

Diagnosekultur

- Et teoretisk studie af samfundets diagnoseforståelse og betydningen af diagnosticering for individet

Rapportens samlede antal tegn
(med mellemrum & fodnoter): 189.760
Svarende til antal normalsider: 79,1

Mie Bladt Fink Nissen: 20123194

Vejleder: Nicolai Jørgensgaard Graakjær

**10. Semester, Psykologi
Speciale
Culture Psychology**

Aalborg Universitet
31. Maj 2017

Abstract

This theoretical project studies the frames and conditions for understanding diagnosis in the current society and the meaning it has for the individual to be diagnosed. First there will be a section about the historical view of the understanding of diseases as well as of the diagnostic manual of mental diseases. The section will end with a view on the challenge to define normality. Afterwards the frames and conditions for understanding a diagnosis will be viewed as being created by the diagnostic manual by defining what is normal and pathological in regard of Allan V. Horwitz and Jerome C. Wakefield's pathologization explanation, as created by the demands of the performance society to the performance individual in regard of Anders Petersen's epidemic explanation, and as created by the different accelerations in society in regard of Hartmut Rosa's acceleration society. The meaning of becoming a diagnosis will then be viewed through how the individual creates self-interpretations in regard of Rosa's self-interpretation model, how the individual is categorizing itself in regard of Henri Tajfel and John Turner's social identity approach, and in how a person is being categorized by its features in regard of Erving Goffman's stigma theory. In continuation hereof the discussion investigates reasons why the amount of people having a diagnosis is so low when the theories are preparing the ground for an increase in the amount of diagnosed people. One reason could be resilience, where people can be more resilient than before, can have something to do with the relationship between resilience and vulnerability, where people have not had a traumatic experience or that society can be seen as promoting resilience. It can also have something to do with that most people do not have any problems following the speed of the development or that people are using the diagnostic words without visiting a doctor to prove if using the word is correct. Another discussion point was about the possible pros and cons for an individual to be diagnosed. The pros are about having an explanation for the differences, the individual can experience, taking away the blame and guilt there can be associated with being different, and having the diagnosis as an excuse. The cons are about the feeling of being judged to be someone particular, and the possibility of getting stigmatized. The last discussion has a theoretical view where the theories similarities and differences are explored through three different themes.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	1
1.1 MOTIVATION	1
1.2. DIAGNOSEKULTUR	2
1.3. PROBLEMFOMULERING OG KAPITLER	4
1.4. AFGRÆNSNING	6
1.5. VIDENSKABSTEORETISK AFSÆT	7
2. HISTORISKE ASPEKTER	9
2.1. SYGDOMSFORSTÅELSE	9
2.1.1. Opsummering	12
2.2. DIAGNOSEMANUALERNE	12
2.2.1. Opsummering	14
2.3. NORMALITETSOPFATTELSE	15
2.3.1. Opsummering	18
3. RAMMER, VILKÅR OG BETYDNING.....	19
3.1. RAMMER OG VILKÅR	19
3.1.1. Patologiseringsforklaringen	20
3.1.1.1. Sund vs. usund	23
3.1.1.2. Opsummering	24
3.1.2. Epidemiforklaringen	25
3.1.2.1. Præstationssamfundet	27
3.1.2.2. Præstationsindividet	29
3.1.2.3. Opsummering	30
3.1.3. Accelerationssamfundet	31
3.1.3.1. Opsummering	33
3.2. BETYDNINGEN AF DIAGNOSTICERING	34
3.2.1. Selvførtolkningsmodellen	34
3.2.1.1. Opsummering	37
3.2.2. Den sociale identitetstilgang	38
3.2.2.1. Social identitetsteori	39
3.2.2.2. Selvkategoriseringsteorien	40
3.2.2.3. Opsummering	42
3.2.3. Stigmatteorien	43
3.2.3.1. Opsummering	45
4. DISKUSSION	48
4.1. HVOR ER DE 'SYGE' HENNE?.....	48
4.1.1. Resiliens og diatese-personlighed-stress-modellen	50
4.1.2. Vedvarende acceleration	53

4.1.3. Diagnostisk sprog	54
4.1.4. Delkonklusion	54
4.2. DIAGNOSTICERINGENS MULIGE BETYDNINGER.....	55
4.2.1. Begrundelse eller en dom?	55
4.2.2. Fratagelse af skyld og skam eller en undskyldning?	58
4.2.3. Stigmatisering	60
4.2.4. Delkonklusion	63
4.3. TEORETISK DISKUSSION.....	64
4.3.1. Mikro-meso-makro perspektiverne	65
4.3.2. Empirisk grundlag	69
4.3.3. Struktur-aktør-distinktionen.....	72
4.3.4. Delkonklusion	74
5. KONKLUSION	75
6. PERSPEKTIVERING	78
REFERENCELISTE.....	80
BILAG

1. Indledning

Dette første kapitel indeholder først en præsentation af motivationen for udarbejdelsen af specialet. Efterfølgende vil der blive set nærmere på relevante aspekter af diagnosekulturen, som her primært vil blive præsenteret af Brinkmann, Petersen, Kofod og Birk (2014). Derefter vil der være en præsentation af problemformuleringen samt en oversigt over kapitlerne i specialet. Det afsnit vil blive fulgt op af en afgrænsning af problemformulering, hvor den videnskabssteoretiske placering af specialet, med inddragelse af Habermas (1971) og Klausen (2005), vil blive beskrevet og dermed afslutte kapitlet.

1.1 Motivation

Interessen for emnet til dette speciale kommer fra et tidligere kvalitativt projekt omhandlende offentlighedens forståelse af sorg herunder sorgens normative grænser, og hvordan den forståelse passer ift. den medicinske definition af sorg, en tidligere synopsis der undersøgte om det at få en diagnose ændrer identiteten hos individet samt en generel interesse og nysgerrighed for, hvilken betydning diagnoser har i samfundet og betydningen diagnoserne har for samfundets borgere. I forhold til mine tidligere arbejder inden for dette emne, så vil der i dette speciale blive anvendt andre teorier til belysning af problemformuleringen end dem, som blev anvendt i de tidligere opgaver samt en anden metode. Derudover vil rammerne og vilkårene for forståelse af diagnoser også blive undersøgt, hvilket der ikke var fokus på i de andre opgaver, dog vil der i anden del af problemformuleringen, kunne vise sig at være sammenhænge mellem opgaverne.

Netop interessen for psykiatriske diagnoser vil der, i nedenstående afsnit, blive set nærmere på ved en præsentation af aspekter af diagnosekulturen, som anses for at være relevante i forhold til en belysning af diagnoseområdet samt give en forforståelse for specialets problemformulering. Med dette speciale håber jeg derfor at komme nærmere en forståelse af, hvilke rammer og vilkår der kan være for forståelse af diagnoser i det aktuelle samfund, men også komme nærmere ind på, hvilken betydning dét at få en diagnose, kan have for et individ. Netop aspektet omhandlende vilkår og rammer, gør afsnittet vedrørende diagnosekultur relevant.

Dette skyldes, at den kan give et bud på, hvordan rammerne og vilkårene for diagnoseforståelsen kan anses at være lige nu og hvilken betydning denne forståelse har for samfundet og individet.

1.2. *Diagnosekultur*

Lige nu er der en diskussion om, hvorvidt vi befinder os i det, der omtales som en diagnosekultur. I forbindelse med opmærksomheden på begrebet diagnosekultur, kommer diskussionen også ofte ind på behandling og diagnosticering af psykiatriske diagnoser (Brinkmann et al., 2014; Petersen, 2016). Selve begrebet *diagnosekultur* behandles af Brinkmann et al., der definerer begrebet som værende:

” ... kendetegnet ved, at psykiatriske diagnoser og kategorier cirkulerer bredt og ikke alene bruges af fagpersoner (læger, psykologer, psykiatere osv.), men også af lægmænd og offentligheden, til at forstå tilværelsens problemer og menneskelig afvigelse inden for mange forskellige sociale praksisser” (Brinkmann et al., 2014, p. 693)

Begrebet i sig selv er dog ikke nyt, da det allerede i 1960'erne, ifølge Brinkmann et al., blev observeret af en norsk sociolog Yngvar Løchen på et psykiatrisk sygehus (ibid.). På det tidspunkt gav Løchen udtryk for, at brugen af diagnostiske kategorier og diagnoser allerede dengang af fagpersoner blev anvendt på forskellige problemtyper (Løchen, 1970). For Løchen er den diagnostiske kultur noget, der er opstået i et sammenspil mellem samfundet og systemet (ibid.), og en større anvendelse af det diagnostiske sprog kunne, ifølge ham, skabe social uro, hvor mennesker i lavere klasser kunne benytte sig af sproget fra de højere klasser, men også at det kunne danne baggrund for en psykiatrisk dannelse samt et fællesskab (ibid.).

Grunden til at vi, ifølge Brinkmann et al., i dag lever i en diagnosekultur kan ses ved, at der gives langt flere psykiatriske diagnoser. Tal fra Danske Regioner viser, at der i 2014 blev behandlet 25% flere voksne patienter i hospitalspsykiatrien end i 2009 (Danske regioner, 2016). Derudover er der også et voksende antal af psykiatriske diagnoser, hvor der i ICD-6 og DSM-I i 1952 var 106 diagnoser (Üstün & Ho, 2017), var det antal i DSM-III steget til 230 diagnoser (Lunn, 2006) samt er der næsten kommet tre gange så mange kategorier i ICD-10 end der var i ICD-8

(Bertelsen, 1992; Brinkmann et al., 2014). Den stigende anvendelse af psykiatriske diagnoser, som forståelsesramme af hverdagens problemer, der, ifølge Brinkmann et al., sker lige nu, gør, at de psykiatriske diagnoser fylder langt mere i medierne end tidligere f.eks. i form af serier og film, men også i ugeblade, hvor læseren kan tage test med henblik på at finde ud af, om vedkommende fejler noget (Brinkmann et al., 2014). Netop det, at psykiatriske diagnoser anvendes som en fortolkningsramme for næsten en hvilken som helst afvigelse, er, ifølge Petersen, det nye ved diagnosekulturen (Petersen, 2016). På den måde, mener Brinkmann et al., Brinkmann og Petersen, Hvas og Petersen, at psykiatriske diagnoser flyder mere ubemærket ind i hverdags sproget, hvor de tidligere var forbeholdt fagpersoner (Brinkmann et al., 2014; Brinkmann & Petersen, 2015; Hvas, 2015; Petersen, 2015). Denne kultur er også, ifølge Brinkmann et al., medvirkende til, at menneskers liv, herunder psykiske lidelser¹, ikke længere forstås ud fra psykoanalytiske eller psykoterapeutiske kategorier, men mere gennem psykofarmaka og diagnostiske kategorier (Brinkmann et al., 2014).

Samtidig oplever psykiatrien, at der ikke er nok penge til at behandle de syge, og selvom regionerne, ifølge Hans Henrik Ockelmann, overlæge og speciallæge i psykiatri, anerkender, at der ikke er sammenhæng mellem økonomi og opgaver, gøres der, ifølge ham, ikke noget ved det (Ockelmann, 2017). Dette på trods af, at der, ifølge Ockelmann, i år 2000 var 80.000 patienter i den ambulante funktion, og at dette tal i 2016 var steget til 150.000 patienter (ibid.). Derfor opstår der, ifølge ham, et prioriterings spørgsmål mellem at hjælpe 10 meget psykisk lidende eller 100 mindre psykisk lidende, hvor det, efter Ockelmann, som oftest er de mindre syge, som hjælpes (ibid.). Schrøder og Johansen fremfører, at tendensen med flere psykiske syge opfordrer til en værdidiskussion af normalitetsbegrebet (Schrøder & Johansen, 2012), hvortil debattøren Lone Frank mener, at mennesket meget mere end tidligere sygeliggør sig selv, da normalitetsbegrebet indsnævres hele tiden (ibid.). Denne indsnævring af normalitetsbegrebet har, ifølge Jacob Birkler, forhenværende formand for etisk råd, noget at gøre med de mange behandlingsmuligheder, der nu eksisterer, hvor mange mennesker placeres i, hvad Birkler kalder en 'sygekasse'

¹ I denne forbindelse skal det fremhæves, at der ikke vil blive skelnet mellem brugen af betegnelserne psykisk lidelse, psykiatrisk lidelse, psykisk forstyrrelse psykisk sygdom og mental lidelse, men de vil i stedet blive anset som synonyme, da det ikke er speialets fokus at komme med definitioner af disse.

(ibid.). Jeanett Bauer, forhenværende formand for Dansk Psykiatrisk Selskab, fremlægger, at i stedet for at tale om en indsnævring, kan det voksende antal af tildeling af psykiatriske diagnoser, ses som en indikator for, at flere patienter finder vejen frem til behandling (Schrøder & Johansen, 2012). Desuden er antallet af psykiske sårbare, ifølge Bauer, konstant, og at det mere handler om, at den psykiske sårbarhed i højere grad får konsekvenser end tidligere (ibid.). Diagnosekulturen kan, ifølge Lotte Hvas, speciallæge i almen medicin og Andersen et al., også ses ved, at diagnosen er blevet et middel til at opnå visse goder som fx behandling og pensioner (Andersen et al., 2016; Hvas, 2016).

Diagnosen kan dermed være med til at definere, hvad der kan betegnes som værende normalt og patologisk, hvilket har indflydelse på selvopfattelsen samt hvordan mennesker oplever ubehag, der i større grad forstås igennem biomedicinske kategorier (Andersen et al., 2016; Hvas, 2016; Petersen, 2016). Denne forandring fører, ifølge Andersen et al., til medikalisering, således at menneskelig adfærd i højere grad defineres ud fra en medicinsk forståelsesramme (Andersen et al., 2016). Dermed ligger det, ifølge dem, op til et sammenstød mellem den biomedicinske diskurs (gå tidligt til lægen og vær opmærksom på din krop) og den daglige biomedicinske praksis (vær konkret, kom med en problemstilling) (ibid.).

1.3. Problemformulering og kapitler

Ud fra ovenstående ser der generelt ud til at være en større opmærksomhed på diagnoser blandt den almene befolkning end tidligere, hvor visse kilder hævder (Brinkmann et al., 2014; Brinkmann & Petersen, 2015; Hvas, 2015; Petersen, 2015), at diagnoser synes at have vundet større indpas og blevet en del af hverdagssproget. Denne større opmærksomhed på diagnoser gør det interessant nærmere at undersøge, hvilke rammer og vilkår samfundet sætter for forståelse af de mennesker, som besidder en diagnose. Dette skyldes, at den forståelse, der er til stede, kan antages at blive påvirket både af sygdomsforståelse og diagnosemanualer, som uden tvivl vil smitte af på eller påvirke, hvordan det enkelte individ i befolkningen, kommer til at se eller håndtere sig selv, men også hvordan individet vil se og forholde sig til andre mennesker med en diagnose. Med udgangspunkt i dette og ovenstående motivation, har det ført til nedenstående problemformulering, som specialet ønsker at undersøge nærmere og derefter, i forlængelse af dette, kommer med en belysning af:

Hvilke rammer og vilkår er der for forståelse af diagnoser i det aktuelle samfund, og hvilken betydning har det for individet at blive diagnosticeret?

Belysningen af problemformuleringen vil være delt op i seks kapitler. Det næste kapitel vil se nærmere på de historiske aspekter, der kan anses som værende relevante i forhold til belysningen af problemformuleringen. I det første afsnit vil der blive set på sygdomsforståelse i et historisk perspektiv, som primært vil blive beskrevet af Brinkmann (2010b), Rosenberg (2016) og Andersen, Bro og Brinkmann (2014). Det afsnit vil blive efterfulgt af et afsnit omhandlende diagnosemanualernes udvikling i et historisk perspektiv, som primært vil blive præsenteret af Üstün og Ho (2017) og Regier, Kuhl og Kupfer (2013). Kapitlet vil blive afsluttet med et afsnit omhandlende normalitetsbegrebet, hvor der ses nærmere på den udfordring, der kan antages at være i forbindelse med at definere det normale og patologiske. Afsnittet vil primært blive præsenteret af Bartlett (2011), Eriksen (2006) og Stein et al. (2009).

Derefter vil der følge et kapitel, som vil se nærmere på de forskellige teorier, der kan være relevante i forhold til belysning af problemformuleringen. Kapitlet er delt op i to afsnit, hver indeholdende tre underafsnit. Det første afsnit vil give bud på, hvordan de tre anvendte teorier kan antages at se rammerne og vilkårene for diagnoseforståelsen. Det første underafsnit vil præsentere aspekter af patologiseringsforklaringen primært ved brugen af Horwitz og Wakefield (2007), hvor præsenterede aspekter af Brinkmann (2010a, 2010b) vil blive anset som supplerende hertil. Efterfølgende vil der være et underafsnit vedrørende aspekter af epidemiforklaringen, som vil blive præsenteret af Petersen (2015, 2016). Til at afslutte afsnittet vil der være en præsentation af relevante aspekter fra accelerationssamfundet, som vil blive præsenteret af Rosa (2003, 2014).

Det efterfølgende afsnit vil omhandle, hvilke bud teorierne har på, hvilken betydning det kan have for et individ at blive diagnosticeret. Her vil det første underafsnit præsentere aspekter af selvfortolkningsmodellen, som vil blive præsenteret af Rosa (2004, 2014). I efterfølgende underafsnit vil der blive set nærmere på social identitetstilgangen. Her vil Tajfel (1974) hovedsageligt præsentere aspekter af social identitetsteorien, hvor Turners videreudvikling af teorien, selvkategoriseringsteorien, efterfølgende vil blive fremhævet med relevante aspekter præsenteret af Reynolds og Turner (2006) samt Turner og Reynolds (2012). Afsnittet

vil blive afsluttet med et underafsnit omhandlende relevante aspekter af stigmabegrebet², som vil blive præsenteret af Goffman (2010).

De foregående kapitler leder sammen op til diskussionskapitlet, hvor der vil blive set nærmere på, hvordan de forskellige teorier yderligere kan udfolde problemformuleringen, hvilket vil være på baggrund af de forudgående kapitler. Først vil der være et afsnit, der ser nærmere på, hvorfor der ikke er flere med en psykiatrisk diagnose, når der antydes, at rammerne og vilkårene for forståelse af diagnoser skaber en stigning i diagnosticeringen. Dette vil blive belyst gennem inddragelse af resiliensbegrebet præsenteret af Poulsen (2005, 2008) og Sommer (2011), Møhl og Simonsens (2010) diatase-personlighed-stress-model samt hvilke mulige forklaringer Petersen (2016), Rosa (2003, 2014) og Horwitz og Wakefield (2007) selv ville kunne antages at komme med. Derefter vil der være et afsnit, der indeholder tre temaopdelte underafsnit, omhandlende, hvilken en betydning det kan have for individet at blive diagnosticeret, som vil blive set nærmere på med inddragelse af Rosa (2004), Tajfel (1974), Turner og Reynolds (2012) og Goffman (2010). Det sidste afsnit vil slutte af med at se nærmere på hvilke forskelle og ligheder, der er mellem teorierne ved opdeling af teorierne ud fra tre temaopdelte underafsnit.

Hele specialet vil munde ud i et opsamlende kapitel, som vil komme med en konklusion på de forudgående afsnit.

Som afslutning på hele specialet vil der til sidst være en perspektivering, som vil se nærmere på, hvordan problemformuleringen kunne videreudvikles kvalitativt.

1.4. Afgrænsning

I det foreliggende speciale kan der forekomme dele af opgaven, som kan være enslydende med Anne Kjær og Susanne Lips speciale i forbindelse med et tidligere samarbejde, hvor der sammen blev udvundet ideer til kapitlet vedrørende historiske aspekter.

² Goffmans stigma anses her for både at være et begreb som en teori, hvorfor begge ord kan forekomme i specialet og vil blive anset som synonyme.

Problemformuleringen indeholder nogle ord eller begreber, som kan forstås på mange måder, hvorved det derfor er yderst vigtigt at fremhæve, hvorledes disse vil blive anvendt og forstået i dette speciale. Ordene 'rammer' og 'vilkår' er meget brede ord, hvilket gør at der kan anvendes mange teorier til belysning af forståelsen af diagnoser, men hvor der her er blevet taget et valg om at benytte de nævnte teorier. Her kunne medicinalfirmaerne fx også have været valgt til en belysning af problemformuleringen, da de kan ses som aktører i sætning af rammer og vilkår for diagnoseforståelse. Dette perspektiv er dog blevet fravalgt grundet, at jeg opfatter spørgsmålet om medicinalindustrien som et meget omfattende spørgsmål i sig selv og en inddragelse vil samtidig betyde en orientering vedrørende lovgivning på området, hvilket ville føre specialet for bredt. Det aktuelle samfund bliver også nævnt i problemformuleringen, hvor det, i dette speciale, vil blive anset som værende det vestlige samfund, som er fremtrædende i Danmark og i Vesten lige nu, hvor *Vesten* indebærer de vestlige lande, men som samtidigt også er et udtryk for bestemte adfærdsmønstre og normer (Ferguson, 2011/2014, p. 28). Desuden bliver ordet diagnoser anvendt, hvor det her, samt i resten af specialet, menes psykiatriske diagnoser. Dette gælder også, når der bliver talt om betydning af det at blive diagnosticeret, hvor det her også henvises til, at individet får tildelt eller bliver diagnosticeret med en psykisk diagnose.

Derudover anvendes begrebet individet også, hvor det anses som en nødvendighed yderligere at præcisere, hvad der her menes med begrebet. Ifølge Den Danske Ordbog stammer ordet individ fra det fra det latinske *individuum*, som betyder udelelig og betegner en person, som skal anses som værende det modsatte af en klasse eller gruppe. Denne forståelse vil også blive anvendt her, hvor individet yderligere vil blive set som en person i det danske samfund, hvor der ikke bliver skelnet mellem køn, etnicitet, region eller alder. I den forbindelse er det relevant at nævne, at ordene *person*, *vedkommende* samt *han/hun* vil blive anvendt som synonymt med individbegrebet.

1.5. Videnskabsteoretisk afsæt

Det er i specialets kontekst vigtigt at præcisere den aktuelle tilgang til viden, hvilket er formålet med dette afsnit. Dette speciale undersøger, som tidligere nævnt, hvilke rammer og vilkår der er for forståelse af diagnoser i det aktuelle samfund og hvilken

betydning det har for individet at blive diagnosticeret. Dette vil blive undersøgt ud fra forskellige kilder, hvilket betyder, at det er et teoretisk orienteret speciale, da der ikke er blevet indsamlet egen empiri, men hvor der udelukkende inddrages og diskuteres andres empiri i forhold til den nævnte sammenhæng. Denne form for teoretisk tilgang til specialet betyder her, at det er en humanistisk tilgang, nærmere bestemt en historisk-hermeneutisk tilgang. Humanvidenskaberne søger generelt ikke objektivitet, men søger mere at stille spørgsmål, stimulere eller finde nye perspektiver på tingene (Habermas, 1971; Klausen, 2005). Den valgte historisk-hermeneutiske videnskabstilgang søger at indfri den forstående eller praktiske erkendelsesinteresse, hvor meningsforståelse giver adgang til fakta i form af tekstfortolkning og er med til give viden om kultur og historie, hvilket gør os i stand til at kommunikere med andre (ibid.). Denne form for videnskab er der også nogle af de anvendte kilder, men ikke alle, som anvender, hvor de resterende kilders videnskabelige teorier er mangeartede. Dette spiller i denne sammenhæng ikke den store rolle, da det her er teorierne, som er i fokus. I forbindelse med fremhævelse af kilder, skal der gøres opmærksom på, at der er litteratur af en forskningsmæssig orienteret karakter, som både indeholder orienteringer inden for det kvantitative område såvel som indenfor det kvalitative område. Der forekommer dog også litteratur, som er af en debatorienteret karakter, hvor aspekter af denne litteratur er taget med for at indikere emnets aktualitet. Metoden, der her er blevet valgt, giver muligheden for at få en forståelse for, hvorledes de forskellige teorier kan anskue problemformuleringen, da teorierne i sig selv ikke nødvendigvis behandler det valgte emne, men hvor udvalgte aspekter af teorierne kan anvendes dertil. Dog er der ikke, som tidligere nævnt, indsamlet egen empiri, der kan understøtte eller modsige teorierne, hvilket kan påvirke validiteten.

Før vi går videre til at se nærmere på de anvendte teorier til belysningen af problemformuleringen, skal vi se på nogle historiske aspekter, der kan anses som relevante i belysningen af problemformuleringen.

2. Historiske aspekter

Dette kapitel indeholder tre afsnit som anses for at være relevante i forhold til belysningen af problemformuleringen. Først vil der komme et afsnit vedrørende sygdomsforståelse i et historisk perspektiv, som skal give et overblik over, hvordan sygdomsforståelse har forandret sig gennem tiden beskrevet primært ved brug af Brinkmann (2010b), Rosenberg (2016) og Andersen et al. (2014). Efterfølgende vil der komme et afsnit om diagnosemanualerne igen i et historisk perspektiv, der skal være med til at give et indblik i den udvikling diagnosemanualerne har været igennem med den primære brug af Üstün og Ho (2017) og Regier et al. (2013). Dette kapitel afsluttes med et afsnit omhandlede normalitetsbegrebet, som skal være med til at give et indblik i den udfordring, der ligger i at definere, hvad der kan anses som værende patologisk og normalt. Afsnit vil blive udfoldet med den primære anvendelse af Bartlett (2011), Eriksen (2006) og Stein et al. (2009).

2.1. Sygdomsforståelse

For at få en bedre forståelse af problemformuleringen, er det essentielt at tage aspekter af den historiske forandring af sygdomsforståelse med, da denne viser sig at kunne have en indflydelse på rammerne og vilkårene omkring forståelse af diagnoser, men også hvad en diagnosticering vil betyde for individet, hvilket vil fremgå af nedenstående. Derfor bør der i den forbindelse også nævnes, at det er min indstilling, at der ikke udelukkende eksisterer én sand sygdomsforståelse, hvilket betyder at begrebet ikke vil blive benyttet i bestemt entalsform. Dette skyldes, at det er en forståelse, som omtales, hvilket betyder at der implicit er en mulighed for ændringer i forhold til tid og sted. Dette afsnit vil primært blive præsenteret af Brinkmann (2010b), Rosenberg (2016) og Andersen et al. (2014). Her bygger Brinkmann sine historiske argumenter om de tidlige sygdomsforståelser på baggrund af en reference til Harry F. M. Peeters, som er en teoretisk kilde (jf. Brinkmann, 2010b, p. 25). Rosenberg benytter sig også af teoretiske kilder herunder fx Roy Porter, Michel Foucault og Lolk A., Andersen K. og Raben Rosenberg (jf. Rosenberg, 2016, p. 23, p. 29, p. 305), såvel som Andersen et al. gør i form af Edward Shorter (jf. Andersen et al., 2014, p. 247f). Dette betyder, at hverken Brinkmann, Rosenberg eller Andersen et al. dermed refererer til empiriske kilder,

men at de i stedet hhv. baserer et afsnit i et bogkapitel eller artiklen på analyser af eksisterende teorier, som har kigget på den egentlige empiri. Det, at de anvendte kilder ikke bygger på egen empiri gør, at det skrevne må tages med forbehold. Dette skyldes, at der er tale om beskrivelser af noget, der ligger langt tilbage i historien, hvor der kan skabes tvivl om, der er gået noget tabt eller om noget er blevet misforstået fra henvisning til henvisning. Det skaber en vis skepsis i forhold til om det har forholdt sig sådan, som det beskrives, og om det, der udtales, er rimeligt at hævde på baggrund af kildens beskrivelser.

