***Syg eller normal?***

## **Et speciale om diagnostiske diskursers indflydelse på den psykologiske profession**

**Anja Glinvad Ørum-Petersen Studienr.: 20092467**

**10. semester, psykologi Dato: 28-05-2014**

Rapportens samlede antal tegn

(med mellemrum og fodnoter): 137, 670

Svarende til antal normalsider: 57,4

Vejleder: Ulla Böwadt Aalborg Universitet

# Abstract

The questions raised in this master thesis is dealing with two separate but yet intervening subjects. The first question asked is how the autonomy of the psychological profession can be defined, when it is detached from the diagnostic perspective. The second question is how diagnostic discourses influences on both the psychological profession and the individual’s perception of self. The reasoning behind these questions is founded in the hypothesis, that the diagnostic vocabulary and culture instigates both the individual and the professions tendency, to interpret problems mainly from a diagnostic perception. My concern from that perspective is that the profession might neglect some of its original aims and competences, by adopting a diagnostic approach.

The methods used to unfold these questions are based on a theoretical approach using the psychodynamic perspective, as a proposal to define the professions autonomy both historically and contemporary. According to the discursive elements, these have been sought explained from a social psychological perspective in terms of the positioning theory by Harré and Moghaddam (2003). Other supporting theories as Goffman’s theory on stigma and Honneth’s theory on recognition have also been used, to unfold relevant elements of the discussion.

The conclusions made from the theoretical investigation are, that the professions autonomy cannot be defined singularly from one perspective if the aim is, to account for all of the anthropological aspects that influences on the human life and psyche. The psychodynamic position primarily focuses on the intra psychic processes as both the explanation and solution to human suffering. Thereby the position neglects to include and consider the influence of the sociological aspects, as well as possible biological predispositions. From a discursive perspective the master thesis suggests, that any theoretical definition of the professions autonomy can be seen as merely one of many possible discourses and that theories and discourses are coherently influencing on each other. This means, that the cultural definitions of norms, normality and sickness at any time, seem to be important factors, in both the conception of pathology and how it is best treated.

Indholdsfortegnelse

[- **Et speciale om diagnostiske diskursers indflydelse på den psykologiske profession** - 1 -](#_Toc388859683)

[Abstract - 2 -](#_Toc388859684)

[Indledning 1](#_Toc388859685)

[Problemformulering 5](#_Toc388859686)

[Afgrænsning 5](#_Toc388859687)

[Professionen i et psykodynamisk perspektiv 7](#_Toc388859688)

[Arven fra Freud 8](#_Toc388859689)

[Kernberg 10](#_Toc388859690)

[Deldiskussion 12](#_Toc388859691)

[Psykologisk vs psykiatrisk udredning 14](#_Toc388859692)

[Socialpsykologi 16](#_Toc388859693)

[Positioneringsteori 16](#_Toc388859694)

[Positionering i praksis 18](#_Toc388859695)

[Goffman om stigma 20](#_Toc388859696)

[Opsummering 22](#_Toc388859697)

[Deldiskussion 23](#_Toc388859698)

[Normalitet 25](#_Toc388859699)

[Anerkendelse 29](#_Toc388859700)

[Honneths anerkendelsesteori 29](#_Toc388859701)

[Diskussion 31](#_Toc388859702)

[Den psykodynamiske profession 31](#_Toc388859703)

[Psykologiens rolle 34](#_Toc388859704)

[Diskurser i og omkring psykologien 35](#_Toc388859705)

[Diagnoser og samtiden 40](#_Toc388859706)

[Ressourceorienteret psykologi 47](#_Toc388859707)

[Konklusion 51](#_Toc388859708)

[Perspektivering 53](#_Toc388859709)

[Referenceliste 56](#_Toc388859710)

# Indledning

Afsættet for dette speciale er funderet i en interesse for diagnosers indvirkning og betydning for den psykologiske profession. Denne interesse opstod tidligt i min studietid på baggrund af en udarbejdelse af et kvantitativt projekt omkring fejl og overdiagnosticering af specielt stress og depression. Det var også i den forbindelse, at jeg stiftede bekendtskab med Brinkmann, som netop har været meget optaget af fremvæksten af diagnoser og det han har betegnet som: *Det diagnosticerede liv* (Brinkmann, 2010). Jeg deler på den ene side den samme bekymring som både Brinkmann, Horwitz (2003) og andre beskriver omkring en generel udvikling i tendensen til at patologisere. Men på den anden side mener jeg også, at debatten mangler mere fokus på, hvad det reelt betyder for den psykologiske profession i praksis. Fra mit perspektiv har debatten og litteraturen overvejende orienteret sig omkring det større samfundsmæssige problem i denne udvikling. Fokus for dette speciale vil derfor være, at undersøge hvordan de diagnostiske diskursers udbredelse, kan influere på den psykologiske profession, når det anskues i et mere praksisorienteret perspektiv, hvor det enkelte individ kommer mere i centrum. Målet er derfor heller ikke, at stille mig kritisk over for diagnoserne i sig selv eller deres validitet. Derimod vil jeg problematisere fremtoget af de diagnostiske diskurser, fordi jeg mener at kunne argumentere for, at de både påvirker individets forståelse af sig selv og andre samtidig med, at det potentielt også influerer på den tilgang, som vi psykologer møders vores klienter med.

For at illustrere hvordan problemstillingen optræder i den konkrete virkelighed har jeg valgt, at gengive to autentiske eksempler fra mit eget liv. Det første er hentet fra mine ti måneders praksiserfaring på Aalborg universitetsklinik, hvor jeg har arbejdet med klienter ud fra et psykodynamisk perspektiv. Igennem hele praksisforløbet, havde jeg ugentlige samtaler med en klient, som bl.a. var diagnosticeret med anoreksi. Denne diagnose havde hun fået for 12 år siden hvilket betød, at hun havde modtaget flere forskellige former for behandling, her i blandt kognitiv terapi. Idet klienten sideløbende gik i behandling for de somatiske symptomer på sygehuset valgte jeg bevidst ikke, at fokusere på hendes diagnose som udgangspunkt for terapien. Dette var meget svært for hende i begyndelsen, idet diagnosen på flere måder, var en inkorporeret del af hendes identitet og selvforståelse. Formålet var fra et psykodynamisk perspektiv, at løsrive hende fra de begrænsninger denne selvforståelse havde og at hjælpe hende til en ny forståelseshorisont af sig selv, sit liv og sine handlemuligheder (Olsson, 2007, p. 207). Det var en frustrerende og angstprovokerende proces for klienten og hun havde flere gange lyst til, at afslutte forløbet. Pointen med anekdoten er, at hun blev i processen og at hun ved afslutningen berettede, at det der havde været af størst betydning for hendes behandlingsresultater var, at hun hos mig havde haft et frirum, hvor hun ikke oplevede sig selv som syg. Det denne beretning illustrerer, er, at dianoser kan have forskellige funktioner i forskellige sammenhænge. For denne klient, havde diagnosen jo både været behandlingsudløsende og fungeret som en forklaring på de symptomer og problemstillinger hun har oplevet. I et psykologisk perspektiv, kan der samtidigt argumenteres for, at diagnosen også har haft en negativ indvirkning på hendes oplevelse af sig selv og sin position i samfundet, idet hun meget tidligt i livet blev bærer af en diagnose og indtog en position som syg. Det at have diagnosen anoreksi kan ud over selve symptomatologien, også være påvirket af diskursen omkring lidelsen, idet oplevelsen af eget selv, skabes igennem de spejlinger og interaktioner individet har med andre (Skovlund, 2007, p. 200). I den optik vil man kunne argumentere for, at diskursen omkring den diagnosen påvirker omverdenens opfattelse og dermed interaktion med individet, hvilket i sidste ende får betydning for individets selvopfattelse.

