIGE FORBINDELSER MELLE LÆGER OG PSYKOFARMAKAINDUSTRIVEN	96
<i>Litteratursøgning.....</i>	<i>97</i>
<i>Reviewets fund.....</i>	<i>101</i>
<i>Danske lægers samarbejde med industrien.....</i>	<i>103</i>
<i>Mulige tiltag for at begrænse psykofarmakaindustrivens indflydelse.....</i>	<i>106</i>
<i>Samarbejde mellem industrien og læger.....</i>	<i>108</i>
4.4 DELKONKLUSION	110

5. OPSAMLLENDE REFLEKSION OVER SPECIALET112

5.1 DE TRE KOMPONENTERS GENSIDIGHED	112
<i>Psykiatrisk sygdomsforståelse og diagnosemanualer</i>	<i>114</i>

<i>Psykiatrisk sygdomsforståelse og psykofarmakaindustri</i>	117
<i>Samspillet mellem de tre komponenter</i>	120
5.2 KRITISK REFLEKSION OVER SPECIALETS UDARBEJDELSE	124
<i>Kritisk refleksion over reviewmetoden</i>	125
<i>Kritisk refleksion over alternative metoder</i>	127
<i>Kildekritisk refleksion</i>	128
6. KONKLUSION	131
7. PERSPEKTIVERING	137
7.1 KULTUR	137
7.2 DIAGNOSTICERINGSPRAKSIS	139
LITTERATURLISTE	141
LINKS	150

1. Indledning

Nærværende speciale ønsker at undersøge, hvorledes måden hvorpå psykisk sygdom forstås og defineres påvirker måden, der diagnosticeres på. Dette emne er inspireret af en aktuel konsensus om en stigende prævalens af psykiatrisk diagnosticerede i Danmark, som nærværende speciales forfattere tidligere har undersøgt, og ikke fandt belæg for at kunne understøtte (Kjær & Lip, 2016). Heraf opstod en interesse for at udforske potentielle bagvedliggende årsager til denne konsensus, hvor vi har valgt at centrere nærværende speciale om tre komponenter, som vi mener tilsammen giver en interessant og essentiel belysning af emnet. Disse tre komponenter er hhv. psykiatrisk sygdomsforståelse, psykiatriske diagnosemanualer og psykofarmakaindustrien. Således er det specialets hensigt at udforske, hvorvidt forståelsen af, hvad der anses som værende hhv. normalt og patologisk har ændret sig gennem tiden og hvordan forståelsen synes at være nu. I denne sammenhæng indeholder specialet ligeledes en teoretisk undersøgelse af, hvordan sygdomsforståelse kan ses afspejlet i, og i sammenhæng med, psykiatriske diagnosemanualer samt en behandling af, hvilken potentiel indflydelse psykofarmakaindustrien kan have på psykiatrisk sygdomsforståelse i Danmark.

Nærværende kapitel vil introducere specialets problemformulering og kapitler til besvarelsen heraf, samt beskrive bevæggrunde, kontekstualisering og aktualisering af det valgte emne. Hertil fremføres en beskrivelse af valgte afgrænsninger samt relevante begrebsdefinitioner, der vurderes essentielle for en læsning af nærværende speciale. Herefter præsenteres specialets opbygning samt metodiske udformning, hvorefter der forekommer et systematisk litteraturreview af specialets problemformulering samt dennes komponenter. Dette skal bidrage til en klarhed samt forståelse for nærværende speciales baggrund, udformning og beståen.

1.1 Problemformulering og kapitler

Ud fra ovenstående interesse vil specialet søge at besvare følgende problemformulering:

Hvorledes kommer sygdomsforståelse til udtryk i relation til det psykiatriske fagfelt, og hvordan indvirker hhv. diagnosemanualerne samt psykofarmakaindustrien herpå?

En besvarelse heraf vil udføres gennem fem kapitler, der skal ses som supplerende til hinanden. Kapitlerne 2, 3 og 4 behandler de ovenfor nævnte tre komponenter vedr. psykiatrisk sygdomsforståelse, psykiatriske diagnosemanualer og psykofarmakaindustri. I denne forbindelse skal det påpeges, at fokus på de tre ikke vil være ligeligt. Psykiatrisk sygdomsforståelse er den bærende, og væsentligste, komponent for nærværende speciale, hvortil de to øvrige skal anses som underordnet denne, og sættes ift. sygdomsforståelse for at undersøge betydelige aspekter af, hvorledes disse influerer herpå. Hertil sammenholder og diskuterer kapitel 5 de foregående tre kapitlers fund, og præsenterer aspekter af en kritisk refleksion over nærværende speciale.

Kapitel 2 omhandler, hvorledes sygdomsforståelse gennem tiden, samt aktuelt, bliver beskrevet, gennem spørgsmålet: *“Hvorledes beskrives psykiatrisk sygdomsforståelse i et historisk samt aktuelt perspektiv?”*

Kapitel 3 belyser i forlængelse heraf potentielle sammenhænge ml. sygdomsforståelse og manualer til psykiatrisk diagnosticering i Danmark, gennem spørgsmålet: *“Hvilke mulige sammenhænge er der mellem diagnosemanualerne og psykiatrisk sygdomsforståelse i Danmark?”*

Kapitel 4 afsøger hertil, hvilke potentielle sammenhænge, der eksisterer ml. psykiatrisk diagnosticeringspraksis i Danmark og psykofarmakaindustrien, gennem spørgsmålet: *“Hvilke mulige sammenhænge er der mellem psykofarmakaindustrien og psykiatrisk diagnosticering i Danmark?”*

Kapitel 5 agerer samlingspunkt for væsentlige aspekter og interessante fund i de foregående tre kapitler, hvilke sammenholdes og diskuteres ift., hvorvidt der finder en reciprok influens sted ml. de tre komponenter. Herudover præsenterer kapitlet et kritisk perspektiv på nærværende speciale med fokus på særligt den metodiske tilgang samt den anvendte litteratur.

Kapitel 6 afrunder specialet gennem en konklusion, der besvarer specialets problemformulering på baggrund af de foregående kapitlers forskelligartede belysning, bearbejdning og bidrag hertil.

Kapitel 7 præsenterer en perspektivering indeholdende yderligere måder, hvorpå specialets problemformulering kunne have være anskuet. Dette i form af kortfattede refleksioner over, hvordan hhv. kulturelle implikationer og kost- og ernæringsmæssige faktorer potentielt kan influere på sygdomsforståelse.

1.2 Bevæggrunde og kontekstualisering

Som tidligere beskrevet, udspringer interessen for specialet fra en tidligere undersøgelse, som specialets forfattere har foretaget af, hvorvidt flere får en psykiatrisk diagnose i Danmark (Kjær & Lip, 2016). Dette blev undersøgt gennem et litteratur-review af reliabiliteten af anvendelsen af ICD-10 samt en teoretisk undersøgelse af prævalensen af psykiatrisk diagnosticerede i Danmark. Overordnet kunne det konkluderes, at denne prævalens på nuværende tidspunkt ikke kan fastslås, da der mangler konkrete data herom. Der blev ikke fundet indikation på en prævalensstigning, og anvendelsen af ICD-10 forekom at have god reliabilitet, hvilket således ikke synes at øge risikoen for overdiagnosticering. Dog blev det påpeget, at individet, såvel som samfundet, potentielt kan påvirke området omkring psykiatrisk diagnosticering, hvorfor der således kan være influerende faktorer på mikro- såvel som makroplan, når det kommer til antallet af personer, der bliver diagnosticeret med en psykiatrisk diagnose (ibid.).

Formålet med vores tidligere undersøgelse var således at behandle, hvorvidt der er sket en prævalensstigning og i så fald, hvorvidt denne er pålidelig, samt om der i det nuværende samfund synes at være en tendens til en patologisering. Det blev fundet, at psykiatriske diagnosemanualer gennem tiden har spillet en afgørende rolle for samfundet, og at disse til stadighed gør dette, ift. klassifikation af mental lidelse. Der har været megen opmærksomhed på området, og særligt indenfor de sidste tre årtier har dette været en betydelig formgiver for psykiatrien, både som forskningsapparat såvel som for selve organiseringen af psykiatrisk viden. Dog foreligger der på nuværende tidspunkt ikke nogen data vedr. prævalensen af psykiatrisk diagnosticerede i Danmark gennem tiden, hvorfor der ikke kan udformes en entydig besvarelse ift. udbredelsen. Således er det aktuelt ikke muligt at fastslå, hvorvidt der er tale om en prævalensstigning, men det kan fremføres, at antallet af ambulante patienter indenfor psykiatrien er faldet indenfor de seneste syv år (Kjær & Lip, 2016; Danmarks Statistik, 2016). Dog kan en prævalensstigning ikke afvises, da det kan antages, at der er flere, der behandles indenfor den sekundære sektor (Kjær & Lip, 2016).

Det blev ligeledes, gennem et systematisk litteraturreview fundet, at reliabiliteten af anvendelsen af ICD-10 synes at være pålidelig, da ingen af de fremfundne kilders undersøgelser kunne påvise en reliabilitetskoefficient på under 0.40, samt at størstedelen af disse fastslog en glimrende reliabilitet. Hertil blev der hverken fundet indikation for, at antallet af patienter, eller antallet af klinikere i undersøgelser potentielt havde indflydelse på reliabiliteten. Dog vanskeliggjorde undersøgelsestyperne, samt reliabilitetstyperne på tværs af de ret forskellige undersøgelser, en sammenligning af reliabilitetsfaktorer. Derudover blev det diskuteret, hvordan hhv. samfundet og det enkelte individ potentielt påvirker prævalensen, samt at prævalensen kan grunde i en kombination af, at nutidens samfund presser individet, og derved potentielt kan medføre psykisk lidelse, samtidig med, at individet patologiserer sig selv. Hertil synes psykiatrien såvel som psykofarmakaindustrien at være blandt de mest omstridte agenter, der ikke bør udelukkes som potentielle influerende faktorer (Kjær & Lip, 2016), hvilket bl.a. var medvirkende til at danne baggrundsinteresse for nærværende speciale.

På trods af, at prævalensen af psykiatrisk diagnosticerede i Danmark ikke kan fastslås på nuværende tidspunkt, er det alligevel et emne, der bliver behandlet af flere, der henviser til en sådan prævalensstigning. Dette kan bl.a. ses ved Raben Rosenberg (2016, p. 91); Regeringens udvalg om psykiatri (2013, p. 11); Svend Brinkmann & Anders Petersen (2015, p. 7); Jens Bang & Bent Hougaard (2014, p. 12); Mandi Erlandsen (2016, p. 24) og Mikka Nielsen (2015, p. 207). Disse kilders påstande blev undersøgt, men uden at vi fandt konkret belæg herfor. Derudover blev der søgt i diverse databaser og rettet kontakt til hhv. Psykiatrifonden, Verdenssundhedsorganisationen (WHO), Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd og Regioners Analyse og Forskning samt Det Nationale Forskningscenter for velfærd, uden at kunne få oplyst et sådant datamateriale eller beskrivelse af dets eksistens (Kjær & Lip, 2016, p. 12).

På baggrund heraf fandt vi inspiration til at undersøge potentielle bagvedliggende årsager til denne konsensus, der synes at eksistere omkring en prævalensstigning ift. psykiatrisk diagnosticerede. Specialet ønsker ikke at udforske, hvorvidt der finder en prævalensstigning sted, men derimod den hypotese, som vi foreslår kan ligge til grund for denne konsensus; at psykiatrisk sygdomsforståelse påvirkes af flere eksterne såvel som interne faktorer. Således søges det at udfolde spørgsmålet og udforske, hvorledes psykiatrisk sygdomsforståelse kommer til udtryk og influeres af hhv. psykiatriske diagnosemanualer og psykofarmakaindustrien. Dette på baggrund af, at psykiatrisk sygdomsforståelse synes at være betydeligt forbundet med diagnosticeringspraksis i Danmark, og således også med prævalensen af psykiatrisk diagnosticerede. Vi oplever emnet som ganske omdiskuteret og aktuelt, men savner et helhedsbillede af de forskellige komponenters substans samt deres potentielle reciprokke påvirkning.

Der findes allerede en del litteratur på området omkring psykiatriske sygdomsforståelser, men denne litteratur er ofte ift. én eller få specifikke sygdomsforståelser og vi mener, at der mangler belysning af omfanget af sygdomsforståelser og ændringerne heri gennem tiden, såvel som aktuelt. Derfor er det vores hensigt at undersøge, hvordan psykiatrisk sygdomsforståelse beskrives i et historisk samt aktuelt perspektiv, med fokus på at sygdomsforståelse ikke har udviklet sig kontinuerligt,

men at der har eksisteret forskellige sygdomsforståelser gennem tiden, såvel som sideløbende med hinanden, og at dette ligeledes gør sig gældende aktuelt. I forlængelse heraf savner vi belysning af, hvilke potentielle sammenhænge, der synes at eksistere ml. sygdomsforståelse og psykiatriske diagnosticeringsmanualer i Danmark. På baggrund af systematiske litteraturreviews fandt vi en del litteratur med beskrivelse af diagnosemanualernes indhold og udvikling, men vi mener, der mangler undersøgelse af, hvorvidt der er sammenhænge ml. manualerne og sygdomsforståelse, når det kommer til psykiatrisk sygdom i Danmark, og hvori denne mulige sammenhæng består. Dertil betvivles psykofarmakaindustriens bagvedliggende intentioner ofte, i litteraturen såvel som i medierne (se eks. Gøtzsche, 2015; Andersen, 2015a; Abbasi & Smith, 2005; Kerridge, 2011), men på trods heraf mangler der konkrete undersøgelser af, hvilken mulig indflydelse psykofarmakaindustrien har på psykiatrisk diagnosticering i Danmark. Endeligt mener vi, at der mangler belysning og diskussion af, hvorvidt netop disse tre komponenter spiller sammen og har en reciprok indvirkning på, hvordan der bliver diagnosticeret i Danmark ifm. psykiatriske lidelser.

Vi mener, at emnet er yderst aktuelt og relevant i et psykopatologisk perspektiv, såvel som ift. det psykologiske fagområde generelt, og at det kan bidrage med gavnlig viden for vores fremtidige virke som psykologer. Såvel som det også har essentiel klinisk relevans for fagfeltet generelt, da diagnosticering bør være stærkt velfunderet, eftersom korrekt diagnosticering er af afgørende betydning for den rette behandling og bedring af den psykiatriske lidelse. Ydermere kan viden om det psykopatologiske være gavnlig for forståelse af normalitet samt distinktionen ml. normalitet og patologi. Derfor mener vi, at fagfolk indenfor det psykiatriske område, såvel som samfundet generelt, bør være bevidst omkring influerende faktorer, der kan have betydning for psykiatrisk diagnosticering. Dette for at kunne modvirke fejldiagnosticering samt en potentiel prævalensstigning i antallet af psykiatrisk diagnosticerede i fremtiden, der grunder i en mulig fejlagtig skelnen ml. patologi og normalitet. Således er nærværende speciale blevet udformet ud fra en beslutning om at forfølge vores interesse og undren og vi håber, at specialet dermed kan være til inspiration, såvel som til oplysning, for dets læsere.

1.3 Afgrænsning og begrebsdefinitioner

Nærværende speciales undersøgelse har omdrejningspunkt i en belysning af psykiatrisk sygdomsforståelse, hvortil det er valgt, at fokus ikke skal være på sygdomsforståelse ift. en bestemt diagnose, aldersgruppe, køn eller lignende. Derimod er det specialets formål at afdække et mere gennemgående billede af psykiatrisk sygdomsforståelse for at kunne skabe indblik i diagnosticeringspraksis på baggrund af diagnosemanualernes anvendelse. Dermed er det ikke specialets interesse at belyse forskelle i forståelse af psykopatologi, anvendelse af diagnoser på baggrund af forhold som køn og alder eller ift. forståelse og anvendelse af specifikke psykiatriske diagnoser. I stedet søger specialet at ophæve sig fra sådanne specificiteter for at kunne skabe indblik i psykiatrisk sygdomsforståelse som fænomen, og ikke med forankring i eks. specifikke diagnoser, for at kunne sige noget mere generelt omkring selve distinktionen ml. psykopatologi og normalitet samt hvad der influerer måden, hvorpå psykopatologi forstås og defineres.

Specialet centrerer sig omkring behandling af tre forskellige komponenter, og deres potentielle reciproke influens ift. psykiatrisk diagnosticering. Her er det valgt at fokusere på hhv. psykiatrisk sygdomsforståelse, psykiatriske diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien til en besvarelsen af specialets problemformulering. Vi er dog indforstået med, at disse tre komponenter ikke skal, eller bør, ses som de eneste mulige influenser i denne sammenhæng. Eksempelvis kunne det også have været interessant, og ikke mindst essentielt, at udfolde behandlingskomponenten, til ikke kun at omfatte psykofarmakaindustrien, men også til at komme omkring eks. forskellige terapiformer og deres potentielle indflydelse på sygdomsforståelse. Det har dog ikke været fokus eller formål med nærværende speciale, da det er vores overbevisning, at netop denne vinkling på specialet potentielt kunne have trukket specialet i andre retninger, og ville kræve mere tid og plads, end hvad rammerne for nærværende speciale er. Det er dog et emne, der ikke synes at være undersøgt betydeligt ift. en dansk sammenhæng og noget, der derfor med fordel kan udfoldes i fremtiden. Som nævnt er det valgt at gå mere i dybden med psykofarmakaindustriens mulige påvirkning på psykiatrisk sygdomsforståelse, og hertil finder vi det gavnligt og vigtigt at belyse denne komponent, både ift. de mere positive perspektiver, såvel som de mere kritiske, for hertil at belyse kompleksiteten indenfor emnet.

Således bruger vi denne komponent til at undersøge, hvor sårbare diagnoser er over for påvirkninger fra instanser udefra. Mens psykiatrien internt favner over sygdomsforståelse og psykiatrisk diagnosticering, på baggrund af diagnosemanualerne, så er det netop interessant at få belyst, hvordan instanser udenfor psykiatrien, her psykofarmakaindustrien, muligt kan ses som en medspillende influens på måden, hvorpå psykiatrisk sygdom defineres og forstås.

Sygdomsforståelse

Det er relevant at påpege, at nærværende speciale anvender begrebet *sygdomsforståelse* som betegnelse for, hvordan psykiatrisk lidelse kan forstås samt defineres. På samme vis, som Rosenberg definerer det, er vi enige i, at begrebet dækker over: “... *hvad der begrundes, at vi kalder noget for en psykisk lidelse*” (Rosenberg, 2016, p. 111). Hertil skal det påpeges, at det ikke er nærværende speciales hensigt eller formål at forsøge at fastsætte, hvad der er hhv. patologisk og normalt, men derimod at rette opmærksomhed på, hvor svært det kan være at lave en klar og entydig distinktion herimellem. Dette tager specialet kritisk stilling til. Blandt andet iht., at der eksisterer forskellige sygdomsforståelser på én og samme tid, hvilket potentielt kan besværliggøre en fælles forståelse for, hvad psykiatrisk sygdom er, samt hvordan og hvornår der skal diagnosticeres herfor. Hertil anerkender vi, at der eksisterer flere brugere af sygdomsforståelser, bl.a. psykiatriske patienter og pårørende, den almene borger uden direkte relation til psykiatrien samt psykiatriske professionelle, hvortil sidstnævnte er den gruppe, som nærværende speciale vil behandle sygdomsforståelse ud fra. Det vil sige, at sygdomsforståelse specialet igennem beskrives på baggrund af de fagpersoner og instanser, der professionelt beskæftiger sig hermed og har indflydelse på diagnosticeringspraksis, hvilket vi definerer som værende det *psykiatriske fagfelt*. Herunder kan nævnes eks. læger, psykiatere og psykologer. Dette valg er truffet på baggrund af et ønske om at behandle psykiatrisk diagnosticeringspraksis og de involverede parter ageren heri. Omend et perspektiv på sygdomsforståelse fra eks. det psykiatrisk diagnosticerede individ ligeledes kunne have været interessant at belyse og behandle. Hertil skal det nævnes, at når der i nærværende speciale refereres til ‘sygdomsforståelse’, er det psykiatrisk sygdomsforståel-

se, der er tale om, og dermed ikke begrebet i relation til ren somatisk sygdomsforståelse.

Hertil opstår en yderligere afgrænsning ift. de psykiatriske diagnosemanualers aktuelle biomedicinske sygdomsforståelse, der er relateret til *biologisk psykiatri*. Denne betegner, if. Rosenberg, psykiske sygdomme som udtryk for biologiske forstyrrelser og dermed opfattelsen af, at psykiske sygdomme i høj grad er relateret til biokemiske processer i hjernen, forbundet med bl.a. receptorer og kemiske reaktioner. Dette supplerer Allan V. Horwitz (2002) ved fremlæggelsen af, at alle psykiske processer og sociale handlinger dermed ses som processer i hjernen, der i høj grad er betinget af individets genetik (Horwitz, 2002, p. 133f; Rosenberg, 2016, p. 89f; p. 95; p. 254).

Disse forhold er medvirkende til at danne baggrunden for den *biomedicinske sygdomsforståelse*, if. hvilken Horwitz fremfører, at psykiatriske lidelser ses som neurologiske lidelser på lige fod med sygdomme i andre dele af kroppen (Horwitz, 2002, p. 61). Dette kan understøttes med Christopher Boorses (1977) betragtningen om, at det biomedicinske syn indebærer, at psykiatriske lidelser kan sidestilles med somatiske lidelser, hvortil dele af de disse baserer sig på biologiske dysfunktioner. Således indebærer en biomedicinsk sygdomsforståelse, if. Boorse, en indre tilstand, der forværrer helbredet ved at forringe et eller flere aspekter af individets funktionsevner, så disse kommer under, hvad der kan betegnes som værende den statistiske og biologiske norm for psykisk sundhed og normalitet (Boorse, 1977, p. 543; p. 555; Rosenberg, 2016, pp. 144-147). I forlængelse heraf kommer den biomedicinske forståelse ift. psykiske lidelser, if. Jerome C. Wakefield (1992), til udtryk ved en dysfunktion vedr. de primært kognitive, perceptuelle, affektive og motivationelle relevante mekanismer. Denne dysfunktion skal desuden være skadelig for individet og dets daglige livsførelse (Wakefield, 1992, p. 373f; Rosenberg, 2016, p. 148f), hvilket supplerer Boorses biomedicinske fremstilling.

Specialets anvendelse af betegnelsen 'biomedicinsk sygdomsforståelse' sker dermed på baggrund af en grundlæggende biologisk psykiatrisk forståelsesramme og indebærer, at psykiske lidelser i denne sammenhæng søges sidestillet med somatiske lidelser, så vidt det er muligt, bl.a. når det kommer til afsøgning af symptomba-

serede baggrundsforståelser, samt opstillingen af afgrænsede sygdomsenheder. Det pointeres, at denne betegnelse vil anvendes specialet igennem samt at dette anskues som sidestillet med anvendelsen af førnævnte betegnelse 'biologisk psykiatri' o. lign. begreber, der omtaler biologiske anskuelser af psykiatriske lidelser, hvorfor betegnelsen 'biomedicinsk sygdomsforståelse' vil være den gennemgående.

Tilstedeværelse af psykopatologi

I sammenhæng med sygdomsforståelse skal det ligeledes nævnes, at specialet opererer med en skelnen ift., hvorledes *psykopatologi* benævnes. Indenfor det psykiatriske felt henviser diagnosebegrebet til identifikation af tilstedeværelse af psykisk lidelse, der er af behandlingskrævende karakter: "... disorders of psychological function sufficiently severe to require treatment" (Pinel, 2011, p. 467) og der skelnes ml. hhv. at være psykisk lidende og at have en psykisk lidelse, hvor personen først kan betegnes som havende en psykisk lidelse, når tilstanden lever op til de diagnostiske kriterier for en pågældende psykiatrisk diagnose (Major, 2013). I den forbindelse er det relevant at fremhæve, hvorledes der skelnes ml. forskellige underbegreber til betegnelsen 'psykisk lidelse'. På engelsk skelnes ofte ml. begreberne 'illness', 'disease', 'sickness' og 'disorder' til beskrivelse af tilstedeværelse af psykopatologi (Hydén, 1997, p. 47f; Simonsen & Møhl, 2010, p. 142). I relation hertil kan det understreges, at der eksisterer en kompleksitet ift. at tale om psykiatrisk sygdomsforståelse, da der således er flere måder at betegne og skildre forståelsen af sygdomsbegrebet på.

Illness defineres i denne forbindelse som dét, patienten henvender sig til sin læge med, og beskriver således patientens, eller de pårørendes, måde at opleve og definere sygdommens tilstedeværelse på, under egen sociale og kulturelle påvirkning, hvorfor denne ikke kan anses som værende hverken rigtig eller forkert. Begrebet *disease* omfatter måden, hvorpå behandleren opfatter patientens henvendelse om eks. sygdom, og inkluderer tilstande, hvor symptomer indikerer nogle interne underliggende dysfunktioner, der kan adskilles fra andre sygdomstilstande og som har bestemte, universelle egenskaber (Simonsen & Møhl, 2010, p. 142; Kastrup, 2010, p. 598; Horwitz, 2002, p. 15; Rosenberg, 2016, p. 135). Som mere overordnet

begreb findes også *sickness*, der if. Lars-Christer Hydén (1997) omfatter en social og samfundsmæssig beskrivelse af tilstedeværelse af psykopatologi (Hydén, 1997, p. 48). Herudover benyttes ligeledes begrebet *disorder*, der dækker over alle psykiske sygdomme, såvel som psykiske dysfunktioner med kulturelle såvel som naturligt formede processer (Horwitz, 2002, p. 15; Bolton, 2001, p. 183).

I en dansk sammenhæng kan det være kompliceret at skelne ml. disse begreber og deres anvendelsesområder, da de alle hører under sygdomsbegrebet i sin helhed. Dog beskriver Erik Simonsen & Bo Møhl (2010), at nogle af begreberne til dels kan oversættes. Illness kan, if. dem, sidestilles med *lidelse* og afspejler således patientens egen oplevelse af sin sygdom, hvorimod disease bliver udtryk for en *sygdom* ud fra behandlerens perspektiv (Simonsen & Møhl, 2010, p. 142). Således er det nærværende speciales udgangspunkt at benytte betegnelsen *psykiatrisk lidelse*, hvor det ønskes fremhævet, at der er tale om en tilstand, der kan forekomme varierende og subjektiv, hvorimod *psykiatrisk sygdom* anvendes ved beskrivelse af patologi defineret ud fra diagnostiske kriterier. Hertil er det specialets formål bl. a. at belyse, hvorledes der er sket ændringer ift. sygdomsforståelse og diagnosemanualerne, hvormed det forekommer relevant at have en forståelse for denne skildding af forskellige betegnelser for tilstedeværelse af psykopatologi in mente.

Diagnosticeringspraksis

Det er ligeledes fundet relevant at påpege, at specialet anvender begrebet *diagnosticeringspraksis* til behandling af måden hvorpå der diagnosticeres, hvad der diagnosticeres for samt hvornår der diagnosticeres. Diagnosticeringspraksis skal i denne sammenhæng forstås som måden, hvorpå diagnosemanualerne anvendes til bestemmelse af tilstedeværelse af patologi. Således er det ikke praksis i den forstand, der eks. knytter sig til alle de konkrete aspekter af et diagnostisk udredningsforløb fra første henvendelse til den praktiserende læge. Selve udredningsforløbet er dermed noget, vi afgrænser os fra. Dette kan eks. være forløbet fra en psykisk lidende henvender sig til sin praktiserende læge og sendes videre til eks. psykiatrien, eller forløbet fra en lærer kontakter PPR vedr. en elev, til disse griber ind og iværksætter en potentiel indsats. Der vil i specialet ikke fokuseres på de konkrete omstændighe-

der herved, i form af hvilken instans, der tager initiativ til diagnostisk udredning samt hvordan dette forløber, eller hvem der bør identificere et potentielt diagnostisk problem. Vi er hertil opmærksomme på, at dette kan varetages samt igangsættes af forskellige instanser og finde sted i samarbejde ml. forskellige professioner, f.eks. den praktiserende læge og lærere eller forældre. Ligeledes er det heller ikke er formålet at afdække eks., hvad der sker, i fald et individ bliver diagnosticeret og de oplevelser, der kan være forbundet hermed fra den diagnosticeredes side af, ej heller selve opdagelsen af noget muligt patologisk fra eks. lærer eller forældres side mv., og praksis i denne forbindelse. Når der i denne henseende tales om diagnose-manualer, skal det ligeledes klarlægges, at specialet henviser til de to mest anvendte og centrale manualer til diagnostisk klassifikation: *The International Classification of Diseases* (ICD) og *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Hvoraf ICD vil forekomme som den mest fremtrædende, da nærværende speciale tager sit omdrejningspunkt i danske forhold, hvorunder denne manual anvendt.

Ifølge Rosenberg er det ikke tilstrækkeligt, at diagnoser er anvendelige i daglig klinisk og medicinalstatistisk sammenhæng, hvis også videnskabelige sammenhænge skal vægtes. Diagnoser skal være videnskabeligt valide og således fordre en klar afgrænsning ml. normale variationer af menneskelig adfærd og psykiske abnorme tilstande. Dermed beskriver han, at sygdomsforståelse, videnskabelig erkendelse, diagnostik og klassifikation er uadskillelige faktorer og at det, pga. disse, er vigtigt at analysere psykiatrisk diagnostik både ud fra en historisk udvikling samt ift. aktuelle problemer i de internationale klassifikationssystemer, som anvendes i dag (Rosenberg, 2016, p. 244). Disse forhold vil netop blive berørt i dette speciales kapitel 2 og 3.

Psykofarmakaindustrien

I forbindelse med begrebet *psykofarmakaindustri*, som er den tredje af de overordnede tre komponenter, er essentielt at påpege, at der ved begrebet forstås den del af medicinalindustrien, der opererer med psykofarmaka samt de dertilhørende aktører heri, hvilket præciseres nærmere i afsnit 4.1. Derved kommer specialet ikke afdæk-

kende omkring den somatiske medicin, omend det er vores overbevisning, at den somatiske medicin ikke kan eller bør udelukkes fuldstændig ift. at skabe en nuanceret viden omkring behandling af psykiatriske tilstande, da der kan være eksempler på, at bl.a. en kombineret brug af psykofarmaka og farmakologiske præparater kan være gavnlig. Som nævnt er det dog specialets vision netop at behandle det psykiatriske område specifikt, hvorfor det er valgt at indsnævre fokusområdet til psykofarmakaindustrien.

1.4 Specialets opbygning

Formålet med dette afsnit er at give læseren et indblik i nærværende speciales kapitler, herunder hvilke litterære kilder, der vil være særligt fremtrædende. Specialet består, som nævnt, af fire kapitler, hvortil der afslutningsvist forekommer et opsamlende og diskuterende kapitel. Derudover fremstilles endeligt en konklusion, der afrunder specialet, samt en perspektivering til nuancering af specialets fokusområder og behandling ift., hvorledes specialets problemformulering ellers kunne være anskuet. Som afrunding til hvert af kapitlerne vedr. de tre komponenter, hhv. kapitel 2, 3 og 4, vil desuden forekomme en delkonklusion, der i alle tre tilfælde, ud over at fremstille det enkelte kapitels fund, vil have karakter af at være opsummerende. Dette med henblik på at give læseren et overskueligt overblik inden den videre læsning.

Kapitel 2 fokuserer på, hvorledes sygdomsforståelse beskrives gennem tiden samt i et aktuelt perspektiv. Dette kapitel baserer sig på et litteraturreview, der afdækker eksisterende litteratur indenfor området og vil således uddybe væsentligt aspekter af psykiatrisk sygdomsforståelse, primært med afsæt i teori af Svend Brinkmann (2010), Michel Foucault (2005) og Barbara Zalewski (2008). Desuden inddrages international udvikling og forhold gennem tiden, hvilke sammenholdes med danske sammenhænge.

Kapitel 3 belyser i forlængelse heraf potentielle sammenhænge ml. psykiatrisk sygdomsforståelse og manualer til psykiatrisk diagnosticering i Danmark. Dette kapitel behandler diagnosemanualerne mht. deres historiske baggrund og desuden,

hvordan de anvendes i dag samt deres aktuelle bagvedliggende sygdomsforståelse. Selvom specialet har fokus på ICD, inddrages også DSM for at afdække emnet tilstrækkeligt. Kapitlet baserer sig primært på behandling af teori af hhv. Raben Rosenberg (2016), Peter C. Gøtzsche (2015) og Allan V. Horwitz (2002).

Kapitel 4 omhandler sammenhængen ml. psykofarmakaindustrien og psykiatrisk diagnosticering i Danmark, og indeholder indledningsvist en historisk gennemgang af psykofarmakaindustriens udvikling og opståen samt væsentlige aspekter af dens virke og interesser. Derudover belyses mulige sammenhænge ml. psykofarmakaindustrien og diagnosemanualerne med henblik på at udforske, hvorvidt industrien potentielt influerer på diagnosticeringspraksis. Desuden undersøger kapitlet vha. et litteraturreview forbindelser ml. læger og psykofarmakaindustrien, særligt ift. hvordan denne påvirker diagnosticeringspraksis og sygdomsforståelse i Danmark. Igenem kapitlet vil primært inddrages teori af Toine Pieters & Stephen Snelders (2009), Peter C. Gøtzsche (2013), Robert Whitaker (2005) og Raben Rosenberg (2016).

Kapitel fem tager udgangspunkt i de forrige kapitler og undersøger, hvorvidt der finder en reciprok påvirkning sted ml. specialets tre komponenter. Dette kapitel agerer samlingspunkt, og en del af det diskuterende element i specialet, for nogle af de interessante fund i de foregående tre kapitler og sammenholder og diskuterer disse samt deres indbyrdes relation. Ydermere vil kapitlet diskutere pålideligheden af den anvendte reviewmetode samt mulige alternativer hertil. Desuden vil implikationerne for specialets anvendte kilder belyses med henblik på bl.a. styrker og svagheder samt mulige alternativer hertil. Det påpeges, at dette kapitel ønsker at fremstille en kritisk refleksion over visse af de forhold samt fund, der er opstået i løbet af specialet. Kapitlet vil således være mindre tekst- og kildenært, da det ønskes at give en sammenfattende analyse og diskussion af specialets fund.

Kapitel 6 udgør specialets konklusion og vil kortfattet afrunde dette ved syntetisering af specialets fund, for at kunne konkludere på specialets problemformulering. Afslutningsvist kommer kapitel 7, der består af en perspektivering med forslag til alternative måder, hvorpå specialets problemformulering kunne være anskuet og bearbejdet. Kapitlets første del belyser, hvorledes kulturelle faktorer potentielt kan

have indflydelse på sygdomsforståelse, mht. kulturelle forskelle ved anvendelse af ICD-10, samt forskellige kulturers opfattelse af hhv. normal og patologisk adfærd. Kapitlets andet afsnit fokuserer på, hvorledes der er en mulig sammenhæng ml. sygdomsforståelse samt ernæring, ift. om disse faktorer med fordel kan medtages mere ifm. diagnosticeringspraksis.

1.5 Metodisk udformning af specialet

Dette afsnit er udformet som en vejledning for specialets læsere og præsenterer en gennemgang af baggrunden for specialets udformning. Begyndelsesvist fremføres nogle generelle betragtninger vedr. den metodiske tilgang og herefter, hvordan specialet placerer sig videnskabsteoretisk ift. sin tilgang og interessefelter. Herefter skitseres, hvorledes den metodiske tilgang til undersøgelse af specialets problemformulering er blevet grebet an. Således bidrager dette afsnit med en forståelse til dets læsere vedr. de valg, der er truffet ift. udformningen af nærværende speciale, hvilket vi anser som nyttig og essentielt viden for læseren, ift. at kunne sætte specialet i perspektiv hertil.

Overordnet for nærværende speciales metodiske tilgang kan det siges, at det for at kunne komme med en tilstrækkeligt afdækkende besvarelse af problemformuleringen, er valgt at tilgå besvarelsen heraf gennem en flerdelt behandling, i og med, at hhv. kapitlerne 2, 3 og 4 behandler hver deres komponent og fungerer som underspørgsmål til problemformuleringen. Forud for hvert af disse kapitlers udformning er tilgængeligt litteratur indenfor områderne afsøgt og herudfra er kapitlernes teoretiske fundament valgt. I denne forbindelse er der indledningsvist lavet litteraturreviews, her i kapitel 1 vedr. specialets problemformulering samt de tilhørende komponenter, og til hhv. kapitel 2 og afsnit 4.3 er lavet mere specifikke systematiske reviewundersøgelser for at komme omkring mulig omfattede eller mangelfuld viden, samt hvilken form for viden, der allerede eksisterer indenfor disse områder. Nærværende kapitels reviews har til formål at afsøge, hvorvidt specialets problemfeltet tidligere er undersøgt, herunder ift. mulige sammenhænge ml. komponenterne for at kunne vurdere, hvilke mulige bidrag, nærværende speciale kan yde til dette felt. Desuden kan det ift. kapitel 2 pointeres, at det blev fundet relevant at foretage

et litteraturreview, da mængden af litteratur på området blev fundet omfattende, og at det således blev vurderet essentielt og nødvendigt at udvælge det specifikke litteratur, der var relevant og konkret i relation til specialets undersøgelsesområde.

Herudover har reviewet i kapitel 4 til formål at udforske, hvorvidt der tidligere er blevet foretaget undersøgelser vedr. en mulig sammenhæng ml. psykofarmakaindustrien og læger, hvilket anses som et potentielt mangelfuldt område, hvortil det syntes særligt relevant at belyse omfanget af den eksisterende litteratur herom. Dette vil i det følgende blive uddybet, hvor metoden bag systematisk litteraturreview og de valg, der er taget ifm. specialets reviews, beskrives. Det kan påpeges, at det i kapitel 3 samt afsnit 4.1 og 4.2 ikke blev anset som relevant at lave yderligere specifikke litteraturreviews, da der ved reviewundersøgelserne, samt kædesøgninger i hhv. kapitel 1 og 2, blev fundet tilstrækkelig relevant litteratur til at afdække disse områder tilfredsstillende. Herudover forekommer kapitel 5, der samler op på de foregående kapitler, syntetiserer relevante fund og diskuterer disse samt anskuer specialet i et kritisk perspektiv. Hertil findes det relevant at pointere, at specialets indledende fase er lavet i samarbejde med specialestuderende Mie Nissen, hvorfor der kan forekomme bl.a. enslydende passager samt pointeringer, der optræder i nærværende speciale såvel som i hendes speciale. Dette gør sig bl.a. særligt gældende for kapitel 2 og kapitel 4.

Videnskabsteoretisk placering

Det pointeres, at specialet er teoretisk orienteret, og ønsker at undersøge en potentiel sammenhæng ml. psykiatrisk sygdomsforståelse og diagnosticeringspraksis i Danmark, gennem forskellige litterære kilder, hvormed specialet bygger på en vurdering af, og kritisk stillingtagen til, allerede eksisterende litteratur på området. Specialet bærer endvidere præg af at være humanistisk orienteret ift. dets fokusområde, samt hermeneutisk og kvalitativt orienteret i sin undersøgelsestilgang. Flere af de anvendte kilder deler samme videnskabelige tilgang som nærværende speciale, men herudover findes kildernes videnskabsteoretiske orientering forskelligartede. Blandt andet er flere af de anvendte kilder forskningsmæssigt orienteret med indhold af både kvantitativ og kvalitativ karakter, mens andre kilder er teoretiske

undersøgelser med udelukkende kvalitativt præg. Undervejs gennem specialet er det valgt at fremhæve netop de mest fremtrædende kilders videnskabelige belæg for hertil at kvalitetsvurdere ift., hvad der ligger til grund for de givne kilders fremlægning. Dette vil blive diskuteret løbende gennem specialet, samt mere dybdegående i afsnit 5.2, hvor der ses på netop de anvendte fremlægnings videnskabelighed og således vil der undervejs, hvor det forekommer aktuelt, blive taget kritisk stilling til den litteratur, det er valgt at benytte til bearbejdning af nærværende speciale.

Ifølge Gerd Christensen (2002) bevæger psykologien sig indenfor tre videnskabsteoretiske genstandsfelter, hhv. et samfundsvidenskabeligt, et humanistisk og et naturvidenskabeligt (Christensen, 2002, p. 78f). Disse tre former for videnskab er adskilt ved forskel i deres erkendelsesinteresser. Der skelnes ml. hhv. empiriske-analytiske videnskaber, herunder naturvidenskab, der primært styres af *tekniske erkendelsesinteresser*, hvor objektive lovmæssigheder søges; historisk-hermeneutisk videnskaber, herunder humaniora, der primært styres af *praktiske erkendelsesinteresser*, der ikke søger efter lovmæssigheder, men derimod er fortolkende; og kritiske samfundsvidenskaber, der primært styres af *frigørende erkendelsesinteresser*, som søger at frigøre for fastlåste og kulturskabte lovmæssigheder. Således skabes forskellige typer af erkendelse og viden afhængig af den erkendelsesinteresse, der anvendes indenfor den givne videnskab (Habermas, 1971, p. 302ff; Kjørup, 1996, pp. 96-99; Sørensen, 2007, pp. 39-42).

I forbindelse med nærværende speciale bør det således pointeres, at der forekommer elementer af både en frigørende erkendelsesinteresse samt en praktisk erkendelsesinteresse, da specialet bevæger sig indenfor historisk-hermeneutisk videnskabelighed såvel som den kritiske samfundsvidenskab. Eksempelvis kan det nævnes, at kapitel 4, omkring psykofarmakaindustriens potentielle indflydelse på psykiatrisk diagnosticering i Danmark, faciliterer en kritisk diskussion af, hvorvidt psykofarmakaindustrien er en influens på sygdomsforståelse. Dette kan således anses som tilhørende en frigørende erkendelsesinteresse, da der, som Habermas, if. Kjørup og Sørensen, fremlægger, søges afklaring på, hvornår teoretiske påstande skal anses, som værende lovmæssigheder samt, hvornår de udtrykker ideologisk fastlåste, men alligevel mulige foranderlige forhold. Herudover fremfører han, at individet, gen-

nem en bevidstliggørelse, bliver i stand til at frigøre sig fra invariante lovmæssigheder på baggrund af information om, hvorvidt der netop er tale om lovmæssigheder eller ej, hvilket netop udløser en refleksionsproces herom (Kjørup, 1996, p. 96f; Sørensen, 2007, p. 47). Dette ses forfulgt i nærværende speciale ved, at der er en generel interesse for at undersøge, hvad der ligger bag psykiatrisk diagnosticeringspraksis samt igennem viden om, hvordan faktorer i relation hertil forholder sig i praksis. Herudover kan det bl.a. også nævnes, at kapitel 2, vedr. hvorledes psykiatrisk sygdomsforståelse bliver beskrevet i et historisk og et aktuelt perspektiv, indfinder sig under historisk-hermeneutisk videnskab og området indenfor humaniora, da emnet netop behandler det historiske ved menneskelig adfærd samt bevidsthedsliv, der kendetegner nogle af fokusområderne under humaniora (Kjørup, 1996, p. 15).

Systematiske litteraturreviews

Nærværende speciale er udformet ud fra en interesse i at undersøge kritisk, hvor påvirkelige psykiatrisk sygdomsforståelse er over for påvirkningen indenfor såvel som udenfor behandlingssystemet. Til at undersøge dette er det valgt at foretage førnævnte reviews, hvor fremgangsmåden bag er inspireret af vores tidligere arbejde med netop den systematiske tilgang til litteraturreviews, jf. Kjær & Lip (2016). For yderligere beskrivelse af den metodiske fremgangsmåde, end beskrevet i det følgende, henvises derfor hertil. Således forekommer den metodiske tilgang, såvel som de metodebeskrivende kilder, som værende delvist enslydende ift. dette tidligere arbejde, omend der i specialets reviews er blevet truffet andre valg, som naturligvis beskrives nærmere ifm. de respektive kapitler. Der er, som nævnt, foretaget reviews i kapitel 1, kapitel 2 samt kapitel 4.

Ifølge Chris Hart (1998) og Arlene Fink (2014) er et litteraturreview en væsentlig del af en forskningsproces og forskningsrapport, da det er en metode til indsamling af information til besvarelse af et forskningsspørgsmål eller til at afdække, hvad der i forvejen er af viden omkring et specifikt emne (Hart, 1998, p. 13; Fink, 2014, p. 148). Hart definerer et litteraturreview som:

“The selection of available documents (both published and unpublished) on the topic, which contain information, ideas, data and evidence written from a particular standpoint to fulfill certain aims or express certain views on the nature of the topic and how it is to be investigated, and the effective evaluation of these documents in relation to the research being proposed” (Hart, 1998, p. 13).