Der kan gås langt tilbage i tiden, helt tilbage til den gamle Grækenland, når der kigges på sygdomsforståelse, men der er i dette speciale blevet valgt ikke at gå så langt tilbage, da disse historiske aspekter ikke er hovedfokus, men skal give et kort indblik i udviklingen. Det blev derfor vurderet mere relevant at starte senere i historien, da nogle af de græske værdier trækker tråde ind i middelalderen, som vil være udgangspunktet. I middelalderen (ca. 500-1500) spillede religiøse forestillinger, ifølge Brinkmann, en stor rolle, men der blev, også hentet inspiration fra den græske kultur ifølge Rosenberg (Brinkmann, 2010b; Rosenberg, 2016). Opfattelsen af psykisk sygdom var, ifølge både Rosenberg og Brinkmann, ofte materialistisk (ibid.), hvor der, med udgangspunkt i grækeren Galen, blev skelnet mellem fire galskabskategorier: mani, raseri, tåbelighed og melankoli (ibid.). Grunden til disse fire galskaber, og dermed problemet, skulle findes i en humoral ubalance eller ved tilstedeværelse af en bestemt væske i kroppen, hvor behandlingen bestod i at tappe den patologiske væske ud af organismen (ibid.). Renæssancen (ca. 1536-1660) byggede videre på den græske kultur, men i 1600-tallet opstod der, ifølge Rosenberg, et brud på denne kultur, hvor en ny sygdomsforståelse rettede sig mod en natur- og menneskeforståelse (Rosenberg, 2016).

I 1750-1880 hersker en periode, som historikeren Edward Shorter kalder Den Traditionelle Periode, hvor *humoralpatologiens* sygdomsforståelse styrede den medicinske tradition (Andersen et al., 2014, p. 247; Shorter, 1993, p. 26, p. 31). Her blev grunden til de forskellige sygdomme baseret på forstyrrelser i kroppens væsker, hvor der, ifølge Rosenberg, var fire forskellige væsker: slim, gul galde, sort galde og blod (Rosenberg, 2016). Antagelsen var, ifølge Rosenberg, at forstyrrelserne skyldes for meget af en af væskerne (ibid.), hvorfor behandling bestod i tapning af væsker eller en tilføjelse af kurerende væsker (Andersen et al., 2014). I denne periode, fra

starten af 1800-tallet, dateres, ifølge Rosenberg, fødslen af psykiatrien. Det betød, at behandlingen med asyls startede, hvor syge mennesker kom i behandling væk fra familien (Rosenberg, 2016). Der blev på dette tidspunkt, ifølge Rosenberg, ikke skelnet i opfattelsen mellem sindssygdomme og somatiske sygdomme, da psykiatrien, blev anset som et lægevidenskabeligt område (ibid.). Denne mere videnskabelige tilgang til psykiatrien, skyldes, ifølge Brinkmann, grundlæggeren Emil Kraepelin, som anså psykiske forstyrrelser som hjernesygdomme (Brinkmann, 2010b).

Den moderne periode, som, ifølge Shorter, efterfølgende opstår med sin start i slutningen af 1880 til ca. 1950, erstatter humoralpatologien med den *organbaserede* sygdomsdiskurs. Dette betød en klassifikation og diagnosticering ud fra flere af de klager og lidelser patienten havde (Andersen et al., 2014, p. 247f ; Shorter, 1993, p. 75), hvor opståede psykoser, ifølge Rosenberg, blev anset som værende organiske forstyrrelser af nervesystemet (Rosenberg, 2016). Den sidste periode, som også er den, der er lige nu, er, ifølge Shorter, den *postmoderne periode*, der startede i ca. 1960 (Shorter, 1993, p. 179). Her er der fokus på at opspore mulige sygdomme hurtigst muligt, hvor individet, ifølge Shorter, også bliver mere villig til at søge læge end tidligere, fordi det er blevet mere sensitiv over for symptomer end før (Andersen et al., 2014; Shorter, 1993). Dermed bliver de almene borger, ifølge Andersen et al., også en vigtig del af sygdomsopsporingen, hvor det betyder, at identifikationen af sygdomme bliver en del af almene borgers hverdagsliv i stedet for, at den forbliver ved lægen som tidligere (Andersen, et al., 2014). Dette betyder, at den organbaserede sygdomsdiskurs, ifølge Andersen et al., bliver erstattet af *patologiseringen* (jf. afsnit 3.1.1.) og *biologiseringen*, hvor biologiseringen netop handler om, at det er processerne i kroppen, der er fokus på i form af test og screeninger til at opdage potentielle sygdomme (Andersen et al., 2014, p. 250). Den biologiske forståelse betyder, at psykiske sygdomme, ifølge Rosenberg, opfattes som biologiske forstyrrelser i en meget bred forstand (Rosenberg, 2016), hvilket kan ses i psykiatrien, hvor psykofarmakaen, ifølge Rosenberg, har banet vejen for en biologiske forandring. Det biologiske fokus i psykiatrien, virker, ifølge den britiske psykiater Sami Timimi, underlig at fortsætte med, når demensdiagnosen indtil videre er den eneste diagnose, som kan forbindes med biologiske markører og fysiske test (Timimi, 2014). Denne beslutning om bibeholdelse af biologiseringen skal dog,

ifølge Tine Basse Fisker ph.d. i pædagogisk psykologi, også ses i lyset af, at der er nogle sammenfaldende adfærdssymptomer og dysfunktioner, der igennem manualerne kan kategorisere symptomer (Fisker, 2012). Hvis dette er tilfældet, kan der, ifølge Fisker, argumenteres for, at en forenkling af kriterierne kan være med til at afskære de individuelle forhold og de små forskelle, der kan være mellem mennesker, men som kan spille en afgørende rolle mht. diagnosticering af en psykisk forstyrrelse (ibid.).

2.1.1. Opsummering

I ovenstående er aspekter af sygdomsforståelser blevet belyst i et historisk perspektiv, hvorved de historiske aspekter munder ud i et aktuelt perspektiv, som allerede er blevet givet i indledning. Netop udvikling i sygdomsforståelse viser sig at sætte nogle rammer og vilkår for, hvorledes samtiden på et givet tidspunkt, forstår diagnoser, både somatiske såvel som psykiske. Disse rammer har vist sig både at have betydning for fagpersonen, men også for det enkelte individ. Den sygdomsforståelse, der er herskende i det samfund eller den tid, et individ er en del af, kan altså få afgørende betydning for, hvorledes individet bliver diagnosticeret, om individet bliver diagnosticeret samt hvilken behandling der venter ved en diagnosticering. Forståelsen har dermed også en betydning for, hvordan individet og omgivelserne reagerer på den specifikke diagnose, hvor individet som behandling tidligere fx skulle tappes for væsker eller kunne ende i asyl, der skulle gemme individet væk.

2.2. *Diagnosemanualerne*

I sammenhæng med aspekter af sygdomsforståelse i et historisk perspektiv, er det relevant at medtage historiske perspektiver fra diagnosemanualerne Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) og International Classification of Diseases (ICD) for at se nærmere på deres udvikling og deres aktuelle status. Det skyldes, at de også kan spille ind på rammerne og vilkårene for diagnoseforståelse. Desuden er manualerne også afgørende for, om en person skal have en diagnose og hvilken diagnose personen i så fald skal have. Derfor anses det her for vigtigt at sætte fokus på, hvilken rolle de to forskellige manualer spiller, herunder hvilken udvikling

der er i gang for at få en bedre forståelse af manualerne. Disse aspekter vil primært blive belyst af Üstün og Ho (2017) og Regier et al. (2013).

Klassificering af mental lidelse startede traditionelt med praktiske bestræbelser på at søge efter ligheder og forskelle blandt patientgrupper (Üstün & Ho, 2017). Den nuværende klassifikation af mentale lidelser er primært bygget op omkring observationer af, hvad der af Üstün og Ho betegnes som patologisk menneskelig adfærd eller afvigende mentale tilstande, som skal identificere symptomer, der er observerbare og relativt stabile over tid (ibid.). De to mest fremtrædende diagnosemanualer er, som tidligere nævnt, ICD, som udvikles af World Health Organization (WHO), hvilken overvejende bliver benyttet i Europa, Asien og Afrika, og DSM, som udvikles af American Psychiatric Association (APA) og primært bliver benyttet i Nord- og Sydamerika (Simonsen, 2010). Den første internationale klassifikationsudgave gik under navnet 'International List of Causes of Death' og blev i 1893 adopteret af 'the International Statistical Institute' (WHO, 2016). Den franske statistiker Jacques Bertillon var lederen, som stod bag de senere redigeringer (1900, 1910 og 1920) af listen, men han døde i 1922, hvor Michel Huber tog over, og indledte et samarbejde med Health Organization of the League of Nations (kan anses som en forløber for WHO). Sammen udarbejdede de et udspil til den 4. (1929) og 5. revision (1938) af the International List of Causes of Death (WHO, History of the development of ICD). I 1948 udkom ICD-6, hvor ICD oprindeligt var et dødsårsagsregister, blev det i det år udvidet til også at omfatte patologi, symptomer og skader (Andersen et al., 2014), og havde som den første udgave af ICD-manualerne en separat del til mental lidelse (Üstün & Ho, 2017). Denne version blev også startskuddet til en synkronisering af DSM og ICD, da den første udgave af DSM, DSM-I, udkom et par år efter i 1952. Det samme gælder for ICD-8 sammen med DSM-II, ICD-9 og DSM-III osv. (ibid.).

Netop overgangen fra DSM-II til DSM-III ses ofte som skelsættende, da med skiftet mellem de to udgaver også blev et skifte fra at basere psykiske sygdomme på ætiologi til en mere deskriptiv tilgang, hvor det, at definere en lidelse, blev baseret på symptomer uden at tage hensyn til ætiologien (Horwitz & Wakefield, 2007; Petersen, 2016). Altså bliver der set på, om der er en række af specifikke symptomer, som er til stede, inden for en specifik tidsperiode og derudfra bliver det vurderet, om der er tale om patologi. På den måde blev patologiens kontekst nedprioriteret (Brinkmann,

2010b). Allerede ved en konference vedrørende klassificering af psykisk sygdom i København i 1982, var der en verdensomspændende opfattelse af, at ICD skulle indføre mere eksplicite diagnostiske kriterier til at definere psykisk sygdom i forhold til DSM-III-modellen fra 1980. Dette medførte møder mellem APA og WHO samt en samarbejdsaftale mellem WHO og National Institute of Mental Health (NIMH) (Regier et al., 2013). Selvom den nyeste udgave af ICD, ifølge Regier et al., kun indeholder en meget kort beskrivelse af hver enkelt lidelse, opretholder APA og WHO's Division of Mental Health en aftale om at udgive lignende diagnostiske forskningskriterier. Selvom kriterierne i de to manualer ikke er identiske, så bare det, at de ligner hinanden, skaber en bedre kommunikation mellem de to diagnosemanualer (ibid.). Formålet bag dette fundament har været at få et fremtidigt samarbejde til at blomstre og derved kunne udvikle et fælles forskningsfundament til revisioner af begge manualer, hvor National Institute of Health (NIH) har bidraget med konferencemøder samt harmoniseringsmøder (Regier et al., 2013; Üstün & Ho, 2017).

2.2.1. Opsummering

I ovenstående afsnit er der blevet præsenteret aspekter af udviklingen, der er sket gennem tiderne med begge manualer. Som nævnt er manualerne vigtige, da de er afgørende for, om der skal ske en diagnosticering af et individ eller ej. Selvom der ikke antages at være mange, der læser manualerne, påvirker de stadig indirekte, da psykologien og psykiatrien arbejder ud fra manualerne, hvorved de sætter nogle rammer og vilkår for diagnosticeringen. Udviklingen viser, at det ikke er underordnet, hvilken manual eller udgave der følges. De forskellige udgaver sætter netop rammerne for, hvilke muligheder behandlerne har, såvel som hvilke muligheder individet på den måde får stillet til rådighed. Udgaverne, og dermed mulighederne bliver påvirket af sygdomsforståelser, som igen bliver påvirket af manualerne. Dermed tegner der sig et billede af en gensidig påvirkende proces. Dette betyder, at hvis et individ bliver diagnosticeret, er spørgsmålet også om den tildelte diagnose er noget individet kan identificere sig med eller om vedkommende føler, at diagnosen kun stemmer på visse punkter og misser nogle andre, for individet, centrale følelser.

2.3. Normalitetsopfattelse

Som det fremgår af begge ovenstående afsnit kan grænsen mellem hvad der kan anses som værende patologisk og normalt, ofte være meget svær at finde og meget flydende, men at beslutningen om hvor grænsen er, har stor betydning for det enkelte individ og samfundet såvel som det har en indflydelse på sygdomsforståelse og diagnosemanualerne. Derfor vil der i nedenstående afsnit komme et perspektiv på de mulige måder, hvorpå der kan skelnes mellem, hvad der kan anses som værende patologisk og normalt. Disse perspektiver vil primært blive præsenteret af Bartlett (2011), Eriksen (2006) og Stein et al. (2009). I denne sammenhæng skal det også nævnes, at der i dette speciale forekommer ord som normalt og patologisk, hvor hensigten her ikke er at komme med en entydig forklaring eller sandhed vedrørende, hvad der kan anses som værende normalt eller patologisk, men i stedet vil der blive leveret et bud på, hvorledes normalitet kan forstås i den her sammenhæng.

Når der tales om diagnoser, sygdomsforståelse og medicin, kommer diskussionen vedrørende, hvad der er normalt eller patologisk ofte op at vende, da det synes at være grundstenen til, hvordan diagnosesystemet fungerer. Hvis der kigges på *patologi* som begreb, kan det defineres som værende en afvigelse fra det normale, hvor der i den forbindelse kan stilles spørgsmålstejn ved, hvorledes det normale dermed kan defineres (Eriksen, 2006, p. 13). At definere hvad der er normalt betyder også, at der bliver besluttet, hvad der er patologisk og dermed kan en person hjælpes med at blive normal (Baxter, 2006). Ordet *normal* kommer fra det latinske *norma*, som oversat betyder rettesnor, og ifølge Baxter, betød ordet århundrede senere at tilpasse sig til en bestemt standard (ibid., p. 867). Måden at se om noget er normalt, kan ses på to forskellige måder; den normative og den statistiske normalitet. Den *normative* er det, som kan udledes af Hydén (1997), hvor det, der, ifølge ham, generelt kan anses, som værende fornuftigt at gøre eller reagere i forskellige situationer, skal sammenlignes med den handling eller adfærd, der er blevet gjort eller udvist for dermed at afgøre om den udviste reaktion anses som værende normal (Hydén, 1997, p. 60). Ifølge Bartlett kan der endda tales om psykologisk normalitet som, ifølge ham, hurtigt bliver anset som værende synonymt med mental sundhed, hvilket der, ifølge ham, kan sættes spørgsmålstejn ved (Bartlett, 2011). I stedet refererer Bartlett til lægen Benjamin Rush (1746-1813), der definerede *forstand* og

galskab som værende, at forstand var en egnethed til at vurdere som andre mænd, regulere vaner m.m. og at *galskab* var en afvigelse fra dette (Bartlett, 2011, p. 13). Rush kan også, ifølge Bartlett, anses at plædere for den *statistiske normalitet*, hvor mental sundhed anses at have noget med social konformitet at gøre, da manglende konformitet henviser til mentale lidelser (Bartlett, 2011, p. 13). *Social konformitet* handler netop om, at hvis et menneske stikker åbenlyst ud fra majoriteten, vil individet, ifølge Asch, have en tendens til bukke under for majoriteten, som hans studier, ifølge ham også viser (Asch, 1956, p. 30), men Aschs tal viser dog, at individet kun $\frac{1}{3}$ af gangene vil bukke under for majoriteten, og dermed $\frac{2}{3}$ af gangene modstår majoritetsindflydelse (Asch, 1956). Dette betyder dermed, hvis det antages, at Asch taler ud fra et normativt normalitetsbegreb, at hvis individet er normalt, burde det ikke konformere, hvor den statistiske normalitet netop er, at individet ikke konformerer. Dette kan netop ses i forbindelse med, at majoriteten per definition, ifølge Bartlett, anses som værende psykologisk normale, hvilket går under det der, ifølge ham, statistisk set er gennemsnitligt i forhold til normen, hvor det gennemsnitlige, ifølge Eriksen, højst sandsynlig ikke kan anses som gældende for en større del af befolkningen (Bartlett, 2011; Eriksen, 2006). Normalvariationen kan altså, ifølge Eriksen, påvises statistisk, og dermed kan afvigere udstødes på et videnskabeligt grundlag (Eriksen, 2006) De, der differentierer sig fra denne psykologiske normalitet anses som værende afvigere og kan blive betegnet med forskellige former afvigelser og dermed anses som værende patologiske (Bartlett, 2011; Eriksen, 2006). *Psykologisk normalitet* kan defineres som værende:

” ... a set of *typical* and *socially approved* characteristics of affective, cognitive, and behavioral functioning, a set of characteristics derived from the reference group consisting of majority in a society’s population and relative to which clinicians understand “deviations from normality” and hence “mental disorder”” (Bartlett, 2011, p. 10f).

Denne psykologiske normalitet bliver, ifølge Bartlett, den dominerende faktor, når det gælder diagnostiske vurderinger, som psykiatrien eller klinikerne foretager, når de skal identificere psykiatrisk patologi (Bartlett, 2011). Det kan dermed argumenteres for, ifølge Bartlett, at vores erkendelse af patologi afhænger af vores

vurderinger og værdier, hvilket generelt gør det svært at afgøre, hvad der er normalt, da det afhænger af, hvem der spørges (Bartlett, 2011).

Det at være unormal eller skille sig ud fra mængden er som oftest også det, medierne har fokus på; det at være afvigende (Eide, 2006). Det faktum, at normalitetsbegrebet overhovedet eksisterer, kan, ifølge Solvang, anses som værende problematisk, eftersom eksistensen af ordet gør, at forskellighed bliver undertrykt (Solvang, 2006), hvor det patologiske eller det anderledes, ifølge Bartlett, kan føre til, at det bliver anset som værende en mental lidelse (Bartlett, 2011). Ifølge den amerikanske psykiater Allen Frances lever mentale lidelser ikke derude, hvor de udelukkende venter på at blive forklaret, men er, ifølge Frances, alene opfundne konstruktioner, hvor ingen af definitioner af mentale lidelser, ifølge ham, som både har læst mange definitioner af mental lidelse, såvel som selv været medforfatter til en definition, har den mindste værdi overhovedet (Frances, 2013). I stedet er de forskellige tilstande, ifølge Frances, historisk set, udelukkende blevet til mentale lidelser grundet en praktisk og forøget nødvendighed og beskriver at konceptet mentale lidelser: “... *is so amorphous, protean, and heterogeneous that it inherently defies definition ...*” (Frances, 2013, p. 98). Derfor er der, ifølge Frances, et hul i den psykiatriske klassifikation, men hvis der skal findes et fælles tema, kan det kun, ifølge ham, være invaliditet og lidelse, men begge begreber er for upræcise som definitionsanvendelse (Frances, 2013).

Stein et al. er inde på noget andet af det samme som Frances. Ifølge disse forfatterne, udtaler menneskerne bag DSM-IV i bogen, at ingen af de eksisterende definitioner, der findes, helt specificerer præcise grænser for konceptet mentale/psykiatriske lidelser (Stein et al., 2009). Dette skyldes, at selve ordet mental er noget, der, ifølge Stein et al., opfordrer til en dualistisk tænkning mht. sindet og kroppen, hvilket ikke hænger sammen med det moderne neurovidenskabelige syn og derfor bør ordet psykiatrisk lidelse, ifølge dem, bruges i stedet, fordi det, der henvises til, ikke udelukkende er mentalt (ibid.). I stedet søger de en definition, der er mere videnskabelig valid såvel som mere klinisk brugbar (ibid.). Både DSM-III og DSM-IV pointerer, ifølge Stein et al., at vanskelighederne naturligt kommer ved at trække en præcis adskillelse mellem normalitet og psykopatologi (ibid.). Ifølge dem fremkommer det i DSM-IV, at der ikke forekommer en passende definition for

mentale lidelser, da begrebet mangler en brugbar definition, som kan dække alle situationer (Stein et al., 2009).

2.3.1. Opsummering

I ovenstående er der blevet givet et bud på, hvorledes normalitetsbegrebet kan forstås i denne sammenhæng. Her fremkom det, at normalitet kan deles op i to, hhv. i den normative normalitet og i den statistiske normalitet. Her henviser den normative normalitet til det, der generelt anses som værende fornuftigt at gøre eller reagere i forskellige situationer, bør sammenlignes med, hvilken handling eller adfærd der er bliver udvist, for på den måde at kunne afgøre, om reaktionen kan anses for at være normal (Hydén, 1997). Den statistiske normalitet henviser i stedet til social konformitet, som handler om, hvad der statistisk set er flest, der gør eller hvad størstedelen af hvad eller hvem, der sammenlignes med, gør, bliver anset som værende normalt, da majoriteten anses som psykologisk normale (Bartlett, 2011; Eriksen, 2006; Asch, 1956). Dette betyder også, at rammerne og vilkårene for forståelse af diagnoser kan være skiftende, da de to normalitetsbegreber nogle gange henviser til det samme, mens de andre gange betyder noget forskelligt. Det betyder yderligere, at samfundsudviklingen har en stor betydning for, om et individ kan anses som værende normal på begge måder, på en af måderne eller ingen af måderne, netop fordi diagnoseforståelsen kan ændre sig med tiden. Dermed kan det som individ være svært at begå sig i samfundet og kommunikere med andre mennesker, da vedkommende ikke kan vide, hvad en ukendt person tænker om diagnosen, og dermed hvordan individet skal fremstille sig selv eller fortolke sig selv. For nogle vil diagnosen ikke nødvendigvis betyde, at personen er patologisk, men mere at individet har nogle vanskeligheder, der arbejdes med, mens det for andre har en altafgørende betydning for måden hvorpå den enkelte menneske bør forstås og anses.

Med dette kapitlets forståelse in mente bevæger vi os videre til et kapitel, der vil se nærmere på, hvordan tre af teorierne kan belyse, hvilke rammer og vilkår der er for forståelsen af diagnoser samt hvordan tre andre teorier kan belyse, hvilken betydning det kan have for individet at blive diagnosticeret.

3. Rammer, vilkår og betydning

Følgende kapitel vil være delt op i to afsnit. Det første afsnit vil omhandle de rammer og vilkår, der kan være for forståelse af diagnoser i samfundet, hvilket de anvendte teorier i afsnittet vil belyse. Første afsnit indeholder tre underafsnit, hvor det første underafsnit omhandler perspektiver fra patologiseringsforklaringen. Forklaringen vil her hovedsageligt blive præsenteret af Horwitz og Wakefield (2007), hvor de præsenterede aspekter af Brinkmann (2010a, 2010b) anses som supplerende hertil. Efterfølgende vil der komme et underafsnit omhandlende aspekter fra epidemiforklaringen, der vil blive præsenteret af Petersen (2015, 2016). Det sidste underafsnit vil omhandle perspektiver fra accelerationssamfundet og vil blive præsenteret af Rosa (2003, 2014). Det andet afsnit vil se nærmere på, hvilken betydning det kan have for individet at blive diagnosticeret, hvilket de anvendte teorier i afsnittet vil belyse. Afsnittet her vil også indeholde tre underafsnit, hvor første underafsnit omhandler perspektiver fra selvfortolkningsmodellen, der vil blive præsenteret af Rosa (2004, 2014). Det vil blive efterfulgt af et underafsnit omhandlende social identitetstilgangen. Her vil Tajfel (1974) hovedsageligt præsentere aspekter af social identitetsteorien, hvor Turners videreudvikling af teorien, selvkategoriseringsteorien, efterfølgende vil blive fremhævet med relevante aspekter præsenteret af Reynolds og Turner (2006) samt Turner og Reynolds (2012). Det sidste underafsnit vil se nærmere på aspekter fra Goffmans stigmatteori og vil blive præsenteret af Goffman (2010).

3.1. *Rammer og vilkår*

Dette afsnit indeholder tre underafsnit som alle giver et bud på, hvordan rammerne og vilkårene for forståelse af diagnoser er i det aktuelle samfund. Det første underafsnit omhandler perspektiver fra patologiseringsforklaringen, som hovedsageligt vil blive præsenteret af Horwitz og Wakefield (2007), hvor de præsenterede aspekter af Brinkmann (2010a, 2010b) anses som supplerende hertil. Efterfølgende vil der komme et underafsnit omhandlende perspektiver fra epidemiforklaringen, der vil blive præsenteret af Petersen (2015, 2016). Det sidste underafsnit vil omhandle perspektiver fra accelerationssamfundet og vil blive præsenteret af Rosa (2003, 2014).

3.1.1. Patologiseringsforklaringen

I dette afsnit vil der blive fremhævet aspekter af patologiseringsforklaringen, som bliver præsenteret af Horwitz og Wakefield (2007) med Brinkmann (2010a, 2010b) som supplerende hertil. Den medicinske sociolog Allan V. Horwitz og filosofen Jerome C. Wakefield trækker på forskellige tilgange, men har en fælles interesse i det de kalder patologisering af normale tilstande. Horwitz har en interesse i, hvordan generelle psykologiske problemer, med tæt forbindelse til sociale situationer, er blevet omdannet til lidelser og anser sig selv for at være social konstruktionist (Horwitz, 2002). Ifølge denne tilgang bliver der ud fra deres egen diskurs konstrueret former for sandheder vedrørende mentale processer og adfærd, som er forankret i en specifik sociohistorisk kontekst (Walsh, Teo & Baydala, 2014).

Wakefield kan i stedet anses som tilhørende den biologiske essentialisme (Horwitz & Wakefield, 2007), hvor et individs personlighed, den menneskelige natur eller en specifik kvalitet, fx kreativitet, anses som værende en naturlig og medfødt kerne og fremkommer ofte i forbindelse med en fokusering på forskelligheder fx mellem mand og kvinde (Oxford reference, 2017). Selvom både han og Horwitz har skrevet en del om mentale lidelser, bygger de anvendte kapitler ikke på egen empiri. I stedet henviser de til mange forskellige personer, men hvor lægen Dan G. Blazer, psykiateren Gerald Klerman og sociologen Ronald C. Kessler er dem, der henvises mest til i de anvendte kapitler, som alle har en hvis ekspertise inden for området om mentale lidelser (jf. Horwitz & Wakefield, 2007, p. 3ff, p. 75, p. 132). Svend Brinkmann er uddannet psykolog, men har også en baggrund inden for filosofien. Han forsker indenfor filosofi, psykologi, diskurs og samfund og har senest beskæftiget sig med diagnosekultur (Petersen, 2016). I de supplerende præsenterede aspekter trækker han gennem sin tekst på flere forskellige personer, men henviser især til både Horwitz' egne arbejder om mentale lidelser, såvel som på det Horwitz har lavet i samarbejde med Wakefield (jf. Brinkmann, 2010b, p. 18, p. 22). Dog trækker Brinkmann også en del på arbejder fra sociologen og psykologen Nikolas Rose, som har fokus på patologiseringen internationalt og er forsker inden for området (jf. Brinkmann, 2010b, p. 27).