For at illustrere og understøtte det der af Brinkmann betegnes som en psykiatrisering og en patologisering af hverdagslivet (Brinkmann, 2010), inddrages min andet eksempel. Hændelsen skete for nyligt hvor jeg befandt mig i en situation hvor netop de diagnostiske diskursers magt blev meget tydelig for mig. Til trods for at det i situationen fremkom som det mest naturlige, finder jeg det følgende eksempel ganske foruroligende.

Min venindes søn på 12 år sidder med ved bordet en eftermiddag hvor jeg er på besøg. Han ved, at jeg studerer psykologi og henvender sig til mig og siger: ”Jeg tror at min lillesøster har ADHD, tror du ikke, at hun ville blive mere rolig, hvis hun fik noget medicin?”. At en 12 årig dreng overhovedet har et diagnostisk vokabular, der ikke bare gør ham i stand til at diagnosticere sin fire årige søster men også, at foreslå en medicinsk behandling vidner om, en stærk påvirkning af diagnostisk forståelse blandt normalbefolkningen, som her skal underforstås, som ikke fagfolk. Mit formål med at inddrage disse to eksempler er, at jeg ser dem som to sider af samme sag. I den ene kontekst illustreres diagnosernes betydning for individets selvforståelse og påvirkning af det terapeutiske arbejde. I det andet eksempel tydeliggøres det, at det diagnostiske vokabular er så udbredt, at selv børn anvender det i deres tilgang til og forståelse af andre mennesker. Dermed ser jeg en sammenhæng imellem diskursernes indvirkning på såvel ”normalbefolkningen”, som på dem, der bærer diagnosen. På den ene side, kunne man argumentere for, at en generel udbredelse af viden om psykiske lidelser, kunne bibringe en bedre forståelse blandt normalbefolkningen og dermed aftabuisere det, at være diagnosticeret. På den anden side, synes den viden i stedet at bruges til, at fokusere på afvigelser og sænke tolerancen for disse ved netop, at kategorisere dem som diagnostiske træk. Hvis dette er tilfældet, kunne det jo være det en indikation på, at informationsstrømmen omkring diagnoser ikke medfører mere forståelse og tolerance, men nærmere større tendens til stigmatisering.

Udbredelsen af den diagnostiske tilgang og forståelse er ikke blot et fænomen som kan observeres blandt normalbefolkningen. Den samme tendens kan også observeres inden for den psykologiske profession, hvilket kan have flere grunde. Polkinghorne (2007) påpeger hvordan fremvæksten af den administrerede omsorg i 1990’erne har haft stor betydning for denne udvikling, fordi kravene om evidens har præget professionen i en mere naturvidenskabelig retning. Denne udvikling har bl.a. været nødvendig både for psykologiens anerkendelse som en selvstændig videnskab og for professionens udbredelse. Men det har også betydet væsentlige ændring i såvel uddannelsen af psykologer som faget i praksis. Ændringerne i uddannelsen ses bl.a. ved, at der er kommet mere fokus på forskerfærdigheder og anvendelse af diagnostiske manualer. På samme måde er professionen i praksis blevet mere systematiseret, operationaliseret og med fokus på behandlingsresultater (Polkinghorne, 2007, pp. 22-24, 31).

Baseret på mine egne oplevelser og observationer er der flere indikationer på, at professionen er begyndt, at adapterer det diagnostiske perspektiv. Eksempelvis benævner både litteraturen og psykologer i stigende grad vores kunder som patienter og ikke som klienter. Dette kan måske virke som et banalt eksempel, men alligevel er der flere grunde til at problematisere dette. Eksempelvis mener jeg, at patientbegrebet i sig selv, appellerer til en passiviserende position. Definitionen af en patient er ifølge oxford dictionary: “a person receiving or registered to receive medical treatment”. Af samme årsag mener jeg, at betegnelsen klient er vigtigt, fordi klientbegrebet fjerner fokus fra det patologisk orienterede perspektiv, som potentielt reducerer forståelsen af individets problemer til symptomologi. Jeg finder dette problematisk af flere grunde, idet psykologen jo som udgangspunkt skal have fokus på hele individet og dets ressourcer. Samtidigt vil jeg hævde, at det kan virke kompromitterende for det psykologiske arbejde, hvor klientens egen motivation jo netop er en afgørende faktor. Umiddelbart kan der være mange forklaringer på, at udviklingen inde for den psykologiske profession er gået i en mere psykiatriseret retning. Én er som tidligere beskrevet af Polkinghorne (2007). En anden kunne være, at vi som psykologer har haft et ønske om, at påvirke den psykiatriske praksis indefra, hvilket den nye specialiseringsuddannelse af psykologer inden for psykiatrien kunne betragtes som et udtryk for. Et kritisk perspektiv på den samme specialisering af psykologer kunne, som det indikeres i en artikel fra Information, være at profession blot ønsker mere magt, status og del i de økonomiske forskningsmidler og støtte, som dette kunne bibringe (Information, 19. oktober 2013).

Formålet med dette speciale er ikke, at afgøre hvorfor denne udvikling har fundet sted, men mere hvilken betydning det har for profession som helhed og den målgruppe, som den sigter efter at hjælpe. Min hypotese er, at indtoget af den diagnostiske praksis i det psykologiske virke, som både kan observeres i uddannelsen, dens praksis og den stigende anvendelse af diagnostisk vokabular, kan få alvorlige konsekvenser for professionen som helhed. Specielt adaptionen af det diagnostiske vokabular er noget, som jeg mener vi skal problematisere. Min egen erfaring er, at der er en stigende tendens til, at tale om mennesker ift. diagnostiske træk, både iblandt fagfolk og måske især studerende og den tendens mener jeg, at vi bør forholde os kritisk til. For det første giver psykologiuddannelsen alene ikke kompetencer til, at stille diagnoser. For det andet har vi som psykologer alligevel en vis samfundsmæssig status som gør, at ”normalbefolkningen” tillægger det en vis validitet, hvis vi italesætter mennesker iht. en diagnostisk anskuelse. Ydermere kunne man også frygte en intern social blindhed over for denne problematik, ift. hvordan det både kan påvirke måden vi opfatter og beskriver såvel hinanden, som vores klienter på. I mit perspektiv reducerer de diagnostiske rammer forståelsen af individet til symptomatologi, hvorved fokus potentielt også reduceres til symptombehandling. Historisk set har psykologiens mål vel altid været, at kunne forklare det, som ikke kunne forklares ud fra naturvidenskabelige principper. Psykologiens genstandsfelt kan derfor siges at være, at undersøge det som går forud for symptomerne. Deraf mener jeg også at det er nødvendigt, at vi som psykologer gør os bevidste om, hvilken rolle vi har og ønsker i den samlede sundhedsindustri og hvordan vi kan bidrage til denne, med netop vores professions specifikke kompetencer. Spørgsmålet er vel også, på hvilken måde, diagnostik beriger eller overhovedet er en nødvendig del af det psykologiske arbejde? En sammenfatning af de spørgsmål og problemstillinger, som her er opstillet har ført til følgende problemformulering.