Hvortil Fink definerer dette som værende:

“A literature review is a method of collecting information to answer research questions or find out what is known about a particular topic” (Fink, 2014, p. 148) samt “A research literature review is a systematic, explicit, and reproducible method for identifying, evaluating, and synthesizing the existing body of completed and recorded work produced by researchers, scholars, and practitioners” (ibid., p. 3).

I gennem et review udvælges således tilgængelig litteratur indenfor et givent emne, det beskrives, hvorledes dette er undersøgt og der evalueres på den fremfundne litteratur i relation til den undersøgelse, der foretages (Hart, 1998, p. 13). Hertil demonstrerer et review færdigheder ift. litteratursøgning, hvilket er med til at underbygge forfatterens forståelse for emne, metode og design (ibid.). I henhold til nærværende speciale er de fire litteraturreviews foretaget for at finde viden samt skabe forståelse omkring disse emner på baggrund af, hvad der allerede er undersøgt, hvordan det er undersøgt samt, hvad de centrale spørgsmål og fund herigennem har været. Dette er nogle af de punkter, der af Hart fremhæves, som de mest centrale ifm. reviewarbejde, og han pointerer hertil, at alle reviews, uafhængigt af emne, bliver skrevet ud fra et hos revieweren specifikt perspektiv eller standpunkt (Hart, 1998, p. 1; p. 25). I den forbindelse bør læseren til nærværende speciale have foregående afsnit, vedr. specialets videnskabssteoretiske placering, in mente samt være opmærksom på, at specialets reviews er udarbejdet med et formål om at finde mulig anvendelig litteratur til behandling af de givne komponenter, og således bidrage til en besvarelse af specialets overordnede problemformulering.

Da reviews i sig selv er en form for forskning, skal det foretages med metodestringens, og således kan det ifm. dette speciales reviews nævnes, at en systemisk tilgang er valgt. Dette involverer, at der hhv. identificeres og beskrives relevant litteratur på området, at dette vurderes kritisk på en systematisk måde samt at fundene herigennem samles i en sammenhængende syntese (Gough, Oliver & Thomas, 2012, p. 4f; Fink, 2014, p. 3). Ifølge David Gough, Sandy Oliver & James Thomas (2012) og Fink er der indenfor al forskning en forventning om, at metoden beskrives og ift. et litteraturreview skal dette gøres systematisk samt eksplicit, og indeholde en kritisk analyse samt vurdering af det fundne litteratur. Metoden hertil beskrives som værende eksplicit, når der redegøres klart og forståelig for alle relevante detaljer (Gough et al., 2012, p. 5; Fink, 2014, p. 3). Af denne grund vil der forekomme metodestringens og -gennemsigtighed i specialets reviews, da fremgangsmåden, og valg herunder, nøje beskrives undervejs.

Hart fremfører, at kvaliteten af et reviews udfald afhænger af en progressiv indkredsning af det undersøgte emne, og at dette arbejde bidrager med både praktiske færdigheder, såvel som vidensudvikling, samt fordrer en konsekvent tænkning om valget af emne og den forskning, der foretages indenfor den tid, der er til rådighed (Hart, 1998, p. 13). Denne proces beskrives ligeledes af Lisa Korsbek, Ane F. Bendix & Kristian Kidholm (2006), der pointerer, at udgangspunktet for en præcis søgning er at stille de rette spørgsmål indenfor det område, der søges under. Blandt andet skal revieweren spørge sig selv, hvilket indhold og hvilken form for information, der er nødvendig, og disse spørgsmål skal stilles tilstrækkeligt bredt til, at det er muligt at besvare dem, samtidig med, at de er tilpas specifikke til, at den fremfundne litteratur er relevant for undersøgelsen (Korsbek et al., 2006, p. 1431). Selve indkredsningen af dette speciales reviews har overvejende fundet sted i denne litteratursøgningsproces, hvor særligt valg af databaser, valg af specifikke søgeord og -kombinationer samt opstillede eksklusionskriterier har dannet fundament for litteratursøgningen.

Til reviewsene er det valg at anvende søgeplatformen *PsychNET*, der søger indenfor databaserne *PsycCRITIQUES*, *PsycARTICLES*, *PsycTHERAPY* og *PsycTESTS*, og som er den eneste platform, der er designet til at levere indhold fra American Psychiatric Association (APA) (APA, 2006, p. 1). Derudover er søgnin-

gen foretaget gennem søgeplatformen *Google Scholar*, der udelukkende søger blandt videnskabelige publikationer (Aalborg Universitetsbibliotek, 2016, p. 1). I denne forbindelse er vi bevidste om den begrænsning, at Google Scholar søger på tværs af alle discipliner og at der således bl.a. fremkommer publikationer vedr. somatiske tilstande, og ikke kun psykiske lidelser, når der eks. søges på 'ICD', hvilket kan skyldes, at Google Scholar er en søgeplatform, der ikke er specificeret til psykologiske emner, som PsycNET. Dette forklarer, hvorfor antallet af tekstresultater i de respektive reviews, ifm. identifikationsprocessen, fremstår som værende meget høje samt som et cirka estimat.

Korsbek et al. pointerer, at det altid bør overvejes at inddrage yderligere databaser afhængig af undersøgelsens søgeområde og ønskede data (Korsbek et al., 2006, p. 1432). Dette er naturligvis blevet overvejet ift. nærværende speciale, hvortil PsycNET og Google Scholar er vurderet tilstrækkelige ift. de givne søgeområder. Søgeprocessen går systematisk til værks, idet søgningen bliver afgrænset gennem de valgte søgeord og -kombinationer. Derved søges identifikations- og inklusionsprocessen gjort eksplicit gennem muligheden for at vurdere hensigtsmæssigheden af de foretagne valg, samt deres grad af anvendelse og hertil, hvor stringent og ensartet disse er anvendt. Hvis ikke dette ekspliciteres, er det, if. Gough et al., ikke mulige at fortolke reviewenes fund (Gough et al., 2012, p. 5). Valget af databaser og søgeord samt -kombinationer danner grundlag for den søgeprofil, der efterfølgende afgrænses gennem eksklusionskriterier. Korsbek et al. beskriver, at en søgeprofil har den force, at den giver systematik fra begyndelsen, og dermed kan danne solid grobund for en efterfølgende afrapportering (Korsbek et al., 2006, p. 1432f). De respektive reviews søgeprofiler ses beskrevet separat ved hvert review, da de givne søgeord og -kombinationer er forskellige. Hertil kan det fremføres, at det for alle reviews gør sig gældende, at anvendelsen af 'AND' i de respektive tabeller angiver en søgeteknik, hvor der søges på en kombination af de angivne søgeord ved at stille som krav til søgningen, at begge søgeord forekommer i samme tekstmateriale.

Førnævnte eksklusionskriterier kan, if. Fink, hjælpe på søgeprocessen, da den indledende litteratursøgning vil fremkomme med talrige publikationer, hvoraf kun nogle er relevante. Derfor lettes screeningen ved at anvende kriterier for eksklusion

(Fink, 2014, p. 5). Korsbek et al. samt Fink specificerer i denne forbindelse, at det er af essentiel betydning, at kriterierne for, hvad der ønskes ekskluderet, angives, og de giver som eksempel, at det kan besluttes, hvorvidt der ønskes en søgning blandt udelukkende systematiske oversigtsartikler eller en søgning blandt alle publikationstyper (Korsbek et al., 2006, p. 1432; Fink, 2014, p. 5). I forhold til nærværende speciales reviews er det valgt ikke at specificere søgning ift. en specifik publikationstype. Dog er det valgt, som et eksklusionskriterium, at frasortere debatindlæg under screeningsprocessen. Dette på baggrund af et ønske om at ende ud med litteratur af mere videnskabelig karakter, der bygger på primærkilder. Herudover er søgningerne gennem begge søgeplatforme indstillet til, at litteratursøgningen fremkommer med resultater sorteret ift. relevans for at lette det efterfølgende screeningsarbejde. Dette udgør således baggrunden for den identifikationsproces, hvor de potentielle reviewtekster fremkom.

Efter litteratursøgningsprocessen blev der foretaget et screeningsarbejde, hvilket begyndelsesvis bestod i, at dubletter blev fjernet og overskrifter samt abstracts på de fremkomne tekster blev læst. Efter dette fulgte kvalifikationsprocessen, hvorved den tilbageblevne litteratur blev gennemlæst og de tekster, der ikke levede op til kriterierne, blev ekskluderet. Herefter bestod inklusionsprocessen i en udvælgelse af de endelige tekster til bearbejdning i de respektive kapitler. Disse processer kan ses illustreret gennem flowcharts ved de respektive reviews. Herudover skal det nævnes, at de endelige tekster agerer litterære referencer, og at den mest fremtrædende litteratur løbende vil blive kvalitetsvurderet ift. det videnskabelige belæg, der ligger til grund for de givne forfatteres redegørelser, postulater mv.

Dette afsnit har således præsenteret generelle forhold samt betingelser for specialets reviews, hvortil følgende afsnit vil fremstille reviews af specialets problemformulering samt tilhørende komponenter.

1.6 Litteraturreview vedrørende specialets interesseområde

Nærværende afsnit vil præsentere to litteraturreviews omhandlende hhv. specialets problemformulering samt de tre udvalgte komponenter, med henblik på at afdække væsentligt litteratur på dette område, inden specialets udførelse påbegyndes. Dette med henblik på at opnå bevidsthed om, hvorvidt området tidligere er undersøgt ift. vores interessefelt. Hertil vil de kilder, der anses som værende mest bidragende løbende anvendes specialet igennem, hvorfor de enkelte fundne kilder ikke vil fremhæves i dette afsnit, der blot har til formål at skabe bevidsthed om, hvorvidt og i hvilken grad, området tidligere er undersøgt.

Litteratursøgning

De følgende to reviews afsøger relevante dele af den eksisterende og publicerede litteratur ift. specialets problemformulering samt de tre komponenter, og giver dermed et indledningsvist indblik heri. Nedenstående tabel 1.1 fremstiller søgeord og -kombinationer foretaget ift. specialets problemformulering, mens tabel 1.2 fremstiller disse vedr. den samlede reviewproces for både specialets problemformulering samt specialets tre komponenter hver for sig. Denne opdeling er valgt, da der ikke fremkom et betydeligt antal af potentielt anvendelige tekstresultater på baggrund af den første søgning, jf. figur 1.1, hvorfor der blev fundet behov for en yderligere uddybning af litteratursøgningsprocessen. Dette underbygger desuden vores formodning om, at nærværende speciales område mangler belysning ud fra særligt de aspekter, som vi har valgt at centrere specialet omkring. De anvendte søgeord blev anset som særligt relevante, da de søger at skabe forskelligartet fokus på specialets tre komponenter.

Tabel 1.1: Søgeord og -kombinationer vedr. specialets problemformulering

Disease conception AND psychiatric diagnosis AND diagnostic manuals AND psychopharmacology

Disease understanding AND psychiatric diagnosis AND diagnostic manuals AND psychopharmacology

Disease conception AND diagnostic manuals AND psychopharmacology

Disease understanding AND diagnostic manuals AND psychopharmacology

Sygdomsforståelse AND psykiatri AND diagnosemanual AND psykofarmakaindustri

Tabel 1.2: Søgeord og -kombinationer vedr. den samlede reviewproces

Disease conception AND psychiatry AND development

Disease understanding AND psychiatry AND development

Disease conception AND psychiatric diagnosis

Disease understanding AND psychiatric diagnosis

Psykiatrisk sygdomsforståelse AND diagnosticering

Disease conception AND diagnostic manuals

Disease understanding AND diagnostic manuals

Psykiatrisk sygdomsforståelse AND diagnosemanual

Disease conception AND psychopharmacology AND industry

Disease understanding AND psychopharmacology AND industry

Psykiatrisk sygdomsforståelse AND psykofarmakaindustri

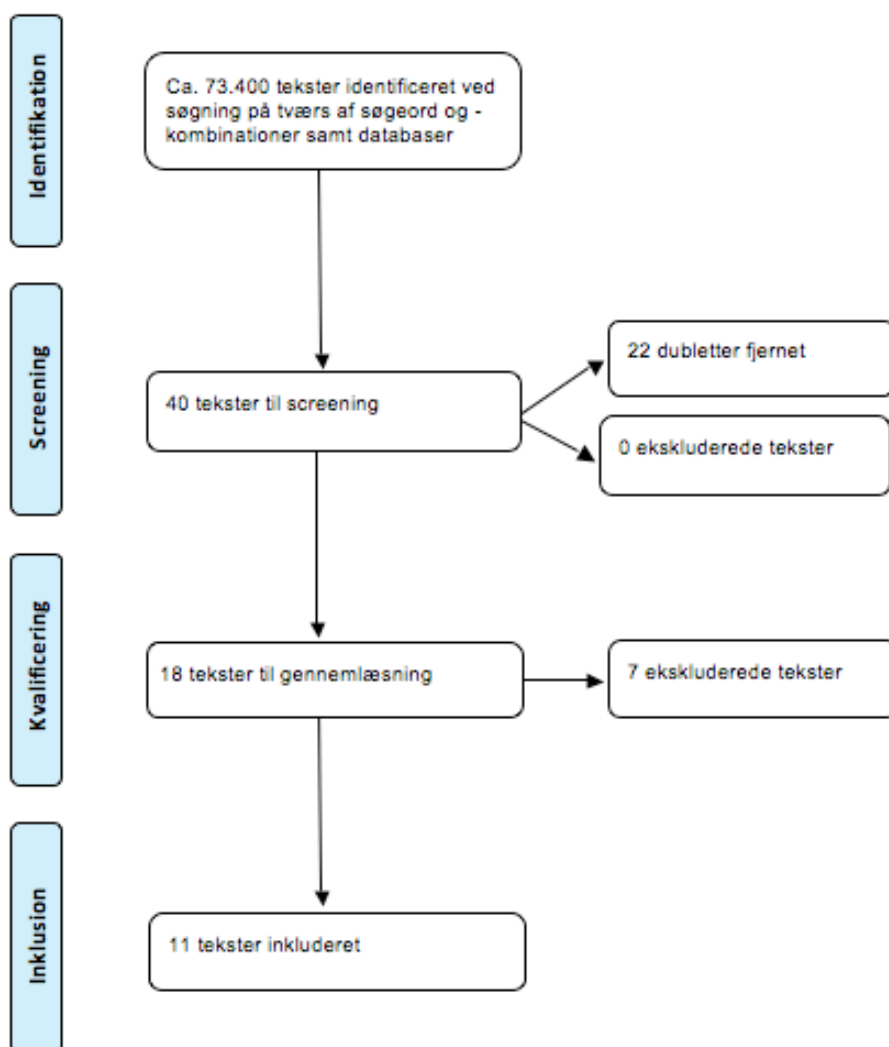
Der var igennem denne søgeproces ikke opstillet generelle afgrænsninger mht. årstal, udgaver af diagnosemanualerne m.m., da det ønskes at opnå bidrag til problemformuleringen fra flest mulige perspektiver. Med hensyn til søgningerne vedr. diagnosemanualerne var disse fokuserede på manualernes sygdomsforståelse, og således ikke eks. mulige forhold vedr. de enkelte diagnoser. Derudover blev der screenet for, at den fremkomne litteratur var generaliserbar ift. danske sammenhænge, da dette er centralt for problemformuleringen. I forhold til søgningerne vedr. psykofarmakaindustrien var fokus ligeledes i høj grad på litteratur, der til en vis grad kan omfatte danske forhold, da dette ligeledes er centralt for kapitel 4's undersøgelsesområde.

Grundet det store omfang af reviewets interessefelt, navnligt at afdække alle komponenter i specialets problemformulering, blev det dog anset som relevant at holde søgeordene på et så overordnet niveau som muligt, ift. specialets førnævnte komponenter vedr. psykiatrisk sygdomsforståelse samt reciprok indflydelse ml. hhv. diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien, og sygdomsforståelse i relation til disse. Specialets forfattere er opmærksomme på, at søgeordene samt –kombinationerne i ovenstående tabel 1.1 og 1.2 kan medføre begrænsninger mht. de muligt anvendelige litterære kilder, der blev fundet ifm. reviewet, men gør dog i denne forbindelse opmærksom på førnævnte ønske om at opnå et overordnet samt indledende, inspirerende indblik i dele af litteraturen på området. Igennem litteratursøgningens screeningsproces blev de fremfundne resultater kvalificeret og vurderet ud fra nedenstående eksklusionskriterier, jf. tabel 1.3.

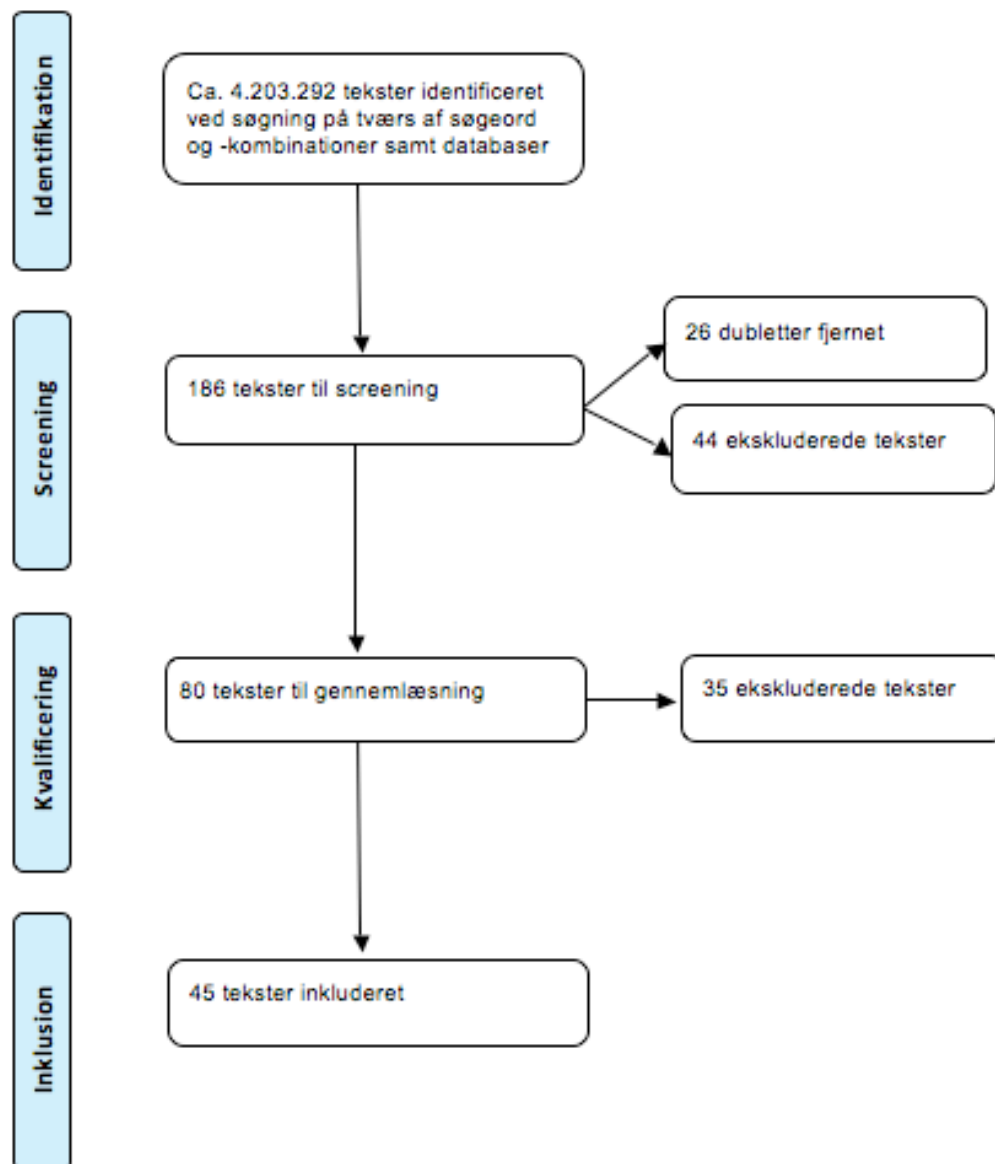
Tabel 1.3: Eksklusionskriterier
Målrettet bestemte grupper, f.eks. mht. køn eller alder
Omhandlende specifikke diagnoser eller psykofarmakologiske præparater
Omhandlende bestemte fremtrædende personers/teoretikers indflydelse
Litteratur med et bestemt teoretisk fokus, f.eks. narrativt eller kognitivt
Praksisorienteret litteratur

Afslutningsvist blev herudfra udvalgt de endelige muligt brugbare tekster, der alle på relevant vis kunne anvendes til besvarelse af specialets problemformulering, samt ift. de enkelte komponenter. Disse reviewprocesser kan ses opsummeret i nedenstående flowcharts, jf. figur 1.1 og figur 1.2.

Figur 1.1: Flowchart over reviewprocessen vedr. problemformuleringen (søgeord og –kombinationer fra tabel 1.1)



Figur 1.2: Flowchart over den samlede reviewproces (søgeord og -kombinationer fra tabel 1.1 samt 1.2)



Reviewets fund

På baggrund af ovenstående proces, opstod en række observationer vedr. implikationerne for specialet samt dets interessefelt. Der forekom mange dubletter, jf. figur 1.1 og 1.2, hvilket kan tyde på, at de anvendte søgeord har været passende samt tilstrækkelige, eftersom disse synes at have været afdækkende for et bredt omfang af den muligt anvendelige litteratur. De endeligt inkluderede 45 tekster

synes at være et rimeligt antal, hvortil det som en begrænsning i søgeprocessen dog kan nævnes, at flertallet af de fremkomne tekstresultater var relateret til specifikke psykiatriske lidelser, hvilket synes at være typisk for interessefeltet vedr. psykiatriske diagnoser og diagnosticering, og dermed understøttes relevansen af nærværende speciale yderligere. Desuden forekom der i litteratursøgningsprocessen ikke tekstresultater med samme undersøgelsesområde som vores. Dermed bliver det relevant at undersøge, hvorledes den psykiatriske sygdomsforståelse potentielt influeres af faktorer, som eks. diagnosemanualerne samt psykofarmaka-industrien, da disse mulige sammenhænge ikke er undersøgt ifm. hinanden, ud fra observationerne i disse to reviews.

Ydermere kan det fremføres, at der ved de danske søgeord og -kombinationer, i ingen af tilfældene, forekom tekstresultater på hverken Google Scholar eller PsycNet, hvilket ydermere understøtter relevansen af dette speciale, eftersom dette overordnet er rettet mod danske sammenhænge. Dermed kan specialet være med til at skabe fokus, og bidrage med vigtig viden, på området relateret til psykiatrisk sygdomsforståelse samt mulige sammenhænge med hhv. diagnosemanualerne samt psykofarmakaindustrien.

Således har nærværende kapitel introduceret dette speciale gennem en præsentation af specialets problemformulering og kapitler til besvarelse heraf, ligesom også bevæggrunde, kontekstualisering og aktualisering af det valgte emne er blevet fremlagt. Herudover har kapitlet redegjort for specialets valgte afgrænsninger samt begrebsdefinitioner, der er relevante for læsningen heraf. Specialets opbygning, samt den metodiske udformning, hertil de to reviews, er endvidere blevet beskrevet, hvilket alt sammen bidrager til, og underbygger, en forståelse for emnet samt en klarhed omkring specialets beståen hos læseren. Det næstkommende kapitel er således det første led i en besvarelse af problemformuleringen, idet det behandler specialets første anliggende, og den første af de tre komponenter vedr. psykiatrisk sygdomsforståelse.

2. Hvorledes beskrives psykiatrisk sygdomsforståelse i et historisk samt aktuelt perspektiv?

Begyndelsesvis vil nærværende kapitels omdrejningspunkt og indhold afgrænses, hvorefter der følger et review af den litteratur, der er med til at danne fundament for kapitlets udformning og i relevante sammenhænge suppleres dette af litteratur fra foregående kapitels reviews. Kapitlet er inddelt i to overordnede dele vedr. psykiatriske sygdomsforståelser i et hhv. historisk og nutidigt perspektiv. Her er det væsentligt at pointere, at det er vores overbevisning, at dette er et kompliceret emne at behandle. Hvis det ønskes at undersøge en udvikling i sygdomsforståelse, kan dette blive misvisende, da der ikke nødvendigvis er en kausalitet forbundet hermed, der entydigt kan fortælle noget om, at ét førte til noget andet osv. Vi mener derimod, at der godt kan være tale om flere, mere eller mindre forskelligartede, sygdomsforståelser der eksisterer på samme tid. Således skal inddelingerne af de givne afsnit i nærværende kapitel i nærværende kapitel ikke ses som entydigt afgrænsede ift., hvornår én form for sygdomsforståelse opstår og en anden slutter, men derimod er inddelingerne medtaget for overskuelighedens skyld. Slutteligt vil en delkonklusion på nærværende kapitel runde kapitlet af med en kort syntese som led i en besvarelse af specialets problemformulering.

Kapitlet belyser ændringer i psykiatrisk sygdomsforståelse, såvel som de mest anvendte psykiatriske diagnosemanualer gennem tiden. Det er valgt ikke at skelne skarpt ift. en opdeling heraf, for netop at understøtte en formodentlig udvikling af og sammenhæng ml. sygdomsforståelse og diagnosemanualer, når det kommer sig til diagnosticeringspraksis.

Det er vores indstilling, at der ikke eksisterer én entydig sygdomsforståelse, og at der derfor ikke kan tales herom i bestemt entalsform. Dette fordi der er tale om *forståelse*, som implicit indeholder mulighed for udvikling og ændring afhængig af tid og sted, hvilket gør sig gældende for netop dette emne, som det vil illustreres i nærværende kapitel. Specialets forfattere anerkender, at det ikke er muligt at tale

om én almengyldig sygdomsforståelse, der er universel og som indfanger både lægens, psykiaterens og psykologens opfattelse såvel som patientens, den pårørende og samfundets på én og samme tid. Eftersom nærværende speciales fokus centrerer sig omkring psykiatrisk sygdomsforståelse, er det valgt at fokusere på den type sygdomsforståelse, der ses udmøntet i selve diagnosticeringspraksissen.

Det er valgt at anlægge et bredt og multikulturelt blik på belysningen af dele af udviklingen af psykiatrisk sygdomsforståelse. Således henholder nærværende kapitel sig ikke kun til danske historiske forhold, men der tages derimod et mere bredspektret blik på en generel global udvikling. Dog er det hertil valgt at inddrage specifikke forhold vedr. Danmark for at sætte det globale i relation til disse. Dette valg er taget på baggrund af ønsket om en indsigt i de bagvedliggende faktorer globalt set ifm. aktuel sygdomsforståelse. Dog supplerer vi dette med belysning af danske forhold for at opnå en mere specifik viden i relation til specialets undersøgelsesinteresse. Dertil blev det, gennem de foretagne reviews, fundet særligt relevant at belyse sygdomsforståelse i en dansk sammenhæng, da der synes at være mangel på afdækkende litteratur herom, hvorfor vi anser en sådan belysning som særlig essentiel.

2.1 Review af psykiatriske sygdomsforståelser

Dette afsnit præsenterer og skitserer reviewprocessen bag udarbejdelsen af nærværende kapitel. Således vil der i det følgende blive gennemgået, hvorledes udvælgelsen af litteratur vedr. psykiatrisk sygdomsforståelse, i et historisk såvel som aktuelt perspektiv, har fundet sted samt i hvilket omfang, der allerede eksisterer viden herom. Et review af dette emne er fundet relevant ift. at kunne bidrage til en besvarelse af specialets problemformulering, da kapitlet vil søge at syntetisere og analysere omfanget af eksisterende forskning og skitsere dette med henblik på at bidrage til en forståelse af, hvorledes sygdomsforståelse beskrives. Derfor fokuseres der både på psykiatrisk sygdomsforståelse op gennem tiden og i et aktuelt perspektiv og således vil kapitlet bidrage til at skabe et fundament for en besvarelse af problemformuleringen. Begyndelsesvis vil selve litteratursøgningsprocessen beskrives og herunder vil det fremlægges, hvilke søgeord og -kombinationer samt eksklusions-

kriterier, der er valgt for at specificere søgningen mod det mest relevante litteratur på området. Herefter beskrives selve søgningens forskellige trin, illustreret ved et flowchart.

Litteratursøgning

Det anses som værende en begrænsning ved nærværende søgning, at det ikke er muligt at specificere den form for sygdomsforståelse, som der i dette speciale er valgt, jf. kapitel 1, da der eksisterer flere forskellige former for definitioner herpå. På samme vis anses det som en begrænsning, at netop betegnelsen ‘sygdomsforståelse’ ikke er mulig at oversætte direkte til et enkeltstående ord på engelsk. Ifølge Gyldendals Røde Ordbøger (2017) oversættes begrebet til engelsk med ‘understanding of diseases’, hvilket vi er bevidste om, ligeledes kan referere til en given måde at forstå en specifik sygdoms biologiske funktioner. Derfor er der igennem screeningsprocessen blevet ekskluderet litteratur manuelt, der ikke vedrørte sygdomsforståelse ud fra specialets definition.

Nedenstående tabel 2.1 oplister de søgeord og -kombinationer, der er blevet anvendt i litteratursøgningsprocessen gennem de to databaser, og denne søgning danner således baggrund for selve identifikationsprocessen. Det påpeges, at visse søgeord går igen fra reviewet i kapitel 1, da dele af disse er overlappende, men at søgeordene dog er anvendt i forskellige sammenhænge samt kombinationer.

Tabel 2.1: Søgeord og -kombinationer
Sygdomsforståelse AND psykiatri
Sygdomsforståelse AND mental
Udvikling AND sygdomsforståelse AND psykiatri
Definition AND normality AND pathology
Disease conception AND psychiatric
Disease conception AND psychiatric history
Disease understanding AND psychiatric history

Det er valgt ikke at begrænse søgningen ift. publiceringer indenfor en bestemt årrække, da det netop er formålet med dette kapitel at syntetisere redegørelser af psykiatriske sygdomsforståelser historisk, såvel som aktuelt og at analysere samt diskutere disse fremlæggninger. Ej heller er søgningen begrænset til en udelukkende dansk kontekst, da det ikke kun er danske sammenhænge, der har relevans for kapitlets undersøgelsesområde.

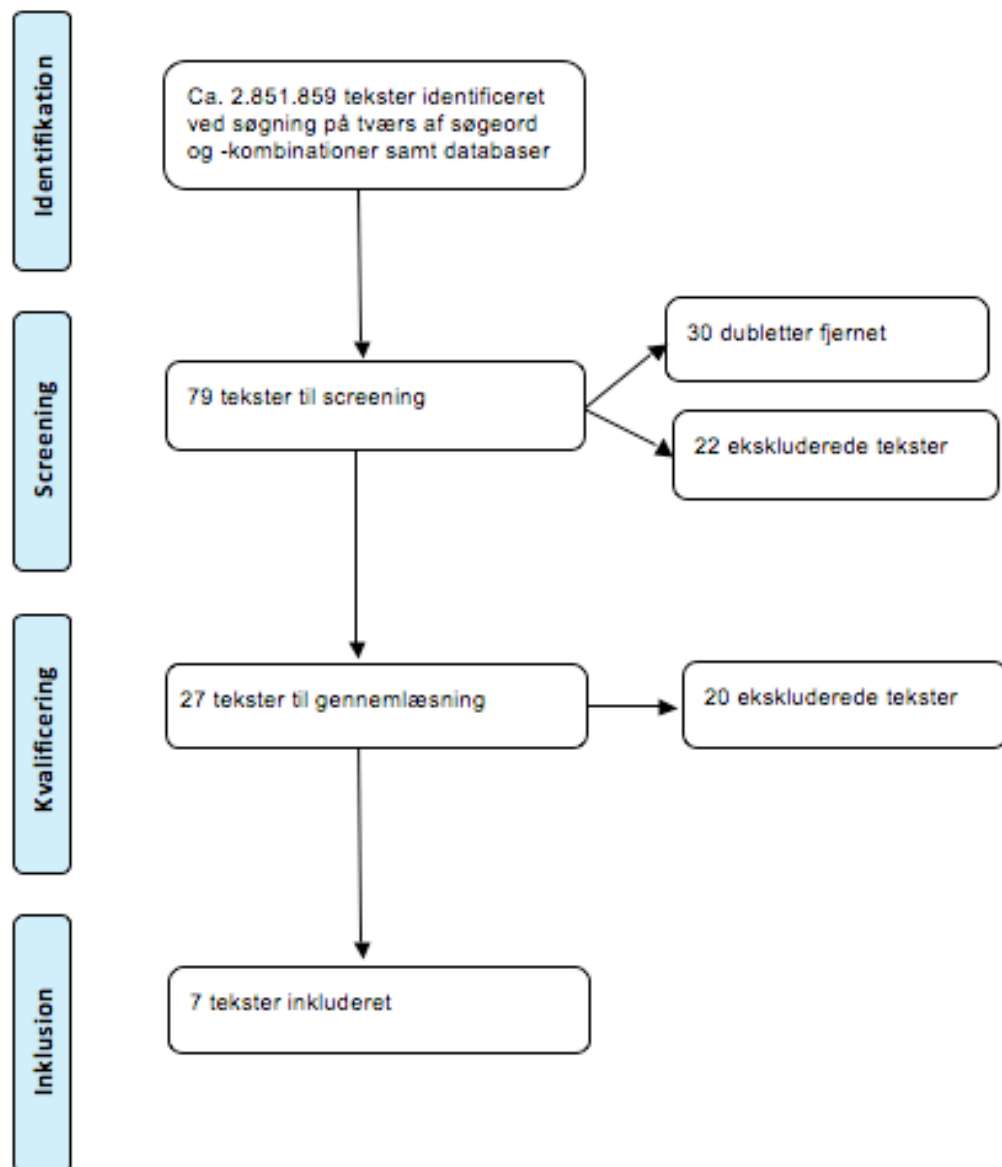
Således blev der efter identifikationsprocessens litteratursøgning påbegyndt en screeningsproces. Herefter fulgte en kvalificeringsproces, jf. nedenstående tabel 2.2, hvor den litteratur, der ikke levede op til kriterierne, blev ekskluderet.

Tabel 2.2: Eksklusionskriterier

Mangel på videnskabelig kvalitet, f. eks. manglende information om forfatter(-e), metode mv., hvis der er tale om undersøgelser.
Omhandlende udelukkende somatisk sygdom
Omhandlende udelukkende specifikke psykiske lidelser, eks. udelukkende vedr. psykose eller personlighedsforstyrrelser
Vedr. specifikke aldersgrupper, køn, nationaliteter eller lign., eks. børns udvikling
Sygdomsforståelse indenfor en bestemt form for terapi, der anses som for snæver ift. at opnå en mere generel belysning af psykiatrisk sygdomsforståelse, eks. musikterapi

I nedenstående figur 2.1 illustreres reviewprocessens forskellige trin samt mængden af funden litteratur.

Figur 2.1: Flowchart over reviewprocessen vedr. psykiatrisk sygdomsforståelse



Reviewets fund

På baggrund af nærværende review blev der således fundet en del litteratur vedr. emnet på trods af, at flere og andre relevante resultater formentlig ville findes, hvis der havde været anvendt yderligere søgeord og -kombinationer. Særligt interessant er det, at vi fandt i nærheden af 3 mio. tekstresultater gennem identifikationsprocessen, hvilket overvejende skyldes søgningen på 'Disease understanding AND

psychiatric history'. Denne store resultatomængde kan til dels skyldes søgeplatformen Google Scholars uspecifikke karakter samt til dels, at denne anvendte søgekombination er for bredt favnende ift. vores undersøgelsesinteresse. Hvilket bl.a. medførte, at denne manglende psykologiske orientering i søgekombinationen dermed også kom til at inkludere forståelse ift. specifikke diagnoser. Således endte kun syv tekster med at leve op til de stillede eksklusionskriterier, og blev fundet relevante for dette kapitals udformning. Ved gennemlæsning af disse tekster blev der hertil fundet yderligere relevant litteratur gennem kædesøgning, bl.a. i form af primærkilder, der henvises til gennem disse tekster. Således er dette kapitel udarbejdet på baggrund af, og med reference til, både litteratur fundet gennem nærværende review, de to reviews i kapitel 1 samt anden relevant litteratur i relation hertil.

Behandling af psykiatriske sygdomsforståelser i et historisk samt aktuelt perspektiv vil i det følgende ske i to dele, hvor der først vil ses på psykiatrisk sygdomsforståelse gennem tiden og herefter på mere aktuelle sygdomsforståelser.

2.2 Psykiatrisk sygdomsforståelse i et historisk perspektiv

Ifølge Brinkmann var synet på psykiske vanskeligheder i middelalderen, i visse sammenhænge, præget af religiøse forestillinger (Brinkmann, 2010, p. 25). I forlængelse heraf beskriver Peter Conrad og Joseph W. Schneider (1992), at den kristne kirke var dominerende og besad en autoritær position i samfundet. De fremlægger, at det var kirkens opfattelse, at psykisk sygdom var individets straf for synd. Både fysikere og teologer var enige om, at Gud eller Djævelen således var den primære årsag til sygdom (Conrad & Schneider, 1992, p. 41f). I forlængelse heraf fremlægger Foucault i sit værk *Sindssygdom og psykologi* (2005), hvad han betegner som 'sindssygdommens historiske tilblivelse' og pointerer, at det var relativt sent, at galskab fik status som værende sindssygdom i Vesten. Han fremlægger, at den gale blev betragtet som værende 'besat' og at alle historiebøger fremhæver Middelalderens og Renæssancens galskab som værende en negligeret syge, der havde grund i religion og magi. Psykisk sygdom blev beskrevet som overnaturlige forstyrrelser og de gale blev anset, og behandlet, som besatte (Foucault, 2005, p.

114). Vi stiller os kritiske over for det videnskabelige belæg i denne bog, da der på trods af, at der i bogens forord angives, at det anvendte kapitel i Foucaults bog indeholder syntese af hans doktorafhandling (ibid., p. 28), er det utydeligt, hvorledes han har undersøgt emnet, da han kun refererer sparsomt til kilder og ikke gør sin undersøgelsesmetode eksplicit. Dog er vi bevidste om, at Foucault generelt er anerkendt for at have ydet et væsentligt bidrag til vidensområdet vedr. psykiske lidelser og vi anser også denne kilde som værende en pålidelig, idet det han udleder af sit empiriske grundlag synes væsentligt samt det faktum at Foucaults fremlæggelser anvendes af mange i videnskabelige sammenhænge. Selvom denne religiøse opfattelse, der if. ham var den overordnede. Han beskriver, at psykiatriske vanskeligheder samtidig blev begrebsliggjort ud fra en materialistisk-medicinsk diskurs som værende *galskab*. Herigennem ansås psykopatologi i fire former: *sindssyge* (mani og melankoli), *frenesi* (galskab kombineret med feber), *epilepsi* og *rabies*. Da årsagerne bag disse sygdomsformer blev forbundet med specifikke kropslige væsker, bl.a. galde, bestod behandlingen derfor af tapning heraf for en forbedring af den psykisk syges tilstand. Hertil fremlægger Brinkmann, at det først var i løbet af det 15. årh., at der opstod faciliteter, som særligt var til opbevaring af de såkaldt gale (Brinkmann, 2010, p. 24f).

Samtidig beskriver Foucault, at galskaben blev en integreret del af det kulturelle virke fra det 15. og op til midten af det 17. årh. med Gotikkens optagethed af død og galskab. Ligesom det også kunne ses bl.a. indenfor kunstneriske malerier, sang, dans, teaterspil og litteratur samt ifm. festlige folkelige begivenheder gennem Renæssancen. Heriblandt vidner Shakespeare og Cervantes ved Renæssancens afslutning om den store opmærksomhed, galskab blev tildelt, gennem bl.a. en romantisering af galskab i litteraturen. Foucault pointerer i denne sammenhæng, at til trods for denne idyllisering, blev nogle former for galskab behandlet på dertil indrettede faciliteter. I denne periode blev der også i Spanien og i Italien åbnet de første store behandlingshuse for gale. Men galskab blev overvejende oplevet som en form for fri tilstand, som var efterstræbelsesværdig at idealisere snarere end at beherske, if. Foucault (Foucault, 2005, p. 116f).

Medicin og moralsk afstraffelse

I midten af det 17. årh. skete der, hvad Foucault beskriver som en pludselig forandring, hvor galskab medførte udelukkelse fra samfundet for de syge. I hele Europa blev der bygget anstalter for de gale og andre, der ikke passede ind i samfundet og dets normer. Foruden at indespærre de gale, blev også bl.a. fattige invalide, permanent arbejdsløse, tiggere og folk med kønssygdomme sat bag lås. Kort sagt alle de der ikke fulgte fornuftens, samfundets og moralens orden (Foucault, 2005, p. 117f). Ifølge Foucault begyndte bl.a. regeringerne og den katolske kirke omkring år 1600 at bede læger afvise religiøse forbindelser med psykopatologi og igen ml. år 1680 og 1740 blev der opfordret til en større aktion herom. Læger blev indkaldt og bedt om at påvise, at alle forskellige former for ekstase, Helligåndsbesættelse, inspiration og profetvæsen alene skyldtes voldsomme bevægelser i legemsvæskerne eller livsånderne. I denne sammenhæng beskriver Foucault, at katolicismen således var med til at appellere til den lægevidenskabelige kritik, hvilket førte til en ændret sygdomsforståelse (Andersen, Bro & Brinkmann, 2014, p. 247; Foucault, 2005, p. 114f). Han beskriver, at den vestlige verdens forståelse for galskab var meget varieret før det 19. årh.. I Vesten har man, if. Foucault, altid haft forskellige medicinske kure mod galskab, og selv i Middelalderen fandtes der hospitaler med senge specielt forbeholdt de gale. Denne form for praksis var dog kun rettet mod specifikke former for galskab, der blev anset som værende helbredelige, herunder raserianfald, melankoli og frenetiske tilstande. Herudover beskriver han, at galskab var vidt udbredt, i flere former, men uden medicinsk behandling. Blandt andet fandtes anstalter uden lægelig funktion, hvor de gale ikke blev anbragt i behandlingsøjemed, men fordi de ikke længere kunne eller måtte være medlem af samfundet (Foucault, 2005, p. 115f).

Både Brinkmann og Foucault beskriver, at synet på psykopatologi igennem det 19. årh. var præget af en moralsk samfundsdiskurs og Foucault fremlægger hertil, at galskab blev anset som et fænomen, der vedrørte den menneskelige sjæl, dens skyld og dens frihed. Således blev der i stigende grad set på indre dimensioner hos den gale og galskaben fik derved for første gang i Vesten karakter af psykologisk status og med psykologisk betydning samt struktur (Brinkmann, 2010, p. 24f; Foucault, 2005, p. 123). Modsat middelalderens forståelse for psykiske vanskeligheder, som

blev defineret og begrebsliggjort som 'galskab', blev disse nu i højere grad anset som resultat af personlig utilstrækkelighed, eks. relateret til problemer med at indfri det daværende samfunds krav. Behandlerrollen opstod, hvorved den psykisk lidende fik moralsk behandling med arbejdssterapi, retningslinjer samt opmuntringer, som blev udstedt af lægeautoriteter (Brinkmann, 2010, p. 24f). Men denne psyko-logisering, som Foucault beskriver det, havde kun en overfladisk virkning, idet behandling af psykisk sygdom stadig blev udøvet vha. moralske værdier og undertrykkelse i en form for straffesystem, hvor den lidende blev umyndiggjort på lige fod med et barn. Den lidende fik således påhæftet sig et skyldsbegreb med karakter af lovovertrædelse og blev straffet for sin sygdom (Foucault, 2005, p. 123f).