Ordet *patologisering* betegner, ifølge Brinkmann: “... at noget, der tidligere blev opfattet som et almindeligt menneskeligt problem, en særlig livsstil eller simpelthen en afvigelse fra en norm, nu bliver gjort til en sygdom eller en forstyrrelse, der kræver medicinsk eller psykoterapeutisk behandling” (Brinkmann, 2010a, p. 8).

I Horwitz og Wakefields bog *The Loss of Sadness* fremkommer de med udtalelser vedrørende diagnosemanualen DSM, i forbindelse med diskussionen om diagnoser, som kan ses i forbindelse med patologiseringsforklaringen. Forklaringen bygger på, at psykiatrien ser ud til at have svært ved at skelne mellem, hvad der fx er normal sorg og hvad der er en depression, hvor denne manglende skelnen, ifølge Horwitz og Wakefield, skyldes, at konteksten hvori de opstår, ofte ikke bliver medtaget (Horwitz & Wakefield, 2007). I stedet bliver der taget udgangspunkt i de enkelte symptomer hos individet uden tilstrækkelig inddragelse af den historiske og sociale kontekst (ibid.). På den måde bliver det, ifølge Horwitz og Wakefield, symptomerne, der kommer til at afgøre, om der er tale om en diagnose eller ej (Spitzer, 2007), altså en deskriptiv tilgang til diagnoser (jf. afsnit 2.2.). Symptombaserede diagnoser udvider, ifølge Horwitz og Wakefield, opfattelsen af mentale lidelser i sådan en grad, at det omfatter en stor del af befolkningen. Dette sænker, ifølge dem, grænsen mellem det normale og patologiske og ser ud til også at hjælpe med at opnå en større accept af mentale lidelser i det bredere samfund (Horwitz & Wakefield, 2007). Dette manglende fokus på konteksten, skyldes, ifølge dem, at den ændring, der skete fra DSM-II til DSM-III, hvor der i DSM-II stadig fandtes en skelnen mellem om symptomerne og reaktionerne var begrundet eller irrationelle, hvor dette ikke er tilfældet i DSM-III og fremadrettet. Inden denne ændring var der, ifølge dem, en måde at skelne mellem fx normal sorg og en depression (ibid.).

Dermed bliver der, ifølge Horwitz og Wakefield åbnet op for, at klinikerne, med en bredere definition af de forskellige lidelser, nu kan tage lidelser op til det niveau, de ønsker. Dette skyldes, ifølge Horwitz og Wakefield, at der skal opfyldes et mindre antal af kriterier for at kunne få tildelt en diagnose, hvor der derfor, ifølge dem, opstår et potentiale for en stigning i falsk-positive diagnoser; jo færre symptomer, der bliver brugt til at definere lidelser, jo mere stiger problemet med falske-positive (ibid.). Her benytter de sig specielt depressionslidelsen som eksempel, hvor depressionssymptomerne også forekommer iblandt ikke-syge, hvilket gør, at flere mennesker opfylder kriterierne til de forskellige kategorier (ibid.).

Dermed fremkommer de med den forklaring, at der sker en patologisering af normale tilstande (Horwitz & Wakefield, 2007), hvor det, ifølge Brinkmann ikke udelukkende er en patologisering af det psykiske, men også det somatiske. Patologiseringen gælder former for uønsket adfærd, hvor den uønskede adfærd, hvis der kigges nærmere på det psykiske, fx kan være et uroligt barn, som uden tvivl må have ADHD eller en tristhed, der ikke kan ses som andet end en depression (Brinkmann, 2010a). Ifølge Horwitz og Wakefield vil konsekvenserne af denne patologisering af normale tilstande kunne gøre skade i form af, at der er patienter som bliver vildledt, og der vil kunne opstå negative sociale responser i form af stigmatisering, afvisning og manglende støtte fra andre mennesker (Horwitz & Wakefield, 2007).

Den manglende skelnen mellem normale og patologiske tilstande og at ikke-lidende individer søger mindre behandling, gør, at undersøgelser, der er foretaget af mentale lidelser, ifølge Horwitz og Wakefield, får det til at se ud som om, at kun en lille del af de lidende søger behandling for deres lidelser, hvilket sætter fokus på det forventede enorme antal af uindfriet behov for behandling (ibid.). Dette betyder igen, at der bliver igangsat screeninger, der skal finde alle dem, som mangler behandling (ibid.). Der er dog, ved disse undersøgelser, ikke den samme *golden standard*, som ved fysiske test, hvor der fx kan tages en blodprøve, hvilket kan gøre det svært at vide, hvornår noget er normalt og patologisk. På den måde kan et individ ende med at blive diagnosticeret uden grund (ibid., p. 148). Det betyder, at selvom det at reagere med angst eller depression på problematiske livsomstændigheder, ifølge Horwitz, anses som værende en passende adfærd i den pågældende situation, de er i eller har været i, kan adfærden stadig tolkes som patologisk (Horwitz, 2002). Men det er ikke patologisk at reagere voldsomt på oplevelser, som har krydset grænsen for, hvad der er menneskeligt muligt at overkomme, og derfor er det, ifølge Horwitz, forkert at betegne eller klassificere disse reaktioner som psykiske sygdomme. Dette skyldes, at det udelukkende bør være upassende adfærd, som klassificeres (ibid.), hvilket Brinkmanns definition også pointerer. Det er altså tilstedeværelsen af en intern dysfunktion og ikke grunden til dysfunktionen, som, ifølge Wakefield og Horwitz, definerer en *lidelse* (Horwitz & Wakefield, 2007, p. 18, p. 111).

Ud fra ovenstående, argumenterer Horwitz og Wakefield grundlæggende for, at der sker en form for inflation på baggrund af de nye definitioner af mentale lidelser i DSM, som ifølge dem, er utilstrækkelige, hvilket sammen med andre ændringer i samfundet har været med til at udvide det mulige spektrum for lidelsesdomænet

(Horwitz & Wakefield, 2007). Der sker simpelthen en indsnævring af det spektrum, hvori et individ kan ses som værende normalt, hvor spektret indeholder nogle forestillinger om, hvad der anses som værende psykisk og mental sundhed, som individet skal leve op til (Brinkmann, 2010b).

3.1.1.1. Sund vs. usund

Normalitetsindsnævringen hænger godt sammen med, at Brinkmann nævner, at der er et øget fokus på at være sund i det vestlige samfund og taler om et sundhedsparadoks, hvor jo bedre behandling der er af sygdomme, jo usundere ser befolkning ud (Brinkmann, 2010b). Sundhed skifter dermed fra at være en god indgangsvinkel til et godt liv, til at blive dét gode liv, hvor det handler om at være sund (ibid.). Dette fokus på sundhed fører, ifølge Brinkmann, til en udvidelse af sygdomsbegrebet, hvor der er en tilvækst i antallet af nye diagnoser inden for det psykiatriske område. I stedet for at der bliver skelnet mellem det patologiske og det normale, bliver der nu i højere grad, ifølge Brinkmann, skelnet mellem, hvem der er sund og usund, som også er med til at udvide begrebet. Det paradoksale i den forbindelse er, at et menneske godt kan være usund i form af at tage ofte i solarium eller spise meget fastfood, men derfor behøver vedkommende ikke at være syg. Vedkommende vil dog blive anset som værende syg, hvis der ses på sund-usund-spekteret (ibid.). Den fremgang betyder, ifølge Brinkmann, en patologisering af eksistensen, som ikke udelukkende kan findes i fx psykiatrien, men også ude i skolerne, på arbejdsmarkedet og hjemme i privaten (Brinkmann, 2010a).

Der er, ifølge Brinkmann, i det nutidige samfund, en ny superdiskurs, som er en sygdomsdiskurs (Brinkmann, 2010b, p. 16). Kun ved at være sund, kan det enkelte individ blive anset som en del af det gode (Brinkmann, 2010b). Dermed bliver denne sygdomskurs, ifølge Brinkmann, en stærk spiller, når det gælder om selvforståelse, men også at få anerkendelse både på individplan såvel som på et samfundsmæssigt plan (ibid.). Dette ligger op til, at de ovenstående tendenser, ifølge Brinkmann, kan deles op i to tendenser, som forstærker hinanden, hvor den ene er tendensen til at eksistensen patologiseres og den anden er, at ubehagsspektret er blevet udvidet som fx benævnes angst (ibid.). Som følge af denne patologisering af tilværelsen er det, ifølge Brinkmann, længe blevet anslået, at i løbet af et år vil ca. 20% af befolkningen i vestlige lande have mindst en psykisk lidelse (ibid.). Denne

patologisering er dog ikke dårlig for alle, da der er visse aktører i den forbindelse som profiterer af denne udvikling, herunder psykiatere og psykologer, men også medicinalfirmaerne (Brinkmann, 2010b; Horwitz & Wakefield, 2007).

Medicinalfirmaer kan med udviklingen af lægemidler være med til dæmpe uønsket adfærd og dermed få de potentialer til at fremkomme, som individet ønsker; altså en form for optimering af det enkelte menneske (ibid.). Netop fokuset på optimering af individet kan også være problemet, ifølge Horwitz og Wakefield, fordi det dermed ikke kun er bl.a. behandlerne og medicinalfirmaerne, der får noget ud af de diagnostiske standarder, men det bliver dermed også en fordel for individet ikke at ændre kriterierne, da ønsket om at have kontrol over deres emotionelle smerte er stor, men dermed besværliggøres ændringer af kriterierne også (Horwitz & Wakefield, 2007).

3.1.1.2. Opsummering

Opsummerende kan det siges, at der på baggrund af ovenstående forklaring, er en forståelse i specialet af, at rammerne og vilkårene for diagnoser har ændret sig fra at være noget, der er baseret på en helhedsvurdering med hjælp fra symptomer, den kontekst de er opstået i samt det historiske, til at der i vurderingen lægges større vægt på symptomerne (Horwitz & Wakefield, 2007; Spitzer, 2007). Skiftet i diagnosemanualen betyder også, at de, der benytter sig af manualen som arbejdsredskab, skal indordne sig de nye rammer og derved måske både skal fremkomme med en ny diagnoseforståelse og en ændring i sin måde at diagnosticere på. Samtidig betyder de ændrede rammer også en udvidelse af sygdomsbegrebet, hvor færre kriterier skal være opfyldt til diagnosticering, uanset om der er tales om rationelle eller irrationelle reaktioner (Horwitz & Wakefield, 2007). Der argumenteres altså her for, at der sker en patologisering af normalt ubehag, hvilket kan have betydning for individet, da en diagnosticering kan betyde stigmatisering og afvisning (ibid.), men det kan også betyde, at individet generelt må blive nødt til at ændre sin måde at optræde på i samfundet for at tilpasse sig den ændrede diagnoseforståelse. Derudover kan det blive svært for behandlerne eller for individet selv at finde grænsen mellem, hvornår det, der sker med individet, er en normal reaktion, som tager tid eller om reaktionen er irrationel, hvor ved at vente for længe med at diagnosticere, kan individet udelukkende få det værre med tiden og have

sværere ved at komme tilbage til en normal tilstand, da diagnosemanualerne ikke ser ud til at kunne hjælpe med skelne i alle tilfælde. Konsekvensen af dette kan dermed skabe en stigning i falsk-positive diagnoser (Horwitz & Wakefield, 2007).

Reaktionen på den manglende skelnen kan skabe et fokus på, at fx sundhed er dét gode liv i stedet for at være en indgangsvinkel, hvor kun det at være sund, gør individet en del af det gode, netop for at undgå at blive anset som værende patologisk uden at være det. Dette kan lede til nye diagnoser, hvilket tyder på to tendenser, hvor nye former for ubehag fx benævnes som angst og en patologisering af tilstedeværelsen (Brinkmann, 2010b). Individet bliver på den måde hele tiden mødt med en forventning om, at hvis noget er galt, er det nok bedst at få det tjekket, så vedkommende igen kan komme på rette kurs og blive en del af det gode liv.

3.1.2. Epidemiforklaringen

I dette afsnit vil der blive fremhævet aspekter af epidemiforklaringen, som vil blive fremstillet af Petersen, hvor inddragelsen af præstationssamfundet bliver anset for at være en del af hans udlægning af epidemiforklaringen. Denne udlægning er inspireret af kritisk sociologi, som er en tilgang, hvor fokus er på det forhold, der er mellem livsbetingelserne, som de er nu samt udbredelsen af eksempelvis depression (Petersen, 2016). Denne tilgang har sine rødder i Frankfurterskolen, da der i 1930'erne af bl.a. Max Horkheimer og Theodor Adorno blev udviklet et undersøgelsesprogram omhandlende relationen mellem samfundet og individerne, som blev til kritisk teori. Den kritiske teori bygger på marxistiske ideer og blev grundlagt af Horkheimer med anbefaling om bl.a. at engagere sig i en omorganisering af samfundet for at møde de enkeltes behov, hvor først Herbert Marcuse og senere Jürgen Habermas udvidede teorien på forskellige måder (Walsh et al., 2014). Marcuse foretog undersøgelser angående kritik af livsformen under industrisamfundet, hvor Habermas senere undersøgte konsekvenserne af den stigende anvendelse af formålsrationel styring i det moderne samfund og individets tendens til at frigøre sig selv fra undertrykkende forhold ved brug af kritisk tænkning (ibid.). Petersen ser nærmere på tredje generations Jürgen Habermas' assistent Axel Honneths teorier, som er en videreførelse af arbejdet med kritisk teori, hvor han fremkom med en anerkendelsesteori, der skulle være grundlaget for en normativ samfundsteori, hvor grundstenene omhandler, at teoriens rammer giver mulighed for

en realisering af et godt liv (Andersen, 2013). Hans teori er, pga. dette, med i moralgruppeteorierne, hvor menneskets realisering af mål og muligheder vægtes og anses for at være det overordnede ideal (ibid.). Dermed kommer Petersen med en kritisk stillingtagen til, hvorfor den foromtalte udbredelse er så aktuel (Petersen, 2016).

I sin fremstilling bygger han på egen empiri såvel som empiri fra internationalt litteratur (ibid.). Bogen, der primært henvises til her, har, ifølge Petersen, haft gavn af en interviewundersøgelse han foretog i 2015, hvor han interviewede ni personer, som havde fået depressionsdiagnosen. I behandlingen af interviewene blev han opmærksom på, hvordan deltagerne knyttede deres diagnose til samtiden i forhold til sociale regler og normer (ibid.). Selvom Petersen også inddrager internationalt litteratur, vil jeg tillade mig at forholde mig kritisk til, at han nævner, at bogen har haft gavn af eller som han selv skriver *'nyder i særdeleshed godt af'* (ibid., p. 16) en interviewundersøgelse med ni personer, hvor han på baggrund af dem kan begrunde nogle almene tendenser (ibid.). Samtidigt er spørgsmålet også, efter hvilke kriterier han har udvalgt sine deltagere, om kravet udelukkende var, at de skulle være diagnosticeret med en depression eller om der var andre faktorer, som også var gældende og dermed kunne have indflydelse på udtalelserne. I den forbindelse kan der også stilles spørgsmål ved, hvorvidt deltagere kan anses som værende repræsentative for den almene befolkning, og dermed om der er tale om generelle tendenser eller sammenfaldende tilfælde samt fremgår det ikke, om interviewdeltagerne er danskere, men det er der her en forventning om, at de er.

Yderligere inspiration kommer fra sociologen Alain Ehrenberg, som er optaget af forholdet mellem samfundsudviklingen og depressions stigende udbredelse samt sociologen Hartmut Rosa (Petersen, 2016), som vil blive præsenteret i næste underafsnit. Epidemiforklaringen er også noget Ehrenberg udtaler sig om, men der er i dette speciale valgt at tage udgangspunkt i Petersens version, da han er dansker og orienterer sig om de danske forhold.

Petersen argumenterer også for at findes en diagnosekultur, hvor det for ham betyder en kulturel situation, hvor psykologiske diagnoser oftere bliver brugt som et filter til at forstå afvigelser og menneskelig lidelseshistorie (ibid.). Ifølge ham kan dette stigende fokus på diagnoser begrundes i epidemiforklaringen, som, ifølge ham:

“ ... analyserer samfundsmæssige udviklingstendenser, som kræver, at individet handler og agerer på en særlig måde ... ” (Petersen, 2016, p. 43). Hvad der, ifølge Petersen, sker, er, at enhver historisk epoke har et bestemt antal lidelser, som skal ses som seismograf for, hvad der karakteriserer det givne samfund mest (Petersen, 2016), hvor samtidens diagnose, ifølge Petersen, er depressionen, som fortæller noget om betingelserne for det at være menneske lige nu (Petersen, 2015, Petersen, 2016). Dette betyder, at forholdet mellem hvad der kan anses som værende normalt og patologisk forandres over tid, hvor det kan antage nye former og dermed også nyt indhold, hvor forandringerne, ifølge Petersen, kan skyldes forskellige tendenser i udviklingen (Petersen, 2016) (jf. afsnit 2.3.). Her kan der både være tale om politiske, sociale, kulturelle, strukturelle og økonomiske tendenser (ibid.). Det samtiden ser lige nu er, ifølge Petersen, at de nye gældende standarder, har betydet en psykologisk forværring af individets betingelser i samfundet, som, ifølge ham, har gjort, at depressionen er så udbredt. I forbindelse med dette er der også kommet et enormt fokus på mentale lidelser, som har sat sine spor på forskellige måder, forskellige steder i samfundet (ibid.). Diagnoser har lige nu en stor magt, hvor den måde, der diagnosticeres på, ikke kun har betydning i mere institutionelle tilgange, men den har bestemt også betydning for, hvorledes diagnoserne generelt diskuteres i en videnskabelig sammenhæng (ibid.).

3.1.2.1. Præstationssamfundet

Lige nu kan der tales om en tilstedeværelse af det der kaldes *konkurrencestaten* (Brinkmann, 2010, p. 17; Petersen, 2015, p. 54), hvor befolkningens sundhed er noget af det, som, ifølge Brinkmann, står i højsædet, da staten har brug for individer, som er sunde og aktive. Dette betyder også, at der er en øget opmærksomhed på det, der kan true sundheden og dermed driften (Brinkmann, 2010b). Derfor er det en nødvendighed for konkurrencestaten at opdrage og opfordre individerne til at være selvfokuserede og gå efter det gode liv, som de mener, det er (Petersen, 2016). Som en del af denne konkurrencestat understøttes og findes, ifølge Petersen, *præstationssamfundet* (Petersen, 2016, p. 54; p. 73). Denne form for samfund kan sammenlignes med sportens verden, fordi det, der, ifølge Petersen, er ved at ske, er at sportens verden nu har flyttet sig ind i den “almindelige” verden. Med sportens verden menes der her en kultur, hvor store bedrifter og sejrene er dem, som

understøttes og fejres, dem der vinder får hæder og medaljer, status og anerkendelse og af andre tilbedt. Der er tale om en præstationskultur, hvor dem, som bedst lever op til kravene, vinder (Petersen, 2016). Hvad det er individet vinder i er underordnet i denne sammenhæng, det vigtige er, at viljen til sejr er fremtrædende, og at det betyder succes (ibid.). Denne form for præstationskultur er, ifølge Petersen, blevet til et samfund, hvor der nu er andre sociale regler og normer som gør sig gældende end tidligere (ibid.).

Samfundsformen er, ifølge Petersen, noget som er opstået i forbindelse med et frigørelsesprojekt. Her henvises der tilbage til opgøret med disciplinærsamfundets lydighed og disciplin, hvor individet ønskede mere frihed. Denne frihed har gennem tiden udviklet sig videre og er, ifølge Petersen, endt op med at skabe et præstationssamfund, som betyder, at individet får og skal tage en mere central rolle i sit eget liv (Petersen, 2015, Petersen, 2016). Alt i denne samfundsstruktur er i princippet muligt, når bare præstationerne også kan justeres frem mod det ønskede mål (ibid.). Det er dermed individet selv, der gennem sine præstationer skal finde ud af, hvilke muligheder det giver i stedet for tidligere fx at følge i fodsporet på faren eller morens erhverv (Petersen, 2016). Dette betyder, at et begreb som *vedvarende aktivitet*, ifølge Petersen, er en grundforudsætning for at få den nødvendige succes samfundet kræver (ibid., p. 70). Dette kræver, at det indre er fleksibelt i den forstand, at det skal kunne forandres, bearbejdes, formes, forbedres, udvikles og dermed aktiveres (Petersen, 2016). Det er igennem et fleksibelt indre, individet skal danne den resiliens, som skal gøre det muligt for individet at leve op til selvrealiseringskravene, der efterspørges i præstationssamfundet (ibid.) (jf. afsnit 4.1.1.). Hvis denne grundforudsætning ikke holdes, kan individet ende med at gå i stå eller noget endnu værre, komme bagud som den ultimative straf (Petersen, 2015, Petersen, 2016). Hvis dette sker, er der en risiko for, at individet ikke hurtigt er kontaktbar, hvilket kan tolkes som manglende lyst og vilje til selvudvikling både personligt såvel som kompetencemæssigt og dermed afskriver individet sig muligheden for at præstere endnu bedre (ibid.). Det gælder konstant om at udnytte tiden til det fuldeste, da udvikling udelukkende sker ved at være opdateret, fleksibel, omstillingsparat osv. (ibid.). Det handler ikke udelukkende om at få en uddannelse og senere et arbejde, hvor individet har tænkt sig at forblive, da dette lyder som stabilitet, som kan betyde stilstand, hvilket ikke klinger godt med effektivitet set ud fra præstationssamfundets definition (Petersen, 2016).

3.1.2.2. Præstationsindividet

Ud fra ovenstående beskrivelser gælder det, ifølge Petersen, for *præstationsindividet* (individet i præstationssamfundet) om konstant og hele tiden at maksimere tiden i form at opsøge og skabe netværk samt være aktiv (Petersen, 2016, p. 73). På den måde vil det også være klar til hele tiden at være i konkurrence med andre, hvilket gør individet attraktivt både arbejdsmæssigt såvel som socialt, da alt potentielt kan lade sig gøre (ibid.). Hjælpere til at opfylde disse krav er der, ifølge Petersen, også, hvor der kan gøres brug af fysisk bevægelse, arbejde med det mentale eller benytte psykofarmaka, som alle er med til gøre og holde det indre fleksibelt (Petersen, 2016). Hvis kravene ikke bliver opfyldt, taber individet, hvilket også gør sig gældende, hvis overblikket mangler eller der er en manglende konkurrencementalitet, som her slår det dobbelt tilbage (ibid.). Dette skyldes, at det er individets eget ansvar at efterkomme kravene eftersom betingelserne for at lykkes med projektet er til stede og dermed individets egen skyld, hvis projektet ikke lykkes, og må derfor sideløbende med paratheden, have en redningsplan klar, hvis noget ender galt (ibid.).

Alle kravene til sammen er noget der ikke harmonerer med at have en psykisk lidelse, hvor forskellige diagnoser vil have svært ved at opfylde alle kravene over længere sigt og dermed er mulighederne få (Brinkmann, 2010b; Petersen, 2016). Der er ikke nogen mulighed for at undgå kravene, præstationssamfundet strømninger skal, ifølge Petersen, følges, for det er måden individet får en succesfuld tilværelse, selvom det kan ende med at udmatte, presse og få individerne til at bryde sammen (Petersen, 2016). Hermed bliver der, ifølge Petersen, skabt en indikator for, hvad der er normalt (at kunne opfylde præstationssamfundet krav) og hvad der er patologisk (manglende evne eller vilje til at opfylde de nødvendige krav) (ibid.). De patologiske individer kan dermed anses som det sociologen Zygmunt Baumann, ifølge Petersen, kalder *menneskeligt affald*, da de besidder karaktertræk eller karakteristika, som ikke kan forenes med normen eller som ikke magter tilpasning (Petersen, 2015, p. 67; Petersen, 2016, p. 129f). Selvom samfundet, ifølge Petersen, selv skaber det menneskelige affald, udelukker det på samme tid også de mennesker fra at blive en del af selvsamme samfund (Petersen, 2016).

3.1.2.3. Opsummering

Opsummerende kan det siges, at der på baggrund af ovenstående forklaring, er en forståelse i specialet af, at rammerne og vilkårene for diagnoseforståelse ændrer sig sammen med de forskellige historiske epoker, der finder sted (Petersen, 2016), hvorved der samtidig kan henvises tilbage til udviklingen af sygdomsforståelser. Epoken lige nu er præget af en præstationskultur, hvor dem som bedst lever op til kravene, også er dem, der vinder (ibid.). Det betyder samtidig også, at i præstationssamfundet kan alt i princippet lade sig gøre med det forbehold, at præstationerne indstilles efter det, som stræbes efter (Petersen, 2015, Petersen, 2016). For at dette kan blive en mulighed bør individet, med fordel, blive ved med at forholde sig i vedvarende aktivitet, da det er en grundforudsætning for den succes, samfundet har brug for. Hvis dette skal kunne lade sig gøre, kræver det samtidig også, at individernes indre er fleksibelt og selv et resilient, for på den måde kan individet udnytte tiden fuldt ud og blive ved med at være en del af samfundet (Petersen, 2016). Hvis kravene derimod ikke bliver opfyldt, så taber individet (ibid.). Disse krav kan være svære at opfylde med en psykiatrisk diagnose (Brinkmann, 2010b; Petersen, 2016), hvor der ikke er mulighed for at gå uden om, da det er vejen til succes selvom det kan ende med at presse og udmatte individerne til de bryder sammen (Petersen, 2016). Dette er med til at skabe en retningsviser for, hvad der kan anses som være normalt (opfylde kravene) og patologisk (manglende opfyldelse) (ibid.).

Samfundsrammerne for individet bliver dermed præstér, udnyt mulighederne, der er tilgængelige og forbliv i bevægelse eller tab. Præstationsindividet kan dermed ende med at have gjort et forsøg på at opfylde alle samfundets krav, men i forsøget herpå miste sig selv og dermed blive anset som patologisk pga. samfundets krav. Dette bliver opfattet som en manglende kravopfyldelse, der kan give en diagnose, men diagnosen gør samtidig, at individet står stille, hvilket af samfundet ikke anses som værende tilfredsstillende. Individet bliver overladt til sig selv, fordi alle mulighederne er der, det kræver "bare" bevægelse. Dermed kan individet stå i klemme mellem at opfylde samfundets krav ved at presse sig selv og være i konstant konkurrence eller sætte farten ned og derved få mulighed for at finde sig selv, men derved miste sin plads i konkurrencen. Denne forståelse af psykisk lidelse kan anses som havende en betydning for, hvorledes individet har det med at blive

diagnosticeret, og hvordan diagnosen bliver opfattet. Individet kan i sidste ende føle sig nødsaget til at bruge alle hjælpemidler hurtigst muligt for ikke at falde for langt bagud eller for måske at kunne skjule en diagnose for dem, individet kæmper mod, for ikke at tabe. Spørgsmålet er så bare, hvilken betydning det har for individet, hvis det ikke stopper op og giver sig tid til at komme sig.

3.1.3. Accelerationssamfundet

I følgende underafsnit vil der først blive fremhævet perspektiver fra accelerationssamfundet, hvorefter dette vil blive suppleret med aspekter af en selvfortolkningsmodel, som begge anses som værende relevante i forhold til en belysning af problemformuleringen. Accelerationssamfundet vil blive præsenteret som tilhørende det nuværende afsnit om rammer og vilkår for diagnoseforståelse, da den kan give indblik i dette, hvor selvfortolkningsmodellen vil blive præsenteret i næste afsnit omhandlende betydningen af en diagnose for individet, da modellen giver et bud på dette. Begge vil blive præsenteret af sociologen Hartmut Rosa, hvor grundlaget for hans teorier her vil blive beskrevet samlet, da de bygger på nogle af de samme teoretikere og derfor begge er nævnt i dette underafsnit.