## Problemformulering

**Hvordan kan den psykologiske professions autonomi defineres og hvilken betydning har diagnostiske diskurser for såvel professionen som klienterne?**

## Afgrænsning

En forudsætning for at kunne definere psykologiens autonomi må være, at betragte psykologien i et historisk perspektiv og undersøge den oprindelige grundtanke bag professionens opståen. Herved forventes det, at kunne redegøre for hvilke menneskelige behov psykologien opfylder, som berettiger og nødvendiggør den på samme måde som eksempelvis lægevidenskaben, der jo har et klart defineret formål. I henhold til rammerne omkring udarbejdelsen af specialet og omfanget af den historiske mængde litteratur har jeg valgt, at tage udgangspunkt i det psykodynamiske perspektiv. Dette valg betyder samtidigt, at jeg har truffet visse fravalg og mulige komplikationer af disse valg, vil blive behandlet i den samlede diskussion. I denne sammenhæng argumenteres der kun for hvilke bevæggrunde der er for, at anvende de valgte perspektiver. For det første, kan der argumenteres for, at den psykodynamiske retning, netop er udviklet på baggrund af professionsbaseret empiri og deraf er en professionsorienteret psykologi, modsat fx eksperimentalpsykologien. For det andet betragtes retningen, som en vigtig historisk grundsten i psykologien, der med sine rødder i Freuds (1856-1939) psykoanalyse, repræsenterer den klassiske forståels af både rammer og mål med terapi. Ydermere er tilgangen valgt på baggrund af min praksiserfaring og dermed kendskab til positionen i en operationaliseret form, som netop placerer individet i en central rolle. Den psykodynamiske position forventes således, at kunne tydeliggøre de styrker som professionen har, når den betragtes løsrevet fra den diagnostiske praksis. Denne antagelse begrundes med, at tilgangen jo netop er dynamisk og deraf også betragter den menneskelige udvikling som en livslang proces. Hele grundlaget for psykologien som profession er selvsagt, at den tager udgangspunkt i psyken som noget dynamisk, der kan påvirkes ved hjælp af terapi. Alligevel fremstår visse tilgange mere deterministiske end andre. I denne sammenhæng anvendes det psykodynamiske som en modpol til den diagnostiske forståelse, som kan argumenters for, at reducere flere psykologiske processer til neuro kemiske årsager og dermed også potentialerne i en terapeutisk behandling.

For at kunne besvare det diskursive element af problemstillingen, inddrages et socialpsykologisk perspektiv. Socialpsykologien kan på flere måder betragtes som modsætningen til den psykodynamiske position, grundet dens anskuelse af både genstandsfelt, undersøgelsesmetoder og anvendelse. I et overordnet perspektiv kunne man definere de to positioner som komplementerende, fordi den ene tager udgangspunkt i menneskets indre verden og den anden i mennesket, som en del af en ydre verden. Metodologien i specialet er derfor en teoretisk analyse og inddragelsen af de to forskellige tilgange forventes, at kunne belyse problemstillingen fra flere dimensioner, så en potentiel reduktionistisk besvarelse undgås. Den sekundære tilgang som inkluderer positioneringsteorien er udvalgt til behandlingen af det diskursive element i problemstillingen. Forventningen er, at den kan forklare hvordan diagnostiske diskurser kan influere på såvel den psykologiske profession, som det enkelte individ. Styrken ved positioneringsteorien er, at den netop er udviklet som et analyseredskab til komplekse problemstillinger, der både involverer sociale og identitetsrelaterede spørgsmål. Til gengæld forventes den ikke, at kunne redegøre fyldestgørende for den diskursive indflydelse på den stigmatisering, som potentielt følger en psykiatrisk diagnose og derfor inddrages relevante dele af Goffmans (1963/2009) teori om dette. Goffman kategoriseres normalvis som en del af interaktionismen og placeres i denne sammenhænd derfor under det socialpsykologiske perspektiv sammen med positioneringsteorien.

I den følgende afsnit vil den psykodynamiske grundtanke blive præsenteret og der vil kort blive redegjort for kontekstrelevante dele af hhv. Freud og Kernbergs bidrag til positionen.

# Professionen i et psykodynamisk perspektiv

I de akademiske lærebøger om psykologien, er der bred enighed om, at psykologien som en selvstændig disciplin opstod i 1879, da Wundt (1832-1920) oprettede sit laboratorium i Leipzig (Hem, 2007, p. 566). På trods af dette, kan interessen for psykologiens genstandsfelt, nemlig den menneskelige psyke, spores helt tilbage til de gamle græske filosoffer, som fx Aristoteles (384 f. Kr.-322 f.Kr.). Dette betyder, at psykologien på den ene side kan betragtes som en meget ung videnskab, der i en evidensbaseret optik, stadig er mangelfuld i sin bevisbyrde. På den anden side kan der argumenteres for, at psykologien som et genstandsfelt for både interesse og forskning, har eksisteret i år tusinde, men blot under andre betegnelser og videnskabelige domæner. Et af de domæner, som psykologien altid har stået både tæt forbundet med og samtidig i kontrast til, er lægevidenskaben. Hvis vi betragter mennesket ud fra en bio-psyk-social model (Engel, 1977) giver det selvfølgelig god mening, at psykologien og lægevidenskaben er forbundet, men i et historisk perspektiv skyldes det også, at mange af de psykologisk skolers grundlæggere, havde en medicinsk baggrund. I denne sammenhæng vil jeg blot nævne navne som eksperimentalpsykologiens ”fader” Wundt (1832-1920), psykoanalysens ophavsmand, Freud (1856-1939) og tilknytningsteoretikeren Bowlby (1907-1990). Der ligger altså en medicinsk og biologisk orienteret forforståelse af mennesket, hos mange af psykologiens grundlæggere og den forening af videnskab præger også psykologien i dag, hvilket bl.a. er tydeligt i neuropsykologien og den kliniske psykologi (Karpatschof & Katzenelson, Eds. 2007, pp. 22-25, 118-120, 474-477). Når psykologien så alligevel er blevet en selvstændig disciplin og ikke bare en underkategori af den medicinske videnskab skyldes flere ting. Den væsentligste ift. denne sammenhæng er nok, at psykologiens genstandsfelt, nemlig sindet eller sjælen, ikke kan underlægges de samme videnskabelige undersøgelsesmetoder som de biologiske, hvilket også var Kants (1724-1804) argumentation for, at psykologi ikke kunne betegnes som en videnskab (Pedersen, 2007, p. 12).

## Arven fra Freud

Neurologi og psykologi har siden Freud haft en tæt forbindelse. Freud var oprindeligt neurolog og hans grundlag for at udvikle psykoanalysen var baseret på en hypotese om, at hysteri og neuroser var et udtryk for skader i nervesystemet. Senere måtte Freud revidere sin hypotese og opgav ideen om, at forklare de erfaringer han havde gjort sig med sine klienter, ud fra et neurologisk perspektiv. Hans videnskabelige domæne blev her efter rent psykologisk. Alligevel fastholdt Freud, at psykologien udgjorde en selvstændig videnskab idet indholdet af hans terapisessioner fungerede, som en empirisk forankring af de teoretiske begreber. Freud anså selv sit arbejde som metateoretisk og jeg vil fremhæve et citat, som pointerer at Freud selv så psykoanalysen som løsrevet fra det medicinske perspektiv. ”*Vi finder det overhovedet ikke ønskeligt, at psykoanalysen opsluges af den medicinske fagkundskab, at den finder sit endelige hvilested i psykiatriske afhandlinger […] I sin egenskab af dybdepsykologi, kan den blive uundværlig for enhver videnskab, der beskæftiger sig med civilisationen*” (Freud, 1925, if. Bertelsen, 1989, p. 70). Samtidigt opgav han heller ikke den principielle reduktionisme idet han forudså, at den fremtidige forsknings udvikling ville blive i stand til, at etablere en sammenhæng imellem de psykoanalytiske begreber og neurofysiologien (Hem, 2007, pp. 576-577).