Dansk sygdomsregister og -betegnelser

Zalewski fremlægger i sin beskrivelse af St. Hans Hospital i København, at hospitalets første bevarede register stammer fra 1772 og blev ført af inspektøren med både et medicinsk og et økonomisk formål. De indskrevne indlæggelsesgrunde var ikke diagnoser, men symptomer, og gjalt både for sindslidende såvel som eks. krøblinge og blinde. De forskellige betegnelser for patienternes sygdom kom fra dagligsproget og var vekslende under opholdet, da den øjeblikkelige tilstand var bestemmende for den sindslidendes placering i behandlingsforanstaltninger, som f.eks. et aflukket kammer, i lemmestuen eller i dårekiste. Zalewski pointerer hermed, at der ikke fandtes en dansk psykiatrisk sygdomsklassifikation på daværende tidspunkt, men at der i stedet var tale om beskrivelser af adfærd med en formentlig helt anden betydning og et meget anderledes ordvalg end i dag (Zalewski, 2008, p. 27). Af mest benyttede betegnelser nævner hun bl.a. *afsindighed*, der ikke beskrev en særlig voldsom tilstand, men eksisterede som et overordnet begreb, som *sindslidelse* eller *sindssyge* senere blev. De fleste patienter, der omfattede dette, var placeret på stuerne og var ikke blandt de mest hyppige i dårekisterne. Hernæst var den mest anvendte betegnelse *sindsurolighed* eller bare *urolig*, der, if. Zalewski, i dag ville associeres med et forpint sind, men dengang eks. førte til anbringelse pga. faretruende handlinger. Den tredje hyppigste betegnelse var *vanvittighed* og denne betegnelse har, if. hende, helt ændret sin betydning. Der var tale om uvidenhed, og betegnelsen blev bl.a. brugt i lovgivningen omkring handlinger, der skyldtes mang-

lende viden. Således dækkede betegnelsen også over bl.a. udviklingshæmmede, da man indtil langt ind i det 17. årh. ikke skelnede disse fra sindslidende. Hertil fremlægger hun, at det er forbløffende, at *raseri* og *galskab* kun optræder én enkelt gang i protokollen, trods disse betegnelser var hjemmel for anbringelse if. Dansk Lov. Hun mener, at dette enten skyldes, at protokollen blev ført retrospektivt, og at de indlagte derfor under et kortvarigt anfald hurtigt kom ud igen, eller at ordenes betydning ændrede sig, da der var gået op mod 100 år siden lovens udstedelse. *Melankoli* forekom kun i kirkebogen, hvorfor Zalewski mener, at præsten måtte have været mere belæst end inspektøren, og dertil pointerer hun det kritiske forhold ved, at familie samt magtpersoner kunne få en ubelejlig person indlagt imod betaling (ibid., p. 28f).

Vi anser Zalewskis empiriske belæg som interessant, da hun i rigt omfang beskriver sine kilder i en efterfølgende note, samt undersøger og vurderer disses belæg. Hun bakker sine redegørelser op med reference til bl.a. skrifter indenfor psykiatrihistorien generelt, som f.eks. Foucaults (1961) *Historie de la Folie à l'âge classique* samt ift. det danske samfund med f.eks. Helwegs (1915) *Sindssygeværnsnets Udvikling i Danmark* og Brandts (1768) *Kiøbenhavns Pesthuses Historie* (se Zalewski, 2008, for yderligere detaljer). Hertil bygger det meste af hendes belæg på undersøgelse af adskillige andre relevante skrifter, som bl.a. Vor Frue Kirkes regnskaber fra år 1552-1570, Danmarks Kirkers arkiv samt Københavns Stadsarkiv vedr. Sct. Hans Hospital og Dansk Lov 2-5-25 af Kong Christian Den Femtis Danske Lov (1683). Samt hofbygmester A. Kirkerups plan til istandsættelse af hospitalet i 1794, hvor der ses afbildet og beskrevet bl.a. dårekister og kamre samt deres størrelse og antal, Rigsarkivet ift. regnskaber over Fattig- og forsørgelsesanstalter samt stiftelser og legater i tidsperioden 1660-1870 samt memoria af den daværende inspektør af Sct. Hans Hospital samt korrespondancer ml. ham og præsten (1791).

Den generelle psykologi og videnskabelig psykiatri

Ifølge Foucault var synet på galskab med til at skabe en generel psykologi. Ved at kunne analysere galskaben psykologisk, blev der åbnet op for muligheden for den generelle psykologi. Således fremhæver han, at psykologi har sin historiske forud-

sætning og oprindelse i erfaring med det psykopatologiske. Dette eksemplificerer han bl.a. med, at det er en analyse af personlighedsspaltninger, der har lagt fundamentet for en personlighedspsykologi; en analyse af bl.a. det ubevidste, der har været med til at skabe en bevidsthedspsykologi og en analyse af forskellige former for åndelig utilstrækkelighed, der er ophav til en intelligenspsykologi. Således mener han, at mennesket først blev defineret som værende en psykologiserbar art fra og med, at forholdet til galskab blev defineret ved udelukkelse og afstraffelse samt ved skyldfølelse og moralsk ansvarstildeling. Ved at placere galskaben ift. disse to akser, blev det i starten af det 19. årh. muligt at få mere greb om denne og kimen til en generel psykologi opstod, if. Foucault (Foucault, 2005, p. 124).

Det var dog kun indtil midten af det 17. årh., at den moralske tilgang eksisterede. Ifølge Foucault blev denne sygdomsforståelse anderledes, da objektiviteten vandt sit indpas med lægernes videnskabelige afdækning af psykopatologi (Foucault, 2005, p. 114). Da den videnskabelige psykiatri blev grundlagt af den tyske læge, Emil Kraepelin, der havde særlig interesse i studie af observationer og sammenhænge, ændrede dele af denne sygdomsforståelse sig. Hans undersøgelser var bl.a. bidragende til, at der opstod en mere videnskabelig og medicinsk tilgang til forståelse af psykopatologi, hvilket ydermere førte til en ekspansion af psykiatriske hospitaler, klinikker, anstalter og asyler mv. i Europa (Brinkmann, 2010, p. 24f; Conrad & Schneider, 1992, p. 52f). Hermed opstod der også, hvad Lise Østergaard (1992) kalder for selve grundlaget for det diagnostiske klassifikationssystem, som vi kender i dag, da Kraepelin beskrev psykiske sygdommes forløb og forskellige former (Østergaard, 1992, p. 97f). Ifølge Østergaard førte Kraepelins arbejde til, at den empiriske metode blev indført i psykiatrien, og således kom der mere fokus på psykiske sygdommes generelle egenskaber samt lovmæssigheder. Hertil blev psykiske sygdomme i stigende sidestillet med somatiske sygdomme. Således kom en stigende grad af tilbageholdenhed ift. at fortolke psykopatologi, da alle kriterier bestod af ydre, objektive iagttagelige karakteristika.

Således blev der skabt et syn på psykopatologi som værende tilstande, der kunne afgrænses klart ifm. personligheden og hvor individets enkelte symptomer måtte vurderes ud fra den sammenhæng, hvori de forekom (ibid.). Herudover var Kraepelin, vha. longitudinelle studier, med til at skabe en opsplitting af psykosedia-

sen, som mange patienter på de psykiatriske asyler var diagnosticeret med. Således opstod flere forskellige underkategorier af den førhen enkeltstående psykosediagnose, samt en større grad af nuancering af patienternes sygdom, i form af en mere varierende psykiatrisk sygdomsdefinition (ibid.).

Psykoanalyse, ætiologi og social kontekst

Ifølge Brinkmann forblev en biomedicinsk tilgang til psykiatrisk sygdomsforståelse dominerende frem til Freuds gennembrud med psykoanalysen fra omkring år 1900 og han beskriver, at psykoanalysen på sin vis snarere kan ses som en nuancering af en biomedicinsk model, frem for et direkte brud hermed, hvilket både Rose og Horwitz ligeledes beskriver, hvilket både Rose og Horwitz ligeledes beskriver (Brinkmann, 2010, p. 25; Rose, 2007, p. 196f; Horwitz, 2002, p. 132; p. 135f). Det pointeres dog samtidig, at psykoanalysen, modsat en biomedicinsk model, i højere grad ser individ og psykopatologi som et integreret og uadskilleligt hele, på trods af det accepterede biomedicinske klassifikationssystem. Ifølge Østergaard begyndte psykiske sygdomme, indenfor den psykoanalytiske tilgang, at blive anset som værende resultatet af en udviklingsproces, hvor patologiske og raske træk indenfor samme personlighed afgjorde, hvorvidt psykopatologi opstod. Således var fokus på hele patientens personlighed ved udredning og diagnosticering, hvilket er kontrasterende til en biomedicinsk model. Psykopatologi beroede, if. Freuds psykoanalytiske tankegang, på nogle forståelige og meningsfulde symptomer, der var resultat af indre psykiske konflikter ml. det ubevidstes modstridende kræfter, som den psykisk syge forsøgte at løse gennem fortrængning af uacceptable tilskyndelser (Østergaard, 1992, p. 100f; Lunn, 2006, p. 948). Baggrunden for selve konflikten fandtes i individets barndom og historie, herunder særligt ift. driftsudviklingen, der kunne gøre individet sårbart over for senere frustrationer.

Hertil beskriver også Susanne Lunn (2006), at Freuds sygdomsforståelse var radikal på flere punkter, herunder at han bl.a. ikke skelnede klart ml. normalitet og patologi, men anså forskellene ml. det syge og det raske sind som værende kvantitative frem for kvalitative. Dette distancerede sig, if. Lunn, fra den klassiske medicinske opfattelse, idet Freud vurderede på mængden af patologiske symptomer fremfor på

symptomernes kvalitative beståen. Særligt symptomer havde Freuds interesse og Lunn beskriver, at metoden bag Freuds studie af psykiske symptomer, og deres betydning, bestod i casestudier af psykoanalytisk behandling (Lunn, 2006, p. 948). Endvidere beskriver Horwitz Freud som værende en revolutionerende pioner indenfor måden at tænke om selve naturen bag mentale sygdomme, da han indførte begrebet om neurotiske tilstande, hvormed psykotiske tilstande ikke længere var eneste form for psykopatologi (Horwitz, 2002, p. 1).

Gennem det 18. årh., og i forlængelse af psykoanalysens udvikling, blev psykiatrien mere centreret omkring psykopatologiers *ætiologisk* baggrund, dvs. sygdommens årsager. Fokus begyndte således at være på patientens patologihistorie og problemer i en social kontekst. Behandlere søgte hertil at forstå sygdommen, og dens karakter og udtryk, ud fra et teoretisk udgangspunkt, på dette tidspunkt typisk psykoanalyse. Ifølge Horwitz førte den ætiologiske tilgang til, at grænsen ml. patologi og normalitet blev sløret og at psykiatrien undergik en markant udvikling (Horwitz, 2002, p. 38; p. 44). Fra at være restriktiv og begrænset til at omfatte få diagnostiske kategorier, ændredes psykiatrien til at omfatte et stigende antal diagnoser. Han beskriver, at symptomer tidligere blev anset som værende direkte indikation på sygdom, men at man nu i stedet begyndte at anse symptomer som mere symbolske udtryk vedr. hele personligheden og konflikter heri. Således blev symptomerne set som afspejlende nogle ubevidste mekanismer i individet, og hertil skete der en stigning i antallet af psykiatriske diagnoser grundet de nye diagnosepraksisser. Bl.a. blev noget af den psykiatriske praksis flyttet fra hospitaler til kontorer og dermed rettede behandling sig i højere grad også mod den almene befolkning fremfor kun de mest patologiske tilfælde og således blev grundstene lagt til den senere terapeutiske kultur (Horwitz, 2002, p. 38; p. 40f; p. 44; Brinkmann, 2010, p. 21).

Foucault beskriver, at det 19. årh. var karakteriseret ved en omorganisering af sygdomsbegrebet, hvor grænsedragningen ml. synlig og det usynlig sygdom kom til at følge et nyt mønster, da lægevidenskaben blev i stand til at begrebsliggøre fænomener, der hidtil havde været usynlige. Klinikken blev født og sygdom blev nu i højere grad anset som abnormalitet på et patologisk plan (Foucault, 1973, pp. 195-199; Andersen et al., 2014, p. 247). Rikke S. Andersen, Flemming Bro & Svend Brinkmann (2014) beskriver, at det var i denne periode, at den medicinske viden-

skab for alvor slog igennem som den primære autoritet ift. sygdomsklassifikation og behandling. Der kom en øget mængde af diagnoser samt en ekspansion af patientgruppen, og perioden blev hertil karakteriseret ved en større grad af systematisering og klassifikation af mulige sygdomme (Andersen et al., 2014, p. 248).

Biomedicinsk klassifikation af psykopatologi

I takt med, at den ætiologiske tilgang fandt sit indpas i psykiatrien, udkom den første officielle systematiske manual til klassifikation af psykopatologi i 1918. Denne bestod af 22 forskellige kategorier, hvoraf én af kategorierne dækkede over ikke-psykotiske patienter, mens de resterende 21 kategorier beskrev forskellige typer af psykoser. Her blev forskellige adfærdsformer beskrevet som usammenhængende enheder med adskilte symptomer, årsager og behandlingsmuligheder (Horwitz, 2002, p. 39), hvilket vil udfoldes yderligere i kapitel 3. I 1952, da DSM-I udkom, og i 1968, da DSM-II udkom, var der stadig et fåtal af klart afgrænsede og specifikke psykiatriske diagnoser, hvilket skyldes, at psykiatrien i den første del af det 20. årh. i stedet lagde vægt på mere overordnede og uspecifikke diagnostiske kategorier. På dette tidspunkt bestod DSM-manualerne, som nævnt, af beskrivelser af symptomer på, hvad der blev anset som værende brede, underliggende tilstande eller reaktioner på svære livsproblemer. Dog begyndte det medicinske sygdomsfelt at kræve mere veldefinerede sygdomsenheder, og der opstod dermed et stigende behov for at få defineret og beskrevet specifikke diagnoser (Brinkmann, 2010, p. 25). Horwitz fremfører, at denne ætiologisk baserede psykiatri omkring 1970 begyndte at miste sin autoritet, i og med at de dominerende kulturelle diskurser om mentale sygdomme overvejende fokuserede på psykiatriens utilstrækkelige og undertrykkende rolle (Horwitz, 2002, p. 62f).

Ifølge Horwitz var det ønsket bag den biomedicinske tilgang at skabe afgrænsede og veldefinerede diagnoser, der førte til en revidering af DSM og således skete der, med udgivelsen af DSM-III i 1980, en forandring i selve måden, hvorpå psykiatriske diagnoser blev skabt og anvendt (Horwitz, 2002, p. 56; Brinkmann, 2010, p. 21f). Ifølge Lunn repræsenterer DSM-manualerne den deskriptive psykiatris fremmarch, hvor antallet af diagnoser steg og roligt voksede fra 60, i den første udgave,

til 230 i den tredje. Denne diagnoseøgning var resultat af en bestræbelse på øget reliabilitet ift. diagnosticering, men trods dette mener Lunn, at den deskriptive tilgang er problematisk. Hun fremhæver bl.a., at en konsekvens af tilgangen er, at lidelser, der er beslægtede, bliver kunstigt adskilt for senere at blive sammenstillet igen, hvis samme patient opfylder kriterier indenfor flere diagnoser. Således tales der om *komorbiditet*, hvis samme person har flere forskellige uafhængige lidelser, der ikke er relaterede til hinanden. Og hun mener, at man som forsker derved tvinges til at tænke udenfor sammenhænge og i stedet i adskilte symptombilleder (Lunn, 2006, p. 949f). Den ætiologiske tilgang blev opgivet til fordel for en diagnostisk praksis, hvor fokus entydigt var på patientens symptomer. Diagnosesystemet blev opbygget således, at behandleren fastslog tilstedeværelse af en given patologi ud fra, hvorvidt der optrådte en specifik række symptomer indenfor en specifik tidsperiode. Dette betød, if. Brinkmann, at patologiens kontekst nu, i højere grad end tidligere, blev negligeret. Således kunne eks. en depressionsdiagnose stilles uafhængig af hensynstagen til, hvorvidt patientens reaktion var passende ift. patientens livssituation (Brinkmann, 2010, p. 21f). Dermed blev fundamentet lagt for den form for diagnoser og diagnosticeringspraksis, som vi kender i dag, hvor symptomers tilstedeværelse indenfor en specifik tidsperiode ofte er den retvisende diagnostik til bestemmelse af patologi.

Diagnosemanualernes ekspansion og succes

Rick Mayes og Allan V. Horwitz (2005) fremlægger, at der i starten af 1980'erne fandt en revolution sted indenfor den psykiatriske profession, primært forårsaget af DSM-III. Indenfor en kort tidsramme blev definitionen på psykiske sygdomme transformeret fra, at disse ansås som brede, ætiologisk definerede enheder, der hang sammen med normalitet, til at være symptombaserede, kategoriske psykopatologier. De mener, at dette skift hverken skyldtes en øget videnskabelig erfaring eller en øget medikalisering, men i stedet reflekterede et voksende krav om standardisering indenfor psykiatrisk diagnosticering. Denne standardisering skulle ses som et produkt af flere faktors influens, som politik omkring området for mental sundhed, øget regeringsinvolvering indenfor forskning af mental sundhed, et stigende pres på psykiatere fra sygeforsikringer om at demonstrere effektiviteten af deres praksis

samt nødvendigheden for de farmaceutiske virksomheder af at markedsføre deres produkter til behandling af specifikke psykopatologier (Mayes & Horwitz, 2005). Ifølge Horwitz skyldtes DSM-klassifikationssystemernes ekspansion og succes således deres evne til at imødekomme ændrede krav fra både interne kulturer og de eksterne sociale, politiske og økonomiske miljøer i den psykiatriske profession. Herunder var en underliggende og central årsag til klassifikationssystemernes succes, if. ham, at der blev skabt diagnostiske hovedgrupper med dertilhørende underkategorier (Horwitz, 2002, p. 56).

I 1948 blev WHO grundlagt med henblik på at varetage ansvaret for internationale sundhedsrelaterede emner og folkesundhed. Medlemslandene skulle udvikle deres viden og ekspertise med et mål om at nå ud til alle på sundhedsområdet inden år 2000, hvilket ville give borgerne mulighed for at leve et socialt og økonomisk produktivt liv (WHO, 1993, p. 2). ICD, der oprindeligt var et dødsårsagsregister, blev dette år udvidet til også at omfatte patologi, symptomer og skader, og antallet af diagnoser heri er siden da ekspanderet stødt (Rosenberg, 2016, p. 243; Andersen et al., 2014, p. 248f). I begyndelsen af 1960'erne blev det mentale sundhedsprogram under WHO aktivt engageret i at forbedre diagnostik og klassifikation af mentale lidelser og i 1970'erne var der en endnu større vækst i interessen for at forbedre psykiatrisk klassifikation på globalt plan. WHO fremlægger, at udvidelse af international kontakter, engagement i flere internationale samarbejder om undersøgelser og tilgængeligheden af nye behandlinger var med til at bidrage til denne udvikling. Hertil beskrives også, at flere nationale psykiatriske organer var med til at give udviklingen et skub ift. implementering af specifikke kriterier for klassifikation iht. at forbedre diagnostisk reliabilitet. Særligt fremhæves i denne relation APA's tredje revision af DSM med inkorporerede kriterier i dets klassifikationssystem (WHO, 1993, p. 2).

Dette, samt foregående afsnit, omhandlende diagnosemanualerne, vil blive yderligere uddybet og udfoldet i kapitel 3, da denne komponent er en væsentlig faktor for besvarelsen af specialets problemformulering. Dog er det valgt kort at introducere denne komponent i nærværende kapitel, da den udgør en betydelig del af området vedr. det historiske perspektiv på sygdomsforståelse.

2.3 Nuværende sygdomsforståelse og diagnosticeringspraksis

Således kan det ses, som også Andersen et al. udtrykker det, at der er sket en ændring i psykiatrisk sygdomsforståelse over tid, hvortil der dog skal udvises forsigtighed ved fremlæggelse af historiske beskrivelser af samtidens sygdomsforståelser, da bl.a. også fortolkninger og klassifikationssystemer er undergået en udvikling gennem tiden, og der kun eksisterer ringe dokumentation for præcis, hvordan sygdom i eks. det 18. og 19. årh. blev oplevet og italesat. Alligevel mener Andersen et al., at vores aktuelle samtid bærer præg af en øget sensitivitet ift. sygdomstegn, og at denne til dels udspringer af en ekspansion af de diagnostiske kategorier samt ændringer i diagnostiseringspraksis, herunder bl.a. at man i højere grad betragter sygdom i et kontinuum (med risici, præsygdom og sygdom). Desuden fremfører de, at der aktuelt er sket en *medikalisering*, dvs. en stigende udskrivning af psykofarmaka, og en *patologisering*, dvs. sygeliggørelse af normale tilstande, af flere forskellige livsomstændigheder (Andersen et al., 2014). Således fremlægger de, ud fra et socialanalytisk perspektiv, at sygdomsforståelse er med til at forme antagelser om legitime former for sygdomsadfærd og hvad der er hhv. normalt og patologisk. De skitserer, at sygdomsforståelse til enhver tid er påvirket heraf samt, at der samtidig er sket en form for disintegration af grænsen ml. det normale og det patologiske (ibid.).

Uffe J. Jensen (2010) argumenterer for, at der efter 1970 skete et skift ift. individets ansvar for egen sygdom og velfærdsstatens måde at anskue forholdet ml. patologisk og normal livsførelse. Forinden dette var fokus på at tilbyde ens behandling til alle samfundets velfærdsborgere, men herefter skiftede fokus til, at psykisk velbefindende, eller mangel herpå, blev set med udgangspunkt i individets egen skyld, og at individet således selv har ansvaret herfor. I dag bygger velfærdsstaten på, at alle har ret til sygdomsbehandling, og forhold som social status, køn, race og alder, men også livsførelse, er irrelevant ift. uddelingen af velfærdsstatens ydelser. Dette mener Jensen dog er paradoksalt, eftersom den diagnostiske praksis i løbet af det 20. årh., og særligt siden 1970'erne, gik fra at være en diagnostik afgrænset af sygdomsbilleder og syndromer til en mere udvidet form heraf. Således udførtes diagnostik i stigende grad på baggrund af den *bio-psyko-sociale model*, der defineres

som en tilgang til psykisk lidelse, hvor både biologiske, psykologiske og sociale forhold inddrages. Således beskriver han, at denne udviklings kulmination kommer til udtryk i aktuelle sundhedsfremmende strategier, og i stigende grad appellerer til spørgsmålet om, hvorvidt psykopatologi er individets egen skyld og ansvar i en professionel behandlingskontekst (Rosenberg, 2016, p. 306; Jensen, 2010, p. 121).

Som fremført i kapitel 1 er skellet ml., hvad der anses som værende hhv. patologisk og normalt et omdiskuteret emne. Ifølge Simonsen må distinktionen forstås ud fra en vægtning af tre overordnede psykiatriske sygdomsdiskurser; en socialkonstruktivistisk, biomedicinsk og en fænomenologisk. Således beskriver han, at psykopatologi ud fra en *socialkonstruktivistisk tilgang* defineres som værende socialt konstrueret og entydigt menneskeskabt, hvor samfund, psykiater og den kliniske psykolog har ansvar for definitionen af den givne sygdom. Den *biomedicinske tilgang* fremhæver psykopatologi på baggrund af noget påviseligt og som en objektiv størrelse på lige fod med somatisk patologi, hvilket inkluderer krav om klar ætiologi, afgrænsning, forløb og prognose. I modsætning hertil forekommer den *fænomenologiske tilgang*, hvor individets subjektive oplevelse af sin psykiske sygdom vægtes, hvilket, if. Simonsen, kan vanskeliggøre grænsedragningen ml. normalitet og patologi. Han mener, at dette særligt er et kritisk punkt, da denne grænsedragning er afgørende for vurdering af psykisk sygdoms forekomst og dermed af betydning for bl.a. fordeling af samfundsøkonomiske ressourcer til behandling af hvert individ (Simonsen, 2010, p. 201f). Langt overvejende synes der dog at være enighed indenfor den psykologiske disciplin om, at det sociale og det biologiske har sammenhæng, og at der således er samspil ml. arv og miljø og ml. natur og kultur, mht. psykisk lidende og psykiatriske diagnoser.

På trods heraf beskriver Gretty M. Mirdal (2001), at der er tale om to dominerende diskurser vedr. sygdomsforståelse, hvor den biomedicinske står i opposition til den socialkonstruktivistiske. Hun fremlægger, at ICD og DSM begge overvejende bygger på en medicinsk sygdomsforståelse, men pointerer, at der er sket en del ændringer i begge diagnosesystemer, hvilket kan tyde på, at psykiatriske diagnoser ikke nødvendigvis er rent objektive beskrivelser af fænomener, i en biomedicinsk forstand, og at afgrænsninger ml. diagnoserne samt ml. patologi og normalitet er i kontinuerlig udvikling. Således problematiserer hun, at diagnosemanualernes

grundantagelse stadig er, at diagnoser er almengyldige og universelle (Mirdal, 2001, p. 51f). Dette adskiller sig dermed fra Andersen et al.s beskrivelse af, at grænsedragningen ml. normalitet og patologi tidligere var disintegreret, mens Horwitz pointerer, at grænsedragning på daværende tidspunkt havde slørede grænser. Dermed ses en forandring ift. Mirdals beskrivelse af den nuværende biomedicinske sygdomsforståelses grænsedragning. Bertelsen beskriver ligeledes, at en diagnostisk diskurs ikke udelukkende kan påvises ud fra et biomedicinsk perspektiv, men tilføjer, at den til enhver tid indholdsmæssigt vil være både samtidshistorisk og kulturelt bestemt. Dermed understreger han, at identifikation og forståelse af psykopatologi altid vil være betinget og påvirket af den aktuelle kultur og samtid. Forståelsen, forklaringen og diagnosticeringspraksissen vil således altid være foranderlig, og vil kontinuerligt forankres sideløbende med kulturelle og historiske forandringer i samfundet (Bertelsen, 2013, p. 365).

Fra medicinske hegemoni til politisk sygdomsbegreb

Ifølge Jensen har det medicinske fagområde gennem de seneste århundreder været den afgørende autoritet ift. forvaltning af forhold vedr. patologi og sundhed. Han beskriver hertil, at dette først har ændret sig gennem de seneste 20-30 år, og fremlægger, at den *medicinske hegemoni*, som han betegner medicinens overherredømme indenfor spørgsmål vedr. patologi og sundhed, er blevet anfægtet fra staten gennem politiske initiativer, eks. behandlingsgaranti, hvor bestemte lidelser anses som akutte. Tidligere var dette en afgørelse, der blev truffet af det medicinske fagfelt, men i dag ligger afgørelser herom hos staten. Derudover anfægtes den medicinske hegemoni også fra patienters og det civile samfunds standpunkt. Bl.a. er patient- og pårørendeorganisationer med til, gennem deres praksis og intervention i den samfundsmæssige debat, at få medindflydelse ift. håndtering af patologi og sundhed (Jensen, 2010, p. 113).

Jensen fremlægger, at begreber vedr. patologi og sundhed i dag er blevet centrale temaer ift. en generel diskussion og bekymring om udviklingen i medicin og sundhedsvæsen. Sygdomsbegreber er blevet et anliggende i den offentlige debat, og bl.a. et stigende antal af politikere og kulturdebattører beskæftiger sig aktivt med

spørgsmål om sygeliggørelse og forholdet ml. individets og samfundets ansvar for sygdom. Her fremfører han, at fokus ved diskussionen om sygdomsbegreber i en politisk debat ofte uundgåeligt vil være på, hvem der har ansvaret for, eller interesse i, hhv. udvidelse eller indsnævring af sygdomsbegrebet. Ydermere pointerer han, at denne diskussion forudsætter et objektivt eller legitimt begreb om det patologiske og ofte kommer debatten til at dreje sig om tilstande eller processer, der ligger udenfor begrebets gyldighedsområde, hvorfor det er en problematisk måde at behandle emnet på (Jensen, 2010, p. 114f).

Ontologisk sygdomsforståelse og den bio-psyko-sociale sygdomsmodel

Sygdomsforståelse har altid været et debatteret emne, og særligt igennem de seneste to århundreder har klinikere og biomedicinske forskere diskuteret dette. Klinikere har diagnosticeret patologi ved symptomtolkning og fund i bredere sammenhænge samt gennem undersøgelser ved at se på, i hvilket omfang disse tilhørte en sygdomskategori, der indebar en trussel mod patientens førlighed eller liv (Jensen, 2010, p. 115). Den moderne biomedicin, der af Jensen beskrives som en videreudvikling af århundreders forsøg på udforskning af patologiens ætiologi og struktur, har forsøgt sig med specifikke biologiske definitioner på de enkelte patologier. Indenfor dette perspektiv forstås og håndteres sygdomme som afgrænsede enheder, der enten har invaderet den syge organisme udefra, eller som er opstået inde i organismen selv, som en indbygget fejl, hvilket karakteriseres som *den ontologiske sygdomsforståelse* (ibid., p. 116).

De to hovedtraditioner indenfor medicinen, den kliniske og den biomedicinske, har vundet udbredelse indenfor den almene praksis samt i den primære sundhedstjeneste. Som modspil til, såvel som i sammenhæng med, sygdomsbegreber og sygdomsmodeller er der udviklet *sundhedsbegreber*. Ifølge Jensen har den kliniske medicinske og biomedicinske tradition haft et fælles sundhedsbegreb vedr., at sundhed skal anses som fravær af patologi. Det bio-psyko-sociale sygdomsbegreb er derimod ofte forbundet med et begreb om sundhed fremlagt af WHO, hvor *sundhed* defineres som individets fuldstændige velbefindende ift. både legemlige, psyki-

ske og sociale faktorer, hvor individet trives, kan udfolde sine evner, håndtere daglige udfordringer og stress, kan arbejde frugtbart og produktivt og er i stand til at yde bidrag til fællesskabet (Jensen, 2010, p. 116; WHO, 2001, p. 3f; Sundhedsstyrelsen, 2010, p. 7).

Biomedicinsk sygdomsforståelse

Ifølge Hans Peder From (2007) er en ensidig biologisk tænkning stadig den herskende hos mange psykiatere, mht. psykiatrisk sygdomsforståelse og vurdering af tilstedeværelse af psykopatologi og han mener, at dette er både ulogisk, uhensigtsmæssigt og destruktivt ift. patienterne, da potentielle symptomer træder i fokus fremfor patienten selv under diagnosticeringspraksissen. Han mener i stedet, at man bør fokusere på, hvorledes patienten er til stede i verden, den enkeltes relation til sig selv og omverdenen samt mangel på tryghed, tillid, selvtillid og selvværd, fremfor at se reduktionistisk på psykisk sygdom som værende kemisk ubalance i hjernen. En undersøgelse af John Read, Loren Mosher & Richard Bentall (2004) fremfører, hvad der if. From er ganske overbevisende, data samt argumentation for, at et syn på psykisk lidelse som værende hjernepatologi, og uden forbindelse til patientens mulige traumatiske oplevelser og øvrige sociale liv, ikke bare er forkert, men også skadeligt, da de mener, dette fører til en fremmedgørelse fra det psykiatriske system, der i stedet bør tilbyde lindring og behandling (Read et al., 2004; From, 2007, p. 16). I denne forbindelse finder vi det væsentligt at pointere, at vi ved nærmere læsning af Read et al.s værk finder, at de konkret undersøger skizofrenidiagnosen, omend de også kommenterer på psykopatologi generelt, hvilket således er et forbehold, der bør have in mente ved vurdering af denne kilde samt Froms brug heraf. Read et al. fremfører en skepticisme over for, og kritik af, den biomedicinske sygdomsforståelse, der markerer sig som særligt stærk:

“We have been saddened, and sometimes angered, by the readiness of some mental health professionals to believe that the complexities of human experience can be reduced to, and understood in terms of, a single, contextless, medical-sounding word. We have too often seen that instead of trying to find out how the individual - and their loved ones - understand what is going on and what might help, the

only solution offered is a chemical or electrical one, usually delivered in a dehumanizing prison-like ‘hospital’” (Read et al., 2004, p. 4).

Derudover pointerer From, at såfremt denne forståelse af psykisk sygdom, som værende kemisk ubalance i hjernen, fastholdes, kan uddannelse og supervision af plejepersonale samt de fysiske rammer for patienten på det psykiatriske behandlingsområde anses som ligegyldige. Ud fra denne forståelse er det dybest set kun lægens evne til at dosere psykofarmaka, der kan give en effekt. Han mener, at denne sygdomsforståelse er yderst problematisk, da den fastholder patienten i sygdommen uden udsigt til, eller håb om, forbedring (From, 2007, p. 16). Også Nick Haslam, Lauren Ban & Leah Kaufmann (2007) tilskriver sig denne fremlægning af den biomedicinske sygdomsforståelses indpas i den aktuelle tid. Haslam et al. beskriver, at også *lægfolk*, dvs. den almene borger uden faglig ekspertise indenfor området, har adopteret denne tænkning, og det er således ikke kun den moderne psykiatri, der er domineret heraf. Abnorm adfærd og oplevelse heraf bliver således forklaret med reference til somatiske faktorer, der ligger udenfor personens egen kontrol, eks. i form af gener eller en kemisk ubalance (Haslam et al., 2007, p. 31). Eksempelvis er vi ofte stødt på hypotesen om, at depression skyldes en reduktion i optagelsen af neurotransmitteren serotonin i hjernen, hvilket vil belyses nærmere i kapitel 3.

2.4 Delkonklusion

Formålet med nærværende kapitel var at udforske, hvorledes psykiatrisk sygdomsforståelse beskrives i visse sammenhænge i hhv. et historisk samt aktuelt perspektiv. Dette anser vi som et essentielt aspekt iht. specialets problemformulering, da sygdomsforståelse netop er den bærende komponent for specialets interessefelt. Således er det vurderet essentielt at behandle centrale aspekter af ændringer i sygdomsforståelse gennem tiden samt aktuelt for at skabe indblik i kompleksiteten heraf, i ikke kun et dansk perspektiv, men også på et bredere kulturelt plan, hvor det var relevant. Kapitlet baserer sig på et systematisk litteraturreview, der afdækker

eksisterende litteratur indenfor området, hvor det primære afsæt har været i teori af Brinkmann (2010), Foucault (2005) og Zalewski (2008).

I dette kapitel fandt vi, at psykiatrisk sygdomsforståelse er dynamisk og har forandret sig gennem tiden. I afsnit 2.2 fremkom det således, at der i Middelalderen herskede religiøse forestillinger forbundet med synet på psykisk sygdom samt en opfattelse af, at det var individets straf for synd. Hertil var det først i det 15. årh., at der opstod faciliteter til de såkaldt gale, og fra midten af det 17. årh. blev der bygget anstalter til de, der ikke passede ind i samfundet og dets normer. Hertil fandt vi, at synet på psykopatologi igennem det 17. årh. var præget af en moralsk diskurs i relation til den menneskelige sjæl, hvilket gjorde, at der i stigende grad blev set på indre dimensioner, og dermed fik galskab for første gang i Vesten psykologisk karakter. I midten af det 17. årh. vandt objektivitet og lægevidenskab for alvor indpas, hvilket bevirkede, at den først manual til diagnostisk klassifikation af psykiatriske lidelser blev skabt. Der kom flere underkategorier til psykosediagnosen, der på daværende tidspunkt var eneste psykiatriske diagnose, og dette var med til at skabe mere nuancering af sygdomsdefinition. Hertil fandt vi, at synet på psykopatologi, og muligheden for at analysere denne, var med til at lægge fundamentet for en generel psykologi.

Et yderligere fund var, at en biomedicinsk tilgang til psykiatrisk sygdomsforståelse forblev dominerende frem til år 1900, med psykoanalysens gennembrud, hvor der i højere grad begyndte at blive set på individet og psykopatologi som integrerede og uadskillelige dele. Årsager til mental sygdom blev set i en udviklingsproces med både raske og patologiske træk indenfor samme personlighed, hvorfor fokus var på hele patienten ved udredning. Hertil indførte Freud begrebet om neurotiske tilstande, hvormed psykotiske tilstande ikke længere var eneste diagnostiske kategori. I forlængelse af psykoanalysens udvikling blev psykiatrien, gennem det 18. årh., mere ætiologisk centreret og begyndte ligeledes at omfatte et stigende antal diagnoser. Noget af den psykiatriske praksis blev flyttet fra hospitaler til kontorer og behandling var ikke længere forbeholdt de mest patologiske tilfælde, men ligeledes den almene befolkning.

I løbet af det 19. årh. blev klinikken født og det medicinske fagfelt slog for alvor igennem som primær autoritet ift. sygdomsklassifikation og -bestemmelse. Vi fandt, at der hertil kom et øget antal diagnoser og en ekspansion i patientgruppen i takt med, at der kom en større grad af systematisering og klassifikation af mulige sygdomme. Den første manual til diagnostik af psykopatologi udkom i 1918, og det medicinske sygdomsfelt begyndte at kræve mere veldefinerede sygdomsenheder, hvorfor der opstod et behov for at definere og beskrive specifikke diagnoser. Den deskriptive psykiatri begyndte sin fremmarch i 1980, hvortil antallet af diagnoser voksede grundet bestræbelserne på at øge reliabiliteten af diagnosticering. Frem for et ætiologisk fokus fremkom en diagnostiseringspraksis, hvor fokus var på symptomer, og diagnosesystemet blev opbygget omkring, at en given patologi skulle kunne konkluderes ud fra tilstedeværelse af en specifik række symptomer indenfor en afgrænset tidsperiode.

Således fandt vi, at der er sket ændringer i psykiatrisk sygdomsforståelser over tid, og at vores aktuelle samtid, i højere grad end tidligere, er mere sensitiv ift. tegn på sygdom, hvilket delvist udspringer af en ekspansion af de diagnostiske kategorier samt ændringer i diagnostisk praksis. Ligeledes ses en medikalisering og patologisering af flere forskellige livsomstændigheder end tidligere. Vi fandt, at sygdomsforståelse er med til at forme antagelser om, hvad der er hhv. normalt og patologisk og i denne sammenhæng diskuteres det, hvorvidt psykopatologi er personens egen skyld og ansvar. Distinktionen ml. hvad der anses som værende hhv. patologisk og normalt, kan forstås ud fra en vægtning af tre overordnede psykiatriske sygdomsdiskurser; en socialkonstruktionistisk, en biomedicinsk og en fænomenologisk. Overvejende synes dog at være enighed om, at det sociale og biologiske har en reciprok påvirkning ifm. psykiske lidelser og at der således eksisterer et samspil ml. arv og miljø samt natur og kultur.

Diagnosemanualerne bygger overvejende på en medicinsk sygdomsforståelse, omend der er sket flere ændringer heri, hvortil der opstod det fund, at diagnoserne ydermere ikke nødvendigvis er rent objektive, og at grænsedragningen ml. patologi og normalitet er i kontinuerlig udvikling. Således vil både forståelse og behandling af psykopatologi være foranderlig og forankret i kulturelle og historiske forandringer i samfundet. Det medicinske fagområde har længe været autoritet ift. psykopa-

tologi, og har haft afgørende indflydelse på sygdomsforståelse, men dette synes at have ændret sig gennem de seneste 20-30 år. Således fandt vi, at staten i dag anfægter dette gennem politiske initiativer, som eks. behandlingsgaranti, og patient- og pårørende foreninger er med til at skabe samfundsmæssig debat vedr. psykiatriområdet. Patologi og sundhed er blevet centrale diskussionstemaer, og der florerer en bekymring om udviklingen i medicin og sundhedsvæsen. Ligeledes er også spørgsmålet om sygeliggørelse og forholdet ml. individets og samfundets ansvar for sygdom højaktuelt i den offentlige debat. På samme vis kritiseres det, at der stadig hersker en ensidig biomedicinsk tænkning hos flere psykiatere, og at der i højere grad bør fokuseres på patientens måde at være til stede i verden på, relation til sig selv og omverdenen samt evt. mangel på tryghed, tillid, selvværd og selvtillid.

Dette kapitel har således givet et overordnet indblik i væsentlige fund vedr. aspekter af det historiske perspektiv bag psykiatrisk sygdomsforståelse samt hvilken kompleksitet, sygdomsforståelse i dag besidder. For at komme en forståelse af denne kompleksitet nærmere, samt at få belyst specialets anden komponent, vil der i det følgende kapitel blive undersøgt, hvorledes der eksisterer mulige sammenhænge ml. diagnosemanualerne samt sygdomsforståelse i dansk sammenhæng.

3. Hvilke mulige sammenhænge er der mellem diagnosemanualerne og psykiatrisk sygdomsforståelse?

Nærværende kapitel præsenterer mulige sammenhænge ml. diagnosemanualerne og psykiatrisk sygdomsforståelse gennem en præsentation af væsentlige aspekter af manualernes historiske udviklinger med henblik på at udfolde, hvorledes sygdomsforståelse har ændret sig gennem tiden, og afslutningsvist en kort diskussion af særligt ICD-manualernes kommende revision, ICD-11. I forlængelse heraf præsenteres relevante dele af den biomedicinske sygdomsforståelse, der i dag danner grundlag for diagnosemanualernes sygdomsforståelse, hvilket bl.a. blev fremlagt i kapitel 2. På baggrund af disse afsnit vil kapitlet afslutningsvist udforske, hvorledes visse aspekter af sygdomsforståelse fremstilles i diagnosemanualerne aktuelt, og dermed hvordan manualerne kan influere på sygdomsforståelse, hvilket kan ses i forlængelse af kapitel 2, der præsenterede sygdomsforståelse historiske udvikling samt aktuelle forekomst.

Igennem dette kapitel forstås de omtalte sammenhænge som værende faktorer, der har påvirket diagnosemanualernes anvendelse, opbygning, baggrundsforståelse m.m., som potentielt har medført en reciprok indvirkning på sygdomsforståelse i Danmark. Væsentlige mulige sammenhænge blev fundet gennem analyse og diskussion af den anvendte litteratur, særligt ift. aspekter vedr. diagnosemanualernes historiske udvikling, den biomedicinske sygdomsforståelse samt diagnosemanualernes aktuelle psykiatriske sygdomsforståelse. Det påpeges dog, at der potentielt eksisterer andre væsentlige sammenhænge ml. diagnosemanualerne og psykiatrisk sygdomsforståelse end dem, der her er valgt at have fokus på. Det kan eks. antages, at diagnosemanualerne er influeret af læger og psykiateres diagnosticeringspraksis og dennes indflydelse på sygdomsforståelse samt patologiseringstendenser i kraft af anvendelsen af diagnosemanualernes sprog, dvs. en udbredt anvendelse i den almen befolkning af diagnostiske termer, hvilket potentielt kan medføre en udvidet sygdomsforståelse. Disse muligt influerende faktorer blev der ikke fundet relevant belæg for at undersøge nærmere i hverken den indledende eller den løbende littera-

tursøgning, men vi anerkender, at der hersker flere mulige sammenhænge end de, der belyses i nærværende kapitel. De nævnte mulige sammenhænge ses som et væsentligt bidrag til besvarelse af specialets problemformulering, da diagnosemanualerne er en betydelig faktor for forståelse samt anvendelsen af det psykiatriske sygdomsbegreb samt den dertilhørende diagnosticeringspraksis.

I forhold til specialets problemformulering bør det indledningsvist pointeres, at trods fokus ligger på ICD, vil DSM ligeledes blive belyst som væsentlig aktør i en beskrivelse af diagnosemanualernes udvikling. Som det vil fremgå, anses DSM som en vigtig influens på selve måden, hvorpå psykisk sygdom gennem tiden er blevet defineret og forstået, og vi finder, at DSM har været en uomtvistelig influens på ICD. Således vil særligt DSM-III belyses, da denne, if. bl.a. Horwitz, var skelsættende for diagnosticeringspraksis (Horwitz, 2002, p. 17). ICD's afsnit V, vedr. psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, danner grundlag for den Vestlige diagnosticeringspraksis og anvendes således primært i Europa, Asien og Afrika (Tyrer, 2014, p. 282; WHO, 1994), herunder også i Danmark. Blandt andet Rosenberg fremfører, at dansk psykiatri siden 2. Verdenskrig har været internationalt orienteret, hvortil det kan påpeges, at DSM og ICD stræber efter at ligne hinanden, og at DSM dermed til en vis grad er toneangivende for ICD (Rosenberg, 2016, p. 95; Cosgrove & Wheeler, 2013, p. 664; Tyrer, 2014, p. 282).

3.1 Psykiatriske diagnosemanualers historiske udvikling

Dette afsnit har til formål at præsentere væsentlige aspekter af den historiske udvikling bag diagnosemanualerne, særligt mht. den teoretiske baggrund herfor, samt omfanget og karakteren af diagnoser i manualerne. Afslutningsvist vil afsnittet fremstille manualerne i et nutidigt perspektiv samt belyse potentielle implikationer for den kommende manual, ICD-11. Dette med henblik på en senere præsentation af de aktuelle manualer og deres sygdomsforståelser, hvortil det vil behandles, hvorvidt der er sammenhæng ml. dette område og psykiatrisk sygdomsforståelse i Danmark aktuelt.