Rosa skriver, at selvfortolkningen bedst kan forstås som et bredt begreb ud fra Hegeltraditionen og mere specifikt ud fra filosofferne Charles Taylor og Hubert Dreyfus (Rosa, 2004). Filosofen Georg Wilhelm Friedrich Hegel plæderede for en sociohistorisk forståelse af sindet, kaldet dialektisk idealisme, hvor han delte sindet op i et subjektiv- (det individuelle sind), objektiv- (socialt samfundssind) og totalsind (en uendelig helhed) (Walsh et al., 2014). Denne tradition blev videreført af hhv. Karl Marx og Wilhelm Dilthey, som ofte anses som værende modsatrettede, men hvor begge afviste det totale sind, spillede det objektive sind meget for begge videreførelser (ibid.). Her fandt Taylor inspiration i Marx's del, der vendte Hegels ideer på hovedet, som blev til dialektisk materialisme, hvor mennesket handler på nuværende forandringer som svar på et konstant forandrende miljø (ibid.). Taylor havde dog et opgør med Marxismen, da denne Marxistiske materialisme ikke gav rum til, at mennesket selvstændigt kunne finde sig selv (Rosa, 1998). I stedet argumenterer Taylor, ifølge Rosa, for, at mennesker, i form af hvad de er, fremstiller en fortolkning af, hvorledes individet tror, ønsker og hvad det mener er vigtigt for

verden og sig selv. Dermed udvikles den menneskelige selvforståelse altid afhængigt af, hvilken betydning situationer og objekter bliver tilskrevet (Rosa, 1998). Rosa har været elev af Axel Honneth, som er en af de ledende teoretikere i tredje generation fra Frankfurterskolen, hvor han selv kan anses som værende en af de ledende teoretikere i fjerde generation inden for kritisk teori (Willig, 2014), hvor inspirationen til udarbejdelse af teorien om accelerationssamfundet kan antages at være fundet. Desuden har Rosa også fundet inspiration i den tyske sociolog Niklas Luhmanns teori om den aktuelle epoke omhandlende risici i den moderne tid, hvor Rosa med den forsøger at beskrive forandringerne i tidsstrukturen i den moderne tid (Harste, 2013).

Ifølge Rosa tyder udviklingen af det vestlige samfund på, at acceleration er en påfaldende og vigtig funktion (Rosa, 2003). Denne sociale acceleration udvikler sig i mange retninger og kan defineres som værende en stigning i forfaldsrate af oplevelser, forventningernes pålidelighed og ved en forsnævring af tidsrummet, der kan defineres som værende nutid (ibid.). Accelerationen kan, ifølge Rosa, ses i tre processer, hvor den første proces omhandler den *teknologiske acceleration*, hvor det ses i måden hvorpå transporten, produktionen og kommunikationen bliver effektiviseret i form af målrettede processer (Rosa, 2003, p. 6; Rosa, 2014, p. 20f). Denne acceleration er også koblet sammen med introduktionen af nye teknologier og frembringer derfor næsten uundgåeligt en række af forandringer i den sociale praksis og kommunikationsstrukturer (Rosa, 2003, Rosa, 2014). Den anden proces *socialforandringsacceleration* kan beskrives som samfundets egne accelerationer (Rosa, 2003, p. 7). Tanken bag denne er, at det er selve forandringstempoet, der sker en ændring med, hvor det fx er værdier og holdninger, forpligtelser og sociale relationer og vaner, som ændrer sig i et stigende tempo (Rosa, 2014). Den *sociale acceleration* kan defineres ved: "... an increase in the decay-rates of the reliability of experiences and expectations and by the contraction of the time-spans definable as the 'present'" (Rosa, 2003, p. 7). Dette leder hen imod den tredje proces, *accelerationen af det sociale livstempo*, som er en konsekvens af denne indsnævring, men som hverken er kausalt eller logistisk forbundet med de andre to processer (Rosa, 2003; Rosa, 2014). Denne proces kan defineres i form af en stigning i, hvor mange erfaringer og handlinger der skal nå indenfor en bestemt tidsperiode (Rosa, 2014, p. 26). Forklaringen på dette skal, ifølge Rosa, findes i den kapitalistiske

produktion, hvor fænomenet *glad skrænt* trives, hvor kapitalisten ikke kan stoppe op og holde en pause for at sikre sig positionen (Rosa, 2003, p. 11). Dette skyldes, at individet føler sig presset til at følge med udviklingshastigheden i den sociale såvel som den teknologiske verden for ikke at miste eventuelle værdifulde kontakter og muligheder. Det, at stå stille, er det samme som at falde bagud udtaler Marx og Weber, ifølge Rosa (Rosa, 2003).

I denne tredje proces er fokuset i diskussionerne hovedsageligt på kulturaccelerationen og det påståede behov for sænke farten (ibid.). Her er der både en subjektiv og en objektiv side, hvor den subjektive side er en acceleration af livshastigheden, der har en tendens til at påvirke individets opfattelse af tid, hvilket bevirker at mennesker ser tiden som knap, har en følelse af, at de skal skynde sig og er under tidspres (ibid.). Gennem den objektive side kan accelerationen af livshastigheden blive til et mål på to måder. Den kan lede til måling af forsnævringen af tiden, der er blevet brugt på at definere handlingsepisoder fx at sove og spise, da accelerationen kræver, at der bliver gjort flere ting på mindre tid (ibid.). Den kan lede til en måling af den sociale tendens til at sammenpresse handlinger og oplevelser fx at opleve eller gøre mere indenfor en given tidsperiode fx ved reducere af pauser eller gøre flere ting på en gang (ibid.). Det vil sige, at hvis individet levede dobbelt så hurtigt, ville det kun tage halvt så lang tid at nå målene, og dermed kan individet også nå dobbelt så meget i sin levetid (ibid.). Det er dog ikke alle der kan følge med, hvor denne acceleration betyder en manglende fornemmelse af en bevægelse, der er vild og uden retning, hvilket skaber en passivitet (ibid.). Konsekvensen af den sociale acceleration fører, ifølge Rosa, til *fremmedgørelse*, der peger på en strukturel forvrængning i relationerne mellem verden og selvet samt måderne hvorpå subjektet er placeret i verdenen (Rosa, 2014, p. 96).

3.1.3.1. Opsummering

Accelerationssamfundet består altså af tre accelerationsprocesser, som alle tre fører til et øget tempo (Rosa, 2003; Rosa, 2014). Som en konsekvens af at leve i sådan et samfund, plæderes der her for, at der sker en indsnævring af, hvad der kan defineres som værende nutiden (Rosa, 2003). Her kan individet ikke stoppe op, da det skal følge med i udviklingen både teknologisk som socialt for ikke at miste muligheder og dermed falde bagud (ibid.). På den måde skal individet leve dobbelt så hurtigt, da det

dermed kan nå dobbelt så meget. Dog kan dette pres, hvor nogle individer ikke kan finde deres retning, ende med at føre til passivitet (Rosa, 2003). Ikke nok med at individet skal tilpasse sig andre og samfundets normer, hvor individet skal forholde sig til de rammer og vilkår, der af samfundet sættes til forståelsen af diagnoser, bliver der sat en yderligere dimension på, ved at der ikke er tid til at stå stille, tænke og overveje, men hvor individet skal hurtigt videre for at kunne følge med. Presset kan skabe en passivitet grundet de mange krav og manglende mulighed for at stoppe op og finde ud af, hvilken betydning diagnosen har for individet. Dette kan igen betyde en forværring eller endnu en diagnose, der kan ende med et sammenbrud, da det gælder om hurtigt at komme videre, fordi stilstand vil forværre individets chancer i accelerationssamfundet.

I ovenstående er der blevet præsenteret tre bud på, hvordan rammerne og vilkårene for forståelse af diagnoser kan anses. I det efterfølgende afsnit vil vi se nærmere på, hvilken betydning det kan have for individet at blive diagnosticeret.

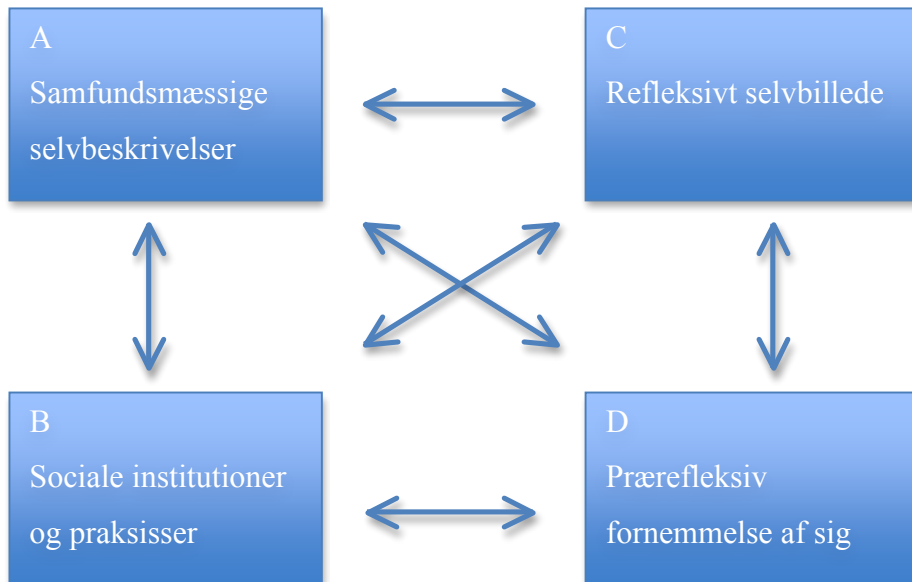
3.2. Betydningen af diagnosticering

Det følgende afsnit vil bestå af tre underafsnit, som anses som værende relevante i forhold til, hvilken betydning det kan have for individet at få tildelt en diagnose. Det første underafsnit vil se nærmere på selvfortolkningsmodellen som vil blive præsenteret af Rosa (2004). Herefter vil der komme et underafsnit omhandlende social identitetstilgangen. Her vil Tajfel (1974) hovedsageligt præsentere aspekter af social identitetsteorien, hvor Turners videreudvikling af teorien, selvkategoriseringsteorien, efterfølgende vil blive fremhævet med relevante aspekter præsenteret af Reynolds og Turner (2006) samt Turner og Reynolds (2012). Dette afsnit vil slutte af med et underafsnit indeholdende aspekter fra Goffmans stigmabegreb præsenteret af Goffman selv (2010).

3.2.1. Selvfortolkningsmodellen

Selvfortolkning kan af Rosa defineres som en fornemmelse af, hvad et menneske er, hvad samfundet er, hvad relationer i, men også hen mod, samfundet er, hvad sandhed, evighed og tid kan være og hvad et godt liv består af (Rosa, 2004, p. 694). Denne definition betyder, at social eksistens og fortolkning bliver til en samlet enhed

(Rosa, 2004). Rosa har udformet en model, hvor store dele er baseret på hans fortolkning af Taylors arbejde, som skal være med til at forklare, hvordan sociale revner, konflikter og potentielle patologier kan forstås (ibid.).



(Brinkmann, 2008, p. 79)

I denne model bliver der skelnet mellem de eksplicite selvfortolkninger, som bl.a. sprogets semantik repræsenterer, og implicite selvfortolkninger som udgør sociale institutioner i en slags objektiviseret selvfortolkning (Rosa, 2004). Der bliver også skelnet mellem individets selvfortolkning og samfundsmæssig fortolkning, som begge har en eksplicit og implicit del, hvor disse to er tæt knyttet sammen i form af en gensidig afhængighed såvel som delvist uafhængig (ibid.). I den forbindelse fremhæver Rosa, at modellen ikke skal forstås hierarkisk, men som modellen selv viser (ibid.). Ud fra ovenstående kriterier, indeholder modellen fire niveauer, hvor A er den samfundsmæssige og eksplicite selvfortolkning, hvor samfundsmæssige selvbeskrivelser findes i form af fx medier, love. B er også samfundsmæssig, men med den implicite vinkel, hvor de sociale institutioner og praksisser findes. Ved C er der fokus på den individuelle eksplicite fortolkning, der indeholder en persons refleksive selv billede i form af fx en selvbiografi. Den sidste D er den individuelle implicite selvfortolkning, som er personens præ-refleksive fornemmelse af sig selv. Dette kommer fx til udtryk igennem vaner, følelser og smage (Brinkmann, 2008; Rosa, 2004).

Forholdet mellem alle fire niveauer af selvfortolkningen bliver anset som værende gensidige afhængige samt delvist uafhængige, hvilket betyder en form for elasticitet, som kan skabe uoverensstemmelser mellem værdier, normer og selvbilleder, der hersker på hver af de fire niveauer. Hvis disse spændinger bliver for stærke, kan det have patologiske eller dysfunktionelle konsekvenser, som lægger op til tilpasningsændringer på begge sider (Rosa, 2004). Patologier opstår udelukkende, hvis uoverensstemmelserne er så store, at tilpasningsændringerne, herunder kompromisser eller forsoning, ikke er nok. En sådan tilstand kræver en massiv undertrykkelse og krænkelse af selvbilledet, og de dertilhørende værdisæt i en specifik kontekst, hvilket ofte kan ses, når der opstår en konflikt mellem B og D (ibid.). En situation kunne her være en uoverensstemmelse mellem forudgående reflektive vaner og hvilke praksissammenhænge personen forventes at være deltagende i, herunder uddannelse (ibid.).

Individets eksplicite selvbilleder såvel som følelser og vaner er påvirket af de dominerende sociale ideer, men også af institutioner og praksisser, hvilket er en proces, som går begge veje (ibid.). Individets eksplicite overbevisninger og implicite selvforståelse er gensidigt afhængige såvel som delvist uafhængig (ibid.), hvilket betyder at individet nogle gange må ændre vaner, fordi dette ikke hænger sammen med deres reflekterede selvbillede eller opgive egne overbevisninger, fordi de strider mod deres følelser og vaner. Nogle gange vil de nye reflektive selvfortolkninger blive accepteret som passer til D, hvor nogle i stedet gradvist genfortolker, hvorved der bliver en ændring i deres følelser og arbejder med deres krop indtil den stemmer overens med deres idealer (ibid.). Hvis individet ikke kan genkende sig selv i de institutioner eller praksisser det deltager i, opstår der en fremmedgørelse, hvilket ofte kan anses som værende en konflikt mellem B og C (ibid.). Dette er en hindring for, at individet kan realisere sine forestillinger om dét gode liv (Rosa, 2014). Derfor kan individets historie, såvel som de sociale historier, ifølge Rosa, forklares og drives af et dynamisk sammenspil mellem den eksplicite og implicite selvfortolkning, hvorved mennesker, ifølge Rosa, udvikler identiteter med hjælp fra selvfortolkning i form af fx deres sprog og ideer, men også gennem følelsesverdenen (Rosa, 2004).

3.2.1.1. Opsummering

Opsummerende kan det siges, at der på baggrund af ovenstående, er en forståelse i specialet af, at selvfortolkningen har en betydning for, hvorledes individet ser det at få en diagnose. Dette skyldes, at den kan påvirke forholdet mellem selvfortolkningens fire elastiske niveauer og dermed kan skabe uoverensstemmelser mellem normer, værdier og selvbilleder på de forskellige niveauer, hvor uoverensstemmelserne kan føre til patologiske konsekvenser (Rosa, 2004). Dog er der udelukkende patologiske konsekvenser ved store overensstemmelser, hvor individets selvbillede bliver massivt undertrykt og krænket (ibid.). Disse selvbilleder, herunder også følelser og vaner, påvirkes gensidigt af dominerende sociale ideer, institutioner og praksisser (ibid.). Når individet får tildelt en diagnose, kan det dermed betyde, at det bliver nødsaget til at ændre selvfortolkningen, da diagnosen igen kan betyde, at der er uoverensstemmelser mellem egne værdier og selvbilleder på de forskellige niveauer. Så selvom udformningen af selvfortolkningen på individniveau passer sammen, bliver individet også nødt til at tage samfundets forståelse af diagnoser med ind over, da denne også har en betydning for, hvorledes selvfortolkningen forløber.

De værdier og normer, der følger med diagnosen, kan være svære at forene på alle fire niveauer, hvilket stiller store krav til individet. Dette betyder, at individet også kan blive nødt til at ændre vaner, fordi der er en uoverensstemmelse ved opgive overbevisninger for at skåne andres vaner og følelser (ibid.). Dette kan igen betyde, at individet dermed kan være nødsaget til at ændre sine forestillinger om, hvem vedkommende er efter at have fået en diagnose, fordi der er nogle samfundsmæssige ideer, der ikke passer sammen med individets egne eller bliver nødt til at tage hensyn til andres følelser i stedet for egne, for ikke at belaste dem. Dette kan ende i en fremmedgørelse, da individet ikke kan genkende sig selv i deltagende institutioner og praksisser, som netop er en hindring for en realisering af, hvad individet mener, er det gode liv (Rosa, 2004; Rosa, 2014). Dermed kan individet stå fortabt tilbage i en verden, hvor individet ikke kan finde ud af, hvad der er op eller ned. Individet havner på den måde i en nedadgående spiral, hvor en diagnose kan føre til en ændret selvfortolkning, som både skal tage hensyn til individet selv, men også skal passe sammen med samfundets normer og værdier, der kan have ændret sig efter

diagnosen, hvilket kan gøre det svære for individet at danne en passende selvfortolkning.

3.2.2. Den sociale identitetstilgang

Dette underafsnit vil først omhandle social identitetsteori (SIT), hvor grundlæggeren af denne teori er psykologen Henri Tajfel, som formulerede teorien sammen med psykologen John C. Turner (Ellermers & Haslam, 2012), der, ca. ti år, senere videreudviklede SIT ved at tage udgangspunkt i social kategoriseringsbegrebet og endte ud med social kategoriseringsteorien (SCT) (Turner & Reynolds, 2012).

Aspekter af denne teori vil fremkomme som et supplement til SIT. Grundet det tætte samarbejde mellem teorikerne, anses deres teoretiske grundlag og tilgang som meget ens, hvorved beskrivelsen af Tajfels tilgang gælder for begge teoretikere, men hvor både forskelle og ligheder mellem de to teorier vil blive inddraget i afsnit 3.2.2.1 og afsnit 3.2.2.2. Begge teorier bygger bl.a. på arbejdet fra socialpsykologerne Muzafer Sherif, Kurt Lewin og Solomon Asch (ibid.).

Som forløber til SIT undersøgte Tajfel diskrimination og intergruppe konflikter ved at studere grupper i laboratorier og social kognitive processer (Ellermers & Haslam, 2012). I disse undersøgelser henvises der ofte til Sherifs felteksperimenter af intergruppekonflikter, hvor deltagerne mødte dem, de var i gruppe med til forskel for Tajfels egne undersøgelser, hvor dette ikke var tilfældet (Tajfel, 1974). Det, at undersøgelserne foregik i laboratorier, ser ud til at være grundet i, at oprettelsen af de forskellige grupper, skulle foregå så neutralt som muligt, hvorved han selv kunne tilføje elementerne, deltagerne skulle tage stilling til, og på den måde blev de ikke påvirket af andre gruppemedlemmer (Fraser, 2001). Deltagerne i hans eksperimenter var nogle gange fundet det samme sted eller på bestemte steder (fx en skole eller et universitet) Tajfel, Billig og Bundy (1971, p. 154, p. 165) og Tajfel og Wilkes (1963, p. 104) eller fundet tilfældigt forskellige steder Tajfel (1981, p. 72), hvor de blev inddelt i tilfældige grupper Tajfel (1971, 1981). Det, at foretage undersøgelser eller eksperimenter i laboratorier, har sine fordele i form af, at der ikke er nogle uventet stimuli (fx fuglesang og bilhorn), der kan gå ind og forstyrre, variablene kan styres af forskeren, og er dermed mere etiske, fordi omgivelserne er kontrolleret samt er der mulighed for en kontrolgruppe. Derudover er denne undersøgelsesmetode transparent, hvilket gør det nemmere for andre forskere at udføre samme eksperiment

(McLeod, 2012). Dog er deltagerne taget ud af deres normale omgivelser, hvorved de kan reagere anderledes end de ellers ville og deres reaktioner på de stimuli, de møder, kan anses for at være deres umiddelbare reaktion på hændelsen i stedet for, hvad de normalt ville gøre (ibid.). Desuden kan der også stilles spørgsmålstejn ved den faktor, at nogle af deltagerne er fundet samme sted, og dermed havde mulighed for at kende de andre deltagere, hvorved de på den måde kan have påvirket hinanden inden eksperimentets begyndelse, bevidst eller ubevidst. I forlængelse heraf, kan der derfor stilles spørgsmålstejn ved, hvor valide Tajfels undersøgelser er.

Tajfel anses som værende en del af den social kognitive tilgang, da han også har fundet inspiration til teorien i den amerikanske psykolog Leon Festinger, som har udformet en social sammenligningsteori (Tajfel, 1974). Den social kognitive tilgang indebærer kognitive begreber, som bliver anvendt ved at studere holdningernes forandringsprocesser og struktur (Walsh et al., 2014). Denne tilgang skiftede senere over til social psykologi, hvorved domænet blev at undersøge det sociale miljøes indvirkning på individet, og hvordan individet ud fra sociale situationer skaber mening (ibid.).

3.2.2.1. Social identitetsteori

SIT kan, ifølge Ellermers og Haslam, blive karakteriseret som en teori, der tager fat i intrapersonelle kognitive mekanismer, interpersonel og intergruppe adfærd og sociale relationer. De processer, der opstår på disse analyseniveauer, giver en bred teoretisk ramme, som kan hjælpe med at forstå en række fænomener (Ellermers & Haslam, 2012). SIT opererer med tre forskellige begreber: *social identitet*, *social sammenligning* og *social kategorisering* (Tajfel, 1974, p. 69). Det første af begreberne, social identitet, er en del af individets selvbegreb, som stammer fra viden om et medlemskab af en social gruppe eller sociale grupper sammen med den emotionelle betydning, der er knyttet til det medlemskab (ibid.). Det andet begreb er social sammenligning og er en proces, hvorigennem karakteristiske gruppeegenskaber bliver fortolket og vurderet. Fordi der ikke er nogen objektiv standard, der giver muligheden for tilgå værdien af de forskellige grupper, bliver vurderingen af grupperne baseret på sammenligninger af karakteristikker såsom træk og adfærd, som ser ud til at definere den enkelte gruppe, hvorved gruppen efterfølgende kan anses som værende god eller dårlig (Tajfel, 1974; Ellermers &

Haslam, 2012). Det sidste begreb er social kategorisering og bliver brugt til systematisere og enkeltgøre det omkringliggende miljø, præsentere bestemte sammenhænge mellem den rolle kategoriseringen spiller og opfattelsesaktiviteter samt dens rolle i organiseringen af det sociale miljø. Begrebet kan desuden forstås som organiseringen af det sociale miljø i form af sociale kategorier, hvor mennesker bliver grupperet efter, hvad der giver mening for subjektet (Tajfel, 1974). Dermed er social kategorisering en proces, hvor sociale objekter og handlinger bliver sat i grupper, som er tilsvarende individets handlinger, intentioner og holdninger (ibid.). Den bør derfor anses for et orienteringssystem, som definerer og skaber individets egen plads i samfundet (ibid.), men det er også en psykologisk proces, som giver mulighed for at reagere på komplekse sociale situationer (Ellermers & Haslam, 2012). Ved at tænke individer i et begrænset antal kategorier, giver det muligheden for at organisere social relevant information og være behjælpelig i processen med at forstå og forudsige adfærd (ibid.).

Netop social kategorisering er den del af teorien, som Turner videreudviklede, heraf også navnet SCT. Der er nogle fællestræk mellem de to teorier, da de begge fremhæver, at socialpsykologien bør anerkende den gensidige afhængighed, der er mellem sindet og samfundet, når der tales om teori i forhold til mentale processers natur (Turner & Reynolds, 2012). Derudover bør mennesker anses som både individer og som gruppemedlemmer og at begge former for selvoplevelse er psykologisk meningsfulde for mennesker (Reynolds & Turner, 2006).

3.2.2.2. Selvkategoriseringsteorien

Selvom der, som ovenstående også indikerer, er fællestræk mellem de to teorier, adskiller SCT sig fra SIT ved, at den mere eksplicit fokuserer på, at sociale kategorier kan blive foretaget på forskellige abstraktionsniveauer, og at det samme individ kan blive inkluderet i flere kategorier baseret på forskellige kriterier (Ellermers & Haslam, 2012). Der er fire niveauer, hvor det første er et interpersonelt niveau, hvor selvet er defineret som værende unikt og tilgængeligt for sammenligninger, det andet er et intergruppeniveau, hvor selvet defineres som et gruppemedlem i modsætning til en relevant outgroup, det tredje er et superordinærtniveau, hvor selvet defineres som et menneske over for andre livsformer og det sidste niveau er intraindentiteter som indeholder det private og det

offentlig selv (Reynolds & Turner, 2006; Turner & Reynolds, 2012). Fra et SCT-perspektiv indeholder individets selvbegreb, der refererer til en persons nuværende selvkategorisering, som er formet reflektivt for at give mening til den repræsenterede stimuli i en given kontekst, definitioner af selvet, hvor selvet omfatter to identiteter. Mennesket kan på forskellige tidspunkter og i forskellige situationer enten definere sig selv som et individ med en social eller en personlig identitet (ibid.). Gennem den *socialle identitet* kan individet definere sig selv som et gruppemedlem, hvor ligheder og fællesskab med andre bliver fremtrædende, og gennem den *personlige identitet* kan individet definere sig i form af dens individualitet, dens særegenhed og adskillelse fra andre (Reynolds & Turner, 2006, p. 234; Turner & Reynolds, 2012, p. 402). Desuden er det en teori, der erkender, at iagttageren både skal ses som værende et individ såvel som et gruppemedlem, den forklarer hvornår og hvordan mennesker vil definere sig selv som værende en gruppeenhed og et individ samt ser på indflydelsen af denne forskellighed i selvopfattelsen for at forstå adfærden og sindet, altså definerer sociale kategoriseringer menneskers plads i samfundet (Turner & Reynolds, 2012).

Hvis meningen, der er givet til en situation, herunder selvet, er et resultat af kategoriseringsprocesser, hvor processerne mest er sammenlignende, betyder det, at selvkategorierne er uendelig kontekstuelle og variable (ibid.), hvor selvkategorisering henviser til den varierende vurdering, der på baggrund af kategorisering i en kontekst, er blevet formet. Her tager en person viden om selvet, både det sociale og det personlige med ind i en situation, hvor informationen i situationen anvendes som en psykologisk ressource. Denne medbragte viden, som fremkommer i interaktionen med det kontekstuelle, producerer en bestemt selvkategorisering samt dertilhørende holdninger og adfærd (Reynolds & Turner, 2006; Turner & Reynolds, 2012). Individet kan i forskellige situationer på forskellige tidspunkter definere selvet på forskellige måder, hvorved synligheden af de forskellige definitioner dermed varierer herefter (Turner & Reynolds, 2012). Synligheden fortæller, hvilken måde fx selvet er blevet kategoriseret og dermed givet mening. Måden hvorpå selvet er kategoriseret og forstået af en iagttagere afgør både adfærd og selvopfattelse. Anvendelsen af selvkategorien (synligheden) afhænger af iagttagers parathed til at benytte sig af selvkategorien i den bestemte situation og hvor egnet selvkategorien er til den stimulus (ibid.). Selvkategorierne er vigtige, når

der ses på, hvordan iagttageren som individ og som gruppe medlem reagerer på en verden, der hele tiden varierer og er dynamisk (Turner & Reynolds, 2012).