Freuds teori er om nogen muligvis den mest kendte men også mest kritiserede. Teorien er i sig selv også både modstridende og mangelfuld, men har alligevel fungeret som fundament for både nye, videreudviklede og opponerende teorier. Freuds teori om personlighedsstrukturen, illustrerer de forskellige bevidsthedsniveauer og strukturer i den menneskelige psyke, bedst kendt som *id, jeg og overjeget* (Bertelsen, 1989, p. 28). Freuds idé var, at drifter og impulser blev processeret igennem disse systemer og at ikke acceptable følelser og impulser, blev censureret fra igennem en fortrængning i jeget som gjorde, at de ikke blev bevidst tilgængeligt for individet (ibid., pp. 24-25). I Freuds perspektiv, var det undertrykkelsen af behovet for tilfredsstillelsen af drifter, som skabte de indre konflikter og at det var igennem en verbalisering af drifterne, at disse konflikter kunne gøres bevidste (ibid., pp. 25-26). Freud mente dog ikke, at de indre konflikter kun bestod i forholdet imellem det bevidste og det ubevidste, for overjegets funktion indeholder også forestillinger om omverdens krav, normer og forventninger. Deraf kan en indre konflikttilstand også bestå i ønsker om behovstilfredsstillelse, som står i kontrast til omverdenens normer (ibid., p. 28). Dette er selvfølgelig en meget forenklet opsummering og gengivelse af teorien, som blot refererer til nogle af de grundtræk, som er relevante i denne sammenhæng. Noget af det mest centrale som Freud fandt frem til og som kan siges, at danne grundlag for hele den psykodynamiske retning er, at klienter ikke gengiver en historisk sandhed, men en psykologisk sandhed, som er fortolket igennem individets personlighedsstruktur. Opgaven er derfor psykologisk set, at undersøge hvad der motiverer individet til at fortolke på sådanne måder, at det fører til symptomer eller dysfunktionelle mønstre (Hem, 2007, pp. 570-573). Freud har altså defineret noget væsentligt for professionen ift. forståelsen af den psykologiske realitet og dermed også, hvad sigtet med terapi er. Heri indgår også et forsøg på, at sammenkæde symptomer med årsager, altså et kausalitetsforhold, som afspejles i teoriens begrebsliggørelse. Alligevel differentierer den psykodynamiske forståelse sig markant fra den diagnostiske praksis, fordi den operationaliserer med intrapsykiske forklaringsmodeller, som ikke orienterer sig mod fjernelse af symptomer, men netop mod løsning af indre konflikttilstande (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 31). Til trods for dette, er netop den fortolkende del af det terapeutiske arbejde noget af det, som har skabt meget uenighed. I et psykodynamisk perspektiv handler terapien om, at gøre det ubevidste bevidst for klienten hvilket bl.a. kan gøres ved, at fortolke forsvar, objektrelationer og mønstre. Kritikken omkring fortolkninger som et terapeutisk redskab handler om, at disse fortolkninger ikke er standardiserede og i for høj grader er subjektivt sammenhængende med terapeutens teoretiske fokus (Huprich, 2009, pp. 140-141). I et evidensbaseret perspektiv, vil en ikke standardiseret og manualiseret metode altid være problematisk, idet effekten af det terapeutiske arbejde bliver svært at dokumentere. Når fortolkning alligevel så stadig udgør en betydelig del af det terapeutiske arbejde kan det bl.a. skyldes, at flere lige som Olsson (2007) drager paralleller imellem psykoterapi og hermeneutik, idet begge handler om, at fortolke og skabe forståelse mellem del og helhed (Olsson, 2007, pp. 204-209).

Terapi handler altså i et psykodynamisk perspektiv om, at skabe forandring igennem indsigt. McWilliams (1999) påpeger, at et terapeutisk sigte er at mindske de problemer, som klienten henvender sig med og hjælpe til større autonomi. Dette mener hun terapeutisk set sker via indsigt, affektregulering og opnåelse af jeg-styrker (Jacobsen & Mortensen, 2013, pp. 25-26). Men på baggrund af det psykodynamiske ontologiske perspektiv, arbejdes der også med begreber som realitetstestning. Her af er der altså en grundlæggende anerkendelse af, at der er en virkelighed som er uafhængig af individets oplevelse af den og at individet eksisterer i den virkelighed. Det videnskabsteoretiske element af denne terapeutiske tilgang kunne dermed argumenteres for, at sætte terapeuten i en ophøjet position, som den der afgør hvad der er virkelighed hvilket betyder, at terapeuten også er meddefinerende af diskursen omkring virkeligheden. Deraf kunne professionen på samme måde som psykiatrien argumenteres for, at blive en medvirkende del af distinktionerne imellem normalitet og afvigelse. Horwitz (2003) er en af dem der har påpeget denne problemstilling, fordi han argumenterer for, at det er en overleveles præmis for professionen (Horwitz, 2003, pp.70-71). Denne argumentation vil ikke blive forfulgt nærmere i dette afsnit men nævnes, fordi det er relevant for den senere diskussion.

Formålet med dette afsnit har været, at komme med et bud på hvordan professionens autonomi kan defineres, hvis den skal betragtes løsrevet fra det diagnostiske perspektiv. Den psykodynamiske tilgang handler som udgangspunkt om, at frisætte terapeuten fra en kategoriserende måde at tænke om klienten og i stedet, fokusere på den individuelle historie (Jacobsen & Mortensen, p. 21). Af samme årsag, har den psykodynamiske tradition også udarbejde sin egen diagnostiske manual, *psychiatric diagnostic manual* (PDM, Task Force, 2006), som modsat DSM og ICD ikke er kategorisk men dimensionalt. Manualen er tiltænkt som et supplement til de officielle diagnostiske systemer, men er samtidigt udarbejdet i overensstemmelse med det individualiserende menneskesyn, som ligger til grund for den psykodynamiske retning (Jacobsen & Mortensen, 2013, pp. 21-25).

## Kernberg

Kernberg (1928) er en af medudviklerne af PDM, hvilket er tydeligt ift. PDM’s skildring af personlighedsstrukturer (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 24). Kernbergs teori har afsæt i Freuds teori om personlighedsstruktur, men er samtidigt en videreudvikling som også er inspireret af både objektrelationsteorien og egopsykologien (Huprich, 2009, p. 70-72). Selve hans teori vil kun kort blive præsenteret og har primært til formål, at illustrere, hvordan forståelsen af psykopatologi i PDM differentierer sig fra den mere kategoriske i DSM.

Kernberg inddelte personlighedsorganiseringen i tre kategorier med betegnelserne: neurotisk, borderline og psykotisk (Kernberg, 1981, p. 169). Iht. Kernbergs definition af borderline som en personlighedsorganisering, må denne ikke forveksles med diagnosen borderline. Kernbergs model af de tre personlighedsorganiseringer er klassificeret ud fra kriterier om identitetsintegration, anvendelse af forsvarsmekanismer og evnen til realitetstestning (ibid., p. 170). Det er vigtigt at fremhæve, at Kernberg mener, at det er uvæsentligt om der er genetiske, biokemiske, psykosociale eller psykodynamisk bidragende faktorer til sygdommen etologi, fordi dette også vil afspejle sig i de overordnede strukturer (ibid., p.169). Dette betyder med andre ord, at modellen vil kunne anvendes som både et udredende redskab og som guideline for valg af behandlingstilgang.