Diagnosemanualernes historiske oprindelse

Som fremlagt i specialets kapitel 2 kan det indledningsvist fremføres, at grundlaget for den videnskabelige psykiatri blev lagt af Kreaplin i midten af det 17. årh., og hermed også grundlaget for det nutidige diagnosesystem, bestående af kriterier med ydre, afgrænsede og objektiv iagttagelige karakteristika (Brinkmann, 2010, p. 24f; Conrad & Schneider, 1992, p. 53; Østergaard, 1992, p. 97f). I 1899 udkom 6. udgave af Kreaplins lærebog, der rummede forskellige ikke-sindssygelige tilstande (f.eks. datidige neuroser som epilepsi), psykopatiske tilstande (f.eks. homoseksualitet) og udviklingsforstyrrelser (f.eks. idioti). Psykiatriske klassifikationer har, if. Rosenberg, været præget af mange sameksisterende diagnosemanualer. Rosenberg fremlægger en interessant påpegning af Stengel om, at der var stor uenighed ml. psykiatere mht. klassifikationers grundlag samt diagnosesystemernes hovedkategorier. Dette skabte problemer omkring psykiatriske diagnosers pålidelighed, hvilke var centrale frem til indførelsen af DSM-III i 1980. Rosenberg eksemplificerer dette med bl.a. Kendells fremlægning om, at en undersøgelse af diagnosticering blandt psykiatere viste, at skizofreni-begrebet i 1971 var langt bredere i USA sammenlignet med England (Rosenberg, 2016, p. 247f; p. 249).

I 1946 besluttede The American Board of Psychiatry, bl.a. grundet den i afsnit 2.2 nævnte indflydelse fra Freuds daværende teorier, at den psykiatriske diagnosticering skulle være forankret i psykoanalytisk teori. Dette skyldtes, at diagnosesystemerne hidtil var tiltænkt brugen i asyler for svært psykisk syge, hvortil der opstod et ønske om at gøre disse mere bredt anvendelige. Således var DSM-I opdelt i hhv. organisk betingede hjernelidelser og tilstande forårsaget af miljømæssige stressorer, hvilket skulle medføre overvejelse af flere indvirkende faktorer på de psykiske lidelser end hidtil, samtidig med at psykiatrien, if. Rosenberg, udvidede sit genstandsområde til i højere grad også at omfatte ikke-psykotiske tilstande. Dermed opstod nye teorier og behandlinger, der også prægede udviklingen på området i Danmark (Rosenberg, 2016, p. 111; p. 249f). Hermed udgør Freud, og psykoanalysen, et eksempel på en specifik, teoretisk afgrænset indflydelse på daværende diagnosticeringspraksis. Dette udgør ydermere et eksempel på, hvad specialet søger at afgrænse sig fra, navnlig specifikke teorier eller teoretikeres indflydelse på diagnosticeringspraksis, jf. afsnit 1.3. Det er dog væsentligt at påpege, at en sådan specifik

teoretisk indflydelse fandt sted på daværende tidspunkt, da det havde omfattende indflydelse på diagnosemanualernes udvikling. DSM-I, der udkom i 1952, var den første manual med et psykoanalytisk standpunkt, men baserede sig samtidig på organiske faktorer. Den bestod af 102 bredt definerede diagnostiske kategorier, fordelt på de to ovenfor nævnte hovedgrupper vedr. sygdom betinget af hhv. noget hjerneorganisk eller miljøet. Manglerne i DSM-I, som bl.a. bestod i en begrænset indflydelse på den kliniske praksis, førte til udgivelsen af DSM-II i 1968, der ligeledes i høj grad var baseret på psykodynamisk tænkning, hvormed den førnævnte specifikke teoretiske indflydelse på diagnosemanualerne således fortsatte (ibid., p. 250).

ICD-manualerne grunder i en daværende interesse for statistisk klassifikation af dødsårsager, og blev grundlagt ved den første internationale konference vedr. diagnosemanualer i Paris i 1853. Dette register blev revurderet løbende indtil 1900, hvor den første *Internationale Liste med Dødsårsager* fremkom og dette resulterede i første omgang i en klassifikation af dødsårsager bestående af 179 kategorier, hvortil 35 yderligere senere på året blev tilføjet. Desuden vedtog de deltagende 26 lande, at manualen skulle revurderes hvert 10. år, hvilket blev varetaget af den franske regering og skete med henblik på, at klassifikationer kunne opdateres forholdsvist hyppigt med bidrag fra de forskellige lande (WHO, 2011, p. 163ff ; Tyrer, 2014, p. 282). Sideløbende med udviklingen i klassifikationen af dødsårsager, blev ligeledes udviklet en parallel klassifikation til brug i statistikker vedr. sygdomme. Denne grundede i registreringer af ikke-dødelige sygdomme ved bl.a. hospitaler, hæren, fængsler, psykiatriske asyler og offentlige institutioner. Ved en konference i 1909 blev der udgivet en udvidet klassifikationsmanual, *International Classification of Causes of Sickness and Death*, der løbende blev udvidet, men havde vanskeligheder mht. at opnå generel accept, da klassifikationen kun tilbød en begrænset udvidelse af listen med dødsårsager. Dette førte til, at mange lande lavede deres egne sygdomsklassifikationer (WHO, 2011, p. 167f).

I 1923 fremførte the International Statistical Institute, der hidtil havde varetaget revisionerne af manualen, at der med fordel kunne etableres et samarbejde med andre internationale organisationer, bl.a. grundet pludselig mangel på lederskab. Det førte til et samarbejde med den daværende organisation, The Health Organi-

zation of the League of Nations, hvortil de to organisationer tilsammen udgjorde den såkaldte kommission, Mixed Commission. Denne kommission varetog den fjerde og den femte revision af *Den Internationale Liste med Dødsårsager* i hhv. 1929 og 1938 (ibid., p. 164ff). Den femte internationale revisionskonference fandt sted i Paris i 1938, hvortil manualen blev opdateret iht. den videnskabelige fremgang, omend konferencen søgte at lave færrest mulige ændringer mht. indholdet, antallet og nummereringen af manualens dele (ibid., p. 166f). Ydermere blev der rettet henvendelse til USA med henblik på at opnå ensrettede retningslinjer ift. studier af dødsårsager, samt med et ønsk om at nedsætte en kommission, der kunne varetage samarbejdet om mere internationale retningslinjer på området (ibid., p. 167).

I 1946 blev en international helbreds-konference afholdt i New York, hvor WHO fik tildelt ansvaret for at vedligeholde *Den Internationale Liste med Dødsårsager*. Dette skete med henblik på at opnå international kompatibilitet af diagnosemanualerne samt en forbedret gyldighed og anvendelse heraf. I forlængelse heraf opstod et forslag til et internationalt diagnosesystem bestående af ændringer i bl.a. gyldigheden af diagnoserne samt en liste med diagnostiske termer og et alfabetisk indeks til disse diagnosekategorier. Dette blev kaldt *the International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*. På en international konference i 1948 udkom den sjette udgave af, hvad der nu blev betegnet som *the Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*. Denne indeholdt specifikke definitioner af kategoriernes indhold samt regler for diagnosticering m.m. og markerede, if. WHO, en ny æra i international statistik rettet mod. livsomstændigheder og helbred, baseret på internationale retningslinjer samt samarbejde ml. de enkelte lande og WHO (ibid., p. 170f). Disse informationer baserer WHO på egne tidligere kilder, særligt i form af tidligere udgaver af diagnosemanualer, f.eks. internationale statistiske manualer indeholdende klassifikationer af dødsårsager og sygdomme samt på tidligere optegnelser gjort af organisationen selv (ibid., p. 187f). Dermed kan denne kilde generelt anses som værende troværdig, da den primært tager udgangspunkt i statistiske og faktuelle baggrundsdata, og at WHO, som en anerkendt verdensomspændende organisation, må antages at producere materiale af en pålidelig standard.

Ovenstående manual betegnes som ICD-6, og med udgivelsen af DSM-III i 1980 blev disse manualer, og særligt senere udgaver, en væsentlig faktor for diagnosticeringspraksis ifm. psykiske lidelser (WHO, 2017a; Tyrer, 2014, p. 280). Overordnet set undergik manualerne således væsentlige forandringer efter udgivelsen af særligt DSM-III i 1980, der antog en ateoretisk og empirisk baseret, biomedicinsk forståelsesramme, hvilket vil udfoldes i følgende afsnit (Rosenberg, 2016, p. 89; p. 250).

De nutidige diagnosemanualer

Særligt efter begyndelsen på udviklingen af psykofarmaka, og sammenfaldende med en generel voksende skepsis over for psykiatrien, opstod if. Rosenberg i stigende grad ligeledes en skepsis over for den psykodynamiske tilgang, og frem til 1970'erne samtidig et ønske om en klinisk baseret diagnostik og forskning. Horwitz fremfører i denne sammenhæng, at psykofarmaka havde stor indflydelse på udviklingen af den kategoriske diagnosetilgang. Denne tilgang fremmede de biomedicinske psykiateres position, mens de psykoanalytiske psykiatere var kritiske herfor, da de mente, at psykofarmaka kun behandlede psykiske lidelser overfladisk, og dermed overså underliggende årsagsmekanismer. Ydermere krævede de amerikanske myndigheder på daværende tidspunkt, at psykofarmaka skulle have en påviselig virkning på bestemte psykiske lidelser, hvilket bevirkede, at udviklingen af visse psykofarmakapræparater medførte, at der opstod specifikke, diagnosticerbare lidelser på baggrund heraf. Disse forudsætninger var, if. Horwitz, medvirkende til, at de diagnostiske kategorier, der særligt opstod med DSM-III, kom til at dominere den psykiatriske praksis og tankegang (Rosenberg, 2016, p. 89; Horwitz, 2002, p. 78f).

Da DSM-III udkom i 1980 var der dermed, if. Rosenberg, sket et væsentligt skift i det psykiatriske sygdomsbegreb, som nu grundede i en biomedicinsk baggrundsforståelse (Rosenberg, 2016, p. 89). Horwitz benævner dette skift som værende en overgang fra den dynamiske til den diagnostiske psykiatri, hvilket af Rosenberg beskrives som et opgør med den psykodynamiske psykiatri, der herskede siden 2. Verdenskrig, og den amerikanske psykiatri skulle nu være et lægevidenskabeligt, forskningsbaseret område. Dette kunne bl.a. ses ved, at diagnosemanualerne skulle have klare retningslinjer for fremtidig forskning samt et empirisk og videnskabeligt

udgangspunkt, med diagnosticering ud fra klart afgrænsede og forskningsvaliderede kriterier. Ifølge Horwitz lagde den diagnostiske tankegang bag DSM-III vægt på sygdomskategorier frem for uklare skel ml. normal og patologisk adfærd, tydelige manifestationer af symptomer frem for deres dynamiske udfoldelse m.m., hvilket ændrede den psykiatriske tankegang drastisk. Ifølge Rosenberg skete der med DSM-III desuden en ekspansion i antallet af diagnoser, der samtidig ikke længere blev betegnet som psykiske sygdomme, men i stedet som psykiske lidelser. Udover de oprindelige svære psykiske lidelser, f.eks. skizofreni og maniske lidelser, blev gruppen af nervøse og stressrelaterede tilstande markant udvidet og desuden kom en inddeling af og ændring i betegnelserne af angstlidelserne (Rosenberg, 2016., p. 89f; p. 250f; Horwitz, 2002, p. 66ff).

På baggrund af ovenstående blev nu opstillet ateoretiske, operationelt definerede kriterier for diagnoserne med specifikke in- og eksklusionskriterier, hvilket også senere blev indført i ICD. Dermed ændredes den bagvedliggende psykiatriske sygdomsforståelse, hvortil den tidligere nævnte specifikke psykoanalytiske forankring bortfaldt. Psykiske sygdomme kunne dermed identificeres på baggrund af disse kriterier, gennem samtaler med og observationer af patienten, med henblik på at opnå en høj grad af *interobservatør-reliabilitet*, således at forskellige klinikere ville nå til samme konklusion ved diagnosticeringen. Horwitz fremstiller, at kravet om manifesterede symptomer og reliabilitet var resultat af bl.a. et ønske om en mere videnskabelig psykiatrisk praksis, sammenlignet med under DSM-II. Enhver diagnose skulle være en meningsfuld enhed med ens årsager, udvikling over tid og respons på behandling. At diagnosemanualerne blev reliable var, if. ham, medvirkende til, at den biomedicinske forståelse kunne vinde frem (Rosenberg, 2016, p. 250f; Horwitz, 2002, p. 65f). Et nyt diagnosticeringsprincip var desuden, at manualen var *multiaksial*, således at den kliniske anvendelse foregik gennem brug af fem akser indenfor hhv. klinisk diagnostik baseret på symptomer, personligheds- og intelligensmæssige forhold, medicinske eller neurologiske lidelser, psykosociale stressorer samt global, overordnet vurdering af funktionsniveau (Rosenberg, 2016, p. 251).

Ifølge Rosenberg opstod der dog en række problemer ved den praktiske anvendelse af DSM-III, da de operationelle diagnoser baserede sig på *polythetisk klassifikation*,

hvilket indebærer, at der kun kræves et vist antal symptomer blandt en række givne for at stille en diagnose. I praksis medførte dette bl.a. en høj grad af komorbiditet samt en risiko for, at symptomerne blev vurderet på fragmenteret vis, og helhedsindtrykket af patientens tilstand blev overset. DSM-III blev efterfulgt af revisionen, DSM-III-R i 1987, DSM-IV i 1994 og senest DSM-5 i 2013 (Rosenberg, 2016, p. 252). I disse udgaver er der kommet et stigende antal nye diagnoser til samt reviderede kriterier og trods, at disse søger at basere sig på empirisk forskning, stiller Rosenberg sig kritisk herfor. Han fremfører, at indførelsen af specifikke diagnoser er påvirket af en konsensus blandt fagfolk, der er baseret på et forarbejde, som ekspertgrupper har lavet ift. at vurdere den internationale forskning, hvorudfra disse fagfolk vedtager, hvilke tilstande, der kan blive nye diagnoser samt, at der siden 1980 ikke er sket betydelige ændringer i sygdomsforståelsen i DSM-manualen, da denne stadig baserer sig på en grundlæggende biomedicinsk diagnosticeringstilgang (ibid., p. 252f).

Denne kritik kan suppleres ved inddragelse af Horwitz' betoning af, at arbejdsgruppen bag DSM-III havde en inkluderende holdning til diagnosekategorierne, hvilket indebar, at visse af de mest anvendte diagnoser blandt klinikere blev medtaget, trods manglende empirisk grundlag. Dermed blev de tilstande, der af den tidligere psykiatriske praksis blev defineret som værende psykologiske forstyrrelser, omdefinert til nu at være konkrete diagnoser. Ifølge Horwitz eksisterede der et pres på det nye system mht. at skabe mange sygdomskategorier, således at diagnosemanualen både imødekom forskeres behov, men også sundhedssystemets samt de praktiserende klinikeres (Horwitz, 2002, p. 72). Horwitz inddrager i sin bog forskelligartede kilder til underbyggelse af sine fremlæggninger, hvortil det vurderes, at denne kilde kan anses som værende pålidelig, da han, trods et kritisk udgangspunkt, understøtter sit arbejde med løbende kommentarer. Således anser vi denne kilde som givende et nuanceret og videnskabeligt underbygget grundlag for visse dele af nærværende speciale.

DSM-III influerede, som sagt, på WHO's revision af ICD og dette medførte store ændringer i manualen (Rosenberg, 2016, p. 90). Grundlaget for ICD-7 blev lagt ved en international konference i 1955, hvor der på baggrund af anbefalinger fra WHO's helbredsudvalgte blev foretaget kun begrænsede ændringer, hvor væsentlige

fejl og mangler i diagnosemanualen gjorde sig gældende. Konferencen vedr. ICD-8 blev afholdt i 1965 og omfattede en mere radikal revision, omend den generelle struktur samt det ætiologiske diagnosegrundlag blev bibeholdt. Der skete i stigende grad en anvendelse af ICD-7 og ICD-8 til helbredsmæssige registreringer, bl.a. grundet ønsket om større internationale tilpasninger på diagnosticeringsområdet, således at sygdomsforståelse blev mere overensstemmende (WHO, 2011, p. 172). Op til revisionen af ICD-9 i 1975 var den globale interesse for diagnosemanualen steget væsentligt, hvilket bl.a. kom til udtryk ved, at specialister fra forskellige medicinske områder ønskede at implementere manualen ift. forskning. ICD-revisionen var på dette tidspunkt præget af modsatrettede krav og ønsker. Nogle lande efterspurgte en mere detaljeret diagnosemanual, med henblik på evaluering af sundhedssystemet, mens andre efterspurgte en diagnosemanual med mulighed for at opnå fremgang i sundhedssystemet og kontrol over sygdomme (ibid.). Resultatet blev en indførsel af et system med to koder til diagnosticering, således at der kunne opnås information vedr. både en underliggende, generel lidelse samt en manifestation af et særligt klinisk problem. Eksempelvis repræsenterer F90 i ICD-10 kategorien *Hyperkinetiske forstyrrelser*, hvortil denne kan gøres mere specifik med f.eks. F90.0 *Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed*, hvilken i daglig tale kaldes ADHD, efter DSM's diagnosebetegnelse. Dette system blev videreført til ICD-10, og gjorde desuden manualen mere anvendelig i forskningsmæssige henseender, da det blev muligt at inkludere mere information vedr. sygdommene, der gjorde det muligt at differentiere ml. diagnoser, og dermed skabe mere målrettet forskningsarbejde (WHO, 2011, pp. 20-23; p. 172f; WHO, 1994, p. 171ff).

I Danmark blev ICD-9 dog ikke anvendt, da ændringerne, ift. den forudgående version, ikke blev anset som værende af væsentlig betydning ift. at foretage et skift af den anvendte manual. Der skete således et skift i 1990 fra anvendelsen af ICD-8 til ICD-10, og med denne udgave søgte WHO at imødekomme den stigende brug af diagnosemanualen. Samtidig stod det klart, intervallet med 10 år ml. hver revision, jf. afsnit 3.1, var for kort, bl.a. fordi så mange lande skulle inddrages. Således blev konferencen vedr. ICD-10 udskudt af WHO fra 1985 til 1989, hvilket bl.a. sikrede mere tid til at evaluere ICD-9 samt foretage undersøgelser heraf i de forskellige lande. Desuden fremfører Darrel A. Regier, Emily A. Kuhl & David J. Kupfer (2013), at der forud for udgivelsen af ICD-10 herskede international enighed om, at

ICD skulle tilpasses de mere eksplicitte diagnosekriterier, der opstod med DSM-III, bl.a. med henblik på en mere reliabel anvendelse samt overensstemmende forståelsesbaggrund bag de to manualer. I årtiet inden udgivelsen af ICD-10 var der derfor en høj grad af konsultation ml. repræsentanter fra APA, der bistod udviklingen af DSM, samt fra repræsentanter fra WHO ift. en samarbejdsaftale ml. National Institute of Mental Health (NIMH) og WHO.

Ifølge Rosenberg afspejler det psykiatriske afsnit i ICD-10 i høj grad det tilsvarende i både DSM-III og DSM-IV, hvilket kommer til udtryk ved, at flere af de samme termer anvendes samt at diagnoserne nu stilles ud fra operationelle kriterier baseret på et antal specificerede symptomer. Dette blev, if. Rosenberg, efterstræbt bl.a. for at fremme en høj grad af faglig overensstemmelse, hvilket dog skabte kritik hos de praktiserende klinikere. DSM-manualen havde imidlertid fået så stor en international indflydelse, særligt ifm. forskning og publikation heraf, at anvendelsen af ICD-manualen globalt i disse henseender blev vanskeliggjort. Derfor er ICD-10's afsnit for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser udgivet i to udgaver, hhv. en med operationelle definitioner, lignende DSM, og en med bredere kliniske symptom-billeder, der er tættere på den kliniske hverdagspraksis (Rosenberg, 2016, p. 253f; WHO, 2011, p. 172f; Regier et al, 2013, p. 92).

Generelt set har DSM-manualerne frem til nyere tid i høj grad influeret ICD-manualerne samt brugen heraf, hvorfor det, som nævnt, blev anset som relevant at uddybe forhold vedr. DSM-manualerne. Henholdsvis ICD-10's og DSM-5's aktuelle sygdomsforståelser vil præsenteres samt diskuteres i afsnit 3.3. med henblik på potentielle sammenhænge ml. diagnosemanualerne og sygdomsforståelse.

Fremtidige implikationer for ICD

Ovenstående afsnit præsenterede relevante aspekter af diagnosemanualernes udvikling frem til og med i dag, hvortil det anses som relevant kort at fremstille potentielle fremtidige implikationer for ICD-11, der forventes udgivet i 2018 (WHO, 2017b). Ifølge Rosenberg er der aktuelt etableret ensartede diagnostiske systemer i ICD og DSM, således at der eksisterer en høj grad af international konsensus. Des-

uden kan det fremføres, at samarbejdet ml. APA og WHO, ved udfærdigelsen af DSM-5, har været styrket med henblik på at gøre de to manualer mere kompatible ved udgivelsen af ICD-11. Dermed kan de ændringer, der trådte i kraft ved indførelsen af DSM-5 forventes at påvirke ICD-11 (Rosenberg, 2016, p. 255; Arendt et al., 2013, p. 10).

Ifølge Peter Tyrer (2014) er der aktuelt mange lighedspunkter ml. DSM-5 og ICD-10 mht. diagnosticering af hovedgrupperne af psykiatriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, men der er væsentlige forskelle mht. definition og betegnelse af de individuelle diagnoser, hvilket, if. ham, kan øge forskellene ml. de to manualer ved introduktionen af ICD-11. Blandt disse væsentlige forskelle kan bl.a. fremhæves, at ICD-11 sigter mod en høj grad af klinisk gyldighed, og i forbindelse hermed også en reduktion af antallet af diagnoser, mens DSM-manualerne generelt har en tendens til at øge antallet heraf. Udgivelsen af ICD-11 vil desuden, if. Tyrer, påvirke den kliniske praksis globalt, eks. ift. at brugen af ICD-11 frem for DSM-5 vil ske i Storbritannien ved udgivelsen af denne revidering. Dermed kan ICD-manualens sygdomsforståelse, der bl.a. bygger på højere grader af diagnostiske beskrivelser ift. operationelle kriterier sammenlignet med DSM, antageligt forventes at få større indflydelse på diagnosticeringspraksissen ved indførelsen af ICD-11 (Tyrer, 2014, p. 283). I denne forbindelse bør det dog nævnes, at Tyrer selv tilkendegiver en interessekonflikt, eftersom han personligt er fortaler for, at ICD fremtidigt bør være den eneste diagnosemanual samt at han mener, at DSM yder for stor indflydelse på ICD, og desuden er involveret i udviklingen af ICD-11 (ibid.). Dette kan anses som et kritikpunkt ift. anvendelsen af denne kilde, men vi vurderer den anvendelig på trods heraf, da Tyrer generelt baserer sig på primærkilder som eks. APA og WHO. Ifølge Regier et al. kan ovenstående desuden suppleres ved, at fremtidige uoverensstemmelser ml. manualerne søges imødekommet, eftersom der tidligt i udviklingsprocessen af DSM-5 blev nedsat et samarbejdende udvalg af repræsentanter fra hhv. WHO og APA, hvilket bl.a. har medført, at WHO's aktuelle forslag til ICD-11 indebærer mere generelle kliniske beskrivelser og vejledninger, uden tilpasning til separate undersøgelseskriterier, hvilket gør manualerne mere ensartede i forskningssammenhænge (Regier et al., 2013, p. 93).

Ved indførelsen af ICD-11 vil der, if. Sara Martin (2009), være mere fokus på global, multidisciplinær anvendelse af diagnosemanualen, hvortil patientens tilstand i højere grad skal være i fokus med henblik på at forbedre varetagelsen af mentale helbredsproblemer globalt (Martin, 2009, p. 62). Traditionelt set har psykiatere haft primær indflydelse ifm. revisioner af manualerne, hvor der ved udarbejdelsen af ICD-11 i højere grad vil gives indflydelse til særligt psykologer, men også andre kliniske faggrupper, der har praktisk erfaring med anvendelsen af ICD. Ydermere vil ICD-11, som nævnt, have færre diagnostiske kategorier og mere simple kriterier, hvilket if. WHO vil sikre en bedre praktisk anvendelse og diagnosticering. Hertil fremfører WHO, at de lande, der er med i revisionen af ICD-manualerne, bør prioritere udviklingen af mere internationale og interdisciplinære netværk og samarbejder mht. manualernes psykologiske udgangspunkt (ibid.). Således kan det fremføres, at diagnosemanualerne også fremadrettet vil have et internationalt fokus samt, at det på baggrund af ovenstående kan antages, at ICD-11 kan have fordrende præmisser for en mere psykologisk orienteret sygdomsforståelse.

Ovenstående kan dermed indikere, at brugen af ICD-11 vil skabe bedre forudsætninger for forskning i psykiatriske lidelser, i samarbejde med DSM, hvilket formentlig kan bidrage til mere overensstemmende sygdomsforståelse. Dette kan underbygges ved, at der er tendens til et fremadrettet samarbejde ml. de instanser, der reviderer de to diagnosemanualer, hvilket, if. Regier et al., er fordelagtigt ifm. en mere sammenlignelig, international diagnosticering af mentale lidelser. Dette kan ydermere bidrage til at finde flere af årsagerne bag, samt kure for psykiske lidelser (Regier et al., 2013, p. 97).

3.2 Biomedicinsk sygdomsforståelse

Dette afsnit fremstiller en kort redegørelse af relevante aspekter af den biomedicinske sygdomsforståelse, hvilken siden DSM-III's udgivelse i 1980 har været medvirkende til at danne grundlag for diagnoseforståelse- og anvendelse globalt, jf. afsnit 3.1. Dette gøres i en kritisk forståelsesramme mht., hvordan dette potentielt har påvirket diagnosticeringspraksis. Kritikere heraf er bl.a. Gøtzsche (2015) og Tyrer (2014), hvilke dette afsnit vil inddrage for en kritisk belysning af den biomedicin-

ske sygdomsforståelse og dennes implikationer for diagnosticering. Visse aspekter heraf udfoldes desuden i kapitel 4 i relation til det fund, at dele af den biomedicinske forståelse af psykiatriske lidelsers udvikling er tæt forbundet med udviklingen af psykofarmaka.

Psykisk sygdom som en kemisk ubalance i hjernen

I takt med, at der igennem 1970'erne opstod tiltagende viden om hjernens opbygning og funktion, blev opfattelsen af, at der er en nær sammenhæng ml. adfærd og højere mentale funktioner, f. eks. humør og kognition, udbredt. I denne forbindelse opstod der teorier om, at de enkelte psykiske lidelser grundede i forstyrrelser i hjernens kemi samt specifikke neurotransmitteres forbindelse til de enkelte psykiske sygdomme m.m.. Teorierne fremkom som følge af udviklingen af psykofarmaka, og heraf en øget viden om hjernens anatomi og kemi, og i de følgende årtier blev disse teorier justeret på baggrund af bl.a. klinisk forskning (Rosenberg, 2016, p. 95f). Denne udvikling beskrives ligeledes af Nikolas Rose (2007), der fremfører, at psykisk sygdom frem til 1970'erne blev tolket som grundet i psykologiske mekanismer, præget af bl.a. opvækst, personlighed og miljø. Igennem særligt de seneste 50 år forstås psykisk sygdom dog i højere grad som værende formet af biologiske baggrundsfaktorer, eks. kognitive faktorer som ønsker, humør m.m.. Disse anses som værende kortlagt i hjernen i form af neuroner og transmitterstoffer, som if. denne tankegang påvirker, hvorvidt mennesker får en psykisk sygdom (Rose, 2007, p. 192f). Det kan ifm. den anvendte teori af Rose pointeres, at denne er fundet relevant, da Rose fremstiller en historisk præsentation af udviklingen af den biomedicinske sygdomsforståelse med inddragelse af forskelligartede kilder, hvormed der opstår et velovervejet perspektiv herpå. Igennem kilden fremstilles en faktuel historisk gennemgang af området og ydermere fremfører Rose løbende egne relevante kommentarer, der tager kritisk stilling til den anvendte litteratur, hvilket synes at bidrage til kildens videnskabelige refleksion.

Den biomedicinske sygdomsforståelse søger, if. Rose, at fastslå baggrunden for psykiske lidelser, hvortil sindets funktioner bliver lig med hjernens, og dermed bliver psykiske sygdomme den adfærdsmæssige konsekvens af en såkaldt fejl i

hjernens funktioner. Ifølge ham skaber dette en ny måde at opfatte, bedømme og handle på menneskelig normalitet (ibid., p. 196f), hvorfor denne biomedicinske tankegang har haft stor indflydelse på sygdomsforståelse. Horwitz fremfører på lignende vis, hvordan den nuværende dominerende sygdomsmodel i psykiatrien, navnlig den biomedicinske, ser mentale lidelser som sygdomme i hjernen og et produkt af dårligt fungerende neurokemiske funktioner. Som tidligere nævnt, grunder biomedicinsk sygdomsforståelse i antagelsen om, at sindet og mentale funktioner kan reduceres til funktioner i hjernen, og dermed anses hjernen som væsentlig ift. at kunne forstå og forklare mentale funktioner, hvormed individet defineres af gener samt neurokemi. Den biomedicinske sygdomsforståelse medfører dermed, at mentale lidelser ses som forstyrrelser heri, og medfører ydermere, if. Horwitz, at kulturelle og individuelle sygdomsfaktorer ikke medtages, da den biomedicinske sygdomsforståelse bygger på, at hjernens funktioner er universelle og dermed uafhængige af kultur o. lign., hvormed adfærden dermed isoleres fra den øvrige kontekst (Horwitz, 2002, p. 132; p. 135f).

Den psykiatriske diagnosticeringspraksis blev dermed, med overgangen til den biomedicinske sygdomsforståelse, i højere grad betinget af gener og hjernens receptorer samt neurokemiske processer, der involverer *neurotransmittere* som eks. dopamin og serotonin. Denne praksis var tæt forbundet med forskning i psykofarmaka, hvilket vil behandles yderligere i kapitel 4. Forskningen søgte at finde neurale årsager bag de enkelte psykiatriske lidelser vha. påvisning af niveauet af kemikalier i hjernen, og dette samarbejde ml. klinikken, laboratorier og psykofarmakavirkomheder var med til at lægge grundstenen til skabelsen og markedsføringen af moderne psykofarmaka, der hævder at have terapeutisk virkning på bestemte diagnoser. Denne biomedicinske sygdomsforståelse vedr. grundlaget for psykiske er, if. Horwitz, stadig aktuel (Rose, 2007, p. 203f; Horwitz, 2002, p. 134). Psykiske lidelser ses dermed som værende variationer af normale neurokemiske tilstande, hvor eks. depression opfattes som værende forårsaget af reduktion i koncentrationen af serotonin i visse af hjernens synapser (Rose, 2007, p. 205). Horwitz fremfører hertil, at den biomedicinske sygdomsforståelse baserer sig på at adskille psykiske lidelsers biologiske og genetiske grundlag fra indflydelsen af miljømæssige faktorer og kulturel påvirkning, hvilket if. ham er kritisk, da disse forhold er betinget af hinanden (Horwitz, 2002, p. 136).

Kritik af den biomedicinske sygdomsforståelse

Ønsket om en videnskabeligt valideret biomedicinsk sygdomsforståelse er, if. Tyrer, en naturlig forlængelse af psykiatriens vision om at komme til at ligne det medicinske fagfelt. Ifølge ham har dog kun et fåtal af de psykiatriske sygdomme, modsat de medicinske, en biologisk påvist baggrund, bl.a. grundet mangel på specificitet hos de psykiatriske sygdomme, og en forkert forståelse af de fundamentale biologiske processer bag disse (Tyrer, 2014, p. 280). Hertil kritiserer han, at visse psykiatriske diagnoser stilles uden, at der foretages konkrete tests, og at der således ofte stilles en diagnose på baggrund af kriterier i manualen, f.eks. ved angst og personlighedsforstyrrelser. Hertil fremfører Tyrer, at det er særligt interessant, at et stigende antal studier af f.eks. neuroanatomi kan identificere en given abnormalitet, der dog i ingen af disse studier er tydeligt diagnosticerbar i den forstand, at den klart kan ses hos alle med sygdommen og ikke kan ses hos nogen uden sygdommen. Sammenlignet med somatiske sygdomme gør dette sig derimod gældende ved f.eks. lungebetændelse, der kan ses i lungen samt fastslås vha. en infektionstest (ibid., p. 281).

Denne mangel på evidens for en biologisk baggrund for psykiatriske sygdomme understøttes af Götzsche, der fremfører, at trods virkningen af psykofarmaka siden 1950'erne, af psykiatere, er blevet sammenlignet med insulins virkning ved sukkersyge, er det aldrig påvist, at nogle af de dominerende psykiatriske sygdomme, som f.eks. depression, er forårsaget af biokemi. Dette baserer han på sammenfatninger af studier omhandlende anvendelsen af forskellige psykofarmaka på forskellige aldersgrupper af patienter samt litterære værker af den amerikanske psykiatrikritiker, Robert Whitaker. Dette understøttes desuden af den fremlægning, som Jeffrey R. Lacasse & Jonathan Leos (2005) har om, at teorien vedr. at depression ofte bliver forbundet med mangel på serotonin, og dermed er en kemisk ubalance i hjernen, er blevet særligt udbredt i USA gennem mediernes til tider misvisende afdækning, og at dette kan have haft en hæmmende effekt på de forskningsmæssige fremskridt på området (Lacasse & Leo, 2005, p. 1211; p. 1215; Götzsche, 2015, p. 250f; p. 253; p. 258). Vi stiller os kritiske over for denne fremlægning og påpeger, at Götzsche antageligvis baserer sig på en målrettet afsøgning af kritiske studier, der netop understøtter den pointe, han ønsker at fremføre, og ligeledes at han er

kritisk i sin fortolkning af disse studier. Hertil kan det fremføres, at vi ved en litteratursøgning via PsychNET, på området omkring psykiske sygdomme og biokemiske markører, fandt adskillige aktuelle studier med positiv indikation på gyldigheden af den biomedicinske sygdomsforståelse (se eks. Kunugi, Hori & Ogawa, 2015; Bulut et al., 2013a; Bulut et al., 2013b). Dermed kan det argumenteres for, at Gøtzsches fremlæggelse er mangelfuld og ikke udpræget nuanceret, da han synes at vægte kritiske undersøgelser frem for positive. Omend flere tilslutter sig, at der endnu ikke er påvist biokemiske markører for depression, er dette et område med stor forskningsinteresse, hvortil der løbende gøres nye videnskabelige fund vedr. sammenhængen ml. biokemi og psykiske sygdomme, ved eks. ADHD og generaliseret angst.

Gøtzsche påpeger, ligesom Tyrer, at der ikke eksisterer biologiske tests til påvisning af tilstedeværelse af visse former for psykiske sygdomme. Teorier der forbin-der serotoninmængden i hjernen med depression er, if. Gøtzsche, således ikke lig med en konkret påvisning af kemisk ubalance i hjernen ved de, der har sygdommen. Dette begrundes han bl.a. med, at kun nogle patienter har gavn af antidepressiva, og at dette i nogle tilfælde desuden først sker efter nogen tids brug. Ydermere påpeger han, at antidepressiva også anvendes til behandling af andre psykiske lidelser, f.eks. social fobi, der ikke betragtes som værende betinget af serotoninmangel (ibid., p. 250f). Han fremfører, at der ikke findes nogle kemiske kure mod psykiske lidelser, hvorfor det også er forkert at kalde psykofarmaka for “anti”-stoffer, som f.eks. antidepressiva, da disse ikke helbreder eks. depression på samme vis, som eks. antibiotika helbreder infektioner (ibid., p. 230). Disse argumentationer fremføres af Gøtzsche på baggrund af henvisning til adskillige videnskabelige undersøgelser og artikler udført af forskellige forfattere, hvilket i denne sammenhæng bidrager med et relevant og videnskabeligt understøttet perspektiv, hvortil vi dog antager en kritisk forholden ifm. Gøtzsches generelle kritiske udgangspunkt.

Ydermere fremhæver Gøtzsche, ligesom Tyrer og Rose, at der er foretaget megen forskning i biologiske årsager til psykiske lidelser, hvorom han fremfører, at:

“Der er brugt milliarder af dollar på at finde gener, som disponerer for psykiske sygdomme, og på at finde deres biologiske årsager, og det har resulteret i tusindvis af studier om receptorer og hjernens transmittere. Alene i 2010 brugte NIMH 400 millioner dollar på hjerneforskning og basal adfærdsforskning, men udkommet af disse kolossale investeringer i forskningen har været tæt på nul. Forskernes vilde overdrivelser har givet offentligheden et helt forkert indtryk af, hvad vi ved om genetik, transmittere og receptorer i forbindelse med psykiske sygdomme.” (Gøtzsche, 2015, p. 235).

På baggrund af ovenstående positive fund vedr. gyldigheden af den biomedicinske sygdomsforståelse stiller vi os kritiske over for Gøtzsches påstand, da han, som nævnt, synes at vægte visse undersøgelser frem for andre. Det fremstår dog som en vigtig pointering af nødvendigheden af at stille sig kritisk over for dele af udbredelsen af den biomedicinske sygdomsforståelse. Dette kan eksemplificeres med ADHD, der menes at grunde i en mangel i hjernens dopaminerge system, og desuden er potentielt genetisk betinget, hvilket dog, if. Gøtzsche, heller ikke er videnskabeligt påvist. Ifølge ham er ADHD en social konstruktion, og ikke en psykisk lidelse (ibid., p. 235). Også Rose fremhæver ADHD som et eksempel på den medikalisering af psykiske lidelser, som den biomedicinske sygdomsforståelse har skabt. Dette baserer han på, at den stigende medikalisering af ADHD i særligt USA er drevet af økonomiske interesser, da f.eks. amerikanske skoler kan få økonomisk tilskud ift. elever med lidelsen, samt at psykofarmakafirmaer investerer i undervisning af læger og kampagner vedr. ADHD. Ifølge Rose er der dog en stigning i prævalensen af ADHD-diagnosticerede heraf, der afslører en mere kompleks proces vedr. skabelsen og behandling af lidelsen. Desuden fremfører han, at stigningen kan skyldes pres fra forældre og at diagnosen kan anses som identifikation af en lidelse der tidligere har manglet anerkendelse, hvilket er en skandale skabt i alliance med medicinske eksperter (Rose, 2007, p. 214f).

Hermed synes endnu et kritikpunkt af den biomedicinske sygdomsforståelse at opstå. Ifølge Horwitz mangler den kulturelle komponent at blive belyst ifm. psykisk lidelse og han fremfører, at de biologiske studier af psykiske lidelser, og øvrig

menneskelig adfærd, ofte undgår at sammenligne en given adfærd i forskellige miljøer. Således er de eneste forklaringsfaktorer i et miljø, der ikke varierer, individuelle karakteristika, herunder eks. gener. Han mener, at den biomedicinske sygdomsforståelse mangler modeller til studier af vigtige sociale influenser, der kun kan forekomme ved undersøgelse af det samme individ i meget forskellige sociale kontekster (Horwitz, 2002, p. 150f). Ligesom Rose stiller Horwitz sig dermed kritisk over for, at den biomedicinske sygdomsforståelse primært fokuserer på faktorer i hjernen, og dermed overser kulturelle betingelser. Derudover påpeger han, ligesom Gøtzsche, at den store udvikling på området dog ikke har medført signifikante fremskridt i viden om årsagerne bag psykiske lidelser, omend han samtidig bemærker, at retorikken herom fremstiller, at dette er tilfældet. Paradoksalt nok er synet på, at psykiske lidelser må have en biomedicinsk baggrund dermed, if. Horwitz, kulturelt skabt, bl.a. fordi det har gavnet psykofarmakaindustrien, men også på baggrund af, at sådanne årsagsforklaringer kan fritage individet for stigmatisering (ibid., p. 155f).

Dette kan understøttes af Roses påstand om, at psykiatere ikke længere søger at forstå patienter i deres sociale kontekst, men nærmere igennem deres neurotransmittere. Dog fremfører Rose, ligesom Horwitz, at den almene befolkning kan have fordele ved den biomedicinske sygdomsforståelse, da den eks. kan fratage pårørende til en psykisk diagnosticeret ansvarsfølelse, såfremt det godtages, at diagnosen grunder i en biologisk årsagsforståelse (Rose, 2007, p. 222f). Dermed kan det afslutningsvist konstateres, at psykiske lidelser i mange henseender i dag opfattes med årsag i hjernen og dennes kemi, hvortil diagnoser anses som værende den mest præcise måde at forbinde dette med symptomer og afvigende adfærd. Ifølge Rose eksisterer der dog stadig påvirkninger på psykiske lidelser i form af personlige faktorer, f.eks. familie eller seksuelt misbrug, miljømæssige faktorer, f.eks. fattigdom, samt erfaringer, f.eks. traumer eller stofmisbrug, men disse anses aktuelt alle som værende påviselige i den neurokemiske hjerne (ibid., p. 223).

3.3 Diagnosemanualernes aktuelle sygdomsforståelse

Nærværende afsnit vil udforske, hvilke mulige opfattelser af psykopatologi, der aktuelt ligger til grund for diagnosemanualerne ved inddragelse af DSM-5 og ICD-10's definition på hhv. mental lidelse og mentalt helbred.

Ifølge Rosenberg er der i nyere tid kommet større fokus på det sundhedsmæssige aspekt ift. sygdomsbegrebet, samt en stigende inddragelse af andre fagområder under lægevidenskaben, som f.eks. psykologi og sociologi. Der er i amerikansk psykiatri sket en udvidelse af spektrummet af tilstande, der falder indenfor det psykiatriske område, hvilket bl.a. kan ses ved en ændring i opfattelsen af diagnoser som værende mentale lidelser til at blive betragtet som sygdomme (Rosenberg, 2016, p. 139f). Ifølge Horwitz skete udvidelsen af sygdomsforståelse allerede ved DSM-III, der i høj grad byggede på klassifikation af det, der tidligere var anset som værende psykologiske forstyrrelser samt en omformulering af dette til kategoriske lidelser. Denne sygdomsforståelse var præget af et ønske om at tilfredsstille sundhedssektorens behov samt ønsker om at bibeholde de eksisterende diagnosticeringspraksisser. Dermed skete, if. ham, en sygeliggørelse af de problemer, der hidtil blev behandlet i et psykoanalytisk perspektiv, således at mere almindelige dagligdagsproblemer, som f.eks. familieproblemer, identitetskriser og generel ulykkelighed, blev gjort til individuelle sygdomme. Således skete en sygeliggørelse af afvigende adfærd, der blev formuleret og behandlet indenfor DSM-III's diagnostiske ramme, og generelt et skift i sygdomsforståelse, der imødekom bl.a. politiske og sundhedsfaglige, forskningsmæssige behov (Horwitz, 2002, p. 71f; p. 81f). Dele af denne sygeliggørelse af dagligdagsproblemer er dog, if. Rosenberg, søgt imødekommet gennem tiden, hvortil den aktuelle definition af sygdom i DSM-5 søger at differentiere disse og psykopatologi fra hinanden. Således defineres *mental lidelse* i DSM-5 som:

“En mental lidelse er et syndrom karakteriseret ved klinisk signifikante forstyrrelser i et individs kognition, emotionelle regulation eller adfærd, som afspejler en dysfunktion i de psykologiske, biologiske eller udviklingsmæssige processer, der ligger til grund for

mentale funktioner. Mentale lidelser er almindeligvis ledsaget af væsentlig lidelse eller funktionsnedsættelse i sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige aktiviteter. En forventet eller kulturelt accepteret reaktion på en almindelig belastning eller et tab, såsom en elsket persons død, er ikke en mental lidelse. Socialt afvigende adfærd (dvs. politisk, religiøs eller seksuel) og konflikter, som primært er mellem individet og samfundet, er ikke mental lidelse, medmindre afvigelsen eller konflikterne skyldes en dysfunktion i individet som beskrevet” (Rosenberg, 2016, p. 140f; APA, 2013, p. 20).

APA påpeger hertil, at ingen definition er i stand til at indfange alle aspekter af psykiatriske lidelser, og omvendt kan individer have et behandlingsbehov samt være psykisk lidende uden at indfri alle kriterier for en given diagnose. Definitionen blev udviklet til kliniske, offentlige helbredsinstanser samt forsknings formål og tjener ydermere det primære formål at hjælpe behandlere med at fastslå en prognose for samt behandling af patienter (APA, 2013, p. 20). Ifølge Rosenberg søger ovenstående definition ydermere at afgrænse særlige kliniske dysfunktioner og symptomer, men samtidig at tage hensyn til psykiske ændringer samt almene menneskelige reaktioner ved f.eks. sorg. Et centralt kriterium er dermed, at der skal foreligge en dysfunktion ift. de psykologiske, biologiske eller udviklingsmæssige processer, som menneskelige funktion grunder i (Rosenberg, 2016, p. 141).