Det er gennem kategorisering og social sammenligning individualiteten skabes, hvilket betyder at fornemmelsen af, hvem mennesket er som et individ, er varierende afhængig af den sociale kontekst (ibid.), hvor der netop, ifølge Turner og Reynolds, er evidens for, at kategorisering og social sammenligning påvirker den føromtalt personlige identitet, og at sociale identitetsprocesser kan påvirke den kognitive præstation, personlighed og velbefindende på mange måder. Dette tyder, ifølge dem, på, at gruppeprocesser kan spille en rolle i at forme eller forandre individualiteten på bestemte måder (ibid.). De værdier, herunder normer, individet har, er foranderlige, social medieret og defineret af ingroupmedlemskaber samt relevante socialt påvirkede processer (ibid.).

3.2.2.3. Opsummering

Opsummerende kan det siges, at der på baggrund af ovenstående, er en forståelse i specialet af, at social kategorisering kan have en indflydelse på, hvorledes individet oplever det at blive diagnosticeret, da individets handlinger bliver inddelt i kategorier (Tajfel, 1974). På den måde kan visse handlinger betyde en ny kategorisering, hvilket kan have betydning for, hvorledes individet fremadrettet vil reagere og opføre sig overfor andre mennesker. Kategorier er dog ikke bare kategorier, men de findes også flere niveauer, hvorpå individet kan blive inddelt, samt kan individet være en del af flere kategorier baseret på forskellige kriterier (Ellermers & Haslam, 2012). Desuden besidder individet både en personlig og en social identitet, hvor den personlige er den, der adskiller individet fra andre og den sociale er den, hvor individet definerer sig som gruppe medlem (Reynolds & Turner, 2006; Turner & Reynolds, 2012). På den måde definerer social kategorisering, hvor individet hører til i samfundet og derigennem skabes individualiteten, som er afhængig af den sociale kontekst (Turner & Reynolds, 2012).

Netop fordi individer vil kategorisere, kan en diagnose betyde en ny kategorisering. Denne nye kategorisering kan have indflydelse på både den personlige og den sociale identitet, såvel som på alle fire kategoriniveauer. Det kan dermed blive meget uoverskueligt for individet at få en diagnose, for ikke nok med at skulle forholde sig til en ny dimension på det personlige plan, i form af hvem er jeg

med denne nye diagnose og er jeg nu en anden person, skal individet også til at revurdere om de kategorier, som individet er i, stadig er gyldige, og hvis ikke, hvad dette så kommer til at betyde, og hvor individet i så fald nu hører til. Dernæst kommer spørgsmålet om, hvorledes individet nu skal kategorisere sig selv, og om hvordan individet kan eller skal forholde sig til den eller de nye kategorier, som individet er blevet en del af.

3.2.3. Stigmatteorien

Dette afsnit vil slutte af med et underafsnit omhandlende stigmabegrebet, som er et begreb den canadiske-amerikanske sociolog Erving Goffman har undersøgt, da han har en stor interesse i det mikrosociologiske i form af, hvorledes individet reagerer og opretholder interaktioner i det moderne samfund (Harste & Mortensen, 2013). Derfor kan han anses som værende en del af den symbolske interaktionisme, selvom han udviklede egne analyser, der opstod og blev udviklet på University of Chicago i 1900-tallet af bl.a. George Herbert Mead, Herbert Blumer, Robert Park og William Isaac Thomas, hvor Goffman selv er en del af anden og tredje generation (Harste & Mortensen, 2013; Inglis & Thorpe, 2012). Symbolsk interaktionisme er et teoretisk paradigme, som fokuserer på interaktioner mellem individer på et mikroniveau, og er inspireret af den tyske sociolog Georg Simmel. Han anså samfundet som skabende en dynamisk og konstant udviklende proces angående reaktioner, interaktioner og handlinger, hvor Goffman søgte efter at udvikle forklaringer af ansigt-til-ansigt interaktioner i et moderne samfund, som Goffman i stigende anså som upersonlig (Inglis & Thorpe, 2012). Goffman var også inspireret af etnografien som kvalitativ metode, hvor han kiggede nærmere på mennesker i sociale interaktioner, da hans interesse lå i de små interaktioner, hvorudfra han foretog sine analyser (Harste & Mortensen, 2013). Denne form for undersøgelse gør det muligt for ham at fange individet i sine normale omgivelser, hvilket gør ham i stand til at observere, hvorledes individet reagerer på de spontane interaktioner, der opstår. Der er dog ingen garanti for, at reaktionerne hos individerne, vil være de samme uanset, hvilket menneske de mødte, eller om de mødte en person med samme stigma. Desuden vil der altid være andre faktorer, der ikke kan kontrolleres, såsom skilsmisse, dødsfald og skænderier, som også kan spille ind på, når individet reagerer på situationer. Dette gælder uanset om der observeres samme adfærd hos flere, da der skal mange

mennesker til før der kan siges noget generelt. Andre gange kan der være tale om tilfældigheder i de udviste reaktioner, hvorved der også her kan stilles spørgsmålstegn til validiteten af undersøgelserne.

Goffman benytter sig af begrebet *stigma* som blev benyttet af grækerne med henvisning til et tegn, der kunne vise, at bærerens moralske status var dårlig eller usædvanlig fx at vedkommende var slave eller forræder, hvor tegnet på dette enten blev brændt eller skåret i kroppen. I dag anvendes begrebet generelt i form af den vanærende del, hvor Goffman anvender det til at benævne en egenskab, som er diskrediterende og består af en relation mellem en stereotyp klassifikation og en egenskab (Goffman, 2010, p. 43, p. 45).

Der er, ifølge Goffman tre typer stigma. Den første er det kropslige i form af fysiske misdannelser, den anden er mht. karaktermæssige fejl som fx viljesvagthed eller uærlighed, og den sidste er slægtsbetingede stigma i form af fx herkomst eller race (Goffman, 2010). Dette giver muligheden for at inddele mennesker i kategorier, og på den måde hvilke egenskaber, der anses som værende naturlige for medlemmerne i disse kategorier, hvor en kategori kan benyttes til grupperinger fx også til stigmatiserede mennesker (ibid.). Det betyder, at når et individ møder et nyt menneske, vil den nye nok allerede, ifølge Goffman, begynde at placere den ukendte i en kategori ud fra udseende, men også ud fra hvilke egenskaber vedkommende har, altså den sociale identitet, da der er tale om strukturelle egenskaber fx job såvel som personlige såsom ærlighed (ibid.). Dermed bliver de krav eller forventninger, der bliver stillet af den enkelte ved første møde, ønsket bekræftet, men de burde måske i stedet anses som værende en bedømmelse af individet. Forestillingerne og kravene sætter rammerne for en tilsyneladende social identitet, hvor den kategori, personen ender i, er den faktiske sociale identitet (ibid.). Er der uoverensstemmelser mellem disse to sociale identiteter, ødelægger det den samlede sociale identitet, hvor konsekvensen er, at individet bliver afskåret fra sig selv såvel som samfundet og står dermed alene og stigmatiseret i en verden, der ikke vil acceptere ham eller hende (ibid.). Her kan den personlige identitet gå ind og hjælpe ved en fejltolkning af den sociale identitet, da den indeholder oplysninger, der mulige at dokumentere herunder biologiske og sociale fakta. Den personlige identitet er den, der gør, at individet kan adskille sig fra andre og den spiller en struktureret rolle i den sociale organisation grundet den unikke karakter (ibid.). Ved sammensætning af et individs personlige

identifikation benyttes dele af den sociale identitet, såvel som andre tilgængelige oplysninger, hvor denne proces er med at organisere alle oplysninger, hvilket kan gøre, at de sociale karakteristika, som er tillagt den enkelte, kan ændres (Goffman, 2010). Som et resultat af processen, bliver kognitiv genkendelse anvendt, hvor individet bliver placeret ud fra både den personlige såvel som den sociale identitet (ibid.).

Hvis den ukendte besidder en egenskab, som gør, at andre trækker sig og ser bort fra de andre egenskaber, opstår der et stigma, da der er en afvigelse fra forventningerne. Dem der ikke afviger negativt for forventningerne anses af Goffman som værende normale (ibid.). Dog kan den stigmatiserede føle, at vedkommende er et normalt menneske som alle andre, hvor individet kan anvende det Goffman kalder at 'passere', som kan lade sig gøre, hvis stigmaet ikke kan ses og den stigmatiserede ikke selv fortæller om det (ibid.). På den måde udskyder den stigmatiserede, ifølge Goffman, hvad de andre egentlig tænker om, sådan en som ham eller hende eller individet kan vælge at gå til bekendelse med noget, der ikke er så stigmatiserende, som sandheden (ibid.). I nogle tilfælde vil det være muligt for den stigmatiserede at rette op på, hvad der anses som værende grunden til manglerne, dog ved evt. fjernelse bliver forventningerne til det nye ikke altid opfyldt (ibid.). Alternativt må den stigmatiserede affinde sig med, hvilke personer individet fremover må acceptere som egne, hvilket kan medføre en vis ambivalens (ibid.). Andre vil, ifølge Goffman, udnytte sit stigma og give det skylden for de negative ting eller det kan fratage det sociale ansvar, der sker uanset om det forholder sig således eller ej (ibid.). Goffman fremhæver, at et individ også kan benytte sig af at være i besiddelse af flere jeg'er, som kan skifte alt efter det publikum, der er, selvom individet udelukkende har én biografi. Dette giver mulighed for individet kan anvende det jeg, som er passende i forskellige situationer (ibid.).

3.2.3.1. Opsummering

Goffmans stigmatologi kan deles op i tre former for stigma: det fysiske, det karaktermæssige eller slægtsmæssige (Goffman, 2010). På denne måde kan mennesker blive inddelt i kategorier, hvorved det bliver klart, hvilke egenskaber de forskellige kategorier har (ibid.). Der vil altid ved et møde med et nyt menneske, blive opstillet forventninger, hvorved der bliver skabt en tilsyneladende identitet,

som kan svare eller være forskellig fra den faktiske identitet (Goffman, 2010). Hvis der er uoverensstemmelser mellem disse to, ødelægges den samlede sociale identitet, og individet står tilbage uden accept (ibid.). Det kan dog være rigtig svært for individet at kende den andens eller de andres forventninger til, hvorledes de mener, at individet viser sig at være og i den forbindelse kategoriserer individet. Dermed kan individet have svært ved at leve op til forventningerne, hvilket her kan betyde en afvigelse og dermed et stigma. På den måde bliver individet kategoriseret til at være del af en bestemt social kategori, der ofte bliver forbundet med negative begreber, og som betyder en form for stemping eller stigmatisering af individet. Her kan den personlige identitet hjælpe, hvis der er tale om en fejlfortolkning, da den kan dokumentere oplysninger vedrørende det biologiske og det sociale (ibid.). Ved ingen negative afvigelser fra forventningerne er individet normalt (ibid.). Dette betyder, at for nogle mennesker vil individet med en diagnose, blive anset som værende normal, mens det af andre vil blive stigmatiseret, hvilket både kan antages at være gældende for dem, som har levet med en diagnose længe og dem som lige er blevet diagnosticeret. Normal vil en person dermed være, hvis der leves op til de forventninger, de andre har, men vil blive anset som værende unormal, hvis vedkommende tilhører en bestemt kategori grundet sin diagnose, som ikke anses som værende en kategori med værdi.

Hvis individet bliver stigmatiseret, kan den stigmatiserede vælge forskellige løsninger, hvor vedkommende kan vælge at 'passere' evt. ved brug af forskellige 'jeg'er, rette op på 'fejlen', affinde sig med tilstanden eller udnytte stigmaet (ibid.). De forskellige løsninger kan anvendes i forskellige sammenhænge, hvor det kan være svært for den diagnosticerede at vide, hvilken en af løsningerne der skal benyttes i hvilke sammenhænge, fordi hvis den forkerte metode bliver brugt, kan det betyde, at vedkommende bliver stigmatiseret eller afvist af flere eller opretholde stigmatiseringen. På den måde vil individet for altid være den afvigende for de mennesker, hvor hvis den rigtige løsning bliver anvendt, kan individet fortsat være en del af den kategori vedkommende allerede er en del af eller måske blive indlemmet i andre kategorier, som ikke er stigmatiserede eller mindre stigmatiserende.

Social kategorisering handler derfor på den måde også om diagnoser, da der ligger en form for stemping, identificering eller stigmatisering, hvor disse begreber ofte har en negativ klang. Måden hvorpå individet finder ud af, hvilken kategori

vedkommende tilhører er dog netop ved at interagere med andre, hvilket kan have store og afgørende konsekvenser for individet.

I dette kapitel er der blevet set nærmere på, hvordan de to dele af problemformuleringen kan blive belyst igennem de valgte teorier. Med teoriernes forståelse in mente, kan vi nu bevæge os videre til diskussionskapitlet, som er næste kapitel.

4. Diskussion

I følgende kapitel vil der først blive set lidt nærmere på, hvorledes problemformuleringen kan udfoldes yderligere gennem teorierne med udgangspunkt i forskellige temaer samt vil der blive set nærmere på teoriernes placering i forhold til hinanden i form af forskelle og ligheder. Det ville blive gjort gennem tre afsnit. Det første afsnit vil omhandle de mulige grunde til, hvorfor der ikke er flere mennesker som har en diagnose, når rammerne og vilkårene for forståelse af diagnoser antyder, at der er en stigning i antallet af diagnosticerede. Dette vil der blive set nærmere på ved inddragelse af resiliensbegrebet præsenteret af Poulsen (2005, 2008) og Sommer (2011), Møhl og Simonsens (2010) diatase-personlighed-stress-model samt hvilke mulige forklaringer Petersen (2016), Rosa (2003, 2014) og Horwitz og Wakefield (2007) kan komme med. Det efterfølgende afsnit vil se nærmere på nogle af de fordele og ulemper det kan have for individet at få en diagnose, og dermed hvilken betydning det kan få for individet at blive diagnosticeret. Dette vil blive belyst hovedsageligt ved inddragelse af Rosa (2004), Tajfel (1974), Turner og Reynolds (2012) og Goffman (2010). Sidste afsnit vil se nærmere på ligheder og forskelle mellem de forskellige teorier, for derved at give en bedre forståelse af, hvordan de, selvom de kan være forskellige, stadig kan supplere hinanden og sige noget om det samme fænomen.

4.1. Hvor er de 'syge' henne?

Dette afsnit vil se nærmere på, hvorfor der ikke er flere, der bliver diagnosticeret, når flere af de beskrevne teorier antyder, at der er en stigning i antallet af mennesker med diagnoser. Her vil der blive set nærmere på, hvilke grunde der kan være til dette ved inddragelse af resiliensbegrebet præsenteret af Poulsen (2005, 2008) og Sommer (2011), psykologen Bo Møhl og speciallæge i psykiatri Erik Simonsens (2010) diatase-personlighed-stress-model samt vil der også blive set på, hvilken forklaring Petersen (2016), Rosa (2003, 2014) og Horwitz og Wakefield (2007) selv ville give på det spørgsmål.

Grunden til at dette spørgsmål bliver stillet, er fordi diagnosekulturen (jf. afsnit 1.2.), patologiseringsforklaringen (jf. afsnit 3.1.1.), epidemiforklaringen (jf. afsnit 3.1.2.)

samt accelerationssamfundet (jf. afsnit 3.1.3.) trækker på nogle generelle faktorer, der er gældende for alle mennesker. Det vil sige, at hvis diagnosekulturens og teoriernes antagelser om rammerne og vilkårene er korrekte, så betyder det, at alle mennesker skulle være meget presset og dermed være potentielt diagnosticeret, men det er ikke alle mennesker, der er diagnosticeret eller presset, hvilket, ud fra ovenstående, kan virke mærkværdigt. De ovenstående teorier henviser næsten til katastrofetilstande, hvor intet individ kan undgå at blive diagnosticeret på et eller andet tidspunkt. Der er dog flere tal, som kan anses som værende understøttende for det ovenstående. Psykiske lidelser står til at være den største sygdomsbyrde, hvis der ses på det samlede sygdomsbillede med 25%, hvor kræft står for 17% som nærmeste forfølger (Psykiatrifonden, 2016). Derudover viser en rapport fra WHO, at det estimeres, at omkring 24% i løbet af deres liv vil få en psykiatrisk lidelse (WHO, 2001). Dette bliver videre understøttet af Folkesundhedsrapporten fra 2007, hvor det sammenfattende kan konkluderes, at hvis resultaterne fra udenlandske undersøgelser overføres til danske forhold, så vil ca. 20 % af befolkningen i løbet af ét år have psykiske symptomer svarende til kriterierne for en eller flere psykiske sygdomme (Nordentoft & Mortensen, 2007).

Der begynder dog at opstå revner i understøttelsen, hvis der ses på en reviewundersøgelse foretaget af Hans-Ulrich Wittchen og Frank Jacobi i 2005 (jf. Vendsborg, Lindhart, Gram & Bentzen, 2016, p. 12). I undersøgelsen ser de nærmere på den formodede forekomst af psykisk sygdom blandt voksne, hvor der tages udgangspunkt i syv psykiske lidelser (ibid.). Her bliver der set på, hvor stor en andel i Europa, der plages af forskellige lidelser, som derefter er blevet omregnet til, hvor mange personer i Danmark det ville svare til (ibid.). Hvis alle tallene regnes sammen, svarer det samlet set til, at 1.149.000 personer mellem 18-65 år har en psykisk lidelse med udgangspunkt i et befolkningstal på 3,5 mill., hvilket betyder at der er 32,8% af befolkningen, som har en psykisk lidelse (Vendsborg et al., 2016). Det svarer til en tredjedel, hvilket er mange mennesker, men det betyder samtidig også, at der er 2.351.000 mennesker, der ikke har en psykisk lidelse i den befolkningsgruppe. Antallet af mennesker med en diagnose burde være højere end ovenstående angiver, hvis det netop antages, at det, de ovenstående teorier fremhæver, altså er korrekt. Det kan derfor antages, at teorierne selv forklarer, hvorfor der ikke er færre, der bliver diagnosticeret, men at de ikke ser nærmere på, hvorfor der ikke er flere. Dette lægger

op til en svaghed i forklaringen hos teorierne og diagnosekulturen, hvilket gør det interessant at undersøge nærmere.

4.1.1. Resiliens og diatese-personlighed-stress-modellen

Genetisk set er det svært at finde en psykiatrisk sygdom, da der, som tidligere nævnt ifølge Timimi, udelukkede er demensdiagnosen, som indtil videre kan forbindes med biologiske markører og fysiske test (Timimi, 2014). På den måde er det ikke muligt at tage en prøve, som ved fysiske test, for at finde ud af, om personen har en psykisk sygdom eller ej (Horwitz & Wakefield, 2007), hvilket derfor også gør, at der skal findes en anden måde at diagnosticere på, som fx i form af symptomer. En mulig forklaring på de manglende diagnosticerede kan ligge i *resiliensen*, som betyder modstandskraft, hvor individet bliver beskyttet af nogle non-specifikke faktorer, der gør, at der ikke bliver reageret patologisk på stress (Møhl & Simonsen, 2010, p. 44; Poulsen, 2008, p. 180; Sommer, 2011, p. 378). Disse non-specifikke faktorer kan være det filosofien og psykologen Arne Poulsen kalder for *beskyttelsesfaktorer*, hvor der, ifølge ham, er tre forskellige kategorier: De individuelle, herunder selvtillid, talenter og kontroloplevelser, de familiemæssige, herunder godt forhold til forældre og familie med et understøttende netværk og de faktorer uden for familien, herunder gode relationer til andre (Poulsen, 2008, p. 180f). Af de ovenstående beskyttelsesfaktorer er det kun få, der, ifølge Poulsen og Sommer, ligger hos individet selv, da de fleste ligger uden for personen (Poulsen, 2005; Sommer, 2011). Faktorerne er med til at give individet en positiv udvikling, hvilket betyder, at jo flere beskyttende faktorer individet besidder, jo mere kan individet også modstå de negative effekter eller sårbarhedsfaktorer, fx skilsmisse, som det bliver udsat for (ibid.). Dog kan det variere, hvor resilient eller sårbart et individ er, da det afhænger af, hvor mange negative og positive oplevelser det får gennem livet, som påvirker dets udvikling (Sommer, 2011).

Forholdet mellem resiliens og sårbarhed er også noget Møhl og Simonsen er inde på i deres *diatese-personlighed-stress-model*, hvor et individ, selvom det er født med en sårbarhed, stadig kan klare sig, hvis det besidder en høj resiliens (Møhl & Simonsen, 2010, p. 44). Modellen er baseret på Paul Meehls diatese-stress-model, og Møhl og Simonsen har videreudviklet modellen (ibid.). Forskellen mellem de to modeller er,

at forskere i mellemtiden, ifølge Møhl og Simonsen, har fundet ud af, at diatese, som den defineres hos Meehl, ikke kun indbefatter det biologiske, men også personlighedsmæssige (Møhl & Simonsen, 2010). *Diatese* defineres derfor som værende et individs sygdomsanlæg, hvor anlægget referer til den sårbarhed, der skal være til stede for, at sygdommen kan udvikles (ibid. p. 42f). *Personlighedsdelen* referer til de tydelige træk, et individ har, som er med til at gøre reaktioner og handlinger forudsigelige og som opstår i et samspil mellem erfaringer med interaktioner samt medfødte dispositioner (ibid., p. 44). Trækkene omfatter både sanser, følelser og adfærd og har indvirkning på, hvorledes individet vil håndtere fx stressorer (Møhl & Simonsen, 2010). *Stress* henviser til de skadelige både fysiske og psykiske påvirkninger, hvor det både kan være eksterne faktorer såvel som en reaktion på ydre omstændigheder (ibid., p. 45).

Ideen med modellen er her, at den medfødte sårbarhed er forskellig fra individ til individ, hvor nogle er født med en stor sårbarhed, som gør, at udsættes de for lidt stress, vil det kunne udløse en patologisk proces (Møhl & Simonsen, 2010). Personligheden kan også have en udløsende faktor, da et individ kan have udviklet et kognitivt skema, som gør det sårbart over for udvikling af fx en depression senere i livet (ibid.). Det vil sige, hvis sårbarhed og resiliens er hinandens modpoler, jo længere mod sårbarhedspolen et individ er, jo mindre skal der til for at udvikle noget patologisk og omvendt. Dette forhold bygger på og påvirkes, ifølge Møhl og Simonsen, både af noget medfødt, noget tillært såvel som personligheden (ibid.). Når individet så bliver udsat for stressorer, afhænger reaktionen på stressoren af, hvilken form for stressor, der er tale om, samt hvor sårbart eller resilient individet er. Derfor kan en mulig grund til, at der ikke er flere, som har fået en diagnose med de beskrevne rammer og vilkår, altså ligge i, at majoriteten af befolkningen har en høj resiliens, at individerne ikke er blevet udsat for en skadelig stressor, som har ført til en patologisk reaktion og/eller at noget i personligheden ikke har ført til en patologisk udvikling.

Netop at besidde et resilient selv er også noget præstationssamfundet, ifølge Petersen, pålægger individet sammen med et smidigt indre, for at kunne være en del af samfundet og have succes, hvor skabelsen af begge dele er noget individet skal gøre alene (Petersen, 2016). I den forbindelse argumenteres der for, at individet bliver sat under pres, som øger sårbarheden hos individet, hvilket resulterer i en

masse individer, der bliver efterladt meningstomme (Petersen, 2016). Måske er det ikke så slemt, som det bliver penslet ud til at være her. Tallene fra undersøgelsen, Vendsborg et al. henviser til, viser netop, at der samlet set 'kun' er en tredjedel af den danske befolkning mellem 18-65 år, der får en psykisk lidelse (Vendsborg et al., 2016). Dermed kan der argumenteres for, at det pres, som Petersen omtaler, som skaber øget sårbarhed, netop ikke skaber en øget sårbarhed hos størstedelen af befolkning. Dermed ikke sagt, at der ikke er sket en øget sårbarhed, det vil jeg ikke være dommer over her, for det kan sagtens være tilfældet. En mulig grund til, at der ikke er flere, som har fået en diagnose med de beskrevne rammer og vilkår, kan altså ligge i, at flertallet af præstationsindividerne er i stand til at opbygge og/eller opretholde et smidigt indre, herunder et resilient selv, som er tilpasningsdygtig, fleksibelt og omstillingsparat og på den måde ender individet ikke med fx en depression. Dermed lever individet op til præstationssamfundets krav for at fungere og få succes, til forskel for hvad Petersen, kan antage at argumentere for, nemlig at dét både at skulle have et smidigt indre samt opbygge et resilient selv synes at være hinandens modsætninger, hvilket gør kravene kan virke urimelige (Petersen, 2016).

Uanset fremmer præstationssamfundet opbygningen af resiliens som noget individuelt (ibid.), og lægger dermed op til, at tiden lige nu er en individualiseret tid, hvor individet har ansvaret for egen succes og fiasko, hvilket kan afføde stress, men hvis det ikke er tilfældet, er der netop opbygget et resilient selv. På den måde hyldes den individualiserede tankegang, men hvor Petersen her ville argumentere for, at det ikke er individet skyld, at de bliver syge, men at det handler om nogle strukturelle forhold. På samme måde skal det dermed heller ikke være individets egen skyld, at det har opbygget et resilient selv. En mere social forklaring på opbyggelsen af det resiliente selv, hvilket kan være en hel diskussion i sig selv, kan der ses nærmere på Poulsen (2005), hvor han, som tidligere nævnt, fremhæver, at de fleste beskyttelsesfaktorer ligger uden for individet selv, hvilket dermed betyder, at der, i forhold til opbygning af resiliens, også bør ses på de tilknytningsrelationer individet har i form af venner og familie (Poulsen, 2008; Sommer, 2011). Disse relationer kan være med til at opbygge eller opretholde et resilient selv ved at give deres støtte til individet og/eller, hvor de sammen med individet deler succeser og fiaskoer som gruppe eller familie. Gennem dette bliver det dermed ikke individets ansvar alene at opbygge et resilient selv, som præstationssamfundet, ifølge Petersen, lægger op til, men bliver også opbygget med hjælp fra andre.

I stedet for at samfundet presser individet til at være resilient, kan det antages, at det aktuelle samfund til en vis grad også kan være fremmede for resiliens og ikke kun have det som et krav. Hvis der tages udgangspunkt i *moderniseringen*, som defineres som værende en tilstand, der i dele af verden påvirker den nye samfundsform og indirekte hævdes, at erstatte den tidligere samfundsform (Poulsen, 2002, p. 15), sker der en forandring af en produktionsmåde, altså en ændring af måden hvorpå menneskelig kunnen, herunder fx behov, dannes, som skal være med til at opretholde produktionsmåden (Poulsen, 2002). På den måde kræver moderniseringen af de mennesker, som er bærer af produktionsmåden, at de skal udvikle nye former for kunnen og adfærd, der både fremmer ændringer i produktionsmåden, som igen kræver udvikling af personlig kunnen (ibid.). Dette betyder, at individer, der vokser op under modernitetens betingelser og bliver meget påvirket af den, udvikler en anden personlighed end dem, som ikke er så påvirket af moderniteten. Dermed udvikler de en anden social karakter end tidligere individer, der igen er anderledes for de efterfølgende (ibid.). På den måde kan det antages, at den nye samfundsform har været fremmede for resiliensen, fordi det er den menneskelig kunnen samfundet har brug for i den nuværende produktionsmåde.