Selve identificeringen af personlighedsorganiseringen sker på baggrund af et strukturelt interview, som rent metodisk er langt mere instrumentaliseret end et klassisk psykodynamisk anamnese interview. Behandleren har hermed ikke blot guidelines for hvad der skal undersøges, men også hvordan (ibid., pp. 172-173). Ifølge Kernberg kan denne model anvendes til, at identificere en personlighedsforstyrrelse og graden af den, på baggrund individets opfattelse af egen identitet, realitet, internalisering af indre objekter og brug af forsvarsmekanismer, hvilket var banebrydende tilbage i 1975, da den først blev publiceret. Hans arbejde er igennem tiden blevet efterprøvet i utallige studier og anerkendelsen af teoriens gyldighed kan ses i DSM 5 (APA, 2013), hvor det fremgår i definitionen af personlighedsforstyrrelser, at disse korrelerer med forstyrrelser i selvet og i relationen med signifikante andre.

Den psykodynamiske retning inden for psykologien repræsenterer altså en psykologisk behandlingsform som forsøger, at distancerer sig fra en ren diagnostisk forståelse af psykiske lidelser. Til trods for dette, er det andet interessante aspekt ved retningen, at det den stadig indgår som en del af uddannelsen af psykiatere og deraf også er en udbredt behandlingsmetode inden for psykiatrien. Dette indikerer, at en fusionering af de to forskellige former for behandlingstilgange er mulig og tilsyneladende også virksom. Deraf kunne der stilles spørgsmål ved, om det overhovedet giver mening, at forsøge at differentiere psykologien fra psykiatrien, eller om det blot er en forventet og naturlig udvikling, som Freud forudså det? I den samlede diskussion af perspektiverne vil spørgsmål som dette udforskes, men først laves en kort opsummering.

Det psykodynamiske perspektiv anses i denne sammenhæng som en repræsentant for fænomenologisk orienterede psykologi, som har individet og dets oplevelser i fokus. Målet med psykodynamiske terapi er som udgangspunkt ikke at fjerne symptomer men, at undersøge årsager med udgangspunkt i individets psykologiske historie og psykiske strukturer. Derved menes det, at individet får indsigt og større autonomi til, at forstå og overveje sine handlemuligheder. I den konnotation ligger der også implicit en forståelse af psykologien som noget mere end blot behandling af patologi hvilket kan siges, at være en klar forskel imellem psykologi og psykiatri. Som Brinkmann (2011) definerer det, består differentieringen imellem psykologien og psykiatrien i, at psykologien er videnskaben om personer, hvor psykiatrien er videnskaben om det biologiske menneske (Brinkmann, 2011, pp. 10-11). Denne distinktion virker meget adækvat ift. det psykodynamiske perspektiv og siger egentlig også meget præcist, hvorfor der er forskel på de to discipliners behandlingstilgange.

## Deldiskussion

Valget af en psykodynamisk tilgang til besvarelse af problemstillingen, var funderet i en antagelse om dens egnethed ift., at definere hvordan psykologien både som videnskab og profession adskiller sig fra psykiatrien og det den diagnostiske behandlingstilgang. Det psykodynamiske perspektivs styrke består bl.a. i, at det samlet set spænder over mange teoretiske tilgange, som i større eller mindre grad, alle har afsæt i den klassiske psykoanalyse. Denne ramme af teorier inkluderer bl.a. objektrelationsteori, tilknytningsteori, ego og selvpsykologien (Jacobsen & Mortensen, 2013, pp. 39-72). Disse teorier kan på baggrund af deres udviklingstidspunkt betegnes, som grundteorier for mange nye teorier og en reel samlet kritik af evidensbyrden, er derfor ikke mulig. Til gengæld kan det fremhæves, at eksempelvis tilknytningsteorien er en af de mest eksperimentelt efterprøvede teorier inden for psykologien og at den i de senere år har den fået en renæssance fordi neuro videnskaben forsøger, at koble viden om tilknytning med eksempelvis hukommelsesstudier (Kistrup, 2011, p. 18). Tilgangens anvendelighed ift. problemstillingen kan på den ene side argumenteres for, at være særdeles egent idet den repræsentere en fundamental del af den psykologiske profession, som på flere områder adskiller sig fra det diagnostiske perspektiv. På samme tid, illustrerer den psykodynamiske tilgang også, at psykologien og psykiatrien på den ene side har fællestræk og på den anden siden fungerer som komplementære i et samlet behandlingsperspektiv. Et vigtigt fællestræk ved de to professioner er, at de tager udgangspunkt i den samme ontologiske forståelse af selvet, som en kernestruktur. Denne grundantagelse har ift. psykiatriens behandlingstilgang afgørende betydning, fordi oplevelsen af et diffust selv betragtes, som symptomatisk for flere typer af patologier (Zahavi og Parnas, 2010, p. 88). I den psykodynamiske tilgang er selvet som en kernestruktur tydelig i både teori og metode. Eksempelvis er identitetsdiffusion hos Kernberg jo et udtryk for manglende oplevelse af selv og problemer med, at differentiere imellem selv og andre, hvilket betragtes som et træk ved psykotisk personlighedsorganisering (Kernberg, 1981, p. 171). Begrebsliggørelsen af selvet, fremkommer ikke i Freuds teori, men er først blevet indført senere af egopsykologien og der er derfor også forskellige opfattelser og definitioner af selvet og dets funktion inden for tilgangen. Alligevel er det metateoretisk et vigtigt element ift. positionens behandlingstilgang, idet psykoterapi i høj grad handler om styrkelsen af jeg- funktioner.

Ift. differentieringen imellem psykologi og psykiatri er der grundlæggende forskelle i både uddannelse, behandlingstilgang og kompetenceområder. I den sammenhæng må der henvises til de etiske principper for nordiske psykologer som understreger, at psykologien har visse metodiske begrænsninger og at den enkelte psykolog skal være opmærksom på både egne og faglige begrænsninger. Dette betyder på den ene side, at professionen rent etisk forholder sig til visse begrænsninger for, hvor psykologien har sit gyldighedsområde, iht. metodiske og uddannelsesmæssige kompetencer. På den anden side, kan der argumenteres for, at tolkningen af psykologiens kompetenceområde bliver en subjektiv vurdering hos den enkelte psykolog og at den diagnostiske diskurs, potentielt kunne påvirke denne vurdering. En konsekvens af dette ville være, at den enkelte psykolog kunne fejbedømme sit kenskab til patologi med reel kompetence til at behandle den. Med afsæt i denne hypotese, tydeliggøres nødvendighede i, at professionens autonomi og gyldighedsområde præciseres og ikke mindst differentieres fra den diagnostiske praksis. Den psykodynamiske retning anskuer i høj grad dysfunktioner og patologier, som et udtryk for indre konflikter og personlighedsstrukturer. Denne anskuelse betyder, at tilgangen potentielt negligerer de biologiske og sociale faktorer og kunne derfor kritiseres for intrapsykisk reduktionisme (Bertelsen, 2000, pp. 198-108). Alle teorier vil ifølge Bertelsen primært fokusere på et aspekt af dets genstandsfelt og dette er derfor i sig selv ikke problematisk, med mindre det medfører en ontologisk reduktionisme (ibid., pp. 200-201). Formålet med en differentiering imellem psykologien og psykiatriens forskellige kompetenceområder er deraf også, at blotlægge hvilke dimensioner af behandlingsperspektiver de hver især bidrager med. For at illustrere hvordan forskellige former for reduktionisme kan få konsekvenser for behandlingen vil jeg i det følgende afsnit, diskutere positionernes forskellige tilgange til udredning.