Eftersom det er søgt at gøre ICD-10 kompatibel med DSM-5, må det antages, at denne sygdomsforståelse til en vis grad har influeret revisionen af ICD ifm. udgivelsen af den 10. udgave, og til stadighed influerer den aktuelle, danske sygdomsforståelse. Ovenstående definition anses derfor som relevant at medtage i en vurdering af, hvorledes sygdomsforståelse og diagnosticeringspraksis influerer på hinanden i danske sammenhænge. I denne forbindelse kan det fremhæves, at WHO ligeledes anser mange psykiske lidelser som værende resultat af en kompleks interaktion ml. biologiske, psykologiske samt sociale faktorer. Modsat DSM, der historisk set har været målrettet anvendelse i Amerika, har ICD fokus på en mere kulturelt bredt favnende sygdomsdefinition (WHO, 2001, p. 1; p. 3f; APA, 2013, p. 6).

Siden sin oprindelse har WHO inkluderet mental velvære i helbredsdefinitionen, hvortil *mentalt helbred* defineres som:

“En tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt, samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet” (Sundhedsstyrelsen, 2010, p. 7; WHO, 2001, p. 3f).

Denne opfattelse bygger på en central idé om, at et godt mentalt helbred er mere end blot fravær af mental lidelse, og desuden kan forbedres gennem fysisk helbred samt adfærd. Tværkulturelle forskelle mht. værdier, køn m.m. kan vanskeliggøre en universel sygdomsforståelse, men WHO har med ovenstående positivt ladede definition, med fokus på mental trivsel, søgt at lægge grundlaget herfor på tværs af forskellige kulturer. I forlængelse heraf mener de, at mental, fysisk og social velfungeren er gensidigt afhængige faktorer og ydermere, at et godt helbred er en tilstand af balance ml. selvet, andre og miljøet (Herrman, Saxena, Moodie & Walker, 2005, p. 2). Disse faktorer bør ligeledes medtages i overvejelser vedr. sygdomsforståelse i et dansk perspektiv, da Danmark også er omfattet af WHO's definition. Mens symptomer på psykopatologi kan variere, karakteriseres lidelserne generelt af en kombination af afvigende tanker, emotioner, adfærd eller forhold til andre (WHO, 2001, p. 10), hvortil der kan ses paralleller til sygdomsforståelsen præsenteret i DSM-5. ICD-10's bagvedliggende sygdomsforståelse bygger således på, at et godt mentalt helbred er mere end blot fravær af lidelse, men også er fundamentet for velvære og et godt funktionsniveau. Desuden er et godt mentalt helbred påvirket af f.eks. opfattelsen af sikkerhed, socialt såvel som økonomisk, håbløshed, hurtige sociale forandringer samt et godt fysisk helbred (ibid., p. 1), hvilket ydermere giver en relevant baggrundsforståelse af den aktuelle sygdomsforståelse i Danmark.

Fremtidige diagnosemanualer

Ifølge Tyrer er behandlere, trods ovenstående definitioner, ofte nødsaget til at skabe kunstige grænser ml. patologi og normalitet. Dette skyldes primært diagnosesystemernes kategoriske karakter, hvortil han fremfører, at fremtidige diagnosemanualer

med fordel kan være mere dimensionelle (Tyrer, 2014, p. 281f). Dog fremfører Regier et al., at en sådan dimensionering allerede har fundet sted både ved DSM-IV's påpegning af, at ingen sygdomsenheder skal anses som værende helt afgrænsede fra andre, men også i visse henseender i DSM-5, bl.a. ved muligheden for at indfange grader af en lidelse. For eksempel kan det ved depression specificeres, at denne er forbundet med overbelastning, hvortil specifikationer kan fordre et bedre klinisk indtryk samt bedre behandlingsmuligheder. Diagnoser er, if. Regier et al., dog i sidste ende stadig et kategorisk spørgsmål (Regier et al., 2013, p. 94f), men vi ser det dog stadig som en potentiel betragtelig forbedring at integrere det dimensionelle aspekt yderligere ift. fremtidige revisioner af diagnosemanualerne.

Som tidligere behandlet, jf. afsnit 3.1, søger ICD- og DSM-manualerne at ligne hinanden i højere og højere grad og samtidig fortsætter samarbejdet ml. WHO og APA, hvorfor de fremtidige manualer, if. Regier et al., kommer stadigt tættere på hinanden. Sådanne fælles indsatser gør, if. dem, behandlere verden over i stand til at skabe bedre behandling samt forskning, bl.a. da det skaber bedre betingelser for deling af forskningsresultater m.m. (Regier et al., 2013, p. 97). Det kan diskuteres, om det ville være gavnligt med en fremtidig sammenføring af de to manualer, hvilket påpeges af bl.a. Allen J. Frances & John Nardo (2013). Overordnet er der således, if. APA, generel enighed om, at det ikke er hjælpsomt for det psykiatriske felt at have to adskilte diagnosemanualer ifm. psykiatriske lidelser (APA, 2009, p. 63; Frances & Nardo, 2013, p. 2). Dog er der stadig forskelle ml. de to manualer, hvortil nogle af de mest væsentlige er ift., at ICD er udformet i et samarbejde ml. alle 193 medlemslande i WHO, mens DSM blot er godkendt af APA's interne gruppe. Desuden er der modsatrettede økonomiske interesser bag de to manualer, eftersom ICD søger at udbrede sig så meget som muligt, og dertil eks. er gratis tilgængeligt på internettet, mens DSM-manualen udgør en betydelig del af APA's indkomst, bl.a. ved salg af manualen og tilhørende produkter samt copyright tilladelser (APA, 2009, p. 63). Ifølge APA er der ikke megen begrundelse for at bibeholde DSM som selvstændig manual, bl.a. grundet det tætte samarbejde med WHO. Dog indeholder DSM mange yderligere informationer vedr. diagnoserne, som gør den til et væsentligt bidrag på området. Derfor fremstiller de muligheden for, at DSM fremadrettet kan ses som en vigtig diagnostisk tekstbog og som supplement til ICD (ibid.). Dog synes der at være lange udsigter til en potentiel sammenføring

af manualerne, da DSM-5, if. Frances & Nardo, foretog mange uhensigtsmæssige beslutninger, baseret på lukkede beslutningsprocesser og hypotetiske fordele, som ICD-11 ikke bør stræbe efter at efterligne. Disse bestod bl.a. i manglende kontrol og afprøvning af diagnoserne med dertil følgende manglende reliabilitet (Frances & Nardo, 2013, p. 2), hvilket taler imod en foreløbig sammenføring af de to manualer til én. Hertil kan det påpeges, at omend Frances & Nardo angiver ikke at have nogle interessekonflikter, var Frances med til udformningen af DSM-IV, hvorfor det kan antages, at denne kilde kan være influeret heraf. Desuden har begge forfattere beskæftiget sig med psykiatrien i adskillige år (ibid., p. 1), hvilket både kan anses som havende negativ indflydelse på den inddragede kilde, da dette kan have præget forfatterens holdning, men også som en fordel, da deres fremstillinger dermed fremstår mere velunderbyggede. Som dette kapitel har afdækket, har diagnosemanualerne undergået en stor udvikling gennem tiden og udgør i dag en væsentlig indvirkning på den globale mentale helbredssektor (Cosgrove & Wheeler, 2013, p. 664).

3.4 Delkonklusion

Nærværende kapitels formål var at besvare spørgsmålet om, hvilke mulige sammenhænge, der er ml. diagnosemanualerne og psykiatrisk sygdomsforståelse i Danmark. Dette ses som et væsentligt aspekt ift. en besvarelse af specialets problemformulering, da de psykiatriske diagnosemanualer har haft en stor influens på måden, hvorpå psykisk sygdom forstås og defineres og den tilhørende diagnosticeringspraksis.

For at belyse udvalgte mulige sammenhænge i denne forbindelse, var det relevant med en indledningsvis udforskning af dele af de psykiatriske diagnosemanualers historiske oprindelse samt udvikling gennem tiden, hvortil også visse af de fremtidige implikationer for ICD-11 blev diskuteret. Heraf fandt vi, at diagnosemanualerne, særligt efter udgivelsen af DSM-III og det tilhørende skift til ateoretiske, biomedicinske diagnosekategorier, har haft en væsentlig indflydelse på psykiatrisk sygdomsforståelse. Denne manual har haft stor indflydelse på den globale diagnosticering, hertil også i Danmark, og har medført bl.a. en stor vækst i antallet af

psykiatriske diagnoser. Dog skal det i denne forbindelse påpeges, at der ikke er påvist en tilsvarende vækst i antallet af psykiatrisk diagnosticerede i Danmark, jf. kapitel 1, hvortil det er relevant at fremhæve dette skel ml. psykiatriske diagnoser og psykiatrisk diagnosticerede. I Danmark var ICD særligt præget af den biomedicinske sygdomsforståelse fra udgivelsen af ICD-8 og også fremadrettet i ICD-10, der anvendes i dag. Ydermere fandt vi, at samarbejdet ml. repræsentanter for de to manualer traditionelt set har været tæt, hvilket stadig er tilfældet. I denne forbindelse blev det fremført, at ICD-11 formentlig vil være præget af ønsket om sammenlægning med DSM-5, særligt mht. forskningssammenhænge, omend ICD-11 sandsynligvis vil være præget af bredere overordnede diagnosekategorier med færre specifikke diagnoser.

Et andet aspekt ifm. diagnosemanualernes influens på psykiatrisk sygdomsforståelse, og dermed måden hvorpå der diagnosticeres, er iht. den biomedicinske sygdomsforståelse. Denne baserer sig på, at psykiske sygdomme skal betragtes som en kemisk ubalance i hjernen og er, bl.a. grundet nyere tids forskning på området, vundet meget frem, hvilket ses afspejlet i diagnosemanualerne. Psykisk sygdom, forstået som en neurokemisk ubalance, er dermed en væsentlig faktor for den nutidige sygdomsforståelse og den diagnosticeringspraksis, der følger heraf. Hertil opstod dog fund af kritik i af form manglende neurokemisk påvisning af mange psykiatriske lidelser. Yderligere kritikpunkter af den biomedicinske sygdomsforståelse fremkom i form af, at der er forsket meget heri i nyere tid uden signifikante nye fund, samt at der bl.a. overses essentielle kulturelle aspekter i denne henseende.

Afslutningsvist blev diagnosemanualernes aktuelle sygdomsforståelse belyst gennem ICD-10 og DSM-III's definitioner af hhv. mental lidelse og mentalt helbred, hvilke vi fandt også i høj grad påvirker den nutidige diagnosticeringspraksis. Det blev fremført, at begge definitioner har fokus på, at psykiske lidelser grunder i en kompleks interaktion ml. psykologiske, biologiske, udviklingsmæssige samt sociale faktorer. WHO's helbredsdefinition er præget af bl.a. et fokus på, at mental velfungeren er mere end blot fravær af lidelse samt ydermere at skulle være multikulturel, grundet WHO's verdensomspændende funktioner. Den aktuelle sygdomsforståelse i de to manualer, og dermed også diagnosticering, er desuden præget af, at lidelserne, trods varierende symptomer, ofte kendetegnes ved en generel kombination af afvi-

gende tanker, adfærd, emotioner eller relationer til andre. Afslutningsvist blev de fremtidige implikationer for manualerne, og den tilhørende sygdomsforståelse, diskuteret, hvortil det blev argumenteret for et fund om, at diagnosticering fremadrettet med fordel kan ske på mere dimensionel vis. Ydermere blev en potentiel fremtidig sammenføring af de to manualer diskuteret, bl.a. på baggrund af, at USA er et af medlemslandene i WHO. Dette har dog formentligt lange udsigter, bl.a. grundet manualernes meget forskelligartede økonomiske interesser.

Af dette kapitel kan det dermed konkluderes, at de psykiatriske diagnosemanualer særligt i nyere tid har haft en stor indflydelse på forståelse og definition af psykiske lidelser og hertil, hvordan disse diagnosticeres. Særligt den biomedicinske opfattelse af, at psykiske lidelser kan findes i hjernen, er aktuelt dominerende. Dette kan til dels skyldes, og forstærkes af, fremkomsten af psykofarmaka, hvilken vil behandles i følgende kapitel mht. et mere dybdegående indblik i, hvorledes psykofarmakaindustrien potentielt influerer psykiatrisk sygdomsforståelse.

4. Hvilke mulige sammenhænge er der mellem psykofarmakaindustrien og psykiatrisk sygdomsforståelse?

Nærværende kapitel ønsker at afdække mulige sammenhænge ml. den psykofarmakologiske industri og psykiatrisk sygdomsforståelse i Danmark. Ligesom i foregående kapitel, forstås sammenhænge her som værende udvalgte faktorer, der har en indvirkning på psykiatrisk sygdomsforståelse som følge af ændringer, nyskabelser m.m. i psykofarmakaindustrien. Der gøres desuden atter opmærksom på, at nedestående aspekter er udvalgt blandt flere potentielle, men hvor disse forekom mest fremtrædende igennem litteratursøgningen. Andre mulige essentielle aspekter at afdække i den forbindelse kunne hypotetisk set være faktorer som de informationer lægestuderende får under uddannelsen samt lægers påvirkning af hinanden indenfor branchen.

Dette kapitel tager udgangspunkt i, at der indenfor psykofarmakaindustrien ikke udelukkende eksisterer kapitalistiske interesser, som ofte fremhævet i bl.a. medierne. Derimod søger kapitlet at belyse yderligere mulige aspekter ift. industriens virke, hvortil det eks. kan nævnes, at industrien har vigtig viden omkring psykofarmaka samt har andre potentielt godgørende interesser. Hertil vil først foreligge en udforskning af psykofarmakaindustrien med henblik på en redegørelse af dele af baggrunden for industriens opståen samt virke gennem tiden. Herefter vil det belyses, hvorvidt dele af industrien potentielt har påvirket udførelsen af diagnosemanualerne, særligt ICD-10. I forlængelse heraf vil det gennem et litteraturreview udforskes, hvorvidt det er muligt, at dele af psykofarmakaindustrien i Danmark i dag har forbindelse til læger samt hvordan dette potentielt kan påvirke lægernes sygdomsforståelse og herigennem diagnosticeringspraksissen. Afslutningsvist vil det på baggrund heraf diskuteres, hvor stor en rolle disse forskellige aspekter af psykofarmakaindustrien spiller ift. psykiatrisk sygdomsforståelse og diagnosticering i Danmark. Således kan nærværende kapitel bidrage til en besvarelse af specialiets problemformulering mht. viden om, hvordan visse dele af psykofarmakaindustrien synes at påvirke psykiatrisk sygdomsforståelse i det aktuelle danske samfund.

4.1 Psykofarmakaindustriens historiske og aktuelle virke

Begyndelsesvis ønskes det præciseret, at dette speciale anser *psykofarmakaindustri* som værende det aktuelle psykofarmakologiske medicinmarked og dettes potentielle tilhørende aktører. Psykofarmakaindustrien ses dermed som en underliggende del af den samlede medicinalindustri, hvilken indebærer alle former for medicinske præparater til behandling af såvel psykiske som somatiske lidelser. Herunder kan *psykofarmaka*, if. Rosenberg, defineres som værende lægemidler med specifik indvirkning på psykiske funktioner, f.eks. normalisering af stemningsleje og følelser, og anvendes primært til behandling og forebyggelse af psykiske sygdomme (Rosenberg, 2016, p. 388). Det er således den del af industrien, der retter sig mod psykofarmaka, der er i fokus i dette kapitel, hvortil det bl.a. ønskes at afdække, hvilke faktorer, der potentielt kan have bidraget, og aktuelt bidrager, til vedligeholdelse af industrien. Psykofarmakaindustriens aktører i Danmark udgøres bl.a. af psykofarmakaproducenter, der har kontakt til læger, som har fået Lægemiddelstyrelsens tilladelse til at samarbejde med disse producenter. Af Lægemiddelstyrelsens liste over læger med tilknytning til virksomheder fremgår f.eks. firmaer som Pfizer, AstraZeneca, Novo Nordisk samt Lundbeck (Lægemiddelstyrelsen, 2015). Dette kapitel ønsker at afsøge eksistensen af en formodet indflydelse fra sådanne aktører i psykofarmakaindustrien og sammenhæng ml. sådanne og psykiatrisk sygdomsforståelse samt diagnosticeringspraksis. Hertil hvorvidt industrien er præget af ensrettede aktørinteresser, eller i højere grad af forskellige aktører med forskellige bevæggrunde. Således ønskes det bl.a. at belyse industriens egne interesser, samt fordele og ulemper herved, ifm. den sygdomsforståelse, der danner baggrund for den nutidige diagnosticeringspraksis samt psykofarmakaindustriens virke og udvikling gennem tiden.

Den psykofarmakologiske industris begyndelse

De første medicinpræparater rettet mod psykiske lidelser opstod i midten af det 19. årh., og har gennem tiden undergået en udvikling ift. indholdet af aktive ingredienser (Nielsen & Gøtzsche, 2011, p. 125f) samt anvendelsesområder for præparaterne.

Ifølge Pieters & Snelders var den mest anvendte diagnose for middelklassens kvinder i sidste halvdel af det 19. årh. hysteri, hvilket frem til starten af det 20. årh. udviklede sig til at betegne nervesygdomme, der primært blev anset som værende forårsaget af det moderne industrisamfunds krav om omstillingsparathed m.m.. Som følge af udbredelsen af disse sygdomme, og konsekvenserne heraf, blev der udviklet syntetiske stoffer med beroligende effekt, som eks. kloralhydrat, der også var rettet mod søvnløshed, og barbiturater, stoffer rettet mod nervøsitet, angst og søvnproblemer (Pieters & Snelders, 2009, p. 64f; Drugs.com, 2017a; Drugs.com, 2017b). Særligt barbiturater blev populære i første halvdel af det 20. årh., både pga. psykofarmakaindustriens promovering af disse på baggrund af et moderne videnskabeligt grundlag, men også pga. datidens økonomiske vækst, som medførte, at flere forbrugere fik råd til at købe præparaterne. Først i 1930'erne opstod kritik af præparaterne grundet farlige helbredsmæssige konsekvenser heraf, bl.a. i form af et stigende antal dødsfald i middelklassen som følge af forbruget af barbiturater. Dette resulterede i, at stofferne blev begrænsede til kun at være tilgængelige på recepter udskrevet af læger, der havde den nødvendige viden omkring medicinske præparater. Dermed blev det lægernes ansvar at kontrollere befolkningens adgang til psykofarmaka, og grundlaget for en ny psykofarmakologisk masseindustri var lagt (Pieters & Snelders, 2009, p. 64f). Pieters & Snelders anfører dette på baggrund af gennemført og konsekvent reference til deres anvendte kilder. Vi anser dog det videnskabelige belæg for deres fremlæggelser, på samme måde som ift. Rosenbergs værk, med nogle forbehold i en læsning heraf. Dette særligt ift., at de ikke eksplicit vurderer deres anvendte kilders videnskabelige belæg, ligesom der også er tale om historiske redegørelser, der gør det svært at vurdere sandfærdigheden heraf. Hvortil de også baserer sig på teoretiske fremstillinger og ikke direkte empiriske undersøgelser. Dog anser vi kilden som pålidelig i det omfang, at den fremlægger sine påstande på et teoretisk velfunderet grundlag.

Efterspørgslen på psykofarmaka blev ydermere øget efter 2. Verdenskrig, hvor traumatiserede og angste soldater vendte hjem, mens også den almene befolkning oplevede stress og frygt i efterkrigstiden, bl.a. grundet de vanskelige livsvilkår under og efter krigen. Ydermere kom der en stigende opmærksomhed på psykofarmakaens videnskabelige baggrund samt marketingspraksisser, der skabte øget opmærksomhed fra medierne. Ifølge Pieters og Snelders var det bl.a. disse faktorer,

der var medvirkende til, at psykofarmaka blev fremstillet og generelt anset, som at tilbyde mulighed for at opnå et sundt sind, der bl.a. var i stand til at efterkomme de stigende krav fra industrisamfundet i de vestlige forbrugerkulturer (ibid., p. 65).

Den nyere tids psykofarmaka

Den psykofarmakologiske revolution, der if. Pieters & Snelders samt Whitaker opstod ifm. den moderne psykiatri, anses typisk som værende opstået i starten af 1950'erne, da asylerne introducerede det antipsykotiske middel chlorpromazine. Kort efter fremkom flere forskellige antipsykotiske præparater og herefter fulgte antidepressiva samt angstdæmpende medicin. Således fik psykiatrien, på lige fod med somatikken, farmakologiske stoffer rettet mod specifikke lidelser, hvilket skabte forventninger om medicin, der kunne hele sindet på samme vis som eks. tidligere set ved penicillin mod somatiske sygdomme (Drugs.com, 2017c; Pieters & Snelders, 2009, p. 66; Whitaker, 2005, p. 23). Ydermere begyndte neuroforskningen, farmakologien og psykiatrien i 1960'erne at eksperimentere med det hallucinationsfremkaldende stof LSD, da det blev anset som potentielt bidragende ift. forskning i hhv. neurovidenskaben, terapi og psykiatri. Dette skabte grundlag for yderligere tanker om sammenhængen ml. krop og sind samt muligheden for at ændre sindet gennem kemisk påvirkning. Disse tanker blev fremskyndet af den psykofarmakologiske industri, der bl.a. fremstillede beroligende medicin som hjælpemiddel ift. at mindske følelser som skyld og skam samt øge selvtilliden (Pieters & Snelders, 2009, p. 67).

I 1960 blev benzodiazepiner introduceret med henblik på behandling af angst, søvnløshed og spændinger med påstanden om, at disse ikke ville medføre samme bivirkninger i form af afhængighed m.m., som de tidligere beroligende midler. Disse opnåede, bl.a. gennem mediernes påskønnelse, hurtigt et ry som værende i stand til at stabilisere en hvilken som helst lidelse. Ifølge Margrethe Nielsen & Peter C. Gøtzsche (2011) svarede salget af benzodiazepiner i en dansk sammenhæng, da det var på sit højeste, til at ca. 10% af den danske population var forbrugere heraf. Hertil kom i 1963 lanceringen af Valium, som hurtigt blev det bedst sælgende præparat i Vesten, og andre lignende bredspektrede præparater, der alle

påstod at kunne kurere adskillige forskelligartede psykiske og somatiske lidelser (Pieters & Snelders, 2009, p. 68; Nielsen & Gøtzsche, 2011, p. 125f). Omend Valium o. lign. benzodiazepiner frem til slutningen af 1970'erne var de mest sælgende psykofarmakapræparater i Vesten, opstod i slutningen af 1960'erne et oprør imod tendensen til ønsket om kontrol over det psykiske velvære. Oprøret kom som følge af en stigende offentlig kritik af det høje forbrug af psykofarmakapræparater hos middelklassen, og dertil kravene om, at det enkelte individ skulle fremstå nærmest fejlfrit, og grundede i hippie-kulturen, der i stedet søgte spirituel stimuli af sindet gennem brug af bl.a. LSD, cannabis og heroin. Begge disse tendenser skabte en frygt for fremtiden med et stofpåvirket samfund, og følgerne af udbredelsen af de psykofarmakologiske stoffer. Dette fik i slutningen af 1970'erne politikere verden over til at stramme lovgivningen for at forbyde visse psykofarmakologiske præparater med henblik på at indskrænke indtaget heraf (Pieters & Snelders, 2009, p. 68f).

Samtidig opstod en antipsykiatrisk bevægelse, der dog, if. Pieters & Snelders, bidrog til at skabe opmærksomhed omkring, hvad der kunne anses som normalitet samt en øget åbenhed mht. at opfatte psykiske tilstande som uønskede symptomer, der fordrede behandling. I midten af 1980'erne begyndte en ny generation af unge at eksperimentere med det psykedeliske stof Ecstasy, med henblik på at opnå glæde vha. kemiske virkningsstoffer. Sammenfaldende med dette opstod igen et offentligt ønske om at kunne opnå selvkontrol og bestemte sindstilstande vha. psykofarmaka. I 1987 udkom antidepressivaen Prozac, der blev præsenteret som en revolution ift. at kunne modvirke depression og baserede sig på den nyeste videnskabelige evidens for sammenhængen ml. serotonin og depression. Desuden skulle Prozac, og dets synonympræparater, være i stand til at overkomme tidligere problemer med bivirkninger som f.eks. afhængighed (ibid., p. 69f). Således startede, if. Pieters & Snelders, en ny generation af udskrivning af psykofarmaka, hvortil Prozac i 1994 var det næstbedst sælgende medicinske præparat på verdensplan, kun overgået af præparatet Zantac mod mavesår, og depression blev så udbredt, at diagnosen voksede til en nærmest epidemisk tilstand i den vestlige verden, frem til 2009. I denne periode skete der dog sideløbende med medikaliseringen et øget fokus på virkningen af psykoterapi og således, at psykofarmaka ikke entydigt kunne helbrede psykisk sygdom. Hertil er der, if. dem, opstået en udbredt holdning om, at humørregu-

lerende præparater snarere efterlader forbrugerne i mere neutrale sindstilstande og derved, på trods af psykofarmakaproducenternes påstande gennem tiden, ikke kan betegnes som bidragende til en lykkefølelse (ibid., p. 71).

Således har psykofarmakaindustrien, if. Pieters & Snelders, bidraget til udbredelsen medikalisering af psykiatriske lidelser gennem tiden. Af ovenstående kan det dog udledes, at denne udbredelse har haft sit grundlag i forhold, der af samfundet har været anset som problematiske i den givne periode, hvormed psykofarmakaindustrien har haft incitament for at skabe samt producere visse præparater. Omend psykofarmakaproducenterne gennem tiden således har ledt efter nye potentielle markeder, samt søgt at fremme anvendelsen af psykofarmaka gennem bl.a. samarbejde med læger, er det oprindelige behov herfor betinget af bl.a. en efterspørgsel fra samfundet samt afhængig af samarbejdet ml. læger og forbrugere. Pieters & Snelders fremstiller ydermere, at der er tale om en dynamisk proces, hvortil også kulturelle og samfundsmæssige forhold spiller ind på udviklingen og anvendelsen af psykofarmaka, ligesom også samarbejdet ml. forbrugere og læger udgør et betydeligt forhold (Pieters & Snelders, 2009, p. 71).

Aktuelt fremfører kritikere, som bl.a. Whitaker, dog, at forskere igennem sidste halvdel af det 20. årh. har udført eksperimenter vedr. forskellige psykofarmaka præparater, hvortil adskillige studier konkluderer, at disse i mange tilfælde fører til kronisk sygdom over tid, og dermed skaber lidelse frem for at helbrede. Studierne er bl.a. omhandlende antipsykotikum, som NIMH i løbet af 1970'erne udførte tre behandlingseksperimenter om. Disse fandt alle, at patienter med skizofreni, som ikke blev behandlet med psykofarmaka, havde både bedre forudsætninger for at blive raske samt reduceret risiko for tilbagefald. I 1992 sammenlignede WHO desuden udfaldet af behandling af skizofrene i hhv. fattige og rige dele af verden. De fandt, at i de fattige lande, hvor psykofarmakaforbruget var markant lavere, havde to tredjedele af de skizofrene efter hhv. to og fem år oplevet en betydelig bedring, mens en tredjedel var kronisk syge. I de rige lande, særligt USA, var denne tendens nærmest direkte modsat. Studier af MRI-scanninger af hjernen på skizofrene igennem 1990'erne har desuden vist, at antipsykotikum på længere sigt forværrer symptomerne, som de oprindeligt skal afhjælpe (Whitaker, 2005, p. 29).

Whitaker fremfører dermed, at psykofarmaka kan have uhensigtsmæssige bieffekter, der medfører ændringer i neurokemien og i dette tilfælde bl.a. kan ses ved en øget sårbarhed over for fremtidige psykoser (ibid.). Langtidsstudier af bl.a. NIMH i 1980'erne samt frem til 1990'erne, påviste, vha. sammenligning ml. behandling af depression med hhv. terapi, antidepressiva samt placebo, at der ingen signifikant forskel var ml. disse tre behandlingsformer samt at også antidepressiva forværrer tilbagefald og gør patienterne i behandling kronisk syge. Denne tilsyneladende forringelse, som følge af anvendelsen af psykofarmaka, gør sig ligeledes gældende for benzodiazepiner ifm. behandling af panikanfald, if. et studie på tværs af 14 lande fra 1988 (ibid., p. 30f). I denne forbindelse fremhæver Whitaker, at bivirkninger ofte har værre konsekvenser for helbredet ift. konsekvenserne af at føre en almindelig livsførelse med en psykisk sygdom (Whitaker, 2005). Hertil kan det fremhæves, at Whitakers videnskabelige belæg grunder i en kombination af referencer til empiriske studier samt teoretiske undersøgelser og behandlinger, hvortil han undervejs angiver, hvor de anvendte data samt redegørende teorier stammer fra. Han tager selv kritisk stilling til de anvendte referencer og dette bifalder vi, men pointerer, at der ved læsning af hans værk bør huskes på, at ingen af de empiriske undersøgelser, som Whitaker referer til og anvender, er hans egne. Derfor tages forbehold for, at der kan eksistere en vis grad af fortolkning i hans fremlægning, sammenlignet med primærkildernes oprindelige undersøgelser. Dette forhold gør sig dog generelt gældende ved læsning af værker, der referer til empiriske studier foretaget af andre. Men vi vil hertil understrege, at hans fremlægning synes videnskabeligt velunderbyggede, hvorfor en anvendelse af hans værk som litterær kilde for nærværende speciale er rimelig.

Således hersker der aktuelt modsatrettede argumenter vedr., hvorvidt psykofarmakaindustrien udelukkende baserer sig på kapitalistiske interesser, da industrien både kan ses som værende gavnende, i og med at den kan bidrage til at helbrede psykiske lidelser, men også skadende, da den kan have et for udpræget fokus på at opnå profit på bekostning af den almene sundhed.

Psykofarmaka i et dansk perspektiv

I en aktuel sammenhæng fremfører Marianne Kristensen (2003), at:

“En lang række læger og førende eksperter i almen medicin vil have sat en stopper for lægemiddelindustriens dominerende indflydelse i sundhedsverdenen. Industrien har fået alt for meget plads til at bestemme, hvem der er syge, og hvordan de skal behandles [...] Medicinalindustrien bærer en stor del af ansvaret for, at der er skabt en sygdomskultur, der næsten omfatter alle.” (Kristensen, 2003, p. 6).

På trods af, at Kristensen i sin udlægning kan kritiseres for at være upræcis mht. under hvilke omstændigheder, hun har talt med hvilke eksperter samt hvilke områder disse hører under, synes citatet at indeholde en væsentlig pointe vedr. psykofarmakaindustriens rolle i en dansk sammenhæng. Ydermere påpeger hun, at også Gøtzsche problematiserer, at udviklingen af psykofarmaka i dag ikke er forbundet med psykiske lidelser på samme vis som før, men i højere grad er afhængig af økonomiske faktorer. Ifølge ham kan der ses en voldsom vækst i præparater, der retter sig mod menneskelig velvære fremfor specifikke lidelser (ibid.). Denne tendens synes dog ikke ny, da f.eks. Valium blev anvendt på lignende vis, som fremført i ovenstående afsnit (Pieters & Snelders, 2009, p. 64). Ifølge Kristensen fremlægger tidligere formand for Lægemiddelindustriforeningen, Teddy Hebo Larsen, at industriens arbejde i Danmark dog i langt de fleste tilfælde sker i overensstemmelse med reglerne. I stedet kritiserer han det offentlige, som han mener bør være mere involverede på psykofarmakaområdet (Kristensen, 2003, p. 7). Vi stiller os dog kritiske over for, at det bagvedliggende videnskabelige belæg for disse fremlæggelser ikke fremgår eksplicit af Kristensens artikel. Desuden påpeger vi, at Larsen, i kraft af sin tilknytning til industrien, forventeligt er uenig i ovenstående kritik, hvorfor en læsning af hans udtalelser, i Kristensens værk, skal tages anses med forbehold for deres formodentlig forskelligartede synspunkt på dette aspekt ved psykofarmakaindustriens ageren. Alligevel har vi valgt at anvende denne kilde, da vi synes, den belyser nogle aktuelle, interessante og væsentlige aspekter af industriens virke, der lægger op til yderligere refleksion.

På baggrund af tal fra Lægemiddelstyrelsen vedr. receptpligtig medicin solgt til sygehuse og fra apoteker, ses der, if. Götzsche, i nyere tid en stigning i antallet af danskere, der tager antidepressiv medicin. Kristensen fremlægger, at det til dels kan skyldes, at patienter er blevet mere bekymrede for deres helbred. Dette bl.a. grundet psykofarmakaindustriens fokus på, at én sygdom ofte kan medføre flere andre, i form af komorbide lidelser, og en sygeliggørelse af det normale som følge heraf. Psykofarmakaindustriens repræsentanter afviser denne kritik og fremfører, at præparater kun godkendes, såfremt de har dokumenteret effekt på patientens helbred, og at overforbrug af f.eks. førnævnte antidepressiva skyldes lægernes praksis (Kristensen, 2003, p. 7ff). Dog kan her fremføres, at der ifm. forskning i nye lægemidler, if. Nina V. Andersen (2005a), er fundet eksempler på såkaldte *spøgelsesforfattere*, hvor psykofarmakaproducenter el. lign. søger at udgive forskning i lægers navn, uden at lægen er reelt involveret. Dermed fremstår artiklerne som værende uafhængig forskning, men kan i virkeligheden indeholde skjult reklame, f.eks. ved at fremhæve fordele ved et givent præparat, som dog er fundet af producenten selv og ikke er objektive, videnskabelige fund. Spøgelsesforfattere er ofte eksperter indenfor det givne felt, og artikler udgivet med en spøgelsesforfatters navn kan således skabe troværdighed. Artikler skrevet på denne måde er ofte forfattet af medicinalfirmaet og således giver spøgelsesforfattere medicinalindustrien mulighed for at kontrollere alle forhold vedr. f.eks. testning, registrering og markedsføring af produkter, og dermed også mulighed for at fremhæve egne produkter som værende bedre end konkurrenters (Kristensen, 2003, p. 9; Andersen, 2005a, p. 1828).

Desuden er et yderligere argument for psykofarmakaindustriens kommercielle interesse og påvirkning af diagnosticeringspraksis, at nogle firmaer betaler læger for at forske i produkter, holde foredrag og undervise kolleger. Disse forbindelser vil belyses yderligere i afsnit 4.3. I denne sammenhæng kan fremhæves, at en opgørelse fra Amtsrådsforeningen fra 2003 viste, at 130 læger havde et bijob for medicinalindustrien samtidigt med deres offentlige ansættelse (Andersen, 2005b, p. 11). Konsekvensen af, at læger aflønnes af psykofarmakaindustrien kan, if. Lunde, blive problematisk patientbehandling og lavere tillid til lægerne. Læger skal i denne henseende tjene både industriens og patientens interesser, hvilket kan være vanskeligt, da eks. lægernes rådgivning vedr. behandling og udskrivning af bestemte præparater kan påvirkes af, at et bestemt psykofarmakafirma har investeret i dem.

Herved opstår, if. Lunde, potentielle alvorlige tillidsproblemer mht. baggrunden for lægers valg af behandling (ibid.). Hertil er det, if. Andersen, gennem flertallige undersøgelser af bl.a. the American Medical Association (JAMA) påvist, at læger, der deltog i industrisponsoreret efteruddannelse m.m., i højere grad udskrev det aktuelle firmas præparater. Eksempelvis viste en metaanalyse, foretaget af JAMA i 2000, at læger, der deltog i industrisponsoreret efteruddannelse og accepterede at få rejse- og hoteludgifter betalt ifm. hermed, i højere grad udskrev det pågældende firmas præparater. I en dansk sammenhæng fremførte Indenrigs- og Sundhedsministeriet i et notat fra 2005, at der er en vækst i psykofarmakaindustriens sponsorering af læger, hvilket ofte befinder sig i gråzonen ml. videnskabelighed og reklame, da visse aktiviteter kan have en fremmede effekt på lægers viden og praksis, mens andre aktiviteter sker med henblik på at promovere egne produkter og fremme firmaets salg (Andersen, 2005b, p. 11ff). Hertil fremfører Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005):

“Det antages generelt, at en stor del af lægers efteruddannelse finansieres via medicinalindustrien. Der foreligger, så vidt Sundhedsstyrelsen er orienteret, ikke præcise oplysninger herom. Sundhedsstyrelsen har forespurgt Amtsrådsforeningen og Den almindelige Danske Lægeforening, som ikke har oplysninger om omfanget af medicinalindustriens eller i øvrigt sygehusejernes bidrag til lægers efteruddannelse. [...] Endeligt skal det bemærkes, at den enkelte læge har pligt til i henhold til lægeloven at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, hvilket omfatter en forpligtelse til at holde sig orienteret om nutidige behandlingsprincipper mv.” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005, p. 1f).

Jasper S. Winkel (2004) fremlægger, at en undersøgelse fra 2004 viste, at tre ud af fire danskere mener, at psykofarmakaindustrien i højere grad tænker på profit end på befolkningens sundhed. Ydermere mente et flertal, at industrien påvirker læger til at udskrive bestemte præparater, og at producenterne udgør en trussel mod samfundets interesser. Ifølge Lægemiddelindustrien kan denne mistillid skyldes, at industrien ikke har været gode nok til at informere den almene befolkning om deres aktiviteter, og at en større åbenhed dermed kan skabe mindre mistænksomhed. Winkel fremlægger paradokserne ved, at en industri, der i mange tilfælde er be-

hjælpelig mht. helbredsproblemer samtidig, ofte opfattes negativt (Winkel, 2004, p. 15; p. 18).

Larsen stiller sig, ift. nærværende kritikpunkter, uforstående, if. Kristensen, idet han mener, at reglerne mht. psykofarmakaindustriens muligheder for f.eks. godkendelse af nye produkter er stringente, således at nye præparater ikke kan udgives blot på baggrund af en god forbindelse ml. læger og industrien. Ydermere fremfører han, at f.eks. brugen af ovenstående spøgelsesforfattere ikke lader sig gøre, da publiceringer til lægetidsskrifter skal igennem en grundig kvalificeringsproces. Dog har psykofarmakaindustrien, if. den selv, et ansvar over for folkets helbred, og dermed stor interesse i at støtte sundhedsområdet, ved f.eks. at samarbejde med troværdige læger og publicere sandfærdige forskningsresultater m.m. (Kristensen, 2003, p. 9f). Det tyder dermed på, at psykofarmakaindustrien påvirker psykiatrisk sygdomsforståelse og diagnosticering og har gjort dette gennem tiden, men at de samfundsmæssige og kulturelle tendenser og normer også bør medtages i vurderingen heraf. Hertil synes det offentlige at have en lidt tilbagetrukket rolle (ibid., p. 7), hvilket også kan skabe øget indflydelse fra industrien og dermed større samarbejde ml. disse og praktiserende læger. I forlængelse heraf ønskes det i følgende afsnit at udforske, hvorledes psykofarmakaindustrien konkret har påvirket psykiatrisk sygdomsforståelse og hertil hørende diagnosticeringspraksis i nyere tid samt gør dette aktuelt.

4.2 Mulige sammenhænge mellem psykofarmaka-industrien og diagnosemanualerne

Dette afsnit ønsker at fremstille en åben udforskning af, hvorvidt psykofarmakaindustrien potentielt har påvirket udviklingen af særligt ICD-10, og psykofarmakaindustriens aktuelle rolle ift. diagnosticering i Danmark. Dette gøres med henblik på at få indblik i, hvorledes disse forhold aktuelt kommer til udtryk og potentielt har indflydelse på samt sammenhæng med psykiatrisk sygdomsforståelse i en dansk kontekst som led i en besvarelsen af specialets problemformulering.

Den biomedicinske sygdomsforståelse

De to førende diagnosemanualer, DSM og ICD, efter at være så overensstemmende som muligt, hvilket har gjort sig gældende gennem en længere tidsperiode, jf. kapitel 3. Ved udgivelsen af DSM-III skete, som tidligere nævnt, et paradigmeskift mht. afgrænsningen af de diagnostiske kriterier, hvis reliabilitet skulle påvises som baggrund for klassifikation. Ydermere blev der opstillet ateoretiske, operationelle diagnostiske kriterier for DSM-manualen, som senere ligeledes blev indført i ICD-10. Dermed blev den internationale konsensus, ifm. hvordan diagnoser skal anvendes og tolkes, øget og diagnosekriterierne blev tilpasset nyere tids gennembrud, bl.a. i psykofarmakologiske sammenhænge. Således er dette et eksempel på psykofarmakaindustriens påvirkning af diagnosesystemerne, hvortil denne dog skal ses i en bredere sammenhæng, da diagnosemanualernes modernisering ligeledes var påvirket af en øget interesse for, samt forskning i, hjernens opbygning, funktioner m.m. (Rosenberg, 2016, p. 250f). I forhold til Rosenbergs fremlægninger i værket *Psykiatriens Grundlag - historie, filosofi og videnskab* (2016) kan det beskrives, at Rosenberg langt overvejende baserer dette på primærkilder. Han henviser gennemgående konkret til de anvendte kilder, og vi bifalder denne fremgangsmåde, men gør opmærksom på, at Rosenberg ikke selv eksplicit vurderer de kilder, han anvender, i værket. Ligeledes bør læseren have det faktum in mente, at der overvejende er tale om historiske redegørelser, der potentielt kan være blevet tilpasset og ændret gennem tiden, og således måske ikke er fuldstændig retvisende ift., hvordan det rent faktisk forholdt sig. Ligesom det eks. også blev pointeret ved nærværende speciales anvendelse af kilder som Brinkmann samt Conrad & Schneider i kapitel 2. På trods af disse kritikpunkter har vi vurderet, at Rosenbergs værk kan bidrage med en væsentlig belysning til dette kapitel, der synes at være rimeligt videnskabeligt underbygget under de forudsætninger, der gør sig gældende, når der tales om historiske forhold, hvor det aldrig med fuldstændig sikkerhed kan siges, præcis hvordan det har forholdt sig tidligere. Dog vurderer vi, at det er rimeligt at acceptere sådanne historiske beskrivelser, når vi oplever en generel enighed i fremlægningerne herom.

Ifølge Rosenberg befinder vi os med de aktuelle diagnosemanualer indenfor en empirisk forskningstradition, hvortil den klassiske fænomenologiske diagnostic-

ringstilgang ikke længere er tydelig sammenlignet med tidligere (ibid., p. 255). Således synes der ikke længere i samme grad at være fokus på patienternes individuelle, livshistoriske omstændigheder ved diagnosticering, som før DSM-III's udgivelse, men i stedet fokuseres på, hvorvidt de operationelle diagnosekriterier opfyldes. Han pointerer hertil, at psykofarmaka har banet vejen for, at psykiatrien har opnået en højere lægevidenskabelig status, bl.a. ved at afklare psykofarmakaens påvirkning på hjernen og de psykiske funktioner. Psykiatere har vha. psykofarmaka således fået videnskabelige forklaringer på særligt signalstoffers indvirkning på hjernen, og dermed et solidt grundlag for at kunne skelne ml. normalitet og patologi. Psykofarmakologien har således, if. Rosenberg, udgjort et afgørende bidrag til at styrke den biomedicinske sygdomsforståelse (ibid., p. 95f).

Omend psykofarmakologi, med sit primære fokus på psykofarmakas indvirkning på neurokemiske stoffer, er et snævert felt ift. den biomedicinske sygdomsforståelse generelt, har opdagelsen af psykofarmaka haft en væsentlig rolle ift. diagnosemanualernes opbygning og anvendelse (Rosenberg, 2016, p. 95). Hvilket ydermere kan antages at have haft en fordelagtig indvirkning på psykofarmakaindustriens muligheder for at udvikle præparater og dermed påvirke manualerne siden udgivelsen af DSM-III, og senere udgaver, samt ICD-10. Som supplement til dette, og i forlængelse af ovenstående, kan ydermere inddrages Whitakers fremstilling af hypotesen om, at psykisk lidelse skyldes en biologisk abnormalitet i hjernens neurotransmittere, jf. afsnit 3.2. Kritikere som Whitaker mener i denne forbindelse, at præparaterne kan skabe kroniske psykiske lidelser, da de skaber nye, uhensigtsmæssige og langvarige ændringer i hjernen, jf. de i afsnit 4.1 præsenterede studier (Whitaker, 2005, p. 25ff; p. 29ff). Såfremt denne kritik godtages, opstår hermed endnu en mulighed for, at psykofarmakaindustrien kan påvirke diagnosemanualerne, samt antallet af diagnoser heri, da industrien kan medvirke til at skabe øget psykisk sygdom, bl.a. ved at opfinde nye præparater forud for en given diagnose samt i visse tilfælde skabe øget fokus på forekomsten af en given psykisk lidelse ved at tilbyde en kur herfor. Hertil fremfører Rosenberg, at industrien af økonomiske årsager næsten enstemmigt har stået for udviklingen af nye former for psykofarmaka gennem tiden, samt at markedet for psykofarmakologisk behandling har været stigende for en lang række præparater siden indførelsen af DSM-III (Rosenberg, 2016, p. 383).