4.1.2. Vedvarende acceleration

Selvom Rosas accelerationsteori ikke forholder sig til diagnoser, kan han stadig komme med et bud på de manglende diagnosticerede individer. Rosa argumenterer for, at samfundet får det hele til at gå hurtigere ved at forlange, at individet hele tiden søger efter at kunne få klaret flere ting på mindre tid (Rose, 2003). Dette fænomen er dog ikke noget nyt, da udviklingen indenfor mange områder har gjort, at individet bruger kortere tid fx at transportere sig selv fra et sted til et andet end tidligere (Rosa, 2014). At udviklingen eller accelerationen går hurtigere end før, kan der måske være noget om, hvorved der kan være flere individer end tidligere, som ikke kan følge med og bliver nødt til at stoppe op (Rosa, 2003). En mulig grund til, at der ikke er flere, som er stoppet op, set bort fra det faktum, at det i princippet ikke er en mulighed, og har fået en diagnose med de beskrevne rammer og vilkår, kan altså ligge i, at det tidspres accelerationssamfundet, ifølge Rosa, sætter på den enkelte, ikke er så stort et pres, eftersom størstedelen af individerne tilsyneladende selv kan følge med, når der netop ikke er flere diagnosticerede. Altså kan det her antages, at

selvom der er en acceleration, der muligvis også er forøget i forhold til tidligere, formår individet at følge med som en del af den strøm, udviklingen skaber, hvor individet endda selv kan være med til at starte en udvikling og sætte tempoet. Desuden er der visse ting som individet eller samfundet ikke kan accelerere fx at en dag er 24 timer om den så går hurtigt eller langsomt for individet (Rosa, 2014).

4.1.3. Diagnostisk sprog

Hvis spørgsmålet omkring, hvorfor der ikke er flere med en diagnose, blev stillet til Horwitz og Wakefield, ville de højst sandsynligt henvise til, at siden DSM i 1980 gik fra en ætiologisk forståelse til en mere deskriptiv forståelse, har der været en stigning i antallet af mennesker i behandling for en depression (Horwitz & Wakefield, 2007), hvilket kan anses som et modsvar. Hvis der så tages udgangspunkt i, at diagnosticeringen siden 1980 har fulgt denne deskriptive tilgang, som Horwitz og Wakefield plæderer for er skyld i, at normale tilstande bliver diagnosticeret som patologiske pga. lempninger på kravene, synes det underligt, at der så ikke er flere, der har en diagnose. En mulig grund til dette, selv med de beskrevne rammer og vilkår, kan ligge i, at selvom det tilsyneladende er blevet nemmere at få en diagnose, kan de manglende diagnosticerede individer betyde, at størstedelen af individerne ikke går til lægen med tilstedeværelsens små ubehageligheder, som Andersen et al. (2014) og Shorter (1993) er inde på. Dette på trods af eller måske netop fordi de diagnostiske ord anvendes mere end tidligere om normale tilstande eller normale ubehageligheder, som der tidligere er blevet plæderet for. Det kan dermed tyde på, at de fleste individer holder sig til at anvende diagnostiske ord om normalt ubehag uden at få tjekket, om de anvendte ord kommer til deres ret.

4.1.4. Delkonklusion

I ovenstående er blevet set nærmere på nogle grunde til, hvorfor det kan være, at der ikke er flere individer, der er blevet diagnosticeret, når rammerne og vilkårene bliver anset som værende lukrative til dette formål. Her viste en undersøgelse, at størstedelen af en befolkning egentlig går uden en diagnose. Dette kan der være flere grunde til, som ovenstående også har belyst. En af grundene kan være, at majoriteten af individerne i det aktuelle samfund kan være i besiddelse af en høj resiliens eller ikke har været udsat for en skadende stressor, som har ført til en igangsættelse af en

patologisk proces. En anden grund kan også være, at samfundet ikke presser individet, men fremmer resiliensen, hvor mennesker påvirket af moderniteten, netop er resiliente. Videre kan grunden være, at selvom det går stærkt i samfundet, kan det antages, at det altid er gået stærkt, hvorved de fleste kan have lært at følge med og måske endda selv have været med til at sætte tempoet. Sidst, men ikke mindst, kan grunden også ligge i, at selvom der er en større anvendelse af diagnostiske ord end tidligere, tjekker individet ikke hos en læge, om der rent faktisk er tale om fx en depression eller om ordet reelt ikke burde benyttes om symptomerne.

4.2. Diagnosticeringens mulige betydninger

Dette afsnit vil se nærmere på nogle af de fordele såvel som ulemper, der kan opstå, når et individ har fået en diagnose og vil hovedsageligt blive præsenteret af Rosa (2004), Turner og Reynolds (2012), Tajfel (1974) og Goffman (2010). Afsnittets forskellige måder at se det at få en diagnose på, har fundet inspiration i empiriske studier fra antropologen Mette Toft Rønberg (2015) og psykologen Ester Holte Kofod (2015). Rønbergs studie bygger på etnografisk feltarbejde af voksne i Danmark med depression, bl.a. i form af et psykoterapeutisk gruppeforløb i psykiatrien, et højskoleophold med depressionslidende og interviews med depressionsdiagnosticerede voksne (Rønberg, 2015). Kofods studie bygger på interviews med seks forældrepar og én kvinde omkring sorgen i det at miste et spædbarn (Kofod, 2015). Både Rønberg og Kofod er begge inde på, hvilken betydning en psykiatrisk diagnose kan have for de implicerede individer i deres studier, herunder både hvilke fordele og ulemper, der kan være. Derudover er der også fundet inspiration i Jørgensen (2015), hvor han med et psykodynamisk perspektiv bl.a. kommer ind på, hvad en diagnose kan betyde. Her kunne jeg også have valgt at benytte mig af sociologen og psykologen Nikolas Roses liste over ti funktioner en diagnose, ifølge ham, kan have. Denne liste er dog blevet fravalgt, da den bl.a. vil kræve et større indblik i den økonomiske del, behandling og særlige tilbud (jf. Brinkmann & Petersen, 2015).

4.2.1. Begrundelse eller en dom?

En diagnose kan give en begrundelse af, hvorfor individet kan følt eller ageret som vedkommende har og dermed har individet fremadrettet noget at forholde sig til, i

forhold til de situationer han/hun kommer til at stå i. Inden en diagnose er blevet givet, kan et individ stå med et selvfortolkningsproblem, hvor der kan være nogle uoverensstemmelser mellem, hvordan individet gerne vil se sig selv (C) og hvordan individet egentlig reelt føler (D). Derudover kan der også, eller som konsekvens af uoverensstemmelserne mellem C og D, opstå uoverensstemmelser mellem de samfundsmæssige niveauer (A og B) og selvets egne niveauer. Dette kan skyldes, at individets selvbillede og fornemmelse af sig selv kan have været svære at forene med de normer og værdier samfundet har til de enkelte individer, hvorved individet kan være blevet undertrykt eller krænket og måske endda fremmedgjort overfor sig selv (Rosa, 2004). Med tildeling af en diagnose kan individet være nødt til at ændre sit selvbillede efter de nye omstændigheder, hvorved der opstår en bedre sammenhæng mellem individets to egne niveauer, som samtidig betyder, at individet på den måde bedre kan passe ind i de normer og værdier, samfundet stiller til et individ med den diagnose (ibid.). Dette kan både være en omstændighed, der vækker glæde i form af, at individet nu ved, hvorledes det kan forstå sig selv ud fra og dermed opbygge en selvfortolkning. Individet kan med andre ord *attribuere* eller lægge en årsag til, hvorfor det har og er, som det er (Burchell, 2001, p. 218). Derved føler individet også, at den nye fortolkning passer både med, hvorledes individet føler sig, men også med samfundets normer og værdier.

Diagnosen kan dog også medføre, at individet føler sig dømt til at være på en bestemt måde, at samfundet med diagnosen pålægger individet nogle værdier, normer og regler for, hvorledes det skal forstå sig selv. Sagt på en anden måde bliver individet udsat for en attribuering af samfundet, hvor samfundet har en overbevisning om, at individet besidder en egenskab, diagnosen, som gør, at individet skal fortolke sig selv på en given måde. Dette kan få individet til at føle, at der er noget fundamentalt galt med det, hvor der fra individets side kan føles et pres til så vidt muligt at ændre selvfortolkning således, at den stemmer overens med samfundet for ikke at havne i en uoverensstemmelse mellem individets egen selvfortolkning og samfundets. På den måde kan individet føle sig reduceret til at være en diagnose, hvor løsningen på individets problemer bliver, at samfundet giver individet en diagnose, der kan gøre, at det kan føle sig negligeret. Dette kan samtidig skabe en uoverensstemmelse mellem individets egne niveauer, hvor selvbilledet skal leve op til kravene, men at fornemmelsen af selvet forbliver en anden. Individet prøver dermed at leve op til både den normative normalitet i form af, hvilken adfærd

eller hvilke reaktioner samfundet ser som passende i en bestemt situation samtidig med, at individet prøver at være statistisk normalt ved at prøve at gøre som majoriteten gør.

På samme måde kan individet inden diagnosen have haft svært ved at passe ind i de kategorier, som vedkommende selv har eller andre har placeret det i, ud fra individets identitet, fordi der har været nogle uoverensstemmelser mellem nogle af de handlinger, der karakteristiske for den kategori, individet har placeret sig eller er blevet placeret i, og hvorledes individet har handlet (Ellermers & Haslam, 2012; Tajfel, 1974; Turner & Reynolds, 2012). Dermed kan der også have været nogle uoverensstemmelser mellem den sociale identitet, individet har i en bestemt kategori, og hvorledes de andres sociale identiteter i kategorien er (Turner & Reynolds, 2012). Dette kan betyde, at der er nogle bestemte selvkategorier, som individet vil prøve at fremhæve og synliggøre for at gemme andre selvkategorier lidt væk, som kunne vise anderledesheden (ibid.). Samlet set kan det gøre, at individet kan have meget svært ved at finde ud af, hvem vedkommende er og dermed også have problemer med at kunne placere sig selv.

En diagnose kan dermed give individet en begrundelse på de uoverensstemmelser, der kan være, hvor individet nu har mulighed for at placere sig selv i en kategori, der stemmer overens med både handlingerne såvel som den sociale og personlige identitet. Dermed kan individet rykke nærmere en forståelse af sig selv i en kategori, som kan være mere passende. Samtidig kan individet også rykke sig nærmere en kategori eller kategorisere sig selv mere hensigtsmæssig i forhold til de nye omstændigheder. Det skal dog også give personligt mening for individet at placere sig i den pågældende kategori, hvor individet kan føle sig mere tilpas. Hvis dette er tilfældet, kan der opstå en bedre overensstemmelse mellem den sociale og personlige identitet. Dette betyder også, at individet ikke på samme måde har brug for at gemme bestemte selvkategorier, men mere kan frit synliggøre de selvkategorier, individet ønsker (Turner & Reynolds, 2012).

Diagnosen kan dog samtidig også blive opfattet som en dom over, hvilken kategori individet nu er dømt til at være en del af grundet diagnosen. Derved bliver individet af samfundet attribueret til at besidde bestemte egenskaber, som gør, at det bliver en del af en bestemt kategori. Dette kan gøre, at individet kan føle sig forkert, da alle handlingerne, der karakteriserer kategorien, ikke nødvendigvis er noget

individet ser som passende i forhold til den personlige identitet og dermed heller ikke den sociale. Individet kan dermed stå tilbage med kategorier, der, ifølge samfundet, er passende, men som kan give individet ambivalente fornemmelser.

4.2.2. Fratagelse af skyld og skam eller en undskyldning?

Inden en diagnosticering kan et individ gå med en fornemmelse af, at det på en eller anden måde er forkert (D), fordi individet er anderledes end de andre, og kan derfor have forsøgt at fortælle en anden historie om sig selv, og om hvordan han/hun har det end det individet egentlig føler eller har en fornemmelse af (C og D) (Rosa, 2004). Ved at gemme sin anderledeshed ind i en anden fortælling kan individet dermed undgå at skille sig ud fra mængden og dermed komme i samfundets lys i forhold til opfyldelse af dets normer og værdier (A og B) (ibid.). Denne taktik kan skyldes, at individet skammer sig over at være anderledes og ikke at kunne leve op til egne og/eller andres forventninger. Samtidigt kan individet også føle skyld over at være sådan som han/hun er eller over de vanskeligheder, som individet har. Hvis individet får tildelt en diagnose, er der en mulighed for anderledesheden kan blive legitimeret gennem diagnosen, da den netop kan spille ind på, hvorfor individet nogle gange ikke er i stand til at leve op til forventningerne. På den måde kan individet få en bedre fornemmelse af sig selv, der kan kombineres med den historie, som individet fortæller. Ligeledes kan individet normalisere sig selv i den forstand, at fx adfærden kan være noget, der følger med diagnosen, hvorved det er normativt normalt at reagere, som individet gør, hvis diagnosens følgevirkninger tages med i betragtningen (Hydén, 1997). Om adfærden er statistisk normal afhænger af, hvor hyppigt følgevirkningen, der udvises, optræder blandt de, der også er diagnosticerede med den diagnose eller hvem der sammenlignes med (Bartlett, 2011; Eriksen, 2006). På den måde kan individet fortolke sig selv på ny, hvor der kan opstå en accept af, hvordan vedkommende er eller er blevet og kan prøve at ændre selvfortolkningen så den stemmer overens både med sig selv, men også samfundet (Rosa, 2004).

For nogle kan en diagnose også anvendes til at blive en form for undskyldning, hvorved alle de handlinger og/eller den adfærd individet foretager sig/udviser alt sammen skyldes diagnosen. Det er dermed ikke individet, der gør noget, men diagnosen. Pga. dette er der ingen grund til at ændre selvfortolkningen, for ved uoverensstemmelser med samfundet (B), fx at individet bør starte en uddannelse, vil

individet henviser tilbage til diagnosen som værende grunden til, at det ikke er i stand til at kunne tage en uddannelse uanset om dette er tilfældet eller ej. På den måde fralægger individet sig ansvaret for egne handlinger og adfærd, hvorved diagnosen bliver måden, hvorpå individet fortolker sig selv; individet bliver diagnosen. Dermed er der heller ikke behov for nødvendigvis at leve op til de andres forventninger, da de, efter individets mening, er sat forkert uden hensyn til diagnosen, som ikke gør det i stand til at leve op til dem. På den anden side, hvis individet kan leve op til forventningerne, vil det ikke være diagnosens skyld, men vedkommendes egen fortjeneste. Dette kan også sættes i forbindelse med det, som kaldes *selvisk bias*, hvor individet netop tager æren for de personlige succeser, men ved en fiasko kastes skylden over på ydre faktorer som fx en diagnose (Chambell & Sedikides, 1999, p. 23). Derved får diagnosen skylden for de eventuelle manglende indfrielser af forventninger, men ikke æren for succeserne.

Individet kan på samme måde også føle skyld eller skam over ikke at kunne leve op til de kriterier, der er i de kategorier, individet er en del af. Løsningen for individet kan være, at det prøver at synliggøre andre selvkategorier end den eller dem, der er knyttet til skylden eller skammen, som individet godt tør og ønsker at vise frem (Turner & Reynolds, 2012). Med en diagnose kan det hjælpe individet med at forstå, hvorfor der kan være uoverensstemmelser mellem kategoriens handlinger, de andres sociale identiteter, individets egne handlinger og egen sociale identitet (Tajfel, 1974; Turner & Reynolds, 2012). Desuden kan diagnosen også hjælpe individet med at få en forståelse for, om diagnosen gør det til en nødvendighed at bytte nogle af kategorierne ud med andre, da nogle af kriterierne ikke længere kan opfyldes eller om det, ikke at kunne opfylde bestemte kriterier i kategorien, har nogen betydning for medlemskabet. Dette kan være positivt i forhold til at få sig selv kategoriseret bedre, så der er en overensstemmelse mellem kriterierne og individets formåen, men det kan også være negativt i forhold til, at individet må affinde sig med, at der er nogle kategorier, som ikke længere er mulige at opnå og skal dermed til at finde ud af, hvordan individet, med den nye viden, skal kategorisere sig selv (Reynolds & Turner, 2006; Turner & Reynolds, 2012). Dette kan være en meget tidskrævende proces og kan derfor virke meget uoverskueligt, hvis der både skal tænkes på, hvem individet nu er, men også at prøve sig frem i forhold til selvkategorisering.

Hvis diagnosen i stedet bliver anset som en undskyldning for at handle og agere som individet gør, kan det betyde, at individet ikke nødvendigvis kan se grunden til, at vedkommende skal kategorisere sig selv anderledes, da det er diagnosen, der får individet til at gøre, som individet nu engang gør. For som sådan har individet ikke ændret sig, hvor hvis der er nogle kriterier, som ikke bliver opfyldt i de kategorier individet er medlem af, skyldes det udelukkende diagnosen ikke gør det i stand til at opfylde dem; altså benytter individet her en selvsk bias ved at kaste skylden over på kategorierne.

4.2.3. Stigmatisering

Som tidligere nævnt, kan det at få en diagnose betyde, at individets selvfortolkning må ændres, så den er i overensstemmelse med både individets selv og samfundet (Rosa, 2004). På denne måde har individet forsøgt at gøre sit for at passe ind og opfylde de krav, der stilles af samfundet. Selvom den nye selvfortolkning opfylder de krav, der sættes, kan individet blive udsat for stigmatisering, hvilket ikke er noget han/hun nødvendigvis kan have eller har forberedt sig på. Dermed kommer der en ny dimension ind, hvor individet skal forholde sig til, hvad andre mennesker omkring vedkommende tænker om diagnosen, fordi hvis de forholder sig afvisende overfor individet grundet diagnosen, kommer individet igen på arbejde med sin selvfortolkning. Sagt på en anden måde attribuerer andre mennesker nogle egenskaber over på individet, som de mener, individet er i besiddelse af baseret på den viden eller de fordomme, de har omkring mennesker med diagnoser eller med den bestemte diagnose. Det kan betyde, at individet bliver nødt til at ændre på nogle forestillinger om, hvem vedkommende er, fordi den nye selvfortolkning ikke bliver accepteret. Derved opstår der uoverensstemmelser mellem niveauerne, der kan føre til en krænkelser og undertrykkelse af individets selvbillede og til sidst patologier (ibid.).

For at undgå stigmatiseringen kan individet dermed fremkomme med en selvfortolkning, der tager udgangspunkt i og tager hensyn til andres følelser end individets egne. Dette kan dog i sidste ende føre til, at individet ender med en fremmedgørelse (Rosa, 2004; Rosa, 2014). Hvis dette sker, er individet ikke længere i stand til at genkende sig selv og realisere sin forestilling om det gode liv, og står dermed fortabt tilbage, hvor vedkommende ikke ved, hvem han/hun er længere eller

skal være (Rosa, 2014). På denne måde kan individet ende i selvstigmatisering, hvor individet tror på, at det, de andre mener om individet grundet diagnosen, er korrekt. Dermed overtager individet de andres attribuering af sig selv og 'påtager' sig egenskaberne uanset korrektheden af disse. Dette betyder, at det begynder at godtage det negative billede verden har af individets selv, hvorved det kan ende med en selvfortolkning og et selvbillede, der udelukkende er negativt, og det dermed i princippet ikke anses som værende noget værd. Jo mere individet stigmatiserer sig selv og ændrer sit selvbillede og sin selvfortolkning derefter, jo svære bliver det for individet at komme ud af stigmatiseringen igen. Dermed kan individet ende at sidde tilbage med følelser af skyld, skam og forkerthed over at være den person individet nu engang er, hvilket kan få individet til at isolere sig.

Stigmatiseringen, i forbindelse med modtagelse af en diagnose, kan også ses i forhold til de sociale kategorier, individet er en del af. Ved modtagelse af en diagnose kan der både opstå ændringer i individets identitet såvel som hos de mennesker, individet interagerer med (Goffman, 2010). Dette kan ses ved, at der kan ske en ændring i individets sociale identitet, hvor den tilsyneladende sociale identitet, der er blevet skabt, ikke bliver opfyldt i den faktiske sociale identitet. Det kan skyldes, at diagnosen har gjort, at individet ikke kan leve op til de forventninger, de andre mennesker har formet i den tilsyneladende sociale identitet, eftersom diagnosen ikke nødvendigvis er synlig i mødet med andre (ibid.).

I denne forbindelse skal der gøres opmærksom på, at når den sociale identitet her bliver omtalt af Goffman, er betydningen af denne ikke den samme som hos Tajfel og Turner. Hos Goffman bygger den *sociale identitet* på kategorisering ud fra udseende og egenskaber (ibid., p. 44), mens den hos Tajfel og Turner er en del af selvbegrebet, som bygger på viden fra gruppemedlemskaber (Tajfel, 1974, p. 69). En uoverensstemmelse mellem den tilsyneladende og den faktiske sociale identitet fører til, at individets sociale identitet bliver ødelagt, der afskærer individet fra sig selv, såvel som samfundet, hvorved individet kan ende med en stigmatisering (Goffman, 2010). Dette er problematisk for individet, da de egenskaber, individet er i besiddelse af, er grundlaget for, hvilke sociale kategorier andre mennesker inddeler individet i (ibid.). Dermed kan diagnosen blive den overskyggende faktor i forhold til kategorisering af individet, da den af andre kan regnes som værende definerende for, hvem individet er som person og dermed hvilke egenskaber individet besidder uden

at tage hensyn til de andre egenskaber, individet besidder. Her igen attribuerer andre mennesker en egenskab til individet, og i den forbindelse også en eller flere bestemte kategorier, som det skal være en del af. Der sker altså en form for pådømt af, hvem individet nu skal være pga. diagnosen ud fra andres synspunkt. På den måde bliver der sat en standard for, hvad der er statistisk normalt, det ikke at have en diagnose, hvilket gør det umuligt for individet at opfylde kravet for normalitet. Dette kan danne grundlaget for en stigmatisering af individet, som både foregår verbalt som nonverbalt. Betydning heraf kan være, at individet bliver afskåret fra mennesker, som vedkommende har interageret med tidligere, men som nu har udstødt det på baggrund af den nytilkomne diagnose. Her kan individet forsøge at benytte sig af supplerende oplysninger fra den personlige identitet, hvorved individet kan bevise de andre mennesker, at diagnosen ikke definerer individet, men at det også indeholder nogle andre egenskaber for derved at kunne mindske stigmatiseringen (Goffman, 2010). Hvis dette ikke lykkes, bliver eller forbliver individet afvist fra at kunne tilhøre nogle bestemte kategorier, det førhen var en del af og henvises i stedet til den eller de nye kategorier, individet er blevet tildelt.

Disse nye stigmatiserende kategorier indeholder ofte negative egenskaber baseret på stereotyper om, at mennesker med diagnoser eller en bestemt diagnose er på en bestemt måde og bliver derfor set som afvigende, da det udelukkende er dem, som ikke afviger negativt fra forventningerne kan anses som værende normale (ibid.). Dette gælder også for de mennesker, det stigmatiserede individ møder for første gang, hvor individet får en ny chance for ikke at ende i den stigmatiserede kategori hos dem. Her gælder det for individet om, at den tilsyneladende sociale identitet der opbygges, bliver positiv, og ender med at blive bekræftet i den faktiske sociale identitet efterfølgende, hvorved individet vil have noget mere positivt at støtte sig op ad (ibid.). Dermed kan individet forsøge at opfylde den eventuelle positive tilsyneladende sociale identitet, der kan fremkomme, men det kan være svært for individet at finde ud af eller nøjagtigt at vide, hvilke forventninger de nye mennesker har til individet, og dermed hvordan de vil kategorisere individet. Hvis det ikke lykkes at få en positiv kategorisering, står individet tilbage med en eller flere stigmatiserende kategorier, der også er blevet bekræftet af de nye, og kan dermed ende med at føle sig alene og uaccepteret (ibid.). Grundet dette kan individet blive nødt til at finde på nogle løsninger, der kan mindske eller forhindre stigmatiseringen. Her kan individet forsøge at passere og håbe at ingen opdager diagnosen, benytte sig

af en anden diagnose, der ikke er lige så stigmatiserende som dækning for den diagnose, individet egentlig har, prøve at rette på de fejl og mangler, der har gjort, at der er sket en stigmatisering, benytte sig af diagnosen til at fralægge sig eget ansvar eller at skifte mellem de forskellige jeg'er, som individet er i besiddelse af (Goffman, 2010). Alle disse løsninger kræver dog meget af individet, da de forskellige løsninger skal benyttes i de rette sammenhænge og med det rette publikum, da individet ellers kan være nødsaget til at trække sig for ikke få flere nederlag.

Netop i forbindelse med stigmatisering, men også ved nogle af de andre nævnte fordele og ulemper, hvor der er brugt attribuering, kan det være relevant at se nærmere på et andet aspekt af attribuering. Det begreb, der tænkes på her, er det som socialpsykologen Lee David Ross kalder *den fundamentale attribueringsfejl*, hvor individet skal vurdere om en bestemt handling skyldes egenskaber hos en person eller om handlingen i stedet skyldes situationen (Ross, 2001, p. 37). Fejlen opstår, når individet skal foretage en vurdering, hvor der er en tendens til, at egenskaberne hos individet ofte får skylden for handlingen, hvorved der bliver set bort fra den indflydelse situationen kan have (Ross, 2001; Burchell, 2001). Dette bør tages med i betragtningen, når andre mennesker attribuerer nogle egenskaber over på et individ.

Individet kan altså være udsat for en eller flere af andres attribueringsfejl, hvor måden hvorpå individet handler, bliver begrundet i personlige egenskaber, selvom det kan være situationen, der har været afgørende for handlingen, hvilket også gælder for dem med en diagnose. I den forbindelse kan der også argumenteres for, at andre mennesker, som er bevidste om, at en bestemt person besidder en diagnose eller en form for stigmatisering, vil være hurtigere til give personen skylden for en bestemt upassende handling i stedet for at vurdere, om det kan være situationen, der gør udfaldet. Grunden til at et individ opfører sig som vedkommende gør, behøver netop ikke at have noget at gøre med de personlige egenskaber; fordi et individ græder behøver det ikke at være tegn på, at det er svagt eller fx har en depression, det kan også være, at individet er væltet af cyklen.

4.2.4. Delkonklusion

Ud fra ovenstående kan det at få en diagnose, for individet, både have fordele og ulemper. Fordelene ved en diagnosticering anses her som, at diagnosen kan bidrage

med begrundelse af, hvorfor individet fx har følt og opført anderledes. Dermed har individet fået noget at forholde sig til, og kan, ud fra den nye viden, bedre ændre sin selvfortolkning i overensstemmelse med den viden, hvorved individet dermed kan kategorisere sig selv og placere sig selv i kategorier, der er mere passende. Desuden kan diagnosen i den forbindelse også fjerne en evt. skyld eller skam, da den kan gå ind og legitimere, at det er diagnosen, som gør, at individet ikke nødvendigvis kan leve op til de forventninger, samfundet har til det, hvor det samme også gælder for de kategorier, individet er en del af. Diagnosen kan også blive en undskyldning, som giver individet mulighed for at fralægge sig ansvaret for egne handlinger og adfærd. På den måde ønskes der heller ikke nødvendigvis at gøre en indsats for at leve op til forventningerne eller kriterierne, der er for kategorien. Der er dog også ulemper ved diagnosticeringen, som her anses for at være, at individet kan føle sig dømt til at være på en bestemt måde og dermed også fortolke sig selv på en bestemt måde samt være en del af en bestemt kategori. Individet kan også blive udsat for stigmatisering, hvorved det kan opleve en krænkelse, undertrykkelse og manglende accept af egen selvfortolkning, men også at blive stigmatiseret af andre ved at blive tildelt en kategori, som forbindes med negative egenskaber, fordi individet er i besiddelse af diagnosen.