## Psykologisk vs psykiatrisk udredning

I et psykodynamisk perspektiv, vil terapeuten udarbejde en anamnese med udgangspunkt i en eller flere assessmentsamtaler, som fokuserer på tidligere og nuværende sociale forhold, opvækst, beskrivelser af psykiske vanskeligheder, tidligere behandlingsforløb og forventninger til kommende behandling. Ydermere vil der fokuseres på anvendelse af forsvar, mulighed for alliance, personlighedsorganisering, tilknytningsmønster og mentaliseringsevne (Jacobsen & Mortensen, 2013, pp.78-91). Dette er selvfølgelig en forenklet gengivelse af en assessmentsamtale, men den beskriver de generelle terapeutiske observationspunkter. Det væsentlige er, at det bliver tydeligt, at vægtlægningen af eventuelle neurologiske eller biologiske aspekter negligeres. Eksempelvis kan depressive symptomer være udtryk for både hormonelle forstyrrelser, hovedtraumer, hjernesvulster eller andre biologisk betingede lidelser og disse aspekter kunne grundet tilgangen, samt psykologens manglende medicinske kendskab let overses (Kalat, 2007, 459). Deraf er der risiko for, at tilgangens mulige blindhed over for egen reduktionisme, kunne forsinke en reel diagnostisk udredning og igangsættelse af, en måske livsnødvendig medicinsk behandling.

Hvis en depression i stedet udredes og behandles i et psykiatrisk perspektiv, udarbejdes der også en anamnese. Denne har dog ud over psykosociale forhold, langt mere fokus på genetisk disposition, komorbiditet, somatiske udredning og diagnostisk evaluering af lidelsens sværhedsgrad og livstidsforløb (Kragh-Sørensen & Kessing, 2010, pp. 380-396). I dette perspektiv er det de biologiske samt diagnostiske/differentialdiagnostiske kriterier der vægtlægges og især sværhedsgraden af den depressive tilstand fungerer som guideline for, hvornår der vælges en medicinsk,terapeutisk eller kombineret behandling (ibid., pp. 426-428). Der kunne på den ene side argumenteres for, at den psykiatriske udredningsprocedure sikrer, at den rigtige diagnose stilles og at risikoen for fejlbehandling dermed minimeres. På den anden side, kan der også rejses flere kritikpunkter ved hele den diagnostiske praksis, som bl.a. manglende fokus på individets historie, specifikke problemer og den sociale kontekst (Zahavi & Parnas, 2010, p. 84). Endvidere er der kritiske stemmer, som Brinkmann,(2010), Horwitz, (2003) og mange andre der argumenterer for, at psykiatrien overdiagnosticerer og er for ukritiske ift. anvendelsen af medicinsk behandling. Denne debat vil ikke forfølges nærmere i dette afsnit, men er selvfølgelig et element, som adskiller de to behandlingsperspektiver. Zahavi og Parnas (2010) der begge er psykiatere og undervisere på Københavns Universitet, forholder sig også kritiske til denne tendens inden for psykiatrien, som de bl.a.mener hænger sammen med, at den operationelle tilgangs forsøg på at sikre reliabiliteten, fører til en negligering af de subjektive fænomener (Zahavi & Parnas, 2010, p. 84).

Denne korte skitsering og diskussion af hhv. den psykologiske og den psykiatriske behandlingstilgang illustrerer på den ene side, hvordan der ved begge perspektiver er en risiko for en reduktionisme, som kan have forskellige konsekvenser. På den anden side, illustrerer den også, at begge tilgange har hver deres styrker og at de på mange måder, som nævnt tidligere, komplementerer hinanden. Den psykodynamisk tilgang synes heraf også, at have flere styrker både ift., at definere professionens autonomi og differentiere imellem psykologi og psykiatri. Til gengæld kan tilgangen argumenteres for, at være blind over for egen reduktionisme, som afgrænser fokus til de ubevidste og intrapsykiske processer samt i praksis, at mangle mere operationaliserbare metoder. Samtidigt synes tilgangens ontologiske perspektiv på selvet og identitetsdannelsen også, at mangle fokus på den sociale og kulturelle konteksts betydning. Derfor findes det nødvendigt, at inddrage et socialpsykologisk perspektiv, som kan redegøre for problemstillingens diskursive element. Specialets hypotese består jo i en antagelse om, at både professionen og kulturen er præget af en diagnostisk diskurs og for at kunne undersøge denne påstand og forklare hvilken betydning dette måtte have, inddrages positioneringsteorien.

# Socialpsykologi

Forud for den egentlige redegørelse af positioneringsteorien, placeres den i en psykologihistorisk kontekst. Efterfølgende redegøres der for de mest centrale og kontekstrelevante dele af teorien, som senere anvendes som forklaringsredskab til projekts undersøgelsesfokus.

Positioneringsteorien er en af flere diskursteoretiske modeller, der har sine rødder i socialpsykologien, som bl.a. har udspring i interaktionismen (Skovlund, 2007, p. 185). Interaktionismen blev grundlagt, som en fjerde retning inden for psykologien i slutningen af 1800 tallet, hvor det hidtil havde været den tidlige form af behaviorismen, psykoanalysen og eksperimentalpsykologien der dominerede. Ophavsmændene inkluderer James (1842-1910), Cooley (1864-1929) og Mead (1863-1931) og det innoverende ved interaktionismen var, at de flyttede deres observationer af mennesket væk fra laboratoriet og ud i den sociale virkelighed (Skovlund, 2007, pp. 186-187). Herved skete der et fokusskift i psykologien som betød, at individet ikke længere blev betragtet som isoleret fra sin verden men i stedet, som en del af den verden det omgives af og interagerer med. Som følge at dette begyndte psykologien også, at fokusere på alle de processer der ligger uden for individet, som normer, kultur, sprog og kommunikation og hvordan disse påvirker individets identitet og omgang med verden (ibid., p. 188).

## Positioneringsteori

Positioneringsteorien er i sig selv en ganske ny teori, som er udviklet af Harrè og Langenhove (1999). I denne sammenhæng anvendes en revideret og videreudviklet udgave af Harré og Moghaddam (2003). Selve teorien er bygget op omkring begreberne position og positionering, som defineres adskilt. En position defineres, som et løst sæt af socialt definerede rettigheder og pligter, der begrænser handlemulighederne i en given ramme (Harré & Moghaddam, 2003, p. 5). Disse rammer er typisk diskursivt definerede inden for en kulturel kontekst hvilket betyder, at positioneringsteorien ikke forholder sig til ontologiske aspekter, af den observerede livsverden. Begrebet *position* indgår som et af elementerne i det der betegnes, som positioneringstrekanten. Denne model beskriver hvordan position, narrativer og handling til sammen fungerer, som det der skaber og udgør en positionering. En position, defineres som en kontekstafhængig rolle, som eksempelvis en lærer, elev, politiker eller læge. En position har kun en funktion ift. relationer til andre og følges i øvrigt af visse forpligtigelser og rettigheder, som tildeles af den institution eller person, som har tildelt positionen (Harré & Slocum, 2003, p. 125). Handlinger betegnes både som forskellige former for gestus, bevægelser og måden vi udtrykker ord på. Samtidigt, hænger handlinger sammen med, hvilken position den der udfører handlinger har (ibid., p. 128). På samme måde hænger narrativerne sammen med positionen og handlingerne. Dog kan et individ godt indtage flere positioner og deraf have flere narrativer inden for samme kontekst (ibid., pp.128-129).