Mulige sammenhænge mellem psykofarmakaindustrien og diagnosticeringspraksis

Det kan diskuteres, om psykofarmakaindustrien i lige så høj grad påvirker diagnosticeringspraksisser i dag, som tidligere. Rosenberg fremfører, at der, trods store fremskridt i udviklingen af psykofarmaka i nyere tid, synes at være en stagnering på området, hvorfor flere store medicinalfirmaer er tilbageholdende med at satse på udvikling på psykofarmakaområdet. Dette kan suppleres med Andersens fremlægning af undersøgelser vedr. omkostningerne ved at udvikle nye præparater, hvortil psykofarmakaselskabernes fremtid bl.a. afhænger af evnen til at opfinde, skabe og sælge ny medicin, da det er meget omkostningsfuldt, såfremt et produkt må opgives eller forkastes. Ydermere fremføres, at størstedelen af nye præparater på markedet baserer sig på nogle, der allerede er opfundet, men blot er ændret en smule (Rosenberg, 2016, p. 404; Andersen, 2009, p. 30ff). Disse betegnes af bl.a. Götzsche som "også mig"-præparater, og har en molekylestruktur, der ligner eksisterende lægemidler, hvorfor de meget sjældent afspejler et reelt fremskridt, omend industrien får det til at se sådan ud ved bl.a. at udføre talrige placebokontrollerede forsøg. "Også-mig"-præparaterne er, if. Götzsche, en vigtig indtægtskilde for psykofarmakaindustrien, da der hermed kan opnås nye patenter, når disse udløber på de oprindelige præparater, og dermed kan de lave en højere prissættelse på de nye præparater (Götzsche, 2013, p. 123; p. 149f). Denne pointe kan understøttes ved, at der ved f.eks. antidepressiva og antipsykotikum i nyere tid ikke er opnået hverken bedre eller hurtigere behandlingseffekt, sammenlignet med de klassiske præparater, hvortil det antipsykotiske lægemiddel Clozapin, udviklet i 1970'erne, stadig er det mest anvendte nu til dags (Rosenberg, 2016, p. 404; Andersen, 2009, p. 30ff).

Således er det muligt, at den kommende diagnosemanual, ICD-11, vil være mindre påvirket af psykofarmakaindustrien, grundet tendensen til mangel på psykofarmakologiske gennembrud, som sigter mod nye lidelser. Dette kan dog modsiges ved inddragelse af Roses konstatering af, at psykofarmakaindustrien ikke blot søger nye kure mod eksisterende lidelser, men lige såvel søger at skabe nye lidelser, tilpasset eksisterende præparater (Rose, 2006, p. 478f). I sådanne tilfælde kan potentielt ses en væsentlig påvirkning fra industriens side af på udførelsen af diagnosemanualerne og den bagvedliggende sygdomsforståelse. Et eksempel herpå opstod, if. Andersen,

i 2003, da det daværende medicinalfirma Pharmacia undersøgte muligheden for at skabe en ny sygdom. Firmaets taktik var at tage et dårligt sælgende, men allerede udviklet, præparat mod inkontinens, og i stedet få offentlighedens øjne op for, at det kunne afhjælpe den såkaldte lidelse ‘overaktiv blære’, der omfattede alle, der ofte følte stærk trang til at tisse og hvis tilværelse, if. Pharmacia, dermed handlede alt for meget om toiletbesøg (Andersen, 2009, 156ff). Omend dette er vedr. somatisk lidelse, synes det at illustrere Roses pointe og kan dermed udgøre et eksempel på, hvorledes også psykofarmakaindustrien kan påvirke diagnosemanualerne ved at skabe potentielle nye lidelser heri. Et yderligere problem er, if. Rosenberg, at psykofarmaka stadig udvikles med udgangspunkt i ovenstående hypotese vedr. sygdom som en ubalance i hjernens neurotransmittere. Da denne hypotese, som tidligere nævnt, ikke er påvist, opnås kun en overfladisk sygdomsforståelse, som sandsynligvis ikke fanger særlige kendetegn ved en given psykisk sygdom (Rosenberg, 2016, p. 404f). Omend denne biomedicinske sygdomsforståelse gavner psykofarmakaindustrien, synes den dog at skabe begrænsninger for udviklingen af nye produkter, og dermed industriens udvikling, samt en fastlåsning på et umiddelbart mangelfuldt empirisk grundlag.

Lisa Cosgrove & Emily E. Wheeler (2013) påpeger, at DSM, grundet den stigende overensstemmelse med ICD, påvirker sundhedsforanstaltninger globalt og at det biomedicinske diagnosefokus, der opstod ved indførelsen af DSM-III, har været fordelagtig for psykofarmakaindustrien (Cosgrove & Wheeler, 2013, p. 644f). Ved udgivelsen af DSM-IV og DSM-5 er denne tilgang yderligere blevet udvidet, på trods af at der, som tidligere nævnt, ikke hersker biologiske markører for flertallet af de psykiatriske diagnoser i DSM-IV, ej hellere i ICD-10. Denne sygdomsmodel gør dog DSM, og dermed også ICD, sårbar over for industriens påvirkning, da en sådan sygdomsforståelse synes at stemme overens med industriens præmisser og vilkår for at udvikle præparater (ibid., p. 646). Cosgrove & Wheeler fremfører endvidere, at manglen på biologiske markører ifm. psykiske lidelser gør de kliniske retningslinjer sårbare over for påvirkning fra industrien (ibid., p. 647). Dermed synes der i dette perspektiv at være flertallige argumenter for, at diagnosesystemerne, og dermed den kliniske praksis, påvirkes af psykofarmakaindustrien. Ifølge Andersen er de potentielle interessekonflikter ml. læger, der udarbejder kliniske retningslinjer, og psykofarmakaproducenter, i høj grad også aktuelle i en dansk

sammenhæng. Således fremfører Lægemiddelstyrelsen risikoen ved industriens interesse i at fremme brugen af deres lægemidler, hvilket bl.a. kan ske ved at industrien påvirker de kliniske retningslinjer ved forskning i deres produkter. En sådan påvirkning kan f.eks. være ved at vægte farmakologisk behandling i retningslinjerne (Andersen, 2005c, p. 28).

Markedsføring af psykofarmaka

En anden måde, hvorpå industrien kan søge at påvirke diagnosticeringspraksisser, og herunder diagnosemanualerne, er gennem reklame, hvilket er en tendens, der synes særlig markant i USA, da der her hersker andre love på området end i Danmark. I USA er det f.eks. lovligt for psykofarmakaproducenterne at markedsføre direkte ud til kunderne, hvilket ikke er tilfældet i Danmark, jf. Lægemiddeloven (LML) §§63 og 66. Et af hovedformålene med lovgivningen er at sikre, at borgere beskyttes mod vildledende og anden ulovlig markedsføring af bl.a. psykofarmaka, jf. LML §1. Hvilke lægemidler, der må forhandles i Danmark, bestemmes i visse tilfælde af Europa-Kommissionen, jf. LML §7, hvorfor det er muligt, at psykofarmakabranschen, ved at skabe udbredelse af visse præparater, kan opnå at påvirke større organisatoriske instanser ifm. udformningen af diagnosemanualerne. Hertil skal indehaveren af markedsføringstilladelsen været etableret i et af landene i Europa, jf. LML §18, hvilket antageligt kan bremse amerikansk indflydelse på psykofarmakamarkedet i eks. Danmark.

Selvom reklamering ift. psykofarmaka er ulovligt i Danmark, så forsøger mange psykofarmakafirmaer, if. Götzsche, alligevel at promovere deres produkter. Dette resulterer ofte i bøder, som skal offentliggøres, såfremt Sundhedsstyrelsen fastsætter det, jf. LML §69, stk. 2. Han fremhæver dog, at disse bøder ofte anses af psykofarmakaproducenterne som blot værende en ekstra markedsføringsudgift (Götzsche, 2013, p. 69). Dermed opstår spørgsmålet om, hvorvidt psykofarmakaproducenterne i højere grad forsøger at benytte sig af den amerikanske model på det danske marked, selvom de er bevidste om, at det ikke er lovligt, men at omkostningerne ved at gøre dette er lavere end den opnåede indtjening ved markedsføring af produkterne. Dette kan antages potentielt at føre til påvirkning af måden, hvorpå

ICD kommer til at være udformet, da en af strategierne hos psykofarmakafirmaerne, if. Peter Conrad (2007), er at udvikle et produkt til en sygdom, som ikke findes på nuværende tidspunkt, og derfor opfinde en lidelse, som de har behandlingen til, hvilket også påpeges af Rose i ovenstående. Dette eksemplificerer Conrad ved, at psykofarmakaproducenter, tilbage i 1990'erne i USA, udvidede markedsføringen af antidepressiva til også at målrette sig behandlingen af angst, hvortil diagnoserne vedr. social angst og generaliseret angst blev fremhævet gennem markedsføring. Dette er, if. ham, et eksempel på, hvordan et alment personlighedstræk, som eks. generthed, potentielt kan medikaliseres og dermed patologiseres (Conrad, 2007, p. 17f).

Dermed opstod, igennem nærværende afsnit flertallige aspekter, hvormed psykofarmakaindustrien i Danmark, såvel som i andre dele af verden, påvirker diagnosemanualerne og diagnosticeringspraksisser samt herunder sygdomsforståelse. Ifølge bl.a. tidligere sundhedspolitisk ordfører for De Radikale, Charlotte Fischer, er der dog tale om et problematisk område, idet politikere har brug for den ekspertviden, der kan komme fra psykofarmakaindustrien, men omvendt er disses lobbyisme og forsøg på at påvirke området i stigende grad så raffineret, at dette kan være svært at opdage (Andersen, 2007, p. 20f). Således er der også potentielle fordele ved industriens involvering i diagnosticeringspraksisser, da industrien besidder en høj grad af viden om psykofarmakologiske præparater og potentialer herved. På trods af, at afsnittet præsenterede, hvorledes psykofarmakaindustrien har profiteret af diagnosemanualernes opbygning og grundlag, og muligheden for at påvirke bl.a. de kliniske retningslinjer som følge heraf, er det vores holdning, at der eksisterer en nødvendighed af industriens viden ifm. udfærdigelse og anvendelse af diagnosemanualerne.

4.3 Review af mulige forbindelser mellem læger og psykofarmakaindustrien

I forlængelse af ovenstående ønsker dette afsnit indledningsvist at redegøre kortfattet for den aktuelle lovgivning vedr. samarbejde ml. læger og psykofarmakaindustrien i Danmark. Dette med henblik på at give relevant baggrundsviden og aktuali-

sering ifm. dette kapitel generelt samt at lægge op til afsnittets efterfølgende review. Således ønsker dette afsnits anden del at udforske, hvorvidt og i hvilken grad sådanne forbindelser findes samt, hvorvidt dette sker indenfor den aktuelle lovgivnings rammer. Dette med henblik på at bidrage til besvarelse af specialets problemformulering gennem viden om visse af psykofarmakaindustriens mulige påvirkninger på psykiatrisk sygdomsforståelse.

Ifølge Sundhedsloven (SL) er det som udgangspunkt ikke tilladt for læger at være tilknyttet eller drive lægemiddelvirksomhed, med mindre der er opnået tilladelse hertil fra Sundhedsstyrelsen. Såfremt en sådan foreligger, omfatter dette bl.a. tilladelse til tilknytning i form af opgaver vedr. undervisning eller forskning, jf. SL §202a. Hvis læger modtager økonomisk støtte fra industrien ifm. deltagelse i fagrelevante aktiviteter i udlandet, skal dette ligeledes indberettes til Sundhedsstyrelsen, hvortil dette og yderligere anmeldelser om tilknytning skal offentliggøres på Styrelsens hjemmeside, jf. SL §§202b-202c. Sundhedsstyrelsen kan derudover til enhver tid påbyde lægerne at udlevere enhver form for oplysninger, der måtte være nødvendig for at kontrollere lægernes forbindelse til psykofarmakaindustrien, jf. SL §202d. Forpligtelser vedr. tilknytning ml. disse går desuden begge veje eftersom psykofarmakaproducenter, der besidder markedsføringstilladelse, skal give Sundhedsstyrelsen besked om læger, der er tilknyttet virksomheden, jf. LML §43b.

Litteratursøgning

Dette afsnit præsenterer et overblik over reviewprocessen, hvori der vil fokuseres på at afdække omfanget af litteratur, der beskæftiger sig med forbindelsen ml. læger og psykofarmakaindustrien. Denne proces vil struktureres på samme vis som ved specialets tidligere reviews, hvormed der vil fremkomme en præsentation af reviewets søgeord og -kombinationer efterfulgt af eksklusionskriterier. Afslutningsvist vil reviewprocessen opsummeres i et flowchart. Et review af dette område er relevant ift. besvarelsen af specialets problemformulering, eftersom det kan bidrage med et afsøgende indblik i, hvorvidt psykofarmakaindustrien potentielt har været med til at påvirke dele af de sygdomsforståelser, der i dag påvirker diagnosticeringspraksissen i Danmark.

I forhold til dette review kan en mulig begrænsning være, at det i søgningen ikke kan specificeres, at der fokuseres på forbindelser til den psykofarmakologiske del af medicinalindustrien, hvorfor dette gøres manuelt under screeningsprocessen. Nedenstående tabel 4.1 fremstiller de søgeord og -kombinationer, der blev anvendt ifm. litteratursøgningsprocessen.

Tabel 4.1: Søgeord og -kombinationer
Doctors AND Psychopharmacology
Doctors AND Pharmaceutical industry
Doctors AND Psychopharmacological industry
Doctors AND Psychotropic industry
Læger AND Medicinalindustri
Læger AND Psykofarmaka AND Industri

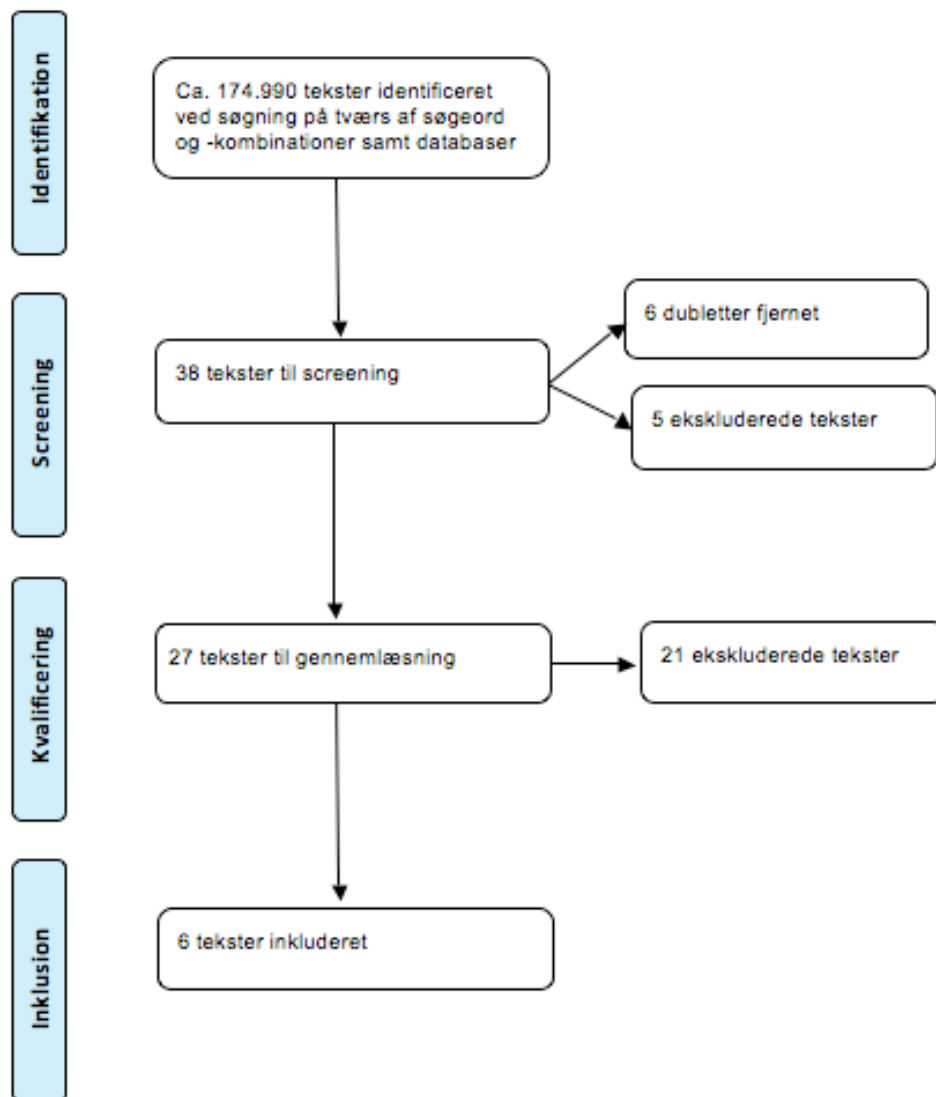
Begrænsninger ved ovenstående søgning opstod i form af, at mange eksisterende tekster er vedr. USA, og dermed blev kun få tekster specifikt vedr. Danmark fundet, hvortil de øvrigt udvalgte tekster primært er valgt, da de kan sige noget generelt om forholdene i Europa og lande, der antageligt ligner Danmark på området. Ydermere blev litteratur, der var mere end 20 år gammelt, dvs. publiceret inden 1997, fravalgt. Dette blev gjort, eftersom reviewet ønsker at afspejle nutidige forhold, både mht. markedsforhold, herunder industriens aktuelle fremgangsmåder, men også for at afspejle den aktuelle lovgivning på området.

Efter søgning af litteratur begyndte screeningsprocessen, efterfulgt af kvalificeringsprocessen, hvori der blev fokuseret på litteratur, der var generelt mht. at sige noget om forbindelsen ml. læger og psykofarmakaindustrien samt relevant i en dansk kontekst. Da problematikken vedr. forholdet ml. læger og industrien er bredt belyst, jf. nedenstående flowchart, blev det anset som værende relevant at indføre visse eksklusionskriterier. I ovennævnte to processer blev litteratur dermed fravalgt på baggrund af kriterierne i nedenstående tabel 4.2.

Tabel 4.2: Eksklusionskriterier
Ikke vedr. det psykofarmakologiske område, dvs. litteratur, der åbenlyst kun omhandler somatiske områder
Vedr. specifikke lande udenfor Europa, særligt vedr. USA
Vedr. DSM alene
Vedr. andre forhold i medicinalbranchen end de, der direkte vedr. læger, f.eks. “drug trials” sponsoreret af industrien
Vedr. andre forhold i lægebranchen end de, der er direkte vedr. industrien, f.eks. forholdet ml. læger og patienter
Rettet mod bestemte grupper, f.eks. køn eller medicinstuderende

Afslutningsvist i inklusionsprocessen blev udvalgt seks brugbare resultater, der blev anset som gavnlige ift. dette kapitels bidrag til at besvare problemformuleringen. Hele processen for dette kapitels review kan ses illustreret i nedenstående flowchart figur 4.1.

Figur 4.1: Flowchart over reviewprocessen vedr. medicinalindustrien



I gennem dette reviews litteratursøgning blev således indledningsvis fundet et bredt omfang af tekstresultater, omend kun seks tekster gik igennem inklusionsprocessen. I denne sammenhæng anses de fundne tekstresultater dog som tilstrækkelige ift. at illustrere aspekter af området omkring potentielle forbindelser ml. læger og industrien og dettes rolle ifm. påvirkning af diagnosticeringspraksis. Som nævnt opstod dog et væsentligt kritikpunkt, idet mængden af tekstresultater var langt mere dominerende ift. et amerikansk perspektiv. Dette kan formentlig skyldes USA's markedsføringsregler ifm. psykofarmaka, der synes at fordre flere problematikker på området, jf. afsnit 4.2. Således søger lovgivningen i Danmark i højere grad at be-

grænsende forbindelsen ml. læger og psykofarmakaindustrien, mens der i USA synes at være bedre muligheder for, at industrien eks. kan reklamere gennem de praktiserende læger samt påvirke dem gennem undervisning. Relevante dele af de seks endeligt udvalgte artikler vil diskuteres i næstkommende afsnit, hvortil det vil søges at belyse forbindelsen ml. læger og psykofarmakaindustrien i Danmark, samt hvordan dette kan have indflydelse på aktuel sygdomsforståelse og dertilhørende diagnosticeringspraksis.

Reviewets fund

Dette afsnit vil fokusere på særligt to tekster vedr. danske forhold, der fremkom i ovenstående review, hvortil dele af de tilbageværende fire tekster vil inddrages for at illustrere generelle tendenser mht. forbindelsen ml. industrien og læger, som også kan antages at indebære de danske forhold, eftersom artiklerne er godkendte ift. eksklusionskriterierne, og dermed er så bredt gældende som muligt. Igennem inklusionsprocessens gennemgang af de seks tekster opstod nogle overordnede temaer ift. lægers forbindelse til industrien. Det bør pointeres, at dette i de fleste henseender gælder medicinalindustrien generelt, hvortil et kritikpunkt af nærværende review er, at det kun i begrænset omfang var muligt at finde brugbare tekster specifikt vedr. psykofarmakaindustrien. Dog kan denne, jf. afsnit 4.1 samt afsnit 4.2, siges at være en del af den generelle industri, og dermed kan fundene i de udvalgte tekster også generaliseres til at høre under denne del af industrien. Dette afsnit vil særligt fokusere på hhv. antallet af danske læger, der er i kontakt med industrien samt deres opgaver i denne forbindelse, hvad der kan gøres for at forebygge indflydelsen fra industriens side på diagnosticeringspraksis samt mulige optimeringsløsninger på områder, hvor forbindelse og samarbejde ml. industrien og læger er nødvendig, særligt mht. forskning. Disse tre temaer vil behandles i nedenstående og skal ikke anses som værende skarpt adskilte, da de i visse henseender kan overlappe hinanden.

Generelt opstår både fordele og ulemper ved et muligt samarbejde ml. psykofarmakaindustrien og læger af reviewets tekster. For eksempel fremfører Roy G. Beran (2009), at markedsføring af produkter finder sted i mange brancher, og i visse

henseender endda kan medføre en del prestige, eks. når store firmaer afholder fester med prominente personer på gæstelisten, eller flyselskaber tilbyder gratis eller meget billige billetter på nye ruter. Når dette sker i psykofarmakabranschen opfattes det, if. Beran, dog som en konspiration ml. læger og psykofarmakaindustrien. Dette eksemplificeres ved, at en potentiel køber af en given virksomhed med selvfølge-
lighed kan modtage gratis rundvisninger, transport til virksomhedens filialer m.m., mens en tilsvarende adfærd fra medicinalfirmaer over for læger mistænkeliggøres. Denne mistroiske holdning gælder også ift. lobbyisme, hvilket Beran baserer på undersøgelser foretaget af andre forskere vedr. hhv. finansiering af mindre virksomheder samt psykofarmakaindustriens anvendelse af gaver som en markedsfø-
ringsstrategi (Beran, 2009, p. 545f). Selvom forskning har bekræftet, at læger hyppigere udskriver bestemte firmaers præparater efter kontakt med disse, mener Beran ikke nødvendigvis, at dette er et tegn på, at lægers handlinger er i strid med god medicinsk praksis, men at der eks. kan være tilfælde, hvor tidligere brug af præpa-
ratet kan have været upassende lavt pga. uvidenhed om dets eksistens eller mulige fordele (ibid., p. 546f). Ydermere fremfører han, at psykofarmakaproducenter ved, at det er svært at ændre lægers udskrivningsvaner, og dermed ingen grund har til at reklamere for produkter, som de ikke tror, er i stand til at ændre herpå. At ændre udskrivningsvanerne vil derfor kræve argumenter, der er videnskabeligt underbyg-
gede og god research.

Dette understøtter Beran med argumentet om, at læger, der kontinuerligt anvender samme udskrivningsvaner, må være tilfredse med udfaldet af behandling, og at skulle ændre herpå må derfor kræve et godt alternativ. Dette er if. ham ikke nød-
vendigvis korrupt, men kan ses som patientomsorg og øget sygdomskontrol. Hvis ikke dette var tilfældet, og læger i højere grad lod sig påvirke af industrien og den-
nes reklamering, burde udskrivningsvaner være lettere at ændre (Beran, 2009, p. 547f). Dermed opstår altså argumenter for, at der kan ligge saglige og velbegrunde-
de årsager til et samarbejde ml. psykofarmakaindustrien og læger. Ian Kerridge (2011) fremfører i tråd hermed, at psykofarmakaindustrien ikke skal opfattes som ondsindet, da der grundlæggende ikke er noget i vejen med at have kommercielle
interesser. En vis grad af kontakt ml. læger og industri kan være fordelagtig, men if. Kerridge bør der rettes fokus på, hvorvidt visse aspekter af denne kontakt er nød-

vendig og passende, og om det er muligt at opbygge konstruktive, udviklende forhold, der er professionelle og etisk forsvarlige (Kerridge, 2011, p.691).

Særligt sidstnævnte forhold mht. den nødvendige og passende grad af kontakt kan diskuteres. Først kan det dog fremføres, at Götzsche, i kontrast til ovenstående, fremfører, at psykofarmakaindustrien baserer sig på økonomiske interesser, der i høj grad er præget af korruption og bestikkelse i en sådan grad, at der, if. ham, i mange tilfælde er tale om tilstande, der minder om organiseret kriminalitet (Götzsche, 2013, 71ff). Ifølge Götzsche mener den britiske læge Des Spence, at psykiatrien er blevet korrupt, bl.a. fordi den er en farmakologisk guldgrube, og at forskning altid beretter om underdiagnosticering og underbehandling. Desuden modtager specialister indenfor medicin og psykiatri store honorarer af industrien, og disse er i visse tilfælde med til at rådgive regeringen mht. det psykiatriske område (ibid., p. 295f). Således hersker der indenfor det psykiatriske område ganske modsatrettede opfattelser, hvorfor det er særligt relevant at belyse dette i en dansk sammenhæng, da der, som fremført, synes at være mange implikationer for, at psykofarmakaindustrien påvirker psykiatrisk sygdomsforståelse og diagnosticeringspraksis i Danmark. I forhold til Götzsches fremlægninger pointerer vi, at hans holdninger til tider kan fremstå særligt kritiske, men at han arbejder med, hvad vi vurderer som værende et solidt videnskabeligt fundament med reference til såvel forskellige empiriske studier, som teoretiske gennemarbejdninger foretaget af andre. Således skal det have in mente, ved en læsning af hans værk, at der er tale om hans fremlægning af andres arbejde, hvorfor der må tages forbehold for en vis grad af usikkerhed ift. en potentiel grad af fortolkning af primærkilderne fra hans side af samt at han kan have udvalgt litterære kilder, der særligt understøtter hans pointer. Dette med enkelte undtagelser, hvor Götzsche selv har medvirket til nogle empiriske studier, hvortil han refererer.

Danske lægers samarbejde med industrien

Ifølge Götzsche fremgik det af Sundhedsstyrelsens optegnelser fra 2010, at i alt 4.036 danske læger havde tilladelser til at arbejde for medicinalindustrien, bl.a. som undervisere, advisory board-medlemmer samt konsulenter eller rådgivere. Yderli-

gere opgaver bestod af bl.a. forskning og udfærdigelse af artikler (Gøtzsche, 2013, p. 122; p. 137). Ifølge Gøtzsche laver særligt læger, der fungerer som forskere i relevante forsøg, et muligt bidragende arbejde for medicinalproducenterne, omend langt de fleste læger blot bistår disse med at markedsføre produkter. I 2010 havde 1.626 læger således tilladelse fra Sundhedsstyrelsen til at lave forskning indenfor lægemiddelindustrien, men if. Gøtzsche er reelle fremskridt i lægemiddelbehandlingen sjældne. Disse påstande baserer han på bl.a. vurderinger lavet af litterær kilder, der er uafhængige af psykofarmakaindustrien og ved empiriske undersøgelser har påvist, at kun 11-16% af nye præparater medfører en helbredsmæssig fremgang for de, der er i behandling. Hertil er det, if. Gøtzsche, i denne sammenhæng af industrien vurderet meget forskelligt, hvornår der er tale om en fremgang. Ifølge ham ville det, i en dansk sammenhæng maksimalt kræve 50 læger med tilladelse fra Sundhedsstyrelsen at bistå forskning i nye, gavnlige produkter, og dermed er der altså 30 gange så mange ansat til dette som nødvendigt (ibid., p. 122f). De resterende forskeres rolle er således, if. ham, at hjælpe industrien med markedsføring, bl.a. ved at udføre honorerede forsøg i deres praksis (ibid., p. 124ff).

Med hensyn til lægers rolle som advisory board-medlemmer eller konsulenter består denne, if. Gøtzsche, oftest af at rådgive et eller flere firmaer, og er ligeledes en af de mest dominerende roller indtaget af læger ifm. industrien. Han mener, at dette giver psykofarmakaindustrien mulighed for at opkøbe lægerne, med henblik på at komme tættere på patienter og andre forbrugere i industrien og påvirke disse. Dermed er psykofarmakaindustrien særligt interesseret i eksperter, der er såkaldte opinionsdannere, hvilket indebærer, at de har betydelig indflydelse på andre specialisters samt lægers brug af lægemidler (ibid., p. 127f). Omend det er ulovligt i Danmark fremfører Gøtzsche at have set flertallige eksempler på, at regler vedr. lægers rolle ifm. markedsføring omgås, og at visse læger i Danmark således har en fremtrædende rolle på området (ibid., p. 129f).

I 2010 havde ca. én ud af 20 læger i Danmark tilladelse til at holde foredrag ved industrisponsorerede møder eller uddannelsesarrangementer. En sådan tilladelse er ikke nødvendig, hvis en læge kun underviser lejlighedsvis, og dermed leverer de fleste læger, if. Gøtzsche, flertallige foredrag omhandlende psykofarmaka hvert år (Gøtzsche, 2013, p. 130f). Han fremfører, at mange læger ikke erkender industriens

indflydelse på de informationer, der gives igennem undervisningen. Således mener lægerne således mener lægerne, at de præparater, der anbefales til andre læger herigennem, er gode og måske endda bruges for lidt, og at lægerne dermed yder en god service til deres kolleger, hvilket Gøtzsche dog stiller sig kritisk over for (ibid., p. 136). Yderligere forbindelser ml. læger og industrien kan komme til udtryk ved, at læger har aktier i psykofarmakavirkomhederne, og dermed en stor interesse i, at de publicerer fordelagtige undersøgelser o. lign. Andre konsekvenser ved forbindelserne kan potentielt indebære, at læger undlader at anmelde mistanker om problematiske forhold ved visse lægemidler (ibid., p. 137). Specialets forfattere fremhæver i denne forbindelse, at antallet af læger med aktier o. lign. i psykofarmakavirkomheder ikke kan vides med sikkerhed, hvorfor vi stiller os kritiske over for udtalelser omkring omfanget af denne mulige forbindelse. Dette kan understøttes af, at læger blot skal anmelde ejerskab af f.eks. aktier for op til 200.000 kr. til Lægemiddelstyrelsen, og ikke skal indhente tilladelse herfra til at købe sådanne (Lægemiddelstyrelsen, 2017), hvormed det synes at være et område, der ikke vides nok om, til at kunne fremføre en kritik som den af Gøtzsche i ovenstående.

Gøtzsche fremfører afslutningsvist, at særligt psykiatrien er attraktiv for psykofarmakaindustrien, og at læger indenfor dette område modtager flere penge fra lægemiddelproducenter end noget andet. Ydermere bliver psykiateres uddannelse oftere sponsoreret eller støttet af industrien sammenlignet med andre specialområder, og dette område er dermed i høj risiko for at være påvirket af korrupion, if. ham (Gøtzsche, 2013, p. 288). Såfremt dette, eller blot dele heraf, gør sig gældende, synes der at være flertallige aktuelle og problematiske forbindelser ml. danske læger og psykofarmakaindustrien, og hertil eksempler på, hvordan dette kan påvirke sygdomsforståelse og diagnosticeringspraksis, f.eks. gennem fornævnte undervisning og påvirkning af, hvilke lægemiddelundersøgelser, der publiceres. Følgende afsnit ønsker derfor at belyse, hvad der kan gøres for at forebygge uhensigtsmæssig indflydelse fra psykofarmakaindustrien på lægers praksis.

Mulige tiltag for at begrænse psykofarmakaindustriens indflydelse

Eftersom medicinalindustriens økonomiske interesse i at påvirke lægebranchen er udpræget, har WHO, if. Beran, på et globalt plan, i samråd med andre store helbredsorganisationer, forelagt begrænsninger ift. de økonomiske bidrag, som medicinalfirmaer må yde til læger (Beran, 2009, p. 542f). I denne forbindelse fremhæver Gøtzsche, at læger bør vænne sig af med at modtage penge fra industrien, omend dette synes vanskeligt (Gøtzsche, 2011). I en dansk sammenhæng fremfører han endvidere, at Praktiserende Lægers Organisation og Lægeforeningen bør vedtage en principbeslutning om, at læger ikke bør få besøg af lægemiddelsælgere, da det bl.a. er skadeligt for patienterne i sidste ende. Desuden fremlægger han, at de psykofarmakaproducenter der anvender de mest aggressive promoveringsstrategier, manipulerer med forskningsresultater mv., bør boykottes, idet økonomiske sanktioner er det, industrien har mest respekt for. Eller, at den enkelte læge bør overveje de etiske omkostninger ved at modtage penge fra industrien, da disse kan være tilvejebragt ved uetiske aktiviteter, hvilket bl.a. kan antages på baggrund af en stigende opfattelse, fra både befolkningen og medicinske tidsskrifter, af at lægers relationer til industrien er korrupte (ibid.).

Ifølge Gøtzsche kan et af de vigtigste tiltag bestå i at sikre gennem lovgivning, at alle rådata fra kliniske forsøg skal offentliggøres, og ikke blot resultaterne heraf, således at dette kan vurderes af uafhængige forskere. Såfremt dette ikke sker, kunne der indføres store bøder samt karantæneperioder til det psykofarmakavirkomheden. Et sådant tiltag ville dog kræve tilslutning på et europæisk plan. Gøtzsche fremfører endvidere, at Lægemiddelstyrelsen har foreslået, at der skal være fuld offentlig adgang til alle dokumenter i lægemiddelagenturerne, hvilke skal være let tilgængelige, herunder også for offentligheden (Gøtzsche, 2011; Gøtzsche, 2013, p. 403f; p. 410).

Begrænsende tiltag ift. industriens indflydelse kan, if. Gøtzsche, desuden finde sted ved, at psykofarmakafirmaer forbydes at finansiere lægers efteruddannelse, da dette kan skade lægernes interesser. Indtil dette sker, bør læger, der underviser eller holder foredrag, klarlægge deres potentielle interessekonflikter samt størrelsen af

honorarerne og andre goder fra psykofarmakaindustrien indenfor de sidste tre år. Dermed mener han, at læger, der hovedsageligt opererer ud fra økonomiske interesser, til en vis grad kan elimineres. Omtalte forbud kan ydermere understøttes af erklæringer fra lægers organisationer vedr., at en sådan praksis og andre økonomiske goder kan have negativ indvirkning på patienterne (Gøtzsche, 2013, p. 410; p. 412).

En observation der går igen i flere af reviewets tekster er, at lægerne selv mener, at de er i stand til at styre og abstrahere fra industriens økonomiske involvering i deres praksis. Ifølge Kamran Abbasi & Richard Smith (2005) er der på internationalt plan dog en stigende mængde evidens for, at lægers udskrivningsvaner påvirkes ved kontakt med industrien (Abbasi & Smith, 2005, p. 1155), f.eks. i form af samarbejdsformer som nævnt i ovenstående. Dette understøttes af Kerridge, som ligeledes fremlægger, at megen tilgængelig litteratur om emnet er konsistent vedr. fundet af, at læger påvirkes af kontakt med industrien og hvor lægerne fejlagtigt mener, at de er i stand til at modstå bias og påvirkning herved. Denne påvirkning opstår, if. ham, bl.a. ved industrisponsoreret uddannelse og yderligere undersøgelser har vist, at de finansielle bånd ml. sundhedsområdet og industrien kan være skadelige for offentlighedens tiltro til læger og medicinalområdet generelt (Kerridge, 2011, p. 690). Sunita Sah & Adriane Fugh-Berman (2013) er ligeledes enige i, at læger mener, at de vha. bevidsthed om etisk adfærd og professionalisme kan værne sig mod industriens påvirkning, men at de på et ubevidst plan alligevel bliver påvirket. De mener dog, at psykofarmakaindustrien ofte gør det vanskeligt for læger at modstå denne påvirkning, da industrien ofte anvender grundlæggende socialpsykologiske mekanismer bag deres markedsføring, f.eks. så lægerne kommer til at fremstå som værende mere autoritære (Sah & Fugh-Berman, 2013, p. 665f).

Hertil fremlægger Abbasi & Smith, at både læger, patienter og psykofarmakavirk-somheder vil have fordel af en større distance ml. læger og industrien. Både de og Gøtzsche fremfører, at det er nødvendigt med kontakt og samarbejde ml. læger og industrien til en vis grad, men er enige med hinanden i, at dette ikke bør medføre økonomiske goder og uddannelse med industristøtte m.m. (Abbasi & Smith, 2005, p. 1155; Gøtzsche, 2013, p. 413). I forlængelse heraf fremfører Gøtzsche, at læger med interesse i f.eks. rådgivning af industrien bør gøre dette uden at modtage beta-

ling eller andre økonomiske goder (Götzsche, 2013, p. 413). Som nævnt igennem dette afsnit er visse dele af samarbejdet ml. læger og psykofarmakaindustrien dog en nødvendighed, hvorfor følgende afsnit vil belyse hvordan et sådan samarbejde kan udføres mest hensigtsmæssigt.

Samarbejde mellem industrien og læger

Særligt i forskningstilfælde kan det ikke undgås, at der er kontakt ml. læger og industrien, eftersom præparater som udgangspunkt udvikles af industrien, og at et samarbejde med læger ifm. dette antageligt medfører bedre præparater o. lign., samt en højere grad af videnskabelighed i udviklingen heraf (Kerridge, 2011, p. 691). Som nævnt af Götzsche ovenfor er det muligt for læger at samarbejde med industrien uden at få betaling, ligesom forskere også samarbejder indbyrdes uden at opkræve betaling, hvilket ydermere ville give lægerne mere frihed. Dette kan være en nødvendighed, da konsekvensen ellers kan blive, at lægerne mister patienternes tillid (Götzsche, 2011). Ydermere fremfører Kerridge, at læger ganske enkelt ikke har brug for de økonomiske tilskud fra industrien. De kunne i stedet få tilskud fra instanser, der ikke kompromitterer deres interesser og praksis, f.eks. fra offentlige instanser eller private firmaer udenfor psykofarmakaindustrien, eller kunne egenhændigt betale for uddannelse (Kerridge, 2011, p. 691).

Beran fremstiller dog, at samarbejde ml. industrien og læger i visse tilfælde også kan være gavnligt mht. uddannelse, eftersom uddannelsesmøder giver deltagerne mere viden, som kan anvendes ifm. patientomsorg. At firmaer imødekommer lægers behov i denne forbindelse er ikke lig med uprofessionel udførelse, if. ham, da deltagelse stadig kræver personlig involvering og dermed omkostninger for både læge og medicinalfirmaet, hvilket i sidste ende gavner både patienter og industri (Beran, 2009, p. 551). Såfremt læger får det bedste uddannelsesmateriale vedr. præparater, kan et sådant samarbejde være gavnligt. Beran understreger dog, at lægen, for at kunne agere professionelt, skal have en gyldig grund til at tro, at den tilbudte behandling er bedre, eller lige så god, som konkurrerende muligheder. Uanset industriens baggrund, skal lægen altid handle for patientens bedste. Så længe dette sker, handler lægen professionelt (ibid., p. 554f).

En generel mulighed for at løse eventuelle problemer ifm. de nødvendige samarbejdsområder, der præsenterer flere nærværende speciales reviewartikler, er særligt en øget åbenhed ml. psykofarmakaindustrien og læger. Blandt andet Kerridge beskriver således, at der over det sidste årti i store dele af verden er opstået stigende krav til, at psykofarmakaindustrien og den medicinske profession bliver mere transparente mht. deres relationer. Ydermere fremføres, at læger i stigende grad forventes at fremlægge interessekonflikter, når de taler eller skriver offentligt, hvilket er i tråd med ovenstående argument af Gøtzsche. Desuden mener Kerridge, at psykofarmakavirkomhederne skal være mere åbne mht. mængden af økonomiske midler, de anvender på marketing, konsulenter m.m. (Kerridge, 2011, p. 690). Beran fremstiller ydermere, at åbenhed kan medføre, at patienterne får øget tillid til lægen, da et samarbejde med industrien kan være en positiv indikation på, at lægen har en vis faglig og videnskabelig standard (Beran, 2009, p. 552f).

Således opstod igennem nærværende review en bevidsthed om, at forbindelsen ml. psykofarmakaindustrien og læger er et aktuelt dilemma, som også i høj grad gør sig gældende i Danmark, på trods af at der her eksisterer en strengere lovgivning på området. Mulige tiltag for at begrænse denne forbindelse er fundet bl.a. i form af strengere regler vedr. kontakten ml. industrien og læger samt vedr. offentliggørelse af forsøg med præparater. En stor faktor var desuden psykofarmakaindustriens økonomiske engagement i lægers praksis, hvortil mulige tiltag blev fundet i form af at begrænse dette, omend det er et område, som lægerne selv mener, de er i stand til at regulere, hvilket antageligt kan medføre yderligere behov for fokus herpå. Således blev det også fremført, at læger ikke har brug for industriens økonomiske støtte, da det burde være muligt at skaffe midler fra mere uafhængige instanser, og ydermere, at læger bør frasige sig betaling ved f.eks. konsulentarbejde og forskning. Med hensyn til muligheder for at optimere det nødvendige samarbejde ml. industrien og læger opstod særligt fundet om et behov for øget åbenhed på området. Således fremstod af dette review flertallige potentielle måder, hvorpå psykofarmakaindustrien gennem dennes forbindelse til de danske læger kan have mulighed for at påvirke sygdomsforståelse, og hermed også visse dele af psykiatrisk sygdomsforståelse og diagnosticeringspraksis i Danmark.

4.4 Delkonklusion

I henhold til dette kapitels overordnede interesselspørgsmål, vedr. psykofarmakaindustriens mulige indflydelse på psykiatrisk sygdomsforståelse og diagnosticering i Danmark, opstod forskellige fund. Vi fandt, at der i løbet af det 20. årh. var en vækst i udviklingen og fremkomsten af psykofarmaka, hvortil særligt ønsket om præparater, der kunne påvirke og helbrede sindet på samme vis, som medicin til somatiske sygdomme, spillede en stor rolle. Dette blev forsøgt ved bl.a. lanceringen af antipsykotikum i 1950'erne samt antidepressiva i slutningen af 1980'erne. Ydermere opstod et fund om, at der sammenfaldende med udvikling i psykofarmaka opstod perioder med særligt dominerende psykiatriske diagnoser, hvortil udviklingen af psykofarmaka har en tydelig sammenhæng med psykiatrisk sygdomsforståelse og dermed også fundamentet for måden hvorpå diagnosticeringspraksis kommer til udtryk. Dette blev også argumenteret for at gøre sig gældende i en dansk sammenhæng, hvortil det dog blev fremført, at psykofarmakaindustrien selv mener, at reglerne på området sikrer, at der ikke kan opstå en omfattende påvirkning. Ydermere opstod det fund, at der også bør ses på kulturelle og samfundsmæssige årsager til en potentiel prævalensstigning ift. antallet af diagnosticerede samt en stigning i udskrivning af psykofarmaka.