Hvilken betydning det har for individet at få en diagnose, er der dermed ikke noget entydigt svar på, da der, som ovenstående antyder, er en vis ambivalens, hvor nogle vil opleve fordelene, andre ulemperne og nogle begge dele. Denne ambivalens påvirker ikke kun individet, men også bl.a. samfundet, hvor nogle af de fordele, individet får gennem en diagnosticering, fx det at diagnosen kan blive en undskyldning for manglende aktivitet, kan være en ulempe for samfundet, hvor det kan være svært for samfundet fx at få individet til at tage ansvar for sine egne handlinger og forblive en aktiv aktør på fx arbejdsmarkedet.

4.3. Teoretisk diskussion

I dette afsnit vil der blive set nærmere på teorierne, som indtil videre er blevet beskrevet enkeltvis gennem fremhævede aspekter i kapitlet om rammer, vilkår og betydning, hvor der her i stedet vil være fokus på, hvordan de forskellige teorier hænger sammen, men også hvordan de adskiller sig fra hinanden. Afsnittene er delt op efter temaer, hvor alle teorierne er repræsenteret. Det første afsnit omhandler,

hvordan teorierne placerer sig i forhold til mikro-meso-makro perspektiverne. Derefter bliver der, i det efterfølgende afsnit, set nærmere på teoriernes empiriske grundlag. Som afslutning på kapitlet vil der være et afsnit omhandlende, hvordan teorierne kan placeres i forhold til struktur-aktør-distinktionen. For læsevenligheden skyld vil der her ikke blive skelnet mellem SIT og SCT samt Tajfel og Turner grundet et fælles teoretisk udgangspunkt, hvor forskellen og lighederne mellem de to teorier allerede er blevet belyst (jf. afsnit 3.2.2.1. og afsnit 3.2.2.2.). Derfor vil der ved benævnelse af SIT, både henvises til den og SCT samt vil Tajfel henvises til både sig selv såvel som Turner. Noget lignende er også gældende i forhold til benævnelsen af patologiseringsforklaringen, hvor der ikke vil blive skelnet mellem Horwitz og Wakefield og Brinkmann, da Brinkmann, som tidligere nævnt, anses som supplement til Horwitz og Wakefields bidrag.

4.3.1. Mikro-meso-makro perspektiverne

Et væsentlig aspekt i sammenligningen af de anvendte teorier er at se nærmere på, hvordan de placerer sig i forhold til mikro-meso-makro perspektiverne.

Mikroperspektivet indeholder interpersonelle relationer, aktiviteter og sociale roller, der bliver oplevet af individet i bestemte ansigt-til-ansigt situationer (Bronfenbrenner, 1993, p. 39). Dvs. at der her tages udgangspunkt i de enkelte dele af samfundet herunder interaktioner (Kaspersen & Mulvad, 2013). *Mesoperspektivet* indeholder koblingen og processerne, der finder sted mellem to eller flere situationer, som individet er en del af fx relationerne mellem hjemmet og arbejdspladsen (Bronfenbrenner, 1993, p. 40). *Makroperspektivet* omfatter de institutionelle kulturmønstre fx økonomiske og sociale, og dermed indeholder dette perspektiv også de to andre perspektiver (Bronfenbrenner, 1977, p. 515; Bronfenbrenner, 1993, p. 40). Her bliver der taget udgangspunkt i samfundet som helhed dvs. som overordnet struktur (Kaspersen & Mulvad, 2013).

Hvis der først tages udgangspunkt i Goffman, interesserer han sig, som tidligere nævnt, for interaktioner mellem mennesker på et mikroniveau (Harste & Mortensen, 2013), altså hvordan mennesker interagerer med hinanden både verbalt såvel som nonverbalt. Det skal være med til afgøre, hvilken tilsyneladende social identitet individet bliver tildelt, som senere skal bekræftes gennem den faktiske sociale

identitet (Goffman, 2010). På den måde bliver mennesker kategoriseret gennem interaktioner med hinanden, hvilket kan benyttes til en form for gruppering af mennesker i nogle sociale kategorier med bestemte, ofte negative egenskaber (ibid.).

Dette lyder lidt som SIT og deres forståelse af kategorisering, hvor viden omkring selvet er med at skabe en selvkategoriisering, som igen er med til at placere individet i samfundet (Tajfel, 1974; Turner & Reynolds, 2012). Individet bliver dermed kategoriseret efter, hvad der giver mening ud fra dets handlinger, intentioner og holdninger (Tajfel, 1974). SIT er dog ikke interesseret i interaktionerne mellem mennesker som Goffman, men er mere interesseret i at forklare og forstå, hvordan mennesker kan komme til at opføre sig i form af sociale identiteter (Ellemers & Haslam, 2012), hvorved Tajfel antages at anlægge et mesoperspektiv. Dette skyldes, at selvkategoriisering kan anses som noget der sker mellem mennesker i grupper, men grupper kan også ses i et mere samfundsmæssigt perspektiv, hvor der bliver kigget på fx køn eller klasseforhold. Så selvom disse teorier på visse punkter er forskellige, kan de to teorier også anses som supplerende mht. kategorisering, hvorved de såvel sammen som hver for sig, kan sige noget om fx diagnoser som her, selvom baggrunden for at fremkomme med teorien og deres perspektiv er forskellig.

På samme måde som Tajfel kan antages at have en dobbelthed i sin tilgang grundet mesoperspektivet, kan denne dobbelthed også findes hos Rosa, men det antages dog her, at han tilhører makroperspektivet. Dette skyldes, at det er begrænset, hvor meget individet hos Rosa egentlig har af muligheder for at påvirke sit individniveau selvom selvfortolkningen principielt foregår på individniveau, da individet, ved skabelsen af selvfortolkning, også skal orientere sig mod samfundet (Rosa, 2004). På den måde kan det antages, at Rosa prøver at inkludere et mikro- og et makroperspektiv ind i sin teori, men at samfundet spiller en for stor rolle til at forholdet er ligeligt fordelt. Tajfel og Rosa ville trods forskellene godt kunne supplere hinanden i den forstand, at nogle af selvfortolkningerne kan være mere synlige end andre, hvorved de kan afhænge af, at der er nogle bestemte fortolkninger, som individet hellere vil vise frem end andre. Her kan der både være tale om, at der er nogle selvfortolkninger individet er mere stolt af end andre, og hvor de gemte selvfortolkninger kun fremkommer i bestemte situationer. Hvis individet fx har fået en diagnose, er det noget, vedkommende bliver nødt til at forholde sig til i sine selvfortolkninger, men den del omhandlende diagnosen eller diagnoserne er ikke nødvendigvis en individet ønsker

at fremvise som det første. På den måde kan individet have mulighed for at undgå konflikter mellem de forskellige niveauer. SIT kan på den anden side inddrage samfundet som en større faktor, der har indflydelse på måden hvorpå selvkategorierne bliver dannet. Her kan individet danne en anden selvkategori, ud fra samfundets normer og regler, hvor den ikke kun dannes som meningsgivende i forhold til stimulussen, i en given kontekst, men også ud fra hvad samfundet ser som passende og meningsgivende i forhold til dannelse af selvkategorien. Dermed kan det diagnosticerede individ skabe en selvkategori, som kan være i overensstemmelse med flere parametre, hvilket kan være styrkende for den sociale identitet.

For at være mere mikroorienteret vil Rosa skulle have mere fokus på interaktioner, som hos Goffman, når individet skal udforme sin selvfortolkning, men Rosa tillægger, som tidligere nævnt, samfundet en meget større rolle i udformningen (Rosa, 2004), hvorved mikroperspektivet mindskes. De to teorier kan dog også anses som værende supplerende, da samfundsstrukturen spiller en rolle for de rammer og vilkår, der er for forståelse af en diagnose, hvor denne forståelse har en indflydelse på, hvorledes individet ser sig selv. På den anden side kan de mennesker, som individet omgiver sig med, dele samfundets forståelse af diagnoser, hvor de derigennem kan tilføje eller fjerne noget til forståelsen. Det kan ende i en kategorisering og stigmatisering, der igen kan påvirke selvfortolkningen eller de andre kan være uenig med samfundets rammer og vilkår og gå med deres egne. Dette kan både være godt for individet, hvis samfundets rammer og vilkår for forståelsen er negative, men det kan også være dårligt, hvis de andres forståelse er langt mere negative og stigmatiserende. Alt dette påvirker individets selvfortolkning, som igen påvirker samfundet, hvorved det kan fortsætte i ring. I accelerationssamfundet er makroperspektivet mere fremtrædende end i selvfortolkningsmodellen, hvor accelerationssamfundet også vil kunne blive suppleret både af Tajfel og Goffman, hvor Tajfel ville kunne give individualiseringstilgangen en mere gruppebaseret dimension, mens Goffman ville kunne sætte fokus på de små interaktioner, der sker mellem individerne og fremhæve deres betydning.

Makroperspektivet er også klart fremtrædende hos Petersen, som ved accelerationssamfundet, hvor individet er til stede og agerer efter, hvilke krav samfundet har til individet. Her tages der udgangspunkt i, at samfundet er med til at definere individerne, som lever i samfundet. Dette ses gennem

præstationssamfundets krav om vedvarende aktivitet og konstant udvikling, hvor der ikke bliver taget hensyn til det enkelte individ, hvorved individet kan blive fortabt (Petersen, 2016). Der kigges og er fokus på majoriteten og samfundet bedste. Makroperspektivet er også noget Horwitz og Wakefield er inde på, hvor det er diagnosemanualerne, ifølge dem, som sætter rammerne og vilkårene for, hvilke muligheder individet har og får mht. diagnosticering. Det er samfundet som helhed, der skaber problemerne for det enkelte individ, fordi der bliver udformet nogle alt for brede kategorier til de enkelte diagnoser (Horwitz & Wakefield, 2007). Dermed er der flere mennesker med normale reaktioner på traumatiske oplevelser, der får anset deres reaktion som værende patologisk. De to teorier kan supplere hinanden i form af, at grunden til det stigende antal diagnosticerede kan skyldes både kriterierne i forbindelse med diagnosticeringen, skelnen mellem det normale og patologiske er blevet sværere at afgøre, og at samfundets krav til individet gør, at der er flere individer, som ender med ikke at kunne følge med.

Hvis der kigges nærmere på suppleringen, kritiserer Petersen og Horwitz og Wakefield hinandens arbejder, der omhandler, at den andens arbejde ikke anses som tilfredsstillende. Horwitz og Wakefield antyder, at sociologer har anvendt både bekymrings- og lidelsesbegreber uden at skelne de to fra hinanden (Horwitz & Wakefield, 2007). Desuden skulle sociologerne, ifølge dem, have accepteret den symptombaserede tilgang til diagnosticering, og at de kun har været med at skabe forevigelse af den manglende skelnen (ibid.). På den anden side står Petersen, hvor Horwitz og Wakefield, for ham, med deres perspektiver, er med til spærre for udarbejdelse af kritiske analyser af udviklingstendenserne både på et samfundsmæssigt og strukturelt plan. Problemet opstår, ifølge Petersen, hvis fx depressionslidelsen bliver individualiseret, hvorved forskningen ikke vil kunne udfordre de aktuelle sociokulturelle regler og normer godt nok (Petersen, 2016). Ligheden mellem de to teorier kommer frem, når der ses på, at de tre teoretikere alle mangler en konkret definition på diagnoserne, som dermed kunne være med til at mindske udbredelsen af dem, men at udbredelsen også må belyses gennem andre omstændigheder og strukturer, som individet skal forholde sig til (ibid.).

Derudover er der også yderligere den lighed imellem dem, at der, ifølge de tre teoretikere, sker eller er sket en forandring i forståelsen af normalitetsbegrebet, hvor patologiseringsforklaringen peger på, at skelnen mellem hvornår en reaktion er normal i en situation har rykket sig, hvor flere normale reaktioner bliver

diagnosticeret og dermed gjort patologiske (Horwitz, 2002; Horwitz & Wakefield, 2007). Epidemiforklaringen fremhæver i stedet, at samfundet i høj grad er med til at sætte standarden for, hvad der kan anses som værende normalt (Petersen, 2016), hvilket er svært for individet at forholde sig til, når samfundet også konstant er i udvikling. Begge forklaringer her kunne dog også blive suppleret med aspekter fra de andre teorier, selvom de er forskellige fra de fleste. Grundet deres meget makroorienteret perspektiv kunne en inddragelse af Goffmans interaktioner eller Tajfels gruppeperspektiv være relevante supplementter, hvor interaktionerne kunne fortælle noget mere om den konkurrence, der ifølge teorien er mellem præstationsindividerne hos Petersen og hos Horwitz og Wakefield kunne det belyse måden, hvorpå individerne omtaler diagnoser. Gruppeperspektivet kunne se nærmere på, hvordan individerne forholder sig til hinanden og kategoriserer sig i forhold til hinanden i præstationssamfundet eller hvordan individerne kategoriserer sig selv ved en tildelt diagnose.

4.3.2. Empirisk grundlag

De anvendte teorier har forskellige baggrunde, når det kommer til, hvad de bygger deres teorier på. Det empiriske grundlag er mangeartet, men fælles for dem er, at der bliver foretaget nogle undersøgelser, hvor hensigten er videnskabeligt at få viden om et fænomen. Disse undersøgelser kan her både forstås som eksperimentelle, herunder de kvalitative og kvantitative såvel som det kan være undersøgelser af andres erfaringsgrundlag, herunder diskurser, hvorved undersøgelserne antages at blive mere teoretiske. Tajfel bygger hovedsageligt SIT på laboratoriestudier, hvor hans tilfældige deltagere er fundet forskellige steder eller samme sted, for derefter at inddele dem i forskellige grupper uden at deltagerne møder de andre gruppemedlemmer. Studierne her er dermed forsøgt gjort neutrale ved at foretage dem i laboratorier, hvor der ikke er unødige forstyrrelser, som kan påvirke undersøgelsen. Dermed kan Tajfel anses som at plædere for, at der skal foretages empiriske undersøgelser af mennesker for at kunne sige noget om et bestemt fænomen, da Tajfel ud over egne studier også trækker på fx Sherifs felteksperimenter (Turner & Reynolds, 2012). Dette skyldes, at Tajfel er en del af socialpsykologien, hvor det handler om at undersøge miljøets indvirkning på individet, hvilket gør, at det at foretage undersøgelser, kan anses som værende den bedste mulige måde at

belyse denne interesse på (Walsh et al., 2014). Denne tilgang kan ses i udformningen af SIT, hvor hans undersøgelser har vist, at mennesker ønsker at kategorisere sig selv og sammenligne sig med andre. Fælles for Petersen og Tajfel er, at Petersen også bygger sit empiriske grundlag på at foretage en undersøgelse, men hvor det hos ham i stedet er i form af interviews. En faktor i forskelligheden mellem de to kan netop være deres metoder, hvor Tajfels metode ligger op til en øget neutralitet uden individet har meget indflydelse på dagsordenen. Hos Petersen er deltageren mere en aktiv del af selve undersøgelsen, her interviewet, hvor det bliver en samtale mellem interviewer og deltager.

Forskellen på de to ligger desuden også i, at der hos Petersen er fokus på det forhold, der er mellem individets livsbetingelser, som de er nu samt udbredelsen af fx depression (Petersen, 2016), hvor Tajfels ikke på samme måde er optaget af, hvad der gør sig gældende i det aktuelle samfund mht. rammer og vilkår. Han beskriver i stedet nogle almengyldige processer og kategoriseringer, som ses i kulturen. Dette betyder også videre, at empirien hos Petersen bygges mere op omkring samfundets rolle, hvor der ved Tajfel mere er individet i forhold til andre. Yderligere adskiller de sig ved, at Tajfels deltagere er almindelige mennesker, fx kassedamer eller håndværkere, hvor der hos Petersen er tale om patologiske individer (depressive), som bliver interviewet, hvorved de belyser eller har to forskellige fokuser på, hvad der bør undersøges nærmere. På den måde kan de også være supplerende netop fordi den ene undersøger det almindelige menneskes gøre og laden og den anden fokuserer på de patologiske tilstande.

Goffman bygger netop på observationer af almindelige mennesker i deres hverdag, hvilket er fælles for ham og Tajfel. På den anden side har han også et fællestræk i forhold til Petersens fokus på det patologiske, eftersom han også siger noget om de mennesker, som bliver stigmatiseret samt har studeret patologiske mennesker på et sindssygehospital (Harste & Mortensen, 2013). Goffman kan være et bud på den supplerende, de to ovenstående teorier kan give til hinanden, da fokuset for Goffman er på interaktioner mellem almindelige mennesker, hvorved visse interaktioner også kan indeholde stigmatisering eller et stigmatiseret individ, som forsøger at komme ud af stigmatiseringen. Her interviewer Petersen netop mennesker, der, ifølge Goffman, er de afvigende og stigmatiserede (Goffman, 2010), dog ikke for at finde en løsning på deltagerens tilstand, men mere for at opfange deres nuværende tilstand og

beskrive den. Goffman og Tajfel anvender i stedet deres empiri til både at sige noget om, hvordan det generelt forholder sig med hhv. interaktionerne mellem mennesker og kategorisering, men kommer begge med mulige løsninger på, hvordan individet kan fremtræde bedst muligt. Goffman taler her om at skifte mellem flere forskellige jeg'er, der kan skifte efter publikum og bl.a. det at passere, hvor Tajfel snakker om synlighed, hvor individet kan gøre den sociale identitet synlig, som individet ønsker.

Alle teorierne er dog ikke baseret på egen empiri, men dette diskvalificerer dem ikke, da de også bygger på empiri, som stedet er bygget på erfaringsgrundlag. Tajfel og Goffman kan i denne sammenhæng antages at forholde sig skeptisk overfor, hvor validt dette kan antages at være, da denne form for empiri ikke nødvendigvis har direkte menneskekontakt. Horwitz og Wakefield bygger på mange forskellige kilder, hvor nogle af dem er teoretiske, mens andre kilder trækker på deres egne eksperimentelle undersøgelser, eller på andres, hvor der har været menneskekontakt. På den måde bygger Horwitz og Wakefield på den menneskekontakt Tajfel, Goffman og Petersen også har, hvor den i stedet for blive set gennem egen empiri, bliver set gennem analyser af kilderne, hvor forskellen mellem normalitet og patologi bliver begrundet, herunder både de biologiske såvel som de sociale faktorer (Horwitz & Wakefield, 2007). Horwitz og Wakefields analyser fremhæver meget samfundets rolle, hvor interviews med patologiserende individer eller en nærmere undersøgelse af interaktionerne eller kategorierne kunne supplere denne tilgang.

Rosas accelerationssamfund og selvfortolkning bygger på og finder også inspiration i teoretiske kilder, hvor fokus også er på samfundets rolle, hvilket gør at Rosa ville kunne blive suppleret på samme måde som Horwitz og Wakefield. Rosas samfundstilgang stemmer dog også meget overens med, at han tilhører den kritiske teori, der ser på, hvorledes individet agerer på samfundets forandringer (Walsh et al., 2014). Her kunne suppleringerne fx være i form af interviews noget lignende Petersen, men hvor fokus ville være på, hvordan mennesket har det i og opfatter et accelerationssamfund, og hvordan denne faktor påvirker deres dannelse af selvfortolkningen.

4.3.3. Struktur-aktør-distinktionen

Et tredje perspektiv, der kan kigges på, er, hvordan teorierne placerer sig, når der tales om struktur-aktør-distinktionen, hvor der er diskussioner om, hvem der skaber hvem (Jensen, 2011). *Strukturperspektivet* omhandler konstruerede økonomiske, kulturelle og sociale strukturer, der kan forøge eller begrænse individets mulighed for at handle af egen fri vilje, hvorved strukturen i samfundet på den måde bestemmer over aktørerne (Clifton, Repper, Banks, & Remnant, 2013, p. 516f; Jensen, 2011, p. 632). *Aktørperspektivet* er i stedet defineret ved, at individer kan opføre sig som de vil, hvor de kan påvirke, skabe og forandre begivenheder alt efter hvilken handling, der vælges. Her lægges der op til, at det er aktøren, der skaber strukturen (Clifton et al. 2013, p. 516; Jensen, 2011, p. 632).

Goffmans interesse for menneskelige interaktioner samt hans forståelse af, hvordan den sociale identitet, både den tilsyneladende og den faktiske, bliver skabt, er med til at placere ham som en del af aktørperspektivet. Dette skyldes netop, at det er interaktionerne mellem mennesker, der er med til at give først den tilsyneladende sociale identitet og derefter den faktiske. På den måde er individet blevet kategoriseret, hvor det er reaktionerne fra andre mennesker, der tolkes, hvorved aktøren danner sin egen opfattelse af normer (Jensen, 2011). Det er dermed aktørerne selv, som har indflydelse på, hvordan et andet individ bliver kategoriseret og dermed også om der fx sker en stigmatisering. Kategorisering er også noget Tajfel er inde på, men individet har ikke det samme råderum, som hos Goffman. Hos Tajfel er der fokus på at forklare og forstå, hvordan mennesker kan komme til at opføre sig i form sociale identiteter i stedet for interaktioner (Ellemers & Haslam, 2012), hvilket gør at den personlige identitet ikke kommer så meget frem. Fokuseringen på grupper kan dermed give aktøren plads i form af selvkategorisering, men samtidigt er der også grænser for, hvor meget den kan udfolde sig, da sociale kategoriseringer sætter begrænsninger for, hvad der er muligt. Derved ligger Tajfel sig et sted i mellem de to distinktioner, hvor måden hvorpå gruppeaspektet bliver tolket, afgør om det er aktøren eller strukturen, der bestemmer.

En større indsnævring af aktørens råderum kommer der hos Rosa i hans selvtolkingsmodel. Aktøren skal skabe en selvfortolkning, men denne selvfortolkning skal afstemmes med samfundets fortolkning (Rosa, 2004), hvorved

det i den forbindelse kan antages, at råderummet for selvfortolkningen er begrænset, for hvis der ikke er overensstemmelse mellem selvfortolkningen og samfundet, kan der opstå undertrykkelse og krænkelser (Rosa, 2004). Så selvom Rosa lægger op til, at han både fokuserer på aktøren i form af at skabe en selvfortolkning, vejer han mere over i strukturperspektivet, fordi samfundet spiller en stor rolle for, hvordan den enkelte aktør kan forme sin selvfortolkning. Dette perspektiv er mere tydeligt i accelerationssamfundet, eftersom det er samfundet, der sætter rammerne for, hvordan aktøren skal bevæge sig. Med fokus rettet mod strukturperspektivet kan der ses nærmere på Petersen. Hos ham fungerer aktøren på samfundets præmisser som hos Rosa og accelerationssamfundet, hvor det er samfundet, der kommer med kravene om, hvordan individet skal være (Petersen, 2016). Aktøren har her helt klare, snævre rammer for, hvad der ønskes og kræves, men at aktøren, indenfor det område, i princippet kan bevæge sig frit. Ligheden går igen hos Horwitz og Wakefield, som også har strukturperspektivet, hvor det er diagnosemanualerne, der sætter rammer for individet (Horwitz & Wakefield, 2007). Her er det manualen, der anses som værende samfundet, og som bestemmer om et individ skal tildeles en diagnose eller ej, hvor det på samme tid også bliver afgjort inden for hvilke rammer aktøren har mulighed for at navigere.

I ovenstående står Goffman, Petersen, Rosa og Horwitz og Wakefield som værende dem, der repræsenterer yderpunkterne, mens Tajfel bevæger sig lidt i mellem de to perspektiver. Spørgsmålet er dog om de to perspektiver kan stå alene hver for sig uden de påvirker hinanden. Selvom strukturperspektivet hos Rosa, Petersen og Horwitz og Wakefield sætter nogle rammer for aktøren, efterlader det stadig et råderum for aktøren inden for den struktur, hvilket dermed tyder på, at strukturperspektivet kun til en vis grænse afgør, hvordan aktøren kan handle (Jensen, 2011). På den anden side er der Goffman, hvor aktøren selv sætter grænserne. Her må der samtidig også være nogle strukturelle rammer, som aktørerne arbejder inden for således, at verden kan hænge sammen. Det kan virke lidt som at spørge hvem der kom først, strukturen eller aktøren, for selvom hvis aktøren selv danner en opfattelse af normerne, vil der altid være en grund til, at aktøren selv, såvel som dem individet interagerer med, reagerer på en bestemt måde. Der er noget kulturelt og dermed strukturelt, der også må spille ind på, hvorfor aktøren vælger at handle på en given måde. Det samme gælder også den anden vej, for at der kan ske

en udvikling i samfundet, fx hvis en der er enighed blandt befolkningen om, de rammer og vilkår der er for forståelse af diagnoser er fejlagtig, er det de enkelte aktører, som sammen påvirker strukturen.

4.3.4. Delkonklusion

I ovenstående afsnit er der blevet set nærmere på hvilke ligheder og forskelle der er mellem de forskellige teorier ud fra forskellige temaer. Resultatet af denne belysning viser generelt, at selvom teorierne ikke altid har en fælles forståelse for, hvordan et bestemt fænomen bør belyses, kan de forskellige perspektiver vise sig at supplere hinandens perspektiver, hvorved der kan komme en bredere og bedre forståelse for fænomenet. Dette viser også, at selvom teorierne er meget forskellige, kan de mødes ved at kunne sige noget om det samme fænomen, selvom de, som udgangspunkt ikke er interesseret i det undersøgte fænomen. Der skal i forlængelse af dette også nævnes, at hvis teoretikerne selv fik opgaven om at dele sig op i enten den ene eller anden kategori, ville de nok ikke være i stand til dette, da måden det her gøres på, kan anses som en form for negativ stemping ved enten at være det ene eller det andet. I stedet ville de nok selv mene, at de, til en vis grænse, tager højde for de forskellige perspektiver. Jeg har dog alligevel tilladt mig, at inddele dem her med forbehold for, at de selv kan være uenig i denne.