Positioneringsteoriens anvendelighed som analyseredskab kræver en forståelse af de mange faktorer, der indgår i situationen eller forholdet der skal analyseres. Eksempelvis siger Harré og Moghaddam, at positioneringer ofte er indirekte, ubevidste og uden for kontrol af den der positioneres. En positionering er også altid relationel, dog kan det både være en interpersonel relation eller en mere indirekte relation, som rammesættes af en institution eller en kontekst, som fx imellem læge og patient eller blot patient og sundhedssystemet (Harré & Moghaddam, 2003, pp. 6-8). En positionering kan dog også være både bevidst og intentionel hvilket kommer til udtryk i den diskursive praksis, enten igennem de narrativer som individet anvender til at beskrive sig selv eller den position, som individet er tildelt eksempelvis via en jobfunktion. Disse to former for positionering betegnes som første og anden grads, med den sidst nævnte som en anden grads positionering (Walton, Coyle & Lyons, 2003, p. 45).

## Positionering i praksis

Hvis denne teoretiske forståelse skal sættes ift. den aktuelle problemstilling, er det nødvendigt både at analysere de direkte og de indirekte positioneringer, som opstår i relationen og konteksten af det terapeutiske arbejde. Samtidigt vil klientens narrativer omkring egen position og positioneringer uden for den terapeutiske kontekst, også have betydning for den terapeutiske relation og samspil. Hvis der her anvender eksemplet fra indledningen, med klienten der var diagnosticeret med anoreksi, så var hendes henvendelsesgrundlag, at hun oplevede stigende identitetsproblemer i takt med, at hun fik det bedre. Problemstillingen bestod i, at hvis hun skulle slippe sin narrative selvfortolkning som syg, hvem var hun så? I et positioneringsteoretisk perspektiv vil jeg forsøge, at forklare hvordan problemstillingen fremtræder i det konkrete eksempel og deraf må der først defineres, hvilke rammer og positioner der indgår i det relationelle forhold. Relationen mellem klienten og mig kan siges både at være interpersonel og indirekte, idet vi jo på den ene side møder hinanden med de menneskelige egenskaber og personligheder, som er medvirkende faktorer for etableringen af den terapeutiske alliance. (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 93). På den anden side, mødes vi også i en terapeutisk ramme som betyder, at der er nogle foruddefinerede rettigheder og pligter, som begrænser det relationelle forhold ift. vores positioner, som henholdsvis klient og behandler. Ydermere har klienten i dette tilfælde en sekundær position som diagnosticeret, der også har betydning for den positionering der opstår i vores relation. Positioneringsteorien fremhæver, at en position oftest er situationsspecifik og i dette tilfælde, vil måden klientens opfattelse af sin egen position som diagnosticeret, også variere ift. til kontekster (Harré & Slocum, 2003, p. 127). Alligevel kan det forventes, at det diagnostiske aspekt, influerer på alle kontekster klienten indgår i, idet hendes lidelse ikke kun fremtræder som en mental bevidsthed hos hende selv, men også fremtræder i somatisk form, via hendes lave kropsvægt og adfærd omkring mad.

Klientens egen positionering som syg kan både være intentionel og ubevidst og det er derfor svært at skelne så konkret og opdelt, som i den indledende præsentation af teorien. Klienten kan fra tidligere behandler/ patient relationer have en forventning om, at blive mødt i en position som syg og positionerer deraf sig selv intentionelt som sådan. Hvilket sker på baggrund af de narrativer hun anvender til, at beskrive sig selv og sin problemstilling (Walton, Coyle & Lyons, 2003, pp. 45-46). Men idet en positionering samtidig er relationel kræver det, at jeg anerkender den position klienten indtager hvorved den diskursive praksis kommer i spil. Såfremt jeg anerkender hende som patient og indtager et diagnostisk perspektiv på hendes problemstilling, vil det også påvirke min interventionsmetode. På samme tid, accepterer jeg også den positionering, som klienten tildeler mig, altså som behandler der accepterer hendes position som syg. Deraf defineres rammerne også for, hvilke rettigheder og pligter vi har i relationen (Harré & Slocum, 2003, pp. 125-126). I det konkrete tilfælde accepterede jeg ikke hverken klientens selvpositionering eller den positionering som jeg blev tildelt, hvilket Harré og Van Langenhoven (1999) betegner, som en forhandling af første ordens positionering (Walton, Coyle & Lyons, 2003, p. 45). Terapeutisk set betød det iht. det psykodynamiske perspektiv, at klientens forståelseshorisont blev udfordret, hvilket gav hende mulighed for, at forstå sig selv og sine handlemuligheder i et nyt perspektiv. Iht. positioneringsteoriens fundering i den socialkonstruktionistiske tilgang til selvet, som en social konstruktion, ville klientens selv og narrativer om dette i høj grad være kontekstafhængig. Til gengæld bliver identiteten, i henhold til denne position sidestillet, med de narrativer vi fremstiller omkring os selv. I den sammenhæng er det væsentligt, at der skelnes imellem roller og positioner ved, at definere roller som mere statiske og forbundet med positioner, hvorimod positioneringer er dynamiske og konstant til forhandling (Taylor, Bougie & Caouette, 2003, p. 204-205). Deraf bliver det også nødvendigt, at forstå om en diagnose er en rolle som individet tildeles, eller om det er en positionering. Der kan argumenteres for, at det er begge dele men, at det er konteksten der definerer det. Hvis en diagnose defineres som en rolle, må det være fordi den sættes ift. en relationel ramme af eksempelvis patient og behandler. Samtidig er det også sandsynligt, at rollen som patient kan bringes i spil i andre kontekster, via individets narrativer om denne rolle. Dette betyder jo, at individet positionerer sig selv som syg, uden for en behandlingsmæssig kontekst og for at forstå det, må vi også begrebsliggøre hvilke formål det tjener. For det første indgår den diagnostiske selvforståelse som en del af individets biografiske narrativer. Det at positionere sig selv som syg bliver deraf en måde, at udtrykke noget om egen identitet på. Samtidig kunne man også argumentere for, at det at positionerer sig selv som svag, kan forstås som en gevinst, fordi det fratager individet ansvar, berettiger til at modtage hjælp og fungere som en metode til, at appellere til andre om omsorg. Konsekvensen er på den anden side, at hvis diagnosen udgør en rolle eller position, som opretholdes på tværs af kontekster, begrænses individets rammer for handling også. Dette kan dog kun lade sig gøre, hvis der samtidigt eksisterer en generel viden og opfattelse af en bestemt diagnose, altså en given diagnostisk diskurs, som fordrer at individet bliver positioneret af andre iht. denne forståelse. Hvis denne argumentation skal uddybes kunne det eksemplificeres med ADHD diagnosen, som nævnt i indledningen er så diskursivt udbredt, at individer med denne diagnose, ville blive positioneret på en bestemt måde, grundet en forhåndsdefineret forventning om, hvordan et menneske med denne diagnose handler, agerer og tænker. Denne proces kunne argumenters for, at være en stigmatisering, som i sidste ende kunne medføre en selvopfyldende profeti. Rosenthal (1933) påviste jo denne teori tilbage i 1968 og i iht. forholdet mellem positionering og psykiske lidelser, inddrages relevante dele af Goffmans teori om stigmatisering.

## Goffman om stigma

Goffmans teori udspringer af interaktionismen, som jeg i denne sammenhæng har placeret sammen med diskurspsykologien, under socialpsykologien som en fællesbetegnelse. Alligevel må det bemærkes, at det ontologiske perspektiv på selvet er anderledes hos Goffman end hos socialkonstruktionismen, idet Goffman mente, at vi bag vores mange sociale roller også har et sandt selv (Skovlund, 2007, pp. 208-209). Personligt finder jeg Goffmans redegørelser af dette selv svært tilgængelige og mener også, at han er uklar omkring, hvornår rollerne adskiller sig fra det egentlige selv. Jeg vil derfor ikke redegøre nærmere for Goffmans perspektiver på selvet og forskellen ift. positioneringsteorien, idet dette ikke findes relevant for selve problemstillingen. Det primære fokus vil her være på hans definition af stigmatisering og fusioneringen af de to perspektiver forekommer samtidigt uproblematisk, idet positioneringsteorien selv henviser til Goffmans perspektiver på sociale roller og stratetisk interaktion (Parrott, 2003, pp. 32-33). Goffman skrev bogen *Stigma* i 1963, men her anvendes den danske udgave under samme titel, fra 2009.