Et yderligere fund var, at opdagelsen og udviklingen af psykofarmaka har haft væsentlig påvirkning på udførelsen og ændringer i diagnosemanualerne gennem tiden. Dette har særligt gjort sig gældende siden indførelsen af DSM-III pga. dennes biomedicinske sygdomsforståelse. Således har der gennem tiden været sammenhæng ml. antallet af nye psykofarmakapræparater og antallet af diagnoser i manualerne, som dog synes stagnerende i en aktuel sammenhæng. Ydermere blev det fundet, at psykofarmakaindustrien er væsentlig ift. det økonomisk aspekt ifm. dette. På trods af at der i Danmark er forholdsvist stramme regler mht. markedsføring af psykofarmaka, samt lægers forbindelse til industrien, blev det fundet, at der synes at være tendenser hertil.

I forlængelse heraf blev det, gennem et litteraturreview, undersøgt, hvorledes psykofarmakaindustrien har indflydelse på psykiatrisk sygdomsforståelse og diagnosticeringspraksis i Danmark ved at belyse potentielle aktuelle forbindelser ml. indu-

strien og læger. Igennem reviewet fandt vi både fordele og ulemper ved samarbejde ml. psykofarmakaindustrien og læger, hvortil det mest fordelagtige henseende var ifm. forskning, mens det mindst fordelagtige var ifm. uddannelse og generelt på områder, hvor de økonomiske interesser potentielt kan overskygge de medicinske. Disse faktorer blev, blandt andre, diskuteret på baggrund af temaer, vi fandt, vedr. danske lægers forbindelse til industrien, og omfanget heraf; muligheder for at begrænse industriens indflydelse, hvor denne synes uhensigtsmæssig; samt afslutningsvist muligheder for at få samarbejdet til at fungere hensigtsmæssigt på områder, hvor dette er relevant. Reviewet fandt således, at der også i Danmark, på trods af lovgivningen, hersker forbindelser ml. psykofarmakaindustrien og læger, der kan være både fordelagtige og kompromitterende for den gode diagnosticeringspraksis og sygdomsforståelse, der ligger bag.

Overordnet set er der igennem kapitlet opstået flere aspekter, der argumenterer for, at psykofarmakaindustrien udgør en påvirkning på sygdomsforståelse og psykiatrisk diagnosticeringspraksis i det nutidige Danmark. Således har industrien været med til at påvirke udviklingen af psykofarmaka, som har været en vigtig forudsætning for udbredelsen af visse psykiatriske diagnoser samt udfærdigelsen af diagnosemanualerne. Afslutningsvist blev det fremført, at også psykofarmakaindustriens forbindelser til læger synes at influere på deres sygdomsforståelse i visse henseender, og dermed også den psykiatriske diagnosticeringspraksis. Således har nærværende kapitel belyst relevante aspekter af den sidste af specialets udvalgte komponenter. Følgende kapitel vil dermed præsentere en opsamlende diskussion af de tre komponenters mulige indbyrdes relationer.

5. Opsamlende refleksion over specialet

Dette kapitel udgør sidste bidrag til besvarelsen af specialets problemformulering, og vil basere sig på de forudgående kapitler med henblik på en kritisk stillingtagen til de forhold, der gennem specialet er blevet berørt. Kapitlet er delt i to overordnede afsnit, hvor det første behandler mulige gensidige influenser ml. specialets tre komponenter; hhv. psykiatrisk sygdomsforståelse, psykiatriske diagnosemanualer samt psykofarmakaindustrien. Dele af dette afsnit vil bære præg af at være opsummerende ift. specialets indhold, med henblik på at åbne op for diskussion samt refleksion over relevante dele af de enkelte kapitler sat i relation til hinanden. Kapitlets andet afsnit tager et kritisk perspektiv på specialet og søger hertil at diskutere samt vurdere udfærdigelsen heraf, gennem vurdering af bl.a. de anvendte kilders empiriske belæg. Omend de to afsnit fremstår forskelligartede i deres behandlingsområde, er det valgt, at de skal optræde i samme kapitel, da de begge repræsenterer en kritisk stillingtagen til forskellige aspekter af nærværende speciale. Således skal nærværende kapitel ses som udgørende en opsamlende såvel som vurderende afrunding på specialet, hvilket lægger op til den efterfølgende konklusion herpå i kapitel 6.

5.1 De tre komponenters gensidighed

I de foregående kapitler er nærværende speciales interessefelt blevet undersøgt gennem en belysning af de tre komponenter, der blev vurderet interessante samt essentielle ift. at kunne udfolde psykiatrisk sygdomsforståelse i Danmark aktuelt. Begyndelsesvis har vi igennem kapitel 2 skabt et overordnet indblik i væsentlige aspekter af det historiske perspektiv på psykiatrisk sygdomsforståelse, samt hertil anskuet kompleksiteten bag i et aktuelt perspektiv. Vi har bl.a. fremlagt, at der er sket omfattende ændringer gennem tiden, at der har været og fortsat er uenighed vedr. måden, psykisk sygdom bør defineres på, at patologi og normalitet dikteres af samtid og kultur samt at sygdomsforståelse er et fænomen med omfattende kompleksitet bag sig, der kun synes at fortsætte således. Dernæst har vi i kapitel 3 behandlet, at psykiatriske diagnosemanualer gennem tiden, men særligt aktuelt, har

haft betydelig indflydelse på psykiatrisk sygdomsforståelse og dermed også, hvordan diagnosticeringspraksis bør praktiseres. Særligt kan vi se, at en biomedicinsk sygdomsforståelse er udpræget dominerende. Det argumenteres for, at psykofarmakaindustrien har været medvirkende til denne udvikling, hvilket kapitel 4 tog udgangspunkt i. Vi har fundet flere argumenter for, at psykofarmakaindustrien synes at udgøre en væsentlig influens ift. psykiatrisk sygdomsforståelse og diagnosticering i Danmark aktuelt. Blandt andet har vi udfoldet, at psykofarmakaindustrien har været med til at påvirke udviklingen af præparater, hvilket kan ses som en forudsætning for udbredelse af nogle psykiatriske diagnoser, såvel som for udfærdigelsen af diagnosemanualerne. Derudover blev det fundet, at psykofarmakaindustriens forbindelse til læger synes at være influerende på manualernes sygdomsforståelse i nogle henseender og således også dele af den psykiatriske diagnosticeringspraksis.

I det følgende vil fremføres tre temaer iht. de tre komponenter, som specialets kapitler har centreret sig omkring. Denne bearbejdning fremhæver væsentlige aspekter, som de foregående kapitler har bidraget med, og sidestiller disse for at undersøge, hvorvidt der finder gensidig influens sted ml. komponenterne samt undersøge, hvorvidt fundene i de enkeltstående kapitler stemmer overens, når de sidestilles og relateres til psykiatrisk sygdomsforståelse. Dette gøres for at få overblik over den kompleksitet, der synes at eksistere vedr. sygdomsforståelse og nogle af de mulige influenser herpå, samt for at skabe indsigt i, hvilke forbehold der bør tages, når sygdomsforståelse er en afgørende faktor, for eks. diagnosticeringspraksis ift. hvornår der bør stilles en diagnose eller ej. Som det blev fremlagt i kapitel 1, så er dette et meget omdiskuteret og ikke mindst aktuelt emne, men alligevel savner vi et helhedsbillede af de forskellige komponenters substans og deres potentielle samspil, da vi ikke finder tilstrækkelig afdækning heraf i litteraturen og særligt ikke ift. danske sammenhænge, jf. kapitel 1. Ifølge os er det således et ganske kritisk forhold, at der mangler en belysning og diskussion af, hvorvidt disse tre komponenter spiller sammen og influerer på, hvordan der bliver diagnosticeret ifm. psykiske lidelser. Vi har i denne forbindelse argumenteret for, at diagnosticering bør være stærkt velfunderet, og at fagpersoner i relation til diagnosticeringspraksis hertil derfor bør være bevidste om muligt influerende faktorer. Dette synes nødvendigt for at kunne modvirke eks. fejl-diagnosticering samt en potentiel prævalensstigning ift. psykiatrisk diagnosticerede i fremtiden, hvilket bl.a. kan grunde i en fejlagtig

skellen ml. normalitet og patologi, jf. kapitel 1. Som vi har set, eksisterer psykiatrisk sygdomsforståelse ikke som udelukkende selvstændig enhed, upåvirkelig af eksterne såvel som interne faktorer. Sygdomsforståelse synes derimod at være uundgåeligt og markant sammenvævet med komponenter som netop diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien.

I det følgende vil forekomme tre underafsnit, hvor hver af ovennævnte to komponenter sættes i relation til psykiatrisk sygdomsforståelse samt afslutningsvist, at de to komponenters indbyrdes relation diskuteres i henhold hertil. De tre underafsnit skal ikke ses som fuldt ud adskilte, da de indeholder temaer, der til en vis grad kan være overlappende, hvilket desuden understreger, at der finder en mulig reciprok influens sted ml. de tre komponenter. Hvert underafsnits tema bidrager dog med nogle enestående diskussionspunkter og refleksioner, hvortil det søges at skabe et nuanceret billede af, hvordan samspillet ml. komponenterne kommer til udtryk. Vi ønsker således at diskutere de fund, vi har gjort i nærværende speciale og vil i det følgende supplere disse med yderligere væsentlige aspekter i henhold hertil.

Psykiatrisk sygdomsforståelse og diagnosemanualer

Nærværende afsnit vil omhandle, hvorledes psykiatrisk sygdomsforståelse og diagnosemanualer kan spille sammen, ligesom der også vil argumenteres for, at de til en vis grad er uundgåelige forudsætninger for hinanden. Det kan forekomme åbenlyst, at der eksisterer sammenhæng ml. måden, hvorpå psykisk sygdom forstås og defineres samt måden, hvorpå psykiatriske diagnoser anvendes. Dog vil nærværende afsnit udfolde disse to komponenters potentielle samspil yderligere og fremhæve væsentlige aspekter heraf, der har bidraget til interessante fund vedr. måden, hvorpå psykiatrisk sygdomsforståelse kommer til udtryk og bliver influeret af udenforstående faktorer.

Til en vis grad er det selvsagt, at måden hvorpå særligt professionelle behandlere forstår samt identificerer tilstedeværelse af psykopatologi dikteres af diagnosemanualerne, da det er disse, der skal henholdes til ifm. diagnosticering i Danmark, jf. kapitel 3, ligesom diagnosemanualerne er udformet på baggrund af en given syg-

domsforståelse. Vi erfarede i kapitel 2 og 3, at den sygdomsforståelse, der på et givent tidspunkt har været den herskende, har influeret på måden, hvorpå diagnosemanualerne er blevet udformet og revideret. De historiske beretninger gør det tydeligt, at en udvikling i sygdomsforståelse påvirker diagnosemanualerne på en sådan måde, at bl.a. antallet og typen af diagnoser ændres. Vi så bl.a., at der skete et skift i det psykiatriske sygdomsbegreb, da DSM-III udkom i 1980, hvor sygdomsforståelsen blev mere biomedicinsk orienteret. Hermed skete der en overgang fra en dynamisk til en diagnostisk, deskriptiv psykiatri, hvor der nu kom øget fokus på, at den amerikanske psykiatri skulle være lægevidenskabelig og forskningsbaseret. Dette kom bl.a. til udtryk gennem, at diagnosemanualerne krævede klare retningslinjer for fremtidig forskning samt et empirisk og videnskabeligt fundament med klart afgrænsede og validerede diagnostiske kriterier, jf. kapitel 3.

Dertil fremlagde kapitel 2, at der, if. Mayes og Horwitz, fandt en revolution sted i 1980'erne med DSM-III i centrum, hvormed definitionen af psykisk lidelse gik fra at omfatte brede, ætiologisk definerede enheder, til at være symptom baserede og kategoriske sygdomsenheder. De mener, at dette paradigmeskift spirede gennem et stigende krav om standardisering ift. psykiatrisk diagnosticering, hvilket var forårsaget af bl.a. politiske interesser, regeringsinvolvering, krav om demonstration af effektiviteten af den psykiatriske praksis, samt medicinalvirksomhedernes nødvendighed af at markedsføre deres produkter. Ifølge Horwitz opnåede DSM storslået succes ved at imødekomme disse ændrede krav fra interne kulturer såvel som sociale, politiske og økonomiske miljøer indenfor den psykologiske profession. Således eksemplificeres det, hvordan psykiatrisk sygdomsforståelse har været med til at forme diagnosemanualerne, og dermed ydermere indvirker på selve sygdomsforståelsen hos diagnosemanualernes brugere. En af konsekvenserne heraf var bl.a., at antallet af diagnoser voksede støt pga. bestræbelserne på at øge reliabiliteten af diagnosticering, jf. kapitel 2, og således kan det antages, at sygdomsforståelsen, foruden at besidde et biomedicinsk, deskriptiv præg, kom til at afspejle et mere nuanceret syn på psykopatologi og forskellige former heraf.

Derudover har vi også fundet, at ICD og DSM indbyrdes har påvirket hinanden samt at der eksisterer en væsentlig grad af international overensstemmelse ml. de to manualer, jf. kapitel 3, og således at psykiatrisk sygdomsforståelse har fået en vis

grad af global ensartethed, omend det tillige beskrives, at den aktuelle sygdomsforståelse er bestemt af den givne samtid og kultur. I relation hertil har vi ligeledes fundet, at det problematiseres, at sygdomsklassifikationens grundantagelse stadig er, at diagnoser er almengyldige og universelle, ligesom at grænsedragningen ml. diagnoserne og hvad der er hhv. patologisk og normalt er højaktuelle og omdiskuterede emner, der er i kontinuerlig udvikling. Eksempelvis fremhæves, ud fra Mirdals beskrivelse, at både DSM og ICD bygger overvejende på en biomedicinsk sygdomsforståelse, men at der er sket en del ændringer i begge diagnosesystemer, der kan tyde på, at psykiatriske diagnoser ikke nødvendigvis er entydigt objektive beskrivelser i ren biomedicinsk forstand, jf. kapitel 2.

Det er i denne sammenhæng interessant, hvad der vil komme til at ske ift. den snarlige udgivelse af ICD-11. Der synes at være et sigte mod høj grad af klinisk gyldighed, gennem reduktion af antallet af diagnoser, mens DSM-manualerne generelt har haft en tendens til et øget antal diagnoser. Dette kan antageligvis komme til at have stor betydning for den mere globale psykiatriske sygdomsforståelse, der søges skabt, da der med den 11. revision af ICD forventes at ske en ekspansion ift. omfanget af manualens anvendelse. Således kan der potentielt ske en tilnærmelse mod en mere diagnostisk baseret sygdomsforståelse, hvor operationelle kriterier er det bærende, jf. kapitel 3. På den anden side kritiserer vi, at der stadig synes at herske en ensidig biomedicinsk tænkning hos flertallet af psykiatere, der bruger ICD, hvor der i stedet bør fokuseres på patientens mere personlige og sociale færdigheder, jf. kapitel 2, som det gør sig gældende for DSM's multiaksiale struktur, der bl.a. indeholder en akse vedr. psykosociale stressorer, jf. kapitel 3. På baggrund af disse fund tyder det på, at denne påvirkning af såvel psykiatrisk sygdomsforståelse som diagnosticeringspraksis har en gensidig influens de to diagnosemanualer imellem.

Således er det illustreret, at der er en på forhånd givet sammenhæng ml. psykiatrisk sygdomsforståelse og diagnosemanualerne, men at denne sammenhæng er multifacetteret og indeholder en kompleksitet, der, på baggrund af vores fund, kan antages at fortsætte i takt med samfundets og tidens udvikling. Hertil må denne udvikling formodes at have indvirkning på sygdomsforståelse såvel som diagnosemanualer, der yderligere indgår i gensidig påvirkning af hinanden. Dette leder os videre til

et andet væsentligt aspekt, i form af komponenten omkring psykofarmakaindustrien, hvortil det er interessant at se på, hvorledes psykofarmakaindustrien potentielt har indflydelse på sygdomsforståelse.

Psykiatrisk sygdomsforståelse og psykofarmakaindustri

Den tredje komponent, som specialet har valgt at udforske, er psykofarmakaindustrien, hvortil et interessant aspekt at undersøge i denne henseende er den potentielle sammenhæng ml. denne og psykiatrisk sygdomsforståelse. Denne sammenhæng er umiddelbart ikke så ligetil at udforske, som det gjorde sig gældende ift. diagnosemanualerne. Ikke desto mindre fandt vi, i kapitel 4, nogle interessante fund, som vi finder essentielle yderligere at udfolde betydelige aspekter af i dette afsnit.

På baggrund af specialets foregående kapitler har vi fundet indikationer for, at psykofarmakaindustrien har interesse i, og i flere tilfælde også lykkes med, at influerer på psykiatrisk sygdomsforståelse. Disse indikationer opstod bl.a. ved et fund om, at psykofarmakaindustriens forbindelse til læger synes at influere på lægernes sygdomsforståelse i visse henseender, f.eks. gennem undervisning af andre læger sponsoreret af industrien samt forskning i nye præparater, og således også deres måde at udføre diagnosticeringspraksis på. Vi har både belyst fordele og ulemper ved et samarbejde ml. psykofarmakaindustrien og læger. Blandt andet var det mest fordelagtige iht. forskning, mens det mindst fordelagtige syntes at være iht. områder, hvor de økonomiske interesser potentielt overskygger de medicinske. Hertil blev det fundet, at der også i Danmark eksisterer forbindelser ml. industrien og læger, på trods af den danske lovgivning herom, hvilket både kan anses som fordelagtigt, såvel som kompromitterende ift. god diagnosticeringspraksis, jf. kapitel 4.

Ydermere har vi vendt, at udbredelsen af brugen af psykofarmaka, samt psykofarmakaindustriens indflydelse på psykiatriske lidelser, delvist grunder i forhold, som samfundet anser som problematiske, hvortil psykofarmakaindustrien har incitament for at skabe givne præparater til bedring af netop disse forhold. Det er i denne forbindelse blevet diskuteret, at psykofarmakaindustrien har søgt at udvide deres

økonomiske markedsandel, samt søgt udbredelse i brugen af deres præparater, gennem samarbejde med læger, men at de ligeledes har ageret på baggrund af en efterspørgsel fra samfundets side, jf. kapitel 4. På baggrund heraf mener vi, at det kan diskuteres, om samfundets udvikling kan være en prominent medspillende årsagsfaktor bag problematisering af en given adfærd. Eksempelvis kan det tænkes, at stigende krav til, og pres på, det enkelte individ kan bevirke en øget sårbarhed og er en stressfaktor, der potentielt kan føre til udvikling af psykopatologi, eller at individet, der ikke kan leve op til dette, anses som patologisk. Hertil bliver medikamentel behandling løsningen, således at individet igen kan leve op til samfundets forventninger. Sidstnævnte eksempel er en fremtrædende pointe i Alain Ehrenberg værk *Det udmattede selv - depression og samfund* (2010). Her beskriver han depression som en følgevirkning af at være individ i et samfund, der er præget af stigende forventninger og krav til den enkelte om personligt ansvar, selvrealisering mv. Hertil fremlægger han, at individet lider under samfundets patologisering af normalitet, og at psykofarmaka desværre alt for ofte bliver en kemisk genvej til succes i samfundet (Ehrenberg, 2010). Vi finder Ehrenbergs belysning af dette problemområde særligt interessant og en større grad af fokus på samfundsmæssige tendenser kunne have profiteret nærværende speciale yderligere, såfremt rammerne herfor havde tilladt yderligere bearbejdning.

På baggrund heraf kan det formodes, at en sådan patologisering er med til at fremme prævalensen af psykiatrisk diagnosticerede, hvorfor behovet for, og brugen af, psykofarmaka stiger som funktion heraf. Hertil har vi dog tidligere netop fundet, at der ikke findes indikation for, at der er sket en prævalensstigning mht. psykiatrisk diagnosticerede i Danmark (Kjær & Lip, 2016). Derudover tyder det heller ikke på, at der er sket en udvidelse af sygdomsbegrebet i den forstand, at ICD-11 kommer til at indeholde flere diagnoser. Derimod tegner der sig på nuværende tidspunkt et billede af, at manualen kommer til at have færre diagnoser, men til gengæld bredere overordnede diagnosekategorier, jf. kapitel 3. Vi ser derfor, at kompleksiteten begynder at melde sig ift., hvilken indflydelse dette samspil, ml. sygdomsforståelse og psykofarmakaindustrien, potentielt kan have og reelt har. Grundet eksisterende lovgivning ift. industriens og lægernes samarbejde, jf. kapitel 4, er det et område, det er svært at få skabt eksplicit og sandfærdig viden omkring. Dette skyldes bl.a., at der ikke eksisterer dybdegående undersøgelser heraf ift. danske sammenhænge

og desuden kan det antages at være et område præget af forsigtighed ift. at udtale sig om for bl.a. læger.

Derudover blev det fundet, at psykofarmakaindustrien, foruden de omstridte kritikpunkter i kapitel 4, indebærer en del positive aspekter, da industrien skaber og udvikler nye kure mod lidelser. Dermed ser vi et potentiale i, at industrien kan være en væsentlig medspillende faktor ift. behandling såvel som lindring af symptomer, der bl.a. gør det muligt at differentiere lidelser fra hinanden og hertil også gør det muligt at opdage komorbide lidelser. Eksempelvis kan angstdæmpende præparater være med til at dæmpe angstsymptomer, således at det ift. et udredningsforløb kan være lettere at skabe indsigt i, hvorvidt der netop er tale om en given angstlidelse, der er enestående, eller om der ligeledes er tale om en bidiagnose, om angsten er en følgevirkning af en anden lidelse osv. Således kan det argumenteres for, at psykofarmakaindustrien kan være bidragende til at skabe en bredere forståelse for diagnosers nuancering såvel som, at psykofarmakapræparater kan være et behjælpeligt redskab til at kunne lette udredningsforløb, iht. hvorvidt der er tale om en psykopatologi eller en mere normal grad af menneskelig udfordring og reaktion herpå.

Hertil kan der også argumenteres for, at når psykiatrisk sygdomsforståelse udvides, og diagnosemanualerne således kommer til at indeholde nye former for lidelser, opstår der ligeledes et krav om nye præparater. Dette gør sig gældende, hvis ikke der allerede forefindes præparater med gavnlig effekt på den givne 'nye' lidelse. Såfremt der ikke allerede er tilgængelige præparater, kan det formodes, at sygdomsforståelse således influerer på psykofarmakaindustrien gennem en efterspørgsel på udvikling af nye præparater. Det kan argumenteres for, at sygdomsforståelse, og herunder særligt potentielle patologiseringstendenser, kan lægge et pres på psykofarmakaindustrien og dermed være medvirkende til udbredelse af allerede eksisterende psykofarmaka, såvel som udvikling af nye præparater. I den forbindelse kan det antages, at særligt modediagnoser, også er dem, det vil gavne psykofarmakaindustrien særligt at promovere sig ift., da der potentielt er størst salgspotentiale ift. disse. Således kan det argumenteres for, at psykiatrisk sygdomsforståelse, og de ændringer der er sket hermed igennem tiden, kan være fordrende for psykofarmakaindustrien, dens markedsføring samt markedsandel.

Det tyder dermed ligeledes på, at der eksisterer et samspil ml. psykofarmakaindustrien og psykiatrisk sygdomsforståelse ift. flere faktorer, som det også gør sig gældende ift. diagnosemanualerne og psykiatrisk sygdomsforståelse. Derfor er det herudfra interessant at se på, hvorvidt alle tre komponenter potentielt spiller sammen og synes at have en gensidig relation til hinanden. Således vil der i det kommende afsnit ses nærmere på, hvordan en potentiel indbyrdes påvirkning ml. diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien kan indvirke på psykiatrisk sygdomsforståelse.

Samspeilet mellem de tre komponenter

Af nærværende kapitel er opstået adskillige sammenhænge ml. de enkelte komponenter. Dette afsnit vil på baggrund heraf diskutere den formodentlige overordnede sammenhæng ml. komponenternes beståen, hvor en potentiel sammenhæng ml. diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien sættes i relation til sygdomsforståelse, der vil blive undersøgt og diskuteret væsentlige aspekter af i det følgende.

Et interessant aspekt ift. denne mulige sammenhæng er spørgsmålet om, hvorvidt psykofarmakaindustrien er med til at opfinde nye diagnoser på baggrund af deres præparater. Vi har gennem specialet fundet interessante fremlægninger af, at psykofarmakaindustrien ikke kun søger at finde kure mod allerede eksisterende lidelser, men også at skabe nye lidelser, der passer til de præparater, som allerede er udviklet, jf. kapitel 4. Således skaber industrien så at sige ikke kun nye kure til gamle lidelser, men også nye lidelser på baggrund af nyudviklede præparater, der har en effekt på en given tilstand, som endnu ikke er kategoriseret og defineret som værende patologisk. Et interessant eksempel herpå er, som nævnt i kapitel 3, ADHD-diagnosen. Ifølge Gøtzsche er ADHD ikke en psykisk lidelse, men derimod en social konstruktion. Rose fremhæver ligeledes, at ADHD er et eksempel på en lidelse, som den biomedicinske psykiatri har skabt på baggrund af en medikalisering. Ydermere er det blevet udfoldet, at de amerikanske myndigheder kræver, at psykofarmaka skal have påviselig effekt på bestemte psykiske lidelser, hvortil udviklingen af bestemte former for psykofarmaka har medført, at den tilstand, præparaterne kan indvirke på, bliver defineret som en specifik diagnosticerbar

lidelse, jf. kapitel 3. Således opstår der argumentation for, at udviklingen og brugen af psykofarmaka kan anses som en betydelig forudsætning for udbredelsen af visse psykiatriske diagnoser såvel som for udfærdigelsen af diagnosemanualerne.

Således kan det hævdes, at tilstande, der før i tiden blev anset som variationer af den givne tids normalitetsbetegnelse, har undergået en proces, med bl.a. disse tre komponenters indbyrdes influens, hvormed forståelsen af disse tilstande er blevet diagnostisk defineret. Dette understøttes af den udvikling og de ændringer, vi fandt gennem kapitel 2, hvor en ændret forståelse af, hvad der defineres som hhv. normalitet og patologi gennem tiden, såvel som aktuelt, er påvirket af væsentlige influenser, som bl.a. diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien. Når livlige børn eks. begynder at blive anset som havende en psykisk lidelse, opstår der et behov for at indfange tilstanden, og dermed bliver en diagnose skabt, i dette tilfælde i form af ADHD. Der bliver således, pga. opfattelsen af, at noget bestemt er patologisk adfærd, et øget behov for nye diagnoser. Når præparater samtidig er tilgængelige, som eks. Ritalin, der har en gavnlig effekt på ADHD, kan det synes oplagt, at der opstår et syn på tilstanden som værende patologisk, hvor resultatet heraf kan være, at en diagnose skabes.

Det kan diskuteres, hvorvidt denne udvikling kan forventes at fortsætte. Noget taler imod, hvis vi kaster et blik på den foregående behandling, hvor det blev fundet, at der er tiltænkt en reduktion i antallet af diagnoser i den kommende manual, ICD-11. Det kan dog tænkes, at det er en form for forandring snarere end en udvikling, vi går i møde. Det kan antages, at antallet af psykiatriske diagnoser ikke øges, men at kriterierne ændres, og at nogle diagnoser udgår fra manualen samt at nye kommer til, omend dette ikke vil være i et lige så stort omfang som ved tidligere revisioner. Hvis vi henholder os til, at normalitetsbegrebet dikteres af samtid og kultur, er det lige så vel interessant ift. fremtidig psykiatrisk sygdomsforståelse, hvilke nye diagnoser, der skal inkluderes i diagnosemanualerne, såvel som hvilke diagnoser, der ekskluderes, og dermed ikke længere anses som værende patologisk mentalitet og adfærd. Derudover synes der at være indikationer for, at flere af de diagnoser, der strukturelt set er separate i ICD-10, vil blive til færre og mere overordnede kategorier i ICD-11, jf. kapitel 3. Et eksempel herpå er Aspergers syndrom-diagnosen, der, på nuværende tidspunkt, ud fra betaudgaven af ICD-11, synes at

frafalde som selvstændig diagnose, for i stedet at blive inkluderet i en bredere og mere overordnet kategori vedr. Autismespektrum forstyrrelser (WHO, 2017c).

Ydermere fremlægger Andersen et al., at der er grund til bekymring, da vores aktuelle samtid er præget af øget sensitivitet ift. sygdomstegn end tidligere, og at denne sensitivitet delvist udspringer af, at der er sket en ekspansion af antallet af diagnostiske kategorier, at der er sket ændringer i diagnostiseringspraksisserne samt at der forekommer en medikalisering og patologisering af flere forskellige former for livsomstændigheder, jf. kapitel 2. Dog er det vores overbevisning, at især det kritisable forhold vedr. de diagnostiske kategoriers ekspansion søges imødekommet med ICD-11, omend det ikke er fuldkommen favorabelt på alle aspekter, at underkategorier til givne diagnostiske hovedgrupper enten frafalder, eller bliver inkluderet i en overordnet diagnostisk kategori. Dette grunder vi i en frygt for, at det kan være grobund for, at bl.a. de der i dag, med ICD-10, ville blive diagnosticeret med en mildere grad af en given lidelse, med ICD-11 i stedet vil få en diagnose af mere overordnet karakter, hvorunder de ikke kan se sig selv, og som ydermere kan få den givne lidelse til at fremstå mere udpræget, end hvad tilfældet kan være.

Vi frygter, at dette kan fordre en øget stigmatisering samt at en større gruppe af patienter, for hvilke dette vil være aktuelt, ikke kan genkende sig selv under deres diagnose. Hvis vi ser på førnævnte eksempel med Aspergers syndrom, vil det med ICD-11 betyde, at en patient, der med ICD-10 ville være blevet diagnosticeret med Aspergers syndrom, i stedet nu, med ICD-11, vil blive diagnosticeret med en Autismespektumforstyrrelse, omend måske i mildere grad. Selve diagnosens betegnelse vil dog gøre, at den givne patient vil indfinde sig i samme diagnostiske kategori, som langt mere hæmmede patienter. Dette ser vi som et problematisk forhold, da autisme kan komme til udtryk på vidt forskellig vis, og at der bl.a. er stor forskel på en patient med infantil autisme og en med Aspergers syndrom, som ICD-10 dikterer diagnoserne i dag. Vi således frygter, at en sammensmeltning af flere forskellige diagnoser vil give problemer ift. en præcis diagnosticering af patienterne, og herunder således forringe hhv. validitet samt reliabilitet af diagnosticeringen. Ligesom det også potentielt kan føre til forvirring og problemer med identificering hos patienter selv, der måske ikke kan genkende deres symptomer og deres lidelses manife-

station i en overordnet diagnosebetegnelse, i sammenligning med andre patienter, der i højere grad passer på symptombilledet.

Et andet aspekt i denne diskussion er fundet om, at psykiatrisk sygdomsforståelse er med til at skabe grundlaget for en generel psykologi. Ifølge Foucault er det muligheden for at kunne analysere det psykopatologiske, der har åbnet op for grundlaget bag al psykologi. Han fremlægger, at psykologi som felt således har sin historiske oprindelse, samt forudsætninger, i en forståelse af det psykopatologiske, og at det eks. er en analyse af personlighedsspaltning, der har lagt fundamentet for personlighedspsykologi, jf. kapitel 2. Hvis vi godtager dette, og henholder os til de foregående diskussionstemaer, må grundlaget for også en generel psykologi vedr. normalitet og mental sundhed udspringe af en forståelse for det psykopatologiske, der, som vi har argumenteret for, er influeret af flere interne samt eksterne faktorer, eks. diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien. Dette er et meningsfuldt perspektiv set i lyset af den foregående diskussion, der dog samtidig giver grundlag til bekymring iht. en fremtidig udvikling. Hvis diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien er i reciprok indvirkning med psykiatrisk sygdomsforståelse, og således også er komponenter i en skildring ml. normalitet og psykopatologi, bør vi være bevidste om, hvorledes dette influerer på diagnosticeringspraksis, ligesom vi før i nærværende speciale har advokeret for. Ligeledes bør vi være bevidste om, hvordan disse komponenter og deres indbyrdes sameksistens har betydning for hele det psykologiske felt. Dette underbygger endnu engang relevansen af nærværende speciale, da det er forhold, vi især som fagpersoner indenfor det psykologiske fagfelt bør være opmærksomme på, og vi håber, at dette speciale dermed kan skabe opmærksomhed omkring dette essentielle emne, samt være med til at udfordre og udfolde tankerne hos dets læsere.

Det er ikke muligt at komme med et entydigt svar på, hvilken faktor, der influerer mest på sygdomsforståelse, hvilket heller ikke er formålet med nærværende diskussion. Det er dog interessant at se, at faktorerens indvirken på hinanden er mangefacetteret. Gennem dette kapitel, og på baggrund af de foregående kapitlers gennemarbejdning, er vi blevet bekræftet i vores indledende hypotese om, at psykiatrisk sygdomsforståelse i høj grad er influeret af både diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien. Dette er et forhold, som vi finder meget aktuelt og relevant at

afdække, samt at skabe opmærksomhed omkring, da det, som vi tidligere har argumenteret for, er et emne, der mangler belysning. Derudover er det særligt vigtigt, for især fagpersoner, at være bevidst om muligt influerende faktorer iht. diagnosticering, for at gøre diagnosticeringspraksissen bedst muligt velfunderet, og dermed undgå bl.a. fejl-diagnosticering og en mulig stigning i prævalensen af psykiatrisk diagnosticerede på et fejlagtigt grundlag. Hermed har vi argumenteret for, at psykiatrisk sygdomsforståelse ikke kan ses som en enestående faktor, men at der derimod er påvirkninger fra såvel interne som eksterne faktorer, hvoraf vi har søgt at belyse nogle af disse og dermed påpege, at sygdomsforståelse bør og skal ses som et komplekst hele med flere komponenter i sin beståen, der er i kontinuerlig forandring og særligt afhængig af tid og samfund.

På baggrund af nærværende behandling vil der, forinden en endelig konklusion på specialet, præsenteres vores eget kritiske perspektiv på specialets udformning, med henblik på at kvalitetsvurdere specialets helhed og den empiri og teori, der ligger til grund for vores fund. I det kommende afsnit vil nærværende speciale således undergå en kritisk refleksion. I denne forbindelse bliver der set nærmere på den metodiske tilgang bag specialets udformning, bl.a. i relation til udfærdigelse af de respektive litteraturreviews, hvortil der ligeledes vil være særligt fokus på anvendte kilders videnskabelige belæg, samt kvaliteten heraf.

5.2 Kritisk refleksion over specialets udarbejdelse

Dette afsnit vil således præsentere aspekter af en kritisk refleksion over nærværende speciale, med henblik på at påpege hvilke svagheder og styrker, specialet indeholder samt at præsentere, hvilke andre mulige tilgange, der kunne have været anvendt. Helt overordnet kan karakteren af specialets undersøgelsesområde anfægtes, idet specialets undersøgelsesområde, som beskrevet i afsnit 1.3, ikke er præget af specificitet, men bevæger sig på mere et overordnet plan, for at skabe indblik i og diskutere nogle generelle forhold og betragtninger ift. psykiatrisk sygdomsforståelse. Hvis interessen bag, samt formålet med, specialet havde været anderledes, kunne vi med fordel have specificeret specialet til at omhandle eks. en bestemt diagnose eller patient- eller aldersgruppe. I og med, at vi henholder os til et genera-

liserende plan, og ønsker at skabe et billede af psykiatrisk sygdomsforståelse på tværs af, hvad vi anerkender som betydningsfulde forhold som eks. køn, alder og diagnoser, skal det pointeres, at der med nærværende speciale ikke kan siges noget enestående omkring disse konkrete forhold. Vi søger at skabe et billede af det almene og overordnede og således går vi glip af potentielt essentielle og interessante distinktioner, der kan eksistere på tværs af måder at forstå og definere psykopatologi. Hvis specialet havde indtaget et andet fokus ift. undersøgelsesområdet, kunne det eks. have været relevant at se nærmere på den forskel, der potentielt ligger i psykiatrisk sygdomsforståelse ift. en sammenligning af diagnosticering af hhv. voksne patienter og børn. Formodentligt kunne dette perspektiv underbygge vores hypotese om, at der er forskel i psykiatrisk sygdomsforståelse på eks. disse områder, hvilket vi understreger et væsentligt forhold at have in mente, omend det ikke har været belyst yderligere i nærværende speciale.

Kritisk refleksion over reviewmetoden

Et andet punkt, hvorpå specialet kan kritiseres, er ift. den anvendte reviewmetode. Som det fremgår af afsnit 1.5, er systematiske litteraturreviews i høj grad baseret på udvælgelse samt evaluering af litteratur ifm. et bestemt emne, hvilket også er aktuelt i dette speciale. Hertil opstår dog det kritikpunkt, at denne udvælgelse samt evaluering er baseret på vores vurderinger, hvorfor det ikke kan afvises, at andre forfattere ville have opnået andre tekstresultater, hvormed der opstår kritik af den videnskabelige generaliserbarhed. For at modgå denne kritik kan det dog påpeges, at vi ekspliciterer, hvilket videnskabsteoretisk standpunkt, det er valgt at anlægge samt hvilke afgrænsninger der er valgt ift. specialets undersøgelsesområde. Dette skaber bevidsthed om, hvilke resultater, det ønskes at opnå med vores teoretiske undersøgelse, da det enkelte review foretages ud fra specifikke erkendelsesinteresser og med særlige forbehold ift. interessefelt. De fundne tekstresultater, på baggrund af de fire reviews, vurderet på en kritisk systematisk måde i kraft af reviewets metodiske fremgangsmåde. Et kritikpunkt ifm. dette kan være, at syntetiseringen af fundene i specialets reviews til en vis grad kan have fundet sted ud fra et snævert perspektiv, da vi på forhånd er præget af viden om området, hvormed det ikke kan udelukkes, at en sådan syntetisering er underlagt forudantagelser o. lign.

En styrke ved dette kan dog samtidig være evnen til at kunne udvælge den relevante litteratur, da forhåndsviden også synes at medføre en større kompetence til at udsøge den mest relevante litteratur.

Et andet kritikpunkt ved anvendelsen af litteraturreview er, at dette forudsætter, at der stilles de rette spørgsmål mht. undersøgelsesområdet, hvilke både skal indfange bredt favnende samt specifikke forhold vedr. det undersøgte emne, jf. afsnit 1.5. Denne balance ml. specificitet og rummelighed var i fokus under specialets reviews, hvilket bl.a. kommer til udtryk ved de forskelligartede søgeord- og kombinationer, hvortil det er søgt at indfange forskellige betegnelser, med henblik på at afdække emnerne på nuanceret vis. Interesseområderne bag specialets tre reviews er søgt præciserede vha. anvendelsen af de givne databaser samt specifikke eksklusionskriterier til grund for litteratursøgningen, jf. afsnit 1.5. Hertil er det ligeledes muligt, at begrænsninger af væsentlige fund, der potentielt kunne bidrage til undersøgelsen af specialets komponenter, har fundet sted, såfremt denne indskrænkelse har været for omfattende. Dog kan dette også ses som bidragende til specialets videnskabelighed, da det kan anses som værende en akademisk styrke at være i stand til at afgrænse sig i litteratursøgningsprocessen, samt at opstillingen af hhv. søgeord og -kombinationer samt eksklusionskriterier er bidragende til, at det endelige litteraturvalg er særligt relevant for besvarelsen af det aktuelle undersøgelses-spørgsmål, jf. afsnit 1.5.

Der er således flere mulige kritikpunkter ifm. specialets anvendte reviewmetode. Dog kan det fremføres, at enhver metode indeholder potentielle svagheder, men at netop reviewmetoden forekom som værende den mest anvendelige metode ift. specialets interesseområde. Dette understøttes bl.a. af, at det er søgt at opnå metodestringens samt gennemsigtighed vedr. metodeanvendelsen, da fremgangsmåden er beskrevet nøje undervejs. Hertil mener vi, at litteraturreviews er en god og effektiv metode til afdækning af mængden samt kvaliteten af publiceringer, der grunder i såvel empiriske undersøgelser som teoretiske, vedr. et givent emne, på en videnskabelig og omfattende måde.

Kritisk refleksion over alternative metoder

Foruden litteraturreviews kunne specialets udfærdigelse have været suppleret med flere eller andre undersøgelsesmetoder, hvilket dog ikke blev valgt, dels grundet en vurdering af, at dette ikke ville bidrage tilstrækkeligt til specialets specifikke undersøgelsesområde, dels grundet tids- og omfangsmæssige begrænsninger. Andre undersøgelsesmuligheder ifm. specialets delaspæker kunne have været undersøgelse af andre potentielt influerende komponenter eller en anden prioritering af de sammenhænge, der ikke undersøges. I kapitel 3 blev det dog eks. fremført, at vi kunne have undersøgt den almene befolknings brug af det diagnostiske sprog og hvordan dette potentielt influerer på psykiatrisk sygdomsforståelse. Dette kunne eks. være gjort gennem en litterær afsøgning af empiri samt teori vedr. sygeliggørelse, hvilket kunne suppleres af f.eks. en spørgeskemaundersøgelse rettet mod både den almene befolkning og sundhedssektoren, herunder særligt de læger, der varetager diagnosticering, med fokus på hvorledes de mest alment anvendte diagnostiske termer, f.eks. stress og depression, forstås i hverdags sproget. Dette blev dog vurderet at være for langt fra specialets ønskede fokus for kapitel 3, der i højere grad er rettet mod selve diagnosemanualerne.

I kapitel 4 opstod andre mulige sammenhænge i form af eks., hvorledes læger påvirker hinanden indbyrdes mht. praksissen omkring udskrivelse og anvendelse af psykofarmaka. Dette kunne have været undersøgt gennem eks. interviews af praktiserende læger, på særligt det psykiatriske område, eller en spørgeskemaundersøgelse af i hvilken grad læger modtager undervisning af andre læger, betalt af psykofarmakaindustrien, samt denne potentielle indvirkning på diagnosticeringspraksis. Disse muligheder blev dog ligeledes forkastet, da der til dels ikke opstod væsentligt belæg herfor, og at det til dels ville det være et svært område at opnå konkret, og sandfærdig, empirisk belæg for, da det må formodes, at mange læger enten ikke er bevidst om påvirkninger fra f.eks. industrien eller er tilbageholdende med at udtale sig herom grundet eks. etiske forhold.

Ydermere kunne vi have taget inspiration fra visse af de i specialet anvendte litterære kilder og deres indsamling og håndtering af empiri. Dette kunne vi f.eks. have gjort i kapitel 2 ved, ligesom Zalewski, at afsøge tidligere kilder, som gamle hospi-

tals- og kirkeregistre, mht. informationer om tidligere tiders sygdomsforståelser. Dog blev det fundet, at der allerede eksisterede dybdegående undersøgelser heraf, hvilke vi vurderede som værende tilstrækkelige. Yderligere muligheder kunne være at finde eks. de tidligere udgaver af diagnosemanualerne og afsøge mulige konkrete fremlæggninger af sygdomsforståelsen i disse. En sådan empirisk afsøgning har dog i dette tilfælde ikke været mulig, da de tidligere diagnosemanualer ikke umiddelbart er tilgængelige.

Kildekritisk refleksion

Det er søgt at kvalitetsvurdere de mest fremtrædende kilder løbende igennem specialet, ift. det videnskabelige belæg heri, der ligger til grund for de enkelte forfatteres redegørelser, postulater mv. Helt overordnet finder vi, at det er et relativt usikkert vidensfundament, når der er tale om beskrivelser af noget, der ligger langt tilbage i historien, eller som anføres på baggrund af referencer til sekundære kilder. Vi forholder os således kritiske over for, hvilken sandhed og videnskabelighed dette kan tillægges og hvorledes det er rimeligt at hævde, at tingene har forholdt sig således på baggrund af kildernes beskrivelser. Derudover synes det kritisabelt, når en given kildes undersøgelsesmetode ikke forekommer eksplicit, og der kun sparsomt refereres til dennes anvendte primærkilder. Derimod bifalder vi, når der anvendes empirisk belæg for en kildes fremlægning, når anvendt litteratur samt undersøgelsesmetode gøres eksplicit samt når den givne kilde selv vurderer sit anvendte videnskabelige belæg.

I forbindelse med de historiske kilders fremlæggninger i kapitel 2, samt dele af kapitlerne 3 og 4, opstod desuden flere overensstemmelser ml. kildernes fremlæggninger, hvilket understøtter pålideligheden, hvortil det dog kan fremføres, at dele af den historiske fremstilling uundgåeligt er svær at finde en entydig sandhed omkring, da det drejer sig om forhold, der i visse henseender ligger flere hundrede år tilbage i tiden. Desuden kan sådanne kilder muligvis være præget af datidens tankegang og vidensfelt, hvormed der i visse tilfælde kan herske diskrepans ml. disses fremlæggninger og hvordan det rent faktisk har forholdt sig. Derfor er det, som sagt,

med visse forbehold, at vi anvender disse kilder, som vi vurderer alligevel må give et relativt retvisende billede af kapitlernes beskæftigelsesområder.