5. Konklusion

Formålet med specialet var at belyse problemformuleringen: *Hvilke rammer og vilkår er der for forståelse af diagnoser i det aktuelle samfund, og hvilken betydning har det for individet at blive diagnosticeret?*

Med udgangspunkt i problemformuleringen og ud fra specialets forskellige kapitler, fremkommer det, at der er mange faktorer, som kan gå ind og påvirke rammerne og vilkårene for forståelse af diagnoser, så selv som betydningen af en diagnosticering. Her viser det sig, at sygdomsforståelse er en vigtig faktor, da den spiller ind på, hvordan behandlerne ser deres patienter og dermed også, hvordan de forstår de symptomer, patienten kommer med. I den forbindelse har sygdomsforståelse også indvirkning på, hvorledes diagnosemanualerne bliver udformet og anvendt. Hvilken udgave af diagnosemanualen, der anvendes til den enkelte patient, er dermed ikke underordnet, da den kan være afgørende for, om individet får tildelt en diagnose eller ej. Sammen har de to ovenstående en virkning på, hvordan normalitetsbegrebet udvikler sig og dermed forstås, hvor der i afsnittet viste sig to måder normalitet kan forstås på. Her drejede det sig hhv. om den normative normalitet, hvor det, som anses for at være fornuftigt at gøre eller reagere i forskellige situationer, er normalt, og den statistiske normalitet, hvor der henvises til, hvad størstedelen af befolkning gør, er normalt, da majoriteten anses som værende normal. Dette betyder, at rammerne og vilkårene for, hvad der er normalt og patologisk er skiftende, da begreberne kan henvise til det samme, men ikke behøver samt påvirkes de også af sygdomsforståelse og diagnosemanualerne. Om individet får en diagnose eller ej og dermed hvordan sygdomsforståelse er på et givet tidspunkt, kan i sidste ende have en stor betydning for, hvordan individet forstår sig selv, og dermed hvordan det efterfølgende vil opføre sig.

Efterfølgende er der blevet set nærmere på, hvilke rammer og vilkår patologiserings- og epidemiforklaringen samt accelerationssamfundet sætter for forståelse af diagnoser. Her kom det frem, at patologiseringsforklaringen ser diagnosemanualerne som styrende for forståelsen, da de er med til at afgøre, hvordan forskellige emotioner bør fortolkes. Epidemiforklaringen er i stedet inde på, at det er præstationssamfundet, der sætter rammerne for forståelsen, hvor hvis individet ikke

er i vedvarende aktivitet samt holder sig et smidigt indre og et resilient selv, taber det konkurrenceræset. Dette er også noget accelerationssamfundet er inde på, hvor rammerne og vilkårene bliver sat af samfundet, men at det er udviklingen i samfundet, der gør, at der ikke er tid til, at individet kan sikre sin plads. Dette gør, at nogle individer ikke kan følge med og derfor taber konkurrencen.

Videre blev der set på, hvilken betydning det kan have for individet at blive diagnosticeret, hvor Rosa er inde på, at selvfortolkningen har en rolle at spille, hvor individet kan være nødt til at ændre selvfortolkningen, hvis der er uoverensstemmelser mellem samfundets normer og regler og individets egen fortolkning. Dette har vist sig, at det både kan være positivt såvel som negativt. Tajfel og Turner er inde på betydningen i form af kategorier, hvor individet kan være nødt til at skifte kategori, da diagnosen kan gøre, at individet må revurdere om de nuværende kategorier stadig er gyldige, og hvis ikke hvorledes individet nu skal kategorisere sig selv og forholde sig til den eller de nye kategori(er). Kategorier er også noget Goffman er inde på, hvor individet, med tildeling af en diagnose af andre, kan blive kategoriseret som tilhørende en stigmatiserende kategori. Her kan individet prøve at benytte den personlige identitet ved misforståelser ellers må individet benytte sig af passering, rette op på fejlen, bekende en ikke så stigmatiserende diagnose eller anvendte diagnosen som undskyldning.

Sammen leder de foregående kapitler op til en diskussion af, hvorfor der ikke er flere, som bliver diagnosticeret eftersom rammerne og vilkårene for forståelse af diagnoser plæderer for en stigning. Her blev der set på, at individet i dag kan være mere resilient end tidligere, hvilket kan skyldes fx 'manglende' traumatiske oplevelser eller at samfundet ligefrem fremmer resiliens hos individet. En anden grund kunne være, at individet er i stand til at følge med i samfundets acceleration og endda selv skabe den eller at ikke så mange mennesker, som forventet, går til lægen med symptomer. Efterfølgende blev der også set på forskellige grunde til, hvilken betydning det kan have at få en diagnose. Der blev både set på, hvilke fordele der er for individet ved at få en diagnose, hvor en diagnose kan give en begrundelse, fratage skyld og skam og blive en undskyldning, men også på ulemperne, hvor diagnosen kan være en dom eller gøre at individet bliver stigmatiseret. Til sidst blev der set nærmere på, hvordan de forskellige teorier er placeret i forhold til hinanden,

herunder hvilke forskelle og ligheder de forskellige teorier har med hinanden. Dette blev belyst gennem tre afsnit, hvor hvert af afsnittene havde et tema, hvortil teorierne blev opdelt efter deres tilhørsforhold for på den måde bedre at kunne se forskellene og lighederne, men også en måde hvorpå de kan supplere hinanden.

Belysningen af problemformuleringen er udelukkende sket ved brug af teoretiske kilder, hvorved det antages, at hvis der suppleres med egen empiri ville det kunne undersøges, om teoriernes antagelser stemmer overens med virkeligheden. Dette vil nedenstående perspektivering se nærmere på.

6. Perspektivering

Denne perspektivering vil se nærmere på, hvordan det teoretiske fundament kan danne grundlag for og blive suppleret med et kvalitativt perspektiv i belysningen af problemformuleringen. Aspekter af den kvalitative metode vil her blive præsenteret af Kvale og Brinkmann (2009) samt Tanggaard og Brinkmann (2010).

En perspektivering kan give rum til, at nye ideer kan udfolde sig med samme problemformulering in mente. I den forbindelse kunne der være gjort en masse forskelligt, hvis der var uanede mængder af ressourcer, men for mig at se er det vigtigste, og det mest oplagte, at få undersøgt, om det bud, teorierne har givet på problemformuleringen, også stemmer overens med, hvordan det reelt ser ud i det aktuelle samfund for et diagnosticeret individ gennem kvalitative, empiriske data. Med udgangspunkt i problemformuleringen kunne det derfor være ekstra interessant at foretage nogle semistrukturerede interviews. Dette skyldes, at denne type interview bliver en form for samtale mellem informanten og interviewereren, hvor nogle af spørgsmålene, der bliver stillet, er nogle, som er forberedt på forhånd og kan anvendes som rettesnor, mens andre spørgsmål først dukker op, når informanten fortæller eller beskriver. På den måde har interviewereren mulighed for at gå med historien, som kan afvige fra interviewguiden (Kvale & Brinkmann, 2009; Tanggaard & Brinkmann, 2010). Dette giver samtidig også informanten mulighed for at uddybe sine svar yderligere samt giver det også interviewereren mulighed for spørge ind til et emne, som interviewereren muligvis ikke selv havde set, men som kunne være relevant at undersøge nærmere.

Hvis der ses nærmere på, hvem der skulle deltage i de interviews, kunne der være forskellige muligheder, som kunne være interessante at se nærmere på. Den vigtigste vinkel for mig at se, ville dog være nærmere at undersøge, hvordan mennesker med forskellige psykiatriske diagnoser oplever rammerne og vilkårene for forståelsen af diagnosen, de besidder, i samfundet samt hvilken betydning det har haft for den enkelte at have fået en diagnose. I den forbindelse skulle der også ses nærmere på, om der er variation i de forskellige diagnosernes rammer og vilkår samt hvilken betydning det har haft for deltagerne at få diagnosen. Netop dette perspektiv er interessant, fordi jeg har en antagelse om, at rammerne og vilkårene er forskellige alt afhængig af diagnose, og at disse må smitte af på betydningen af diagnosen for

individet. På den måde kunne det være interessant at sætte de forskellige rammer og vilkår samt deres betydning overfor hinanden.

At anvende interview som metode har dog ikke udelukkende fordele. Når der udføres interviews er det begrænset, hvor mange deltagere der bliver anvendt til belysning af en given problemformulering, hvilket betyder at undersøgelsen ikke ville kunne anses som repræsentativ for en hel befolkningsgruppe, og derfor ikke kan sige noget generelt om den givne gruppe af mennesker. Desuden har informanten selv mulighed for at påvirke interviewsituationen og spørgsmålene. Derfor kunne ovenstående også undersøges ved at anvende en mere kvantitativ tilgang, hvor alle deltagerne bliver stillet de samme spørgsmål på samme måde. Herved er det lettere at sammenligne de enkelte svar med hinanden og dermed kunne sige noget mere generelt om de givne grupper, hvis mængden af deltager anses som repræsentativ for den eller de undersøgte gruppe(r).

Referenceliste

- Andersen, H. (2013) Jürgen Habermas og Axel Honneth. In: Andersen, H. & Kaspersen, L. B. (Eds.) *Klassisk og moderne samfundsteori*. Hans Reitzels Forlag (5th) (pp. 387-416) [30 sider].
- Andersen, R. S., Bro, F. & Brinkmann, S. (2014) Diagnostisk praksis og lægesøgningsadfærd. *Bibliotek for læger, Vol. 206*, (pp. 242-259) [18 sider].
- Andersen, R., Guassora, A. D., Hvas, L. Petersen, A., Brinkmann, S., Davidsen, A. S. & Bro, F. (2016) Diagnosekultur og sygdomssensibilisering. *Månedsskrift for almen praksis, Vol. 94(9)*, (pp. 735-745) [11 sider].
- Asch, S. E. (1956) Studies of independence and conformity. *Psychological Monographs, Vol. 70(9)*, (pp. 1-70) [71 sider].
- Bartlett, S. J. (2011) *Normality does not equal mental health*. Praeger, kap. 1 (pp. 3-30) og kap. 9 (pp. 233-250) [18 sider].
- Baxter, P. (2006) Normality and abnormality. *Developmental Medicine & Child Neurology, Vol. 48(11)*, (p. 867) [1 side].
- Bertelsen, A. (1992) Psykiatriske diagnoser efter ICD-10. *Månedsskrift for praktisk lægegerning, Vol. 70*, (pp. 413-419) [7 sider].
- Brinkmann, S. (2008) *Identitet*. Forlaget Klim, kap. 2 (pp. 73-101) [29 sider].
- Brinkmann, S. (2010a) Indledning: Sygdom, sundhed og det diagnosticerede liv. In: Brinkmann, S. (Ed.) *Det diagnosticerede liv: Sygdom uden grænser*. Forlaget Klim (pp. 7-12) [6 sider].

- Brinkmann, S. (2010b) Patologiseringstesen: Diagnoser og patologier før og nu. In: Brinkmann, S. (Ed.) *Det diagnosticerede liv: Sygdom uden grænser*. Forlaget Klim (pp. 15-31) [17 sider].
- Brinkmann, S., Petersen, A., Kofod, E. H. & Birk, R. H. (2014) Diagnosekultur. *Tidsskrift for norsk psykologforening, Vol. 51(9)*, (pp. 692–697) [6 sider].
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015) Diagnoser i samtiden: En introduktion. In: Brinkmann, S. & Petersen, A. (Eds.) *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim (pp. 7-13) [7 sider].
- Bronfenbrenner, U. (1977) Toward an Experimental Ecology of human development. *American Psychologist, Vol. 32(7)*, (pp. 513-531) [19 sider].
- Bronfenbrenner, U. (1993) Ecological Models of Human Development. In: Gauvain, M. & Cole, M. (Eds.) *Readings on the development of children*. 2nd ed. NY: Freeman, (pp. 37-43) [7 sider].
- Burchell, B. (2001) Perceiving and understanding people. In: Fraser, C. & Burchell, B. (Eds.) *Introducing social psychology*. Polity Press, (pp. 216-234) [19 sider].
- Chambell, W. K. & Sedikides, C. (1999) Self-threat magnifies the self-serving bias: A meta-analytic integration. *Review of general psychology, Vol. 3(1)*, (pp. 23-43) [21 sider].
- Clifton, A., Repper, J., Banks, D. & Remnant, J. (2013) Co-producing social inclusion: the structure/agency conundrum. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Vol. 20(6)*, (pp. 514-524) [11 sider].
- Danske regioner (2016) *Psykiatri og social*. Tilgået d. 11/5-17
<http://regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social>

- Eide, E. (2006) Lengselsen etter det normale. In: Eriksen, T. H. & Breivik, J. (Eds.) *Normalitet*. Universitetsforlaget (pp. 49-71) [23 sider].
- Ellemers, N. & Haslam, S. A. (2012) Social Identity Theory. In: Van Lange, P. A. M., Kruglanski, A. W. & Higgins, E. T. (Eds.) *Handbook of Theories of Social Psychology*. SAGE Publications Ltd (Vol. 2), (pp. 379-398) [20 sider].
- Eriksen, T. H. (2006) Innledning: I de enøydes land. In: Eriksen, T. H. & Breivik, J. (Eds.) *Normalitet*. Universitetsforlaget (pp. 9-23) [15 sider].
- Ferguson, N. (2011/2014) *Civilisationen: Vesten og Resten*. CEPOS, Indledning (pp. 13-31) [19 sider].
- Fisker, T. B. (2012) *Mere viden om diagnoser*. Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet, Delrapport 1 (pp. 10-37) [28 sider].
- Frances, A. (2013) DSM in Philosophyland - Curiouser and Curiouser. In: Paris, J. & Phillips, J. (eds.), *Making the DSM-5: Concepts and Controversies*. New York, NY, Springer New York (pp. 95-103) [9 sider].
- Fraser, C. (2001) Prejudice and intergroup relations. In: Fraser, C. & Burchell, B. (Eds.) *Introducing social psychology*. Polity Press, (pp. 291-316) [26 sider].
- Goffman, E. (2010) *Stigma: Om afvigerens sociale identitet* (Transl. af Brian Gooseman). Samfundslitteratur, kap. 1 (pp. 43-82), kap. 2 (pp. 83-145) og kap. 4 (pp. 167-180) [117 sider].
- Habermas, J. (1971) *Knowledge and human interest* (Transl. by Jeremy J. Shapiro). Boston: Beacon Press, Appendix (pp. 301-317) [17 sider].
- Harste, G. (2013) Tidsdiagnoser: Postindustrialisme, kulturkritik og netværkssamfund. In: Andersen, H. & Kaspersen, L. B. (eds.) *Klassisk og moderne samfundsteori*. Hans Reitzels Forlag (5th) (pp. 603-626) [24 sider].

- Harste, G. & Mortensen, N. (2013) Sociale samhandlingsteorier. In: Andersen, H. & Kaspersen, L. B. (eds.) *Klassisk og moderne samfundsteori*. Hans Reitzels Forlag (5th) (pp. 217-249) [33 sider].
- Horwitz, A. V. (2002) *Creating mental illness*. The University of Chicago Press, Chicago and London, Forord (pp. ix-xi) og Introduktion (pp. 1-18) [21 sider].
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2007) *The loss of sadness*. Oxford University Press, Forord (pp. xi-xiii), kap. 1 (pp. 3-26), kap. 4 (pp. 72-103), kap. 5 (pp. 104-122), kap. 6. (pp. 123-143), kap. 7 (pp. 144-164), kap. 9 (pp. 179-193), kap. 10 (pp. 194-211) og kap. 11 (pp. 212-225) [166 sider].
- Hvas, L. (2015) Retten til at være rask i en diagnosekultur. In: Brinkmann, S. & Petersen, A. (Eds.) *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim, (pp. 319-340) [22 sider].
- Hvas, L. (2016) *Diagnoser er blevet magiske kodeord*. Politiken, d. 15. Marts 2016 (pp. 1-4) [4 sider]. Tilgået d. 21/05-2017 fra <https://bibliotek.dk/da/overlay/infomedia/36878894>
- Hydén, L. (1997) *Psykiatri – samfund – patient: Psykisk sygdom i socialt og kulturelt perspektiv* (Transl. Af Christina W. Bojlén). Munksgaard, kap. 3 (pp. 43-63) [21 sider].
- Inglis, D. & Thorpe, C. (2012) *An invitation to social theory*. Polity Press, kap. 5 (pp. 107-128) [22 sider].
- Jensen, I. (2011) Individ, organisation og samfund. In: Karpatschhof, B. & Katzenelson, B. (Eds.) *Klassisk og moderne psykologisk teori*. Hans Reitzels Forlag, (pp. 632-655) [24 sider].

- Jørgensen, C. R. (2015) Psykiatrisk diagnostisk i dynamisk psykologisk lys. In: Brinkmann, S. & Petersen, A. (Eds.) *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim, (pp. 291-317) [26 sider].
- Kaspersen, L. B. & Mulvad, A. M. (2013) Makrosociologiske nyklassikere: Immanuel Wallerstein og Michael Mann. In: Andersen, H. & Kaspersen, L. B. (Eds.) *Klassisk og moderne samfundsteori*. Hans Reitzels Forlag (5th) (pp. 571-599) [29 sider].
- Klausen, S. H. (2005). *Hvad er videnskabsteori*. København: Akademisk Forlag, kap. 5 (pp. 146-192) [47 sider].
- Kofod, E. H. (2015) Sorg som grænsediagnose. In: Brinkmann, S. & Petersen, A. (Eds.) *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim, (pp. 229-246) [18 sider].
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Interview: Introduktion til et godt håndværk*. Hans Reitzels Forlag, kap. 2 (pp. 41-64) [24 sider].
- Lunn, S. (2006) Psykoanalysens betydning for psykiatrien og den kliniske psykologi. *Psyke og Logos, Vol. 27(2)* (pp. 946-956) [11 sider].
- Løchen, Y. (1970) *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Universitetsforlaget, kap. 8 (pp. 211-232) [21 sider].
- McLeod, S. A. (2012) *Experimental Method*. Simply Psychology (pp. 1-3) [3 sider].
Tilgået d. 19/04-17 fra <https://www.simplypsychology.org/experimental-method.html>
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2010) At lytte til patienten. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (Eds.) *Grundbog i psykiatri*. Hans Reitzels Forlag (pp. 141-157) [17 sider].

- Nordentoft, M. & Mortensen, P. B. (2007) Psykiske lidelser og selvmordsadfærd. In: Kjøller, M., Juel, K. & Kamper-Jørgensen, F. (Eds.) *Folkesundhedsrapporten, Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, (pp. 117-129) [12 sider].
- Ockelmann, H. H. (2017) *Overlæge: Og imens går psykiatrien til bunds*. Altinget, d. 21. Februar 2017 (pp. 1-4) [4 sider]. Tilgået d. 25/2-17 fra <http://www.alinget.dk/sundhed/artikel/overlaege-og-imens-gaar-psykiatrien-til-bunds#.WK103xcWnwI.twitter>
- Oxford Reference (2017) *Biological essentialism*. Oxford University Press. Tilgået d. 30/4-17 fra <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803095507973>
- Petersen, A. (2015) Diagnoser som designet orden: Depression i præstationssamfundet. In: Brinkmann, S. & Petersen, A. (Eds.) *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim, (pp. 59-82) [24 sider].
- Petersen, A. (2015) Omkring diagnosekulturen - depression som seismograf for samtiden. *Dansk Sociologi, Vol. 26(1)*, (pp. 8-26) [19 sider].
- Petersen, A. (2016) *Præstationssamfundet*. Hans Reitzels Forlag [151 sider].
- Poulsen, A. (2002) *Udvikling, risiko og modernitet*. Aarhus: Klim, kap. 3 (pp. 15-29) og kap. 5 (pp. 53-72) [35 sider].
- Poulsen, A. (2005) Social arv, mønstrebrydere, fejltilpasning: Et spørgsmål om risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer. *Psykologisk Set, Vol. 22(58)*, (pp. 20-27) [8 sider].
- Poulsen, A. (2008) *Børns udvikling*. København: Gyldendal, kap. 12 (pp. 171-188) [18 sider].

- Psykiatrifonden (2016) *Psykisk sundhed i Danmark*. Tilgået d. 1/5-17 fra <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/fakta.aspx>
- Regier, D. A., Kuhl, E. A. & Kupfer, D. J. (2013) The DSM-5 - classification and criteria changes. *World Psychiatry, Vol. 12(2)*, (pp. 92-98) [7 sider].
- Reynolds, K. J. & Turner, J. C. (2006) Individuality and the prejudiced personality. *European review of social psychology, 17(1)*, (pp. 233-270) [38 sider].
- Rosa, H. (1998) *Identität und kulturelle Praxis: Politische Philosophie nach Charles Taylor*. Frankfurt/New York: Campus Verlag, kap. 1 (pp. 15-54) og kap. 2 (pp. 57-180) [164 sider].
- Rosa, H. (2003) Social acceleration: Ethical and Political Consequences of a Desynchronized High-Speed Society. *Constellations, Vol. 10(1)*, (pp. 3-33) [31 sider].
- Rosa, H. (2004) Four levels of self-interpretation. *Philosophy & Social criticism, Vol 30, nos 5-6*, (pp. 691-720) [30 sider].
- Rosa, H. (2014) *Fremmedgørelse og acceleration* (Transl. Morten Visby). Hans Reitzels Forlag, Introduktion (pp. 11-14), kap. 1 (pp. 17-32) og kap. 14 (pp. 95-111) [37 sider].
- Rosenberg, R. (2016) *Psykiatriens grundlag: historie, filosofi og videnskab*. Aarhus Universitetsforlag, kap. 1 (pp. 19-121) og kap. 5 (pp. 303-373) [174 sider].
- Ross, L. D. (2001) Getting down to fundamentals: Lay dispositionism and the attributions of psychologists. *Psychological Inquiry, Vol. 12(1)*, (pp. 37-40) [4 sider].

- Rønberg, M. T. (2015) At se sig selv i fremtiden: Erfaringer med en depressionsdiagnose. In: Brinkmann, S. & Petersen, A. (Eds.) *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim, (pp. 185-206) [22 sider].
- Schrøder, A. S. H. & Johansen, M. Ø. (2012) *Jeg bærer med smil min diagnose*. Berlingske, d. 20. januar 2012, (pp. 1-8) [8 sider]. Tilgået d. 21/05-17 fra <https://www.b.dk/kommentarer/jeg-baerer-med-smil-min-diagnose>
- Shorter, E. (1993) *Doctors and their patients*. Transactions Publishers New Brunswick (U.S.A) and London (U.K.), kap. 2 (pp. 26-54), kap. 4 (pp. 75-106) og kap. 7 (pp. 179-210) [93 sider].
- Simonsen, E. (2010) Psykiatrisk klassifikation. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (Eds.) *Grundbog i psykiatri*. Hans Reitzels Forlag (pp. 201-216) [16 sider].
- Solvang, P. (2006) Problematisering, utdefinering eller omfavnelse? Om normaliteten. In: Eriksen, T. H. & Breivik, J. (Eds.) *Normalitet*. Universitetsforlaget (pp. 167-185) [19 sider].
- Sommer, D. (2011) Resiliens: forskning - begreber - modeller. *Psyke og Logos, Vol. 32(2)*, (pp. 372-394) [23 sider].
- Spitzer, R. L. (2007) Foreword. In: Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2007) *The loss of sadness*. Oxford University Press, (pp. vii-x) [4 sider].
- Stein, D. J., Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W. M., Sadler, J. Z. & Kendler, K. S. (2009) What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine, Vol. 40(11)*, (pp. 1759-1765) [7 sider].
- Tajfel, H. & Wilkes, A. L. (1963) Classification and quantitative judgement. *British Journal of Psychology, Vol. 54(2)*, (pp. 101-114) [14 sider].

- Tajfel, H., Billig, M. G. & Bundy, R. P. (1971) Social categorization and intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology, Vol. 1(2)*, (pp. 149-178) [30 sider].
- Tajfel, H. (1974) Social identity and intergroup behaviour. *Social Science Information/Information sur Les Sciences Sociales, Vol.13(2)*, (pp. 65-93) [29 sider].
- Tajfel, H. (1981) *Human Groups & Social Categories: Studies in social psychology*. Cambridge University Press, kap. 4 (pp. 57-89) [33 sider].
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010) *Kvalitative metoder. En grundbog*. Hans Reitzels Forlag, kap. 1 (pp. 29-53) [25 sider].
- Timimi, S. (2014) No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol. 14(3)*, (pp. 208-215) [8 sider].
- Turner, J. C. & Reynolds, K. J. (2012) Self-Categorizations Theory. In: Van Lange, P. A. M., Kruglanski, A. W. & Higgins, E. T. (Eds.) *Handbook of Theories of Social Psychology*. SAGE Publications Ltd (Vol. 2), (pp. 399-417) [19 sider].
- Vendsborg, P., Lindhart, A., Gram, T. & Bentzen, J. (2016) *Tal til psyken: Fakta om psykisk sundhed og psykisk sygdom*. Psykiatrifonden, kap. 1 (pp. 7-23) [17 sider].
- Walsh, R. T. G., Teo, Thomas & Baydala, A. (2014) *A critical history and philosophy of psychology*. Cambridge University Press, kap. 1 (pp. 1-48), kap. 4 (pp. 151-201), kap. 7 (pp. 303-354), kap. 10 (pp. 454-501) og kap. 12 (pp. 555-604) [249 sider].
- WHO (2001) *The World Health Report. Mental Health: New understanding, new hope*. Schweiz: World Health Organization, kap. 2 (pp. 19-45) [27 sider].

WHO (2016) *Classifications*. WHO d. 29. November 2016. Tilgået d. 10/4-17 fra <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

WHO, History of the development of ICD (pp. 1-10) [10 sider]. Tilgået d. 25/03-17 fra www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf

Willig, R. (2014) Introduktion til den danske udgave. In: Rosa, H. (2014) *Fremmedgørelse og acceleration*. Hans Reitzels Forlag, (pp. 7-10) [4 sider].

Üstün, T. B. & Ho, R. (2017) Classification of Mental Disorders: Principles and Concepts. In: Quah, S. R. & Cockerham, W. C. (Eds.) *International Encyclopedia of public health*. (2nd. ed. Vol. 2). Oxford: Academic Press (pp. 51-57) [7 sider].

Bilag

Procesbeskrivelse

Dette afsnit vil indeholde nogle refleksioner omkring arbejdet med specialet.

Oprindeligt blev interessen vedrørende diagnoser vakt igennem studiet, som det også fremgår af motivationen. I løbet af 9. Semester fandt jeg ud af, at Susanne Lip og Anne Kjær også havde en interesse om samme emne. Derfor besluttede vi at danne en gruppe, hvor vi ud fra møder kom frem til, at sygdomsforståelse, diagnosemanualerne og medicinalindustrien var tre perspektiver, der kunne være spændende at inddrage i undersøgelsen af diagnoser. For at ramme de, for os, relevante aspekter om emnet, blev den midlertidige problemformulering bredt formuleret, som ud fra vores overbevisning bedst kunne belyses teoretisk. Gennem arbejdet med belysningen af problemformuleringen, opstod der uenigheder omkring samarbejdet bl.a. vedrørende arbejdsmetoder, hvilket endte med en opsplittelse af gruppen. Dette betød, at jeg måtte fortsætte videre alene, hvilket gjorde at der kom en ændring af fokus fra at have været på sammenhængen mellem sygdomsforståelse og diagnosepraksis til at have et større fokus på diagnosekulturen. Fokus blev i stedet lagt mere ind på, rammer og vilkår for diagnoseforståelsen samt betydningen af diagnosticering for individet, hvorved det her i langt højere grad bliver inddraget. Diagnosekulturens større indflydelse stemmer godt overens med interessen for emnet, hvor diagnosekulturen kan være med til at give en forforståelse for begge aspekter af problemformuleringen. Selvom det er et nyt fokus, bliver nogle af de oprindelige tanker vedrørende sygdomsforståelse, diagnosemanualerne og normalitet fra gruppen stadig inddraget, da de stadig blev anset som relevante i forbindelse med belysningen af den nye problemformulering, men med en langt mindre indflydelse end tiltænkt i det tidligere projekt. Derfor kan der også forekomme dele af specialet, som kan være enslydende med Anne og Susannes speciale.