Et generelt kritikpunkt for de anvendte kilder er, at flertallet ikke umiddelbart fremstiller en kvalitetsvurdering af deres egne anvendte kilder, hvorfor vi anså det som væsentligt, at vi gjorde dette forud for anvendelse af kilderne samt undervejs i specialet, hvor det fremkom særligt relevant. Desuden kan fremføres, at eks. den anvendte litteratur af Götzsche blev anset som værende brugbar, da denne i høj grad baserer sig på flere empiriske undersøgelser med teoretiske supplementer, jf. afsnit 4.3, samt at eks. Rose baserer sig på en større mængde af forskellige teorier, jf. afsnit 3.2. Dermed opnår kilder som disse to et velfunderet grundlag, hvortil et generelt kritikpunkt af begge specialets kilder dog opstår, eftersom der er en vis grad af usikkerhed forbundet med én kildes fremstilling af andre kilders indhold. Således kan det formodes, at litterære kilder altid vil have en særlig erkendelsesinteresse, og specielt forfattere med et kritisk perspektiv til et givent emne, som eksempelvis tidligere mht. Götzsche, kan forventes at fremhæve særlige forhold i den empiri og teori, de baserer deres værker på, med henblik på at få deres budskab tydeligere frem, samt at understrege deres pointer. Hertil vurderede vi, at sådanne litterære kilder kan være anvendelige, såfremt der tages kritisk stilling til disse forhold, således at de anvendes med visse forbehold.

På trods af den overvejende kritiske indstilling til specialets anvendte kilder, skal det pointeres, at den medtagne litteratur er vurderet relevant for specialets udformning. Flertallige potentielt anvendelige kilder er således fundet gennem specialets reviews, hvilket er suppleret med kædesøgninger i disse kilder. Ydermere kan en styrke ved visse af de anvendte kilder i særligt i kapitlerne 3 og 4 fremhæves som værende, at det blev undersøgt, hvorvidt der var bagvedliggende interessekonflikter, eks. involvering i udfærdigelsen af diagnosemanualerne eller tilknytning til psykofarmakaindustrien, der potentielt kunne påvirke indholdet samt budskabet i disse.

Af nærværende afsnit opstod flertallige kritikpunkter. Blandt andet blev det diskuteret, hvorledes selve specialets undersøgelsesområde afspejler et mere generaliserende fokus, fremfor at forholde sig til specifikke forhold, som eks. køn og alder,

hvor til undersøgelsesområdet alligevel blev vurderet som essentielt ift. en mere fyldestgørende afdækning af fænomenet vedr. psykiatrisk sygdomsforståelse. Ydermere er der fremført kritiske refleksioner over de anvendte kilder. I begge tilfælde blev der dog argumenteret for, at baggrunden for vores valg er velovervejet og at disse valg er foretaget med henblik på specialets interesseområde. En yderligere refleksion er, om de valgte tre komponenter er tilstrækkelige ift. specialets interesseområde, eftersom der i processen, som nævnt, opstod tanker om andre mulige sammenhænge, der dog ikke blev afdækket. Hertil kan det fremføres, at vi har søgt at afdække vores interesseområde så fyldestgørende, som muligt indenfor de givne rammer for nærværende speciale ved bl.a. at lave førnævnte grundige afsøgninger, gennem systematiske litteratur reviews, af muligt anvendelig litteratur og hertil forfølge de sammenhænge, der syntes at eksistere mest belæg for.

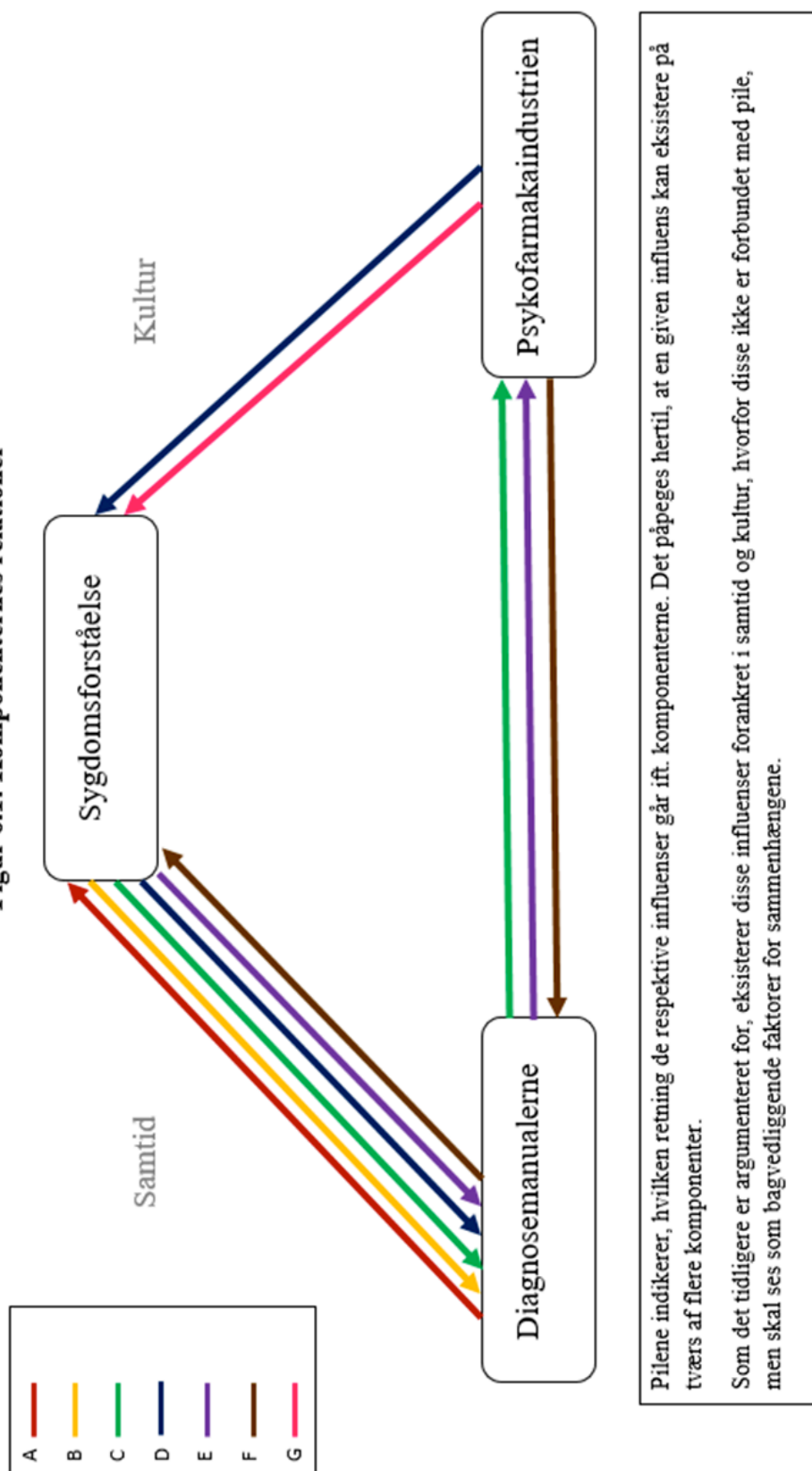
Et interessant fund er, at der i specialets reviews i høj grad forekom tekstresultater rettet mod specifikke psykiatriske lidelser, hvilket indikerer, at vores interesse i at undersøge, hvorledes psykiatrisk sygdomsforståelse, der ikke er centreret omkring specifikke forhold, er et område, der mangler yderligere undersøgelse. Dermed kan nærværende speciale ses som aktuelt og relevant ift. at kunne bidrage til denne del af det psykologiske felt, og vi har således søgt at skabe et fundament for senere undersøgelser af sygdomsforståelse og diagnosticering samt potentielt influerende faktorer ifm. dette.

6. Konklusion

Dette speciale udspringer af en interesse i at undersøge, hvilke ændringer der er sket med psykiatrisk sygdomsforståelse gennem tiden og hvorledes det aktuelt skildres, samt hertil at undersøge hvordan sygdomsforståelse potentielt bliver påvirket af andre faktorer. Dette med udgangspunkt i problemformuleringen om, hvorledes psykiatrisk sygdomsforståelse kommer til udtryk i relation til det psykiatriske fagfelt, og hvordan hhv. diagnosemanualerne samt psykofarmakaindustrien indvirker herpå. Dette er således blevet bearbejdet i specialet gennem en teoretisk undersøgelse af disse tre komponenter, hvortil psykiatrisk sygdomsforståelse er den centrale og overordnede, mens komponenterne vedr. diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien skal ses som underordnede hertil. Ved at behandle de tre komponenter separat begyndelsesvist og senere sammenholde disse, blev det fundet, at der eksisterer forskellige former for indflydelse imellem de tre samt at området omkring sygdomsforståelse er yderst komplekst. Af bl.a. de to reviews i kapitel 1 kan det desuden konkluderes, at dette emne ikke er undersøgt netop i specialets interesseområde, da de fleste litterære værker om psykiatrisk sygdomsforståelse centrerer sig om specifikke forhold som eks. specifikke lidelser, hvorfor specialet kan yde et bidrag til viden på dette område.

I forlængelse heraf opstod det fund, at psykiatrisk sygdomsforståelse er influeret af mange faktorer, hvortil det grundet specialets begrænsede omfang blev valgt at fokusere på hhv. diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien. Primære forbindelser ml. de tre komponenter, der blev fundet igennem specialet, kan ses illustreret i nedenstående figur 6.1 og vil i det følgende blive fremlagt. I denne forbindelse gør vi opmærksom på, at figuren illustrerer et aktuelt billede af de sammenhænge, vi i nærværende speciale har fundet og at det således kan formodes, at forbindelserne ml. komponenterne havde set anderledes ud, såfremt at figuren var udformet på baggrund af eks., hvorledes et fremtidigt billede muligt vil se ud eller hvorledes sygdomsforståelse blev influeret i f.eks. 1950. Samt at andre komponenter potentielt ville være fremtrædende, såfremt vi havde valgt at beskæftige os med en anden tid.

Figur 6.1: Komponenternes relationer



Indledningsvist udforskede specialet, hvordan væsentlige aspekter af psykiatrisk sygdomsforståelse er blevet skildret historisk samt aktuelt, og særligt kompleksiteten heraf, med henblik på at undersøge, hvor potentielt påvirkelig sygdomsforståelse er. Vi fandt, at sygdomsforståelse har været, og fortsat er, i kontinuerlig udvikling samt forankret i tid og kultur. Gennem et systematisk litteraturreview, med supplerende kædesøgninger, fandt vi, at synet på psykisk lidelse har ændret sig markant gennem tiden. I forlængelse heraf var et gennemgående fund, at den aktuelle samtid er blevet mere sensitiv mht. indikationer på psykisk sygdom, bl.a. grundet ændringer i den diagnostiske praksis og en stigende patologisering og medikalisering, samt at psykiske lidelser er betinget af et samspil ml. sociale og biologiske faktorer. I denne forbindelse fandt vi, at der til stadighed ligeledes løbende sker væsentlige ændringer i diagnosemanualerne, hvilket påvirker opfattelsen af normalitet og patologi, der aktuelt er domineret af den biomedicinske sygdomsforståelse (influens A).

Diagnosemanualernes mulige sammenhæng med psykiatrisk sygdomsforståelse blev yderligere undersøgt og her blev det fundet, at manualerne har undergået en omfattende udvikling, specielt siden udgivelsen af DSM-III i 1980, og at der er sket væsentlige ændringer særligt iht. omfanget og typen af inkluderede psykiatriske diagnoser. I forbindelse hermed kan vi konkludere, at der ses en forbindelse ml. sygdomsforståelse og diagnosemanualerne, da sygdomsforståelse ifm. særligt patologisering af tilstande, der hidtil har været opfattet som normal adfærd, skaber nye diagnoser i manualerne (influens B). Ydermere blev mulige implikationer for den fremtidige 11. udgave af ICD diskuteret, hvor det blev fundet, at denne formentlig vil bære præg af det internationale samarbejde, der er ml. repræsentanter for de to manualer, et reduceret antal diagnoser, der vil samles i mere overordnede diagnosekategorier, samt ønsket om en mulig fremtidig sammenføring med DSM. Desuden fandt vi, at den fremtidige diagnosticeringspraksis med fordel kan ske med et mere dimensionelt udgangspunkt. Dette kan ses som relateret til manualernes indflydelse på, hvad der betegnes som hhv. normalt og patologisk, og omfattes derfor også af figurens influens A.

Ydermere blev en redegørelse af den biomedicinske sygdomsforståelse præsenteret, hvilken baserer sig på, at nogle psykiske lidelser kan findes i hjernens neurokemi.

Denne blev kritiseret, bl.a. grundet fundet om, at det forskningsmæssige belæg herfor er mangelfuldt samt at der ved diagnosticering iht. en biomedicinsk sygdomsforståelse ikke lægges vægt på eks. kulturelle og sociale faktorer. I denne forbindelse konkluderer vi en sammenhæng ml. de tre komponenter, eftersom sygdomsforståelse dikterer manualernes diagnoser, hvilket skaber en potentiel efterspørgsel på psykofarmakologiske præparater (influens C). I forlængelse heraf behandlede specialet, hvilken mulig indflydelse psykofarmakaindustrien har på psykiatrisk diagnosticering i Danmark, hvortil der blev skitseret en historisk belysning af væsentlige aspekter af psykofarmakaindustriens udvikling frem til nyere tid. Vi fandt, at der gennem tiden er adskillige eksempler på sammenfald ml. udviklingen af psykofarmaka og særligt udbredte psykiatriske diagnoser. Vi fandt hertil, at nutidens stigende krav til individet kan medføre en øget efterspørgsel på psykofarmaka for at individet bedre kan overkomme at leve op til disse krav. Psykofarmaka kan således også være en medvirkende faktor til at udvide forståelsen af, hvad der er patologisk, idet det bl.a. blev fremført, at psykofarmakaindustrien kan udvikle produkter forud for diagnosers fremkomst i manualerne (influens D). Dog kan denne sammenhæng også gå den anden vej, således at der opstår efterspørgsel på psykofarmaka, der kan afhjælpe nye psykiske sygdomme samt være behjælpelig ved udrednings- og behandlingsforløb (influens E).

Ydermere er synet på normalitet og patologi generelt afhængig af tid og kultur, hvilket bl.a. udtrykkes gennem modediagnoser. Dette kan suppleres ved fundet om, at psykofarmakaindustrien søger at lave præparater, der retter sig mod behandling af udbredte tendenser, der kan føre til patologisering samt modediagnoser. Såfremt denne udvikling lykkes, er der blevet argumenteret for, at dette potentielt kan medføre nye diagnoser i manualerne, og dermed en påvirkning af sygdomsforståelse (influens F). Dette understøttes af, at vi fandt indikation for en sammenhæng ml. antallet af diagnoser i manualerne og udviklingen af visse former for psykofarmaka, der begge siden udgivelsen af DSM-III har været stigende. En væsentlig overordnet konklusion var således, at de tre komponenter til sammen har medvirket, at tilstande, der før i tiden blev anset som værende indenfor normen, i dag patologiseres, hvilket bl.a. kan ses ved dette stigende antal diagnoser i manualerne samt denne stigende brug og udvikling af psykofarmaka.

Overordnet set kan det konkluderes, at psykofarmakaindustrien udgør en væsentlig faktor for sygdomsforståelse i Danmark igennem tiden såvel som aktuelt. Dette fund opstod bl.a. på baggrund af et review af mulige forbindelser ml. læger og psykofarmakaindustrien, hvortil vi fandt, at der eksisterer sådanne forbindelser på trods af, at den danske lovgivning søger at begrænse dette. Vi anser disse forbindelser som værende en potentiel influens på sygdomsforståelse, der er forbundet med lægers diagnosticeringspraksis (influens G). Således kan det argumenteres for, at psykofarmakaindustrien søger at påvirke bl.a. lægernes udskrivningspraksis samt den viden, læger viderebringer til hinanden gennem undervisning. Dog opstod gennem reviewet også et fund om, at området vedr. disse forbindelser kun er sparsomt undersøgt i en dansk sammenhæng, hvilket understøtter relevansen af specialets interesseområde.

Specialets komponenter blev afslutningsvist relateret til hinanden i en opsamlende diskussion, hvilket skabte et fund om, at psykiatrisk sygdomsforståelse synes at påvirkes af mangefacetterede reciproke influenser, der eksisterer på tværs af alle tre komponenter, jf. figur 6.1. Vi kan således konkludere, at der er en tydelig sammenhæng ml. psykiatrisk sygdomsforståelse, diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien, hvilket bekræfter vores indledende hypotese herom.

Afslutningsvist forekom en kritisk refleksion over specialet i sin helhed, hvor vi kunne konkludere, at visse af specialets anvendte litterære kilder var kritisable, men at de dog overordnet set blev vurderet som anvendelige for nærværende speciales udformning med visse forbehold in mente. Ydermere blev der reflekteret over, hvorvidt de tre komponenter var fyldestgørende ift. at give et billede af potentielle influenser på psykiatrisk sygdomsforståelse, samt hvilke komponenter, der ellers muligt kunne være belyst. Hertil fandt vi, at der ved specialets indledende reviews primært forekom resultater relateret til specifikke psykiatriske lidelser, hvilket understøtter behovet for yderligere udforskning af det overordnede område vedr. psykiatrisk sygdomsforståelse. Desuden blev det her påpeget, at vi således er bevidste om, at vi ved at afgrænse os til hhv. diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien har afskåret os fra at opnå viden vedr. andre aspekter af området og herunder særligt mere specifikke forhold. Dette perspektiv er søgt udfoldet i perspektiveringen i kapitel 7.

Specialet har således baseret sig på en teoretisk undersøgelse af, hvorledes psykiatrisk sygdomsforståelse kommer til udtryk i relation til det psykiatriske fagfelt, og hvordan hhv. diagnosemanualerne samt psykofarmakaindustrien indvirker herpå. Hvortil det kan konkluderes, at der ses en kompleks sammenhæng ml. psykiatrisk sygdomsforståelse og interne samt eksterne faktorerers influens herpå, hvortil nærværende speciale særligt har fokuseret på diagnosemanualerne og psykofarmakaindustrien. Vi er således igennem specialet blevet bekræftet i den indledende hypotese om, at sygdomsforståelse på flertallige måder er påvirkelig samt i en konstant udvikling, der bl.a. er betinget af tid og kultur. Samtidig er sygdomsforståelses påvirkelighed et område, der i høj grad mangler videnskabelig udforskning, særligt i en dansk sammenhæng, hvilket understøtter relevansen af nærværende speciales undersøgelse.

7. Perspektivering

Hermed er nærværende speciale blevet præsenteret og vi har rundet specialet af med at konkludere på baggrund af vores problemformulering, gennem vores metodiske tilgang samt udvalgte komponenter, jf. forrige kapitel. Som det blev pointeret i bl.a. kapitel 1, er specialets komponenter blot nogle af dem, der potentielt kunne være blevet behandlet ift. en belysning af psykiatrisk sygdomsforståelse. Derfor vil nærværende kapitel præsentere en kortfattet perspektivering på specialet ift. yderligere muligt influerende komponenter, der kunne have været interessante at behandle, for at opnå en mere dybdegående forståelse for, samt nuancering af emnet. Adskillige komponenter kunne være blevet behandlet i denne henseende, herunder f.eks. faktorer som patient- og pårørendeforeninger, hverdagssproget, hvor diagnosebetegnelse anvendes i ikke-patologiske sammenhænge og selve uddannelsen bag det fagpersonel, der anvender diagnosemanualerne mv. Hertil opstod den kritiske refleksion, at et mere specifikt fokus på specialets undersøgelsesområde, eks. ift. køn, alder eller en bestemt diagnose, potentielt kunne bidrage med væsentlige betragtninger ift., at psykiatrisk sygdomsforståelse antageligvis ikke altid kan eller bør anskues på et generelt plan, jf. kapitel 5. Således mener vi, at specialet kunne have profiteret yderligere af en mere dybdegående undersøgelse af også den specificitet, psykiatrisk sygdomsforståelse ligeledes indebærer, såfremt rammerne for specialets udførsel havde tilladt det. Gennem nærværende speciale har vi fremhævet, at det er et komplekst emne, og at der er flere faktorer, der indvirker og potentielt kan indvirke herpå, hvortil vi har udvalgt specifikke komponenter til behandling i specialet. Hvis omfanget af specialet havde tilladt det, havde det været interessant at udfolde yderligere komponenter, som kultur og diagnosticeringspraksis, hvilke kortfattet vil blive præsenteret i det følgende.

7.1 Kultur

Ifølge Mikka Nielsen, Anders Petersen, Mette Bech Risør & Mette Rønberg (2016) er psykiatriske diagnoser indlejret i flere sammenhænge, bl.a. sociale, økonomiske, politiske og kulturelle. Hertil fremfører de, at et væsentligt spørgsmål i denne for-

bindelse er *“hvordan vi skal forstå diagnosernes nuværende status, hvordan de tillægges mening, udvikles, defineres, anvendes, og hvordan diagnoser får indflydelse på konkrete sygdomsforhold”* (Nielsen et al., 2016, p. 6). Disse aspekter er nogle af dem, vi med dette speciale har søgt at skabe indsigt i, dog uden et konkret udgangspunkt, som i ovenstående sammenhæng. Vi har dog løbende kunne se tydelige indikationer på, at særligt kultur er en stærkt influerende komponent ift. psykiatrisk sygdomsforståelse, og derfor har vi valgt at udfolde enkelte væsentlige aspekter kortfattet i det følgende, der kunne have været interessante samt relevante at behandle yderligere i relation til nærværende speciale.

Vi har erfaret, at der forekommer forskelle på, hvilke diagnoser, der kan anvendes til diagnosticering i forskellige lande, på trods af at der anvendes samme manual. I den danske udgave af ICD-10 manualen kan vi bl.a. se, at diagnoserne F64.1 Transvestisme og F65.5 Sadomasochisme ikke kan anvendes ifm. dansk diagnosticering, efter Sundhedsministeriets beslutning (WHO, 1994, p. 250). Dette finder vi problematisk, ift. reliabiliteten af diagnoserne og anvendelsen af ICD, da der således ikke er samme diagnostiske udgangspunkt på tværs af de lande, der anvender ICD, hvilket netop er en af WHO's målsætninger (Kjær & Lip, 2016; Bertelsen & Munk-Jørgensen, 2002, p. 7f). Dermed er det også til en vis grad misvisende, at ICD betegnes som værende internationalt anvendelig, da der kan argumenteres for, at manualen i visse tilfælde ikke er dette til fuldkommenhed.

Omvendt har vi fremlagt, at psykiatrisk sygdomsforståelse dikteres af tid og kultur, jf. afsnit 2.3 og 5.1, hvorfor vi kan anse det som en nødvendighed med kulturelt tilpassede diagnosemanualer. Vi kan dog også se det problematiske heri, da kulturelt bestemt adfærd kan tolkes som symptom på psykopatologi. Eksempelvis kan en given adfærd opfattes som symptom i ét land og som normalitet i et andet, hvorfor dette forhold bør overvejes ift. diagnosticeringspraksis, særligt ved patienter med en anden kulturel baggrund. En yderligere essentiel komponent ift. specialets undersøgelsesområde således er aspektet vedr. diagnosticeringspraksis, hvorfor denne vil behandles kortfattet i det følgende.

7.2 Diagnosticeringspraksis

Samtidig med de i specialet behandlede komponenter opstod således også en refleksion vedr. diagnosticeringspraksis, der udgør en mulig yderligere komponent iht. psykiatrisk sygdomsforståelse. Herunder opstår flere relevante aspekter, f.eks. hvordan individets sociale betingelser influerer på forekomsten af psykisk lidelse, og hvordan diagnosticeringspraksis influeres af samfundsøkonomiske forhold. Nærværende afsnit har dog valgt at have fokus på, hvordan den biomedicinske sygdomsforståelse ifm. diagnosticering potentielt kan suppleres af et større fokus på sammenhængen ml. kost og psykiske lidelser. Således søger nærværende afsnit at præsentere et perspektiv på, hvorledes viden om ernæring potentielt kan influere på sygdomsforståelse, hvilket er et emne, der i stigende grad er forsket i gennem det sidste årti (Rucklidge, Kaplan & Mulder, 2015, p. 407).

Ifølge Julia J. Rucklidge, Bonnie J. Kaplan og Roger T. Mulder (2015) befinder psykiatrien sig aktuelt ved et vendepunkt, idet der er udsigt til få nye psykofarmakapræparater og der desuden er et stigende omfang af evidens for, at disse præparater gør mere skade end gavn. De fremlægger, at stadig flere undersøgelser understøtter forbindelsen ml. næringsstoffer og psykiske lidelser, hvorfor viden herom potentielt kan influere sygdomsforståelse mht. bagvedliggende faktorer for psykiske lidelser. Eksempelvis viser et studie af Rucklidge et al., at en kost baseret på de rigtige næringsstoffer var medvirkende til at reducere symptomer på bipolar lidelse hos halvdelen af både børn og voksne, der deltog i studiet, over en periode på seks måneder. Dette kan synes beskedent, men kan, if. dem, sammenlignes med den fremgang, der opnås ved psykofarmaka, dog uden bivirkninger. Dermed kan et øget fokus på kosten ifm. psykiske lidelser, if. Rucklidge et al., fremadrettet have potentiale til i et vist omfang at erstatte psykofarmaka, og således bidrage til at skabe billigere behandling med færre bivirkninger samt lavere samfundsøkonomiske udgifter (Rucklidge et al., 2015, p. 407f).

Yderligere studier har bl.a. fokuseret på sammenhængen ml. mælkesyrebakterier og psykiatriske lidelser som eks. depression og angst. Dette ud fra hypotesen om, at de levende mikroorganismer, der er i mælkesyrebakterier, i passende mængder kan have gavnlig effekt på symptomerne på visse psykiske sygdomme ved at skabe

ændringer i hjerneaktiviteten (Romijn & Rucklidge, 2015, p. 675). Hertil har Timothy G. Dinan, Catherine Stanton & John F. Cryan (2013) fremført begrebet *psychobiotics*, der dækker over: “... *a live organism that, when ingested in adequate amounts, produces a health benefit in patients suffering from psychiatric illness*” (Dinan et al., 2013, p. 720). Behandlingsmuligheder som denne kan, ud fra ovenstående, blive centrale influenser på fremtidig sygdomsforståelse. Omend der er relativt lave omkostninger forbundet med forskning på området vedr. mulige sammenhænge ml. kost og psykiske lidelser, er den generelle evidens herfor mangelfuld, hvorfor der fremadrettet er brug for mere dybdegående forskning indenfor dette (Rucklidge et al., 2015, p. 408; Romijn & Rucklidge, 2015, p. 691).

Litteraturliste

Abbasi, K. & Smith, R. (2005). No more free lunches. *BMJ*, 2005 (326). (pp. 1155-1156). [2 sider]

American Psychiatric Association (2009). ICD vs. DSM. *Monitor on Psychology*, 40(9). (p. 63). [1 side]

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 th. ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association. (pp. 19-24). [6 sider]

American Psychological Association (2016). *APA. PsycNET. Experience the powerful union of content and delivery with APA PsychNET*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. (pp. 1-12). [13 sider]

Andersen, N. V. (2005a) Medicinalindustri bruger spørgelsesforfattere. *Ugeskrift for læger*, 167(17). (pp. 1828-1831). [4 sider]

Andersen, N. V. (2005b) Medicinalindustrien satser på meningsdannere. *Mandag-Morgen*, 2015(41). (pp. 11-15). [5 sider]

Andersen, N. V. (2005c). Amerikansk åbenhedsbølge rammer Danmark. *Mandag-Morgen*, 2005(42). (pp. 27-30). [4 sider]

Andersen, N. V. (2007). Medicinalindustrien skruer op for lobbyismen. *Mandag-Morgen*, 2007(29). (pp. 20-23). [4 sider]

Andersen, N. V. (2009). *Vores piller - medicinalindustrien, forskningen, lægerne og patienterne*. København: Tiderne Skifter. (pp. 30-45; pp. 155-187) [49 sider]

-
- Andersen, R. S., Bro, F. & Brinkmann, S. (2014). *Diagnostisk praksis og lægesøgningsadfærd. Samtidens patientudfordring*. Bibliotek for læger, 206. (pp. 242-259). [18 sider]
- Arendt, M., Jónsson, H. & Hougaard, E. (2013). Diagnoseliste: DSM-5. *Psykolog Nyt*, 2013(15). (pp. 10-15). [16 sider]
- Bang, J. & Hougaard, B. (2014). *Trumfkort eller Sorteper? - Om diagnoser og social identitet*. Ulfborg: Hougaards Forlag. (pp. 7-16). [10 sider]
- Beran, R. G. (2009). Doctors and pharmaceutical industry. *Medicine and Law*, 2009(28). (pp. 541-555). [15 sider]
- Bertelsen, A. & Munk-Jørgensen, P. (2002). *De Psykiatriske Diagnoser*. København: PsykiatriFonden. (pp. 5-14; pp. 47-60). [22 sider]
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44(4). (pp. 542-573). [32 sider]
- Brinkmann, S. (2010). *Det diagnosticerede liv – Sygdom uden grænser*. Århus: Klim. (pp. 15-31). [17 sider]
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015). Diagnoser som epistemiske objekter. I: Brinkmann, S. & Petersen, A. (Eds.). *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Forlaget Klim. (pp. 7-13). [7 sider]
- Bulut, M., Selek, S. Bez, Y., Karababa, I. F., Kaya, M. C., Gunes, M., Emhan A., Aksoy, N. & Sir, A. (2013a). Reduced PON1 enzymatic activity and increased lipid hydroperoxide levels that point out oxidative stress in generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2013(150). (pp. 829–833). [5 sider]
- Bulut, M., Selek, S., Bez, Y., Kaya, M. C., Gunes, M., Karababa, F., Celik, H. & Savas, H. A. (2013b). Lipid peroxidation markers in adult attention deficit

-
- hyperactivity disorder: New findings for oxidative stress. *Psychiatry Research*, 209(3). (pp. 638–642). [5 sider]
- Christensen, G. (2002). *Psykologiens videnskabsteori*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag. (pp. 70-100). [31 sider]
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992). *Deviance And Medicalization – From Badness To Sickness*. Philadelphia: Temple University Press. (pp. 38-72). [35 sider]
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society - On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, USA: The John Hopkins University Press. (pp. 3-19). [17 sider]
- Cosgrove, L., Krinsky, S., Vijayaraghavan, M. & Schneider, L. (2006). Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. *Psychotherapy and Psychomatics*, 2006(75). (pp.154-160). [7 sider]
- Cosgrove, L. & Wheeler, E. E. (2013). Drug Firms, the Codification of Diagnostic Categories, and Bias in Clinical Guidelines. *Journal of law, medicine & ethics*, 41(3). (pp. 644-653). [10 sider]
- Dinan, T. G., Stanton, C. & Cryan, J. F. (2013). Psychobiotics: A Novel Class of Psychotropic. *Biological Psychiatry*, 2013(74). (pp. 720-726). [7 sider]
- Ehrenberg, A. (2010). *Det udmattede selv - Depression og samfund*. Peer F. Bundgaard (Transl.). Kbh.: Informations Forlag. (pp. 27-55; pp. 230-380). [180 sider]
- Erlandsen, M. (2016). *Autismens små og store stjerner - Autisme, teori, pædagogik og lidt om ADHD*. (2. ed.). København: BoD - Books on Demand. (pp. 16-29). [14 sider]
-

-
- Fink, A. (2014). *Conducting research literature reviews. From the Internet to Paper* (4. ed.). Los Angeles: SAGE Publications. (pp. 1-47; pp. 147-187). [88 sider]
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. London: Routledge. (pp. 195-199). [5 sider]
- Foucault, M. (2005). *Sindssygdom og psykologi*. København.: Hans Reitzels Forlag. (pp. 114-127). [14 sider]
- Frances, A. & Nardo, J. M. (2013). ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *The British Journal of Psychiatry* 2013(203). (pp. 1-2). [2 sider]
- From, H. P. (2007). *Forståelsen af psykisk sygdom*. *Psykolog Nyt*. Nr. 21. (pp. 16-19). [4 sider]
- Gough, D., Oliver, S. & Thomas, J. (2012). Introducing systematic reviews. I: Gough, D., Oliver, S. & Thomas, J. (Eds.). *An introduction to systematic reviews*. London: SAGE Publications Ltd. (pp. 1-17). [18 sider]
- Gøtzsche, P. C. (2013). *Dødelig medicin og organiseret kriminalitet. Hvordan medicinalindustrien har korrumperet sundhedsvæsenet*. København: People's Press. (pp. 48-77; pp. 122-139; pp. 140-167; pp. 288-324; pp. 386-429). [155 sider]
- Gøtzsche, P. C. (2015). *Dødelig Psykiatri og Organiseret Fornægtelse*. København: People's Press. (pp. 230-258). [29 sider]
- Habermas, J. (1971). *Knowledge and Human Interests: a general perspective*. Shapiro, J. J. (Transl.). Boston: Beacon Press. (pp. 301-317). [16 sider]
- Hart, C. (1998). *Doing a Literature Review. Releasing the Social Science Research Imagination*. London: SAGE Publications. (pp. 1-26). [27 sider]

-
- Haslam, N., Ban, L. & Kaufmann, L. (2007). Lay conceptions of mental disorder. *Australian Psychologist*. 42 (2). (pp. 129-137). [9 sider]
- Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R. & Walker, L. (2005). Introduction: Promoting Mental Health as a Public Health Priority. I: Helen Herrman, Shekhar Saxena & Rob Moodie (Eds.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Genève: WHO. (pp. 2-17). [16 sider]
- Horwitz, A. (2002). *Creating Mental Illness*. Chicago, USA: The University of Chicago. (pp. 1-82; pp. 56-82; pp. 132-157). [136 sider]
- Hydén, L.-C. (1997). *Psykiatri, samfund, patient: psykisk sygdom i socialt og kulturelt perspektiv*. København: Munksgaard. (pp. 1-75). [76 sider]
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005). Endelig besvarelse af spørgsmål nr. S 2887, som medlem af Folketinget Charlotte Fischer (RV) har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 9. august 2005. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (pp. 1-2). [2 sider]
- Jensen, U. J. (2010). Patologisering og kampen om sygdomsbegrebet. I: Brinkmann, S. (Ed.). *Det diagnosticerede liv - Sygdom uden grænser*. Århus: Klim. (pp. 113-130). [18 sider]
- Kerridge, I. (2011). Pharmaceutical industry support for continuing medical education: Is it time to disengage? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2011(47). (pp. 690–692). [3 sider]
- Kjær, A. & Lip, S. (2016). *Får flere en psykiatrisk diagnose? Litteraturreview af reliabiliteten af anvendelsen af ICD-10 samt teoretisk undersøgelse af prævalensen af psykiatrisk diagnosticerede i Danmark*. Studenteropgave, 9. semester (unpub.). Aalborg Universitet, psykologistudiet. (pp. 1-48). [49 sider]
-

-
- Kjørup, S. (1996). *Menneskevidenskaberne - Problemer og traditioner i humanioras videnskabsteori*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag. (pp. 13-29; pp. 85-104). [37 sider]
- Korsbek, L., Bendix, A. F. & Kidholm, K. (2006). Profil af en systematisk søgning. Søgeområder, databaser og afrapportering. *Ugeskrift for læger* 168 (14). (pp. 1431-1434). [4 sider]
- Kristensen, M. (2003) Læger blæser til kamp mod medicinalindustrien. *Mandag-Morgen*, 2003(11). (pp. 6-10). [5 sider]
- Kunugi, H., Hori, H. & Ogawa, S. (2015). Biochemical markers subtyping major depressive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2015(69). (pp. 597–608). [12 sider]
- Lacasse, J. R. & Leo, J. (2005). Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. *PLoS Medicine*, 2(12). (pp. 1211-1216). [6 sider]
- Lunn, S. (2006). Psykoanalysens betydning for psykiatrien og den kliniske psykologi. *Psyke & Logos*, 27. (pp. 946-959). [14 sider]
- Martin, S. (2009). Improving diagnosis worldwide. *Monitor on Psychology*, 40(9). (p. 62). [1 side]
- Mayes, R. & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41 (3). Wiley Periodicals. (pp. 249-267). [19 sider]
- Mirdal, G. M. (2001). Diagnoser i tværkulturel sammenhæng. *Psyke & Logos*. 22 (1). (pp. 50-59). [10 sider]

-
- Nielsen, M. & Gøtzsche, P. (2011). An analysis of psychotropic drug sales. Increasing sales of selective serotonin reuptake inhibitors are closely related to number of products. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 2011(23). (pp. 125–132). [8 sider]
- Nielsen, M. (2015). ADHD: Når følelser og reaktioner bliver symptomer på en diagnose. I: Brinkmann, S. & Petersen, A. (Eds.). *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Forlaget Klim. (pp. 207-229). [23 sider]
- Nielsen, M., Petersen, A., Risør, M. B. & Rønberg, M. (2016). Diagnoser: Organisation, kultur og mennesker. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 25, 5-13. (pp. 5-13). [9 sider]
- Pieters, T. & Snelders, S. (2009). Psychotropic Drug Use: Between Healing and Enhancing the Mind. *Neuroethics* 2009(2). (pp. 63–73). [11 sider]
- Pinel, J. P. J. (2011). *Biopsychology*. (8th. ed.). London: Pearson Education Inc. (pp. 466-489) [24 sider]
- Read, J., Mosher, L. & Bentall, R. (2004). ‘Schizophrenia’ is not an illness. I: *Models of Madness. Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Read, J. & Dillon, J. (Eds.). Brunner-Routledge. (pp. 1-9). [10 sider]
- Regeringens udvalg om psykiatri (2013). *Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri. En moderne åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. København.: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (pp. 9-38). [30 sider]
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013(12). (pp. 92–98). [7 sider]
- Romijn, A. R. & Rucklidge, J. J. (2015). Systematic review of evidence to support the theory of psychobiotics. *Nutrition Reviews*, 73(10). (pp. 675–693). [19 sider]
-

-
- Rose, N. (2006). Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice. *BioSocieties*, 2006(1). (pp. 465-484). [19 sider]
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself - Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. UK: Princeton University Press. (pp. 187-223). [37 sider]
- Rosenberg, R. (2016). *Psykiatriens Grundlag - historie, filosofi og videnskab*. Århus Universitetsforlag. (pp. 19-122; pp. 129-178; pp. 243-299; pp. 303-374; pp. 379-444). [348 sider]
- Rucklidge, J. J., Kaplan, B. J. & Mulder, R. T. (2015). What if nutrients could treat mental illness? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(5). (pp. 407-408). [2 sider]
- Sah, S. & Fugh-Berman, A. (2013). Physicians Under the Influence: Social Psychology and Industry Marketing Strategies. *The Journal of Law Medicine & Ethics*, 41(3). (pp. 665-672). [8 sider]
- Simonsen, E. & Møhl, B. (2010). At lytte til patienten. I: Møhl, B. & Simonsen, E. (Eds.) *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 141-158). [18 sider]
- Simonsen, E. (2010). Psykiatrisk klassifikation. I: *Grundbog i psykiatri*. Simonsen, E. & Møhl, B. (Eds.). København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 201-215). [15 sider]
- Sundheds- og Ældreministeriet (2013). *Bekendtgørelse af lov om lægemidler: LBK nr. 506 af 20/04/2013*. (pp. 1-14; pp. 17-19). [18 sider]
- Sundheds- og Ældreministeriet (2016). *Bekendtgørelse af sundhedsloven: LBK nr. 1188 af 24/09/2016*. (pp. 54-55). [2 sider]

-
- Sundhedsstyrelsen (2010). *Mental sundhed blandt voksne danskere. Analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005*. København: Sundhedsstyrelsen. (pp. 7-27; pp. 40-63; pp. 69-73; pp. 82-88). [57 sider]
- Sørensen, P. L. (2007). *Filosofi og videnskab*. Århus C: Systime. (pp. 39-43). [5 sider]
- Tyrer, P. (2014). A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. *Advances in psychiatric treatment* 2014(20). (pp. 280–285). [6 sider]
- Wakefield, J. C. (1992). The Concept of Mental Disorder - On the Boundary Between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist*, 47(3). (pp. 373-388). [16 sider]
- Whitaker, R. (2005). Anatomy of an Epidemic: Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7(1). (pp. 23-35). [13 sider]
- WHO (1993). *The ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Genève: World Health Organization. (p. 2). [1 side]
- WHO (1994). *WHO ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. (1. ed., 18. oplag). København: Munksgaard. (pp. 5-254). [249 sider]
- WHO (2001). *The World health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Frankrig: World Health Organisation. (pp. 1-18). [19 sider]
- WHO (2010). *Mental health: strengthening mental health promotion*. WHO. (pp. 1-2). [2 sider]
- WHO (2011). *International statistical classification of diseases and related health problems*. (pp. 19-31; pp. 163-173). WHO. [33 sider]
-

Winkel, J. S. (2004). Medicinindustriens image i bund. *MandagMorgen*, 2004(43). (pp. 15-19). [5 sider]

Zalewski, B. (2008). Sct. Hans Hospital i København 1612-1808. I: Kragh, J. V. (Ed.). *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 19-59). [41 sider]

Østergaard, L. (1992). *Undersøgelsesmetoder i klinisk psykologi*. København: Munksgaard. (pp. 12-111). [100 sider]

Links

Aalborg Universitetsbibliotek (2016). *Google Scholar*. Hentet d. 30.03.17 fra: <http://www.aub.aau.dk/software-web/google-scholar/> [1 side]

Danmarks Statistik. (2016). Hentet d. 30.11.16 fra: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280> [1 side]

Drugs.com (2017a). *List of Barbiturates*. Hentet d. 09.03.17 fra: <https://www.drugs.com/drug-class/barbiturates.html>. [1 side]

Drugs.com (2017b). *Chloral hydrate: Indications, Side Effects, Warnings*. Hentet d. 09.03.17 fra: <https://www.drugs.com/cdi/chloral-hydrate.html>. [1 side]

Drugs.com (2017c). *Chlorpromazine: Indications, Side Effects, Warnings*. Hentet d. 09.03.17 fra: <https://www.drugs.com/cdi/chlorpromazine.html>. [1 sider]

Gyldendals Røde Ordbøger (2017). *Sygdomsforståelse*. Gyldendal. Hentet d. 14.05.17 fra: <http://legacy-ordbog.gyldendal.dk/sitecore/content/Ordbog/Home/Opslag/Resultat.aspx?lcode=DAEN&q=sygdomsforst%C3%A5else&pos=sb.&lemdesc=&DesktopDict=0&SeeMoreMode=0&dym=>

Gøtzsche, P. C. (2011). *Medicinalindustriens forskningsfusk og de købte læger*. Videnskab.dk. Hentet d. 19.04.17 fra: <http://videnskab.dk/kultur-samfund/medicinalindustriens-forskningsfusk-og-de-kobte-laeger> [1 side]

Lægemiddelstyrelsen (2015). *Liste over apotekere, læger, sygeplejersker og tandlæger med tilknytning til virksomheder*. Lægemiddelstyrelsen. Hentet d. 18.04.17 fra: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/samarbejde-med-virksomhed/tilknytning/lister/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger/>. [1 side]

Lægemiddelstyrelsen (2017). *Lægers anmeldelse og ansøgning om tilladelse til at være knyttet til virksomheder*. Lægemiddelstyrelsen. Hentet d. 19.04.17 fra: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/samarbejde-med-virksomhed/tilknytning/laeger/>. [1 side]

Major, E.F. (2013). *Har vi blitt psykisk sykere?* Hentet d. 27.03.2017 fra Folkehelseinstituttet: <http://www.fhi.no/artikler/?id=107785>. [3 sider]

WHO (2017a). *International Classification of Diseases (ICD) Information Sheet*. Hentet d. 24.03.17 fra: <http://www.who.int/classifications/icd/factsheet/en/>. [1 side]

WHO (2017b). *The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) is due by 2018!* Hentet d. 28.03.17 fra: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>. [1 side]

WHO (2017c). *ICD-11 Beta Draft - Mortality and Morbidity Statistics*. Hentet d. 02.05.17 fra: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f120443468>. [1 side]