Goffman inddeler mennesker i nogle forskellige kategorier som enten” normale”, ”potentielt miskrediterede” eller ”miskrediterede” (Goffman, 2009, pp. 46-47). Der skelnes dog ikke altid imellem miskrediterede og potentielt miskrediterede, idet definitionen af dette afgøres i det sociale miljø. Et miskrediteret individ er stigmatiseret på baggrund af et umiddelbart kendt eller synligt særpræg, som eksempelvis kropslige misdannelser, etnicitet, social status, eller tydelige adfærdsmæssige afvigelser (ibid., p. 46). Et potentielt miskrediteret individ er til gengæld ikke synligt eller påfaldende afvigende, men kan fx ha en psykisk lidelse, en hemmelig bibeskæftigelse, som den pæne borgerlige kvinde der hemmeligt arbejder som prostitueret, eller den homoseksuelle mand, der lever som almindelig familiefar. Disse mennesker har en miskrediterende information om dem selv, som de mere eller mindre bevidst skjuler for, at passere som normale (ibid., p. 113). Dette kalder Goffman for ”passing” og han mener, at fordelene ved at passere som normal er så store, at alle som udgangspunkt vil forsøge, at fastholde denne sociale identitet. Goffman siger dog også, at den potentielt miskrediterede, kan have flere sociale identiteter, hvorfor stigmaet godt kan være kendt i nogle sammenhænge, men ikke i andre. Til gengæld vil dette som oftest føre til en frygt for, at blive afsløret i de ”forkerte” sammenhænge og individets personlige identitet bliver deraf på samme måde som den sociale identitet, opdelt iht. de sociale rum. Ifølge Goffman, påvirkes individet af et stigma på forskellig vis iht. det han betegner som den ”moralske karriere”. Her er det afgørende om individet altid har haft et stigma, eller først erhverver det senere i livet (ibid., pp. 73-78). Til trods for, at et individ godt kan have haft en medfødt miskrediterende egenskab, kan det lokale samfund have beskyttet individet imod, at opleve sig selv som stigmatiseret via ”omsorgsfuld informationskontrol” (ibid., p. 74). Derved kan selv medfødte stigmas først skulle håndteres og accepteres i voksenlivet, selv om dette langt fra er normen. Goffmans perspektiv på den moralske karriere som stigmatiseret beskriver, hvordan individet på den ene side skal forholde sig til sin egen opfattelse af normalitet, samfundets opfattelse af det omhandlende stigma og hvilke konsekvenser det pågældende stigma medfører. På den anden side, skal individet samtidigt forholde sig til, hvordan stigmaet påvirker identiteten, selvagtelsen, forbindelser til andre mennesker og tilhørsforhold til nye grupper (ibid., pp.75-78). Goffman påpeger på samme tid, at et stigma på den ene side kan udnyttes som en undskyldning for de nederlag, som individet af andre grunde har lidt. På den anden side, kan et stigma anvendes til, at fremhæve visse bedrifter som ekstraordinære fordi de almindeligvis betragtes, som udelukket for mennesker med det pågældende stigma (ibid., p. 51). Som jeg tolker Goffman iht. denne redegørelse, er stigmatiseringsprocessen altså noget der dels foregår, som en social proces inden for en given kulturel ramme. Samtidigt er det en intern proces i individet, hvor accept og håndtering af det pågældende stigma, både kan begrænse og fordre i forskellige sammenhænge. Konsekvenserne af at være stigmatiseret afhænger således, af flere forskellige faktorer. Dels er stigmates synlighed af stor betydning, idet synligheden påvirker individets muligheder for informationskontrol omkring eget stigma (ibid., p. 91). Ved mulighed for informationskontrol omkring et stigma, vil individet have mulighed for, at skjule sit stigma og derfor indgå i sociale relationer og sammenhænge, hvor den sociale identitet altså ikke påvirkes af det pågældende stigma. Goffman differentiere som nævnt tidligere med to former for identiteter, hvor han skelner imellem de mange forskellige sociale identiteter og den personlige identitet. Den Personlige identitet betegner Goffman, som en unik sammensætning af alle de sociale identiteter individet har og som noget der er social forbundet. Dermed kan den personlige identitet også eksisterende uafhængigt af individets tilstedeværelse eller bevidsthed omkring den. Til gengæld er det Goffman betegner som *jegidentiteten* en subjektiv og refleksiv bevidst fornemmelse, som individet har omkring sig selv (ibid., pp. 147-148). Stigmaets betydning eller konsekvens for individet, kommer i Goffmans perspektiv derfor til at afhænge af, i hvilket omfang stigmaet omfatter såvel de sociale identiteter som jegidentiteten.

## Opsummering

Med inddragelsen af stigmatiseringsbegrebet, bliver det mere tydeligt, hvordan de sociale processer og positioneringer påvirkes af diskurserne omkring forskellige diagnoser. En given diskurs kan siges, at repræsentere den gængse opfattelse af en diagnose og fungerer dermed som meddefinerende for de stereotype opfattelser, fordomme og forventning til individet, som tildeles via diagnosen (Jacobsen & Kristiansen, 2009, p. 27). Det forklarer også, hvordan positioneringen vil være påvirket af, om stigmaet er kendt i den konkrete sammenhæng og i givet fald, hvilken betydning stigmaet tillægges. I den konkrete terapeutiske setting, kom de forskellige positioner og positioneringer til forhandling, igennem en bevidstgørelse af betydningen af disse. Deraf kunne den terapeutiske proces bl.a. bestå i, at bistå individet i den moralske proces, som muliggør en bevidst håndtering af det stigma, som individet har fået igennem sin diagnose. Dette kunne fx omhandle aktiv informationskontrol modsat fuldstændig åbenhed, eller nye perspektiver på stigmates sociale og personlige betydninger og konsekvenser, som måske ikke er proportionel med den værdi det tillægges af individet selv. Det at gå i terapi kan på den ene side argumenteres for, at bidrage til oplevelsen af stigmatisering, idet klientens behov for terapi nødvendiggør en anerkendelse af problemets tilstedeværelse. Samtidigt kan det, at gå i terapi i sig selv have en stigmatiserende effekt, såfremt det af samfundet betragtes miskrediterende. Netop denne problematik er det, som jeg med dette speciale forsøger, at skabe fokus omkring og som vil blive behandlet yderligere, i den endelige diskussion.

## Deldiskussion

Valget af positioneringsteorien som analyseredskab til det diskursive element af problemstillingen, har både styrker og svagheder. I en overordnet betragtning bidrager teorien til en forståelse af visse elementer omkring diskursernes betydning for, hvordan diagnoserne kan påvirke både klienter, psykologer, relationen imellem disse og befolkningen generelt set. Styrken er, at den anerkender og redegør for, hvordan diskurserne både påvirker individets tendens til at positionere sig selv og andre. Teorien beskriver også, hvordan positioneringen både kan være en bevidst strategi og noget som individet blot bliver underlagt og til trods for perspektivets fokus på strukturer og kultur negligere den ikke, at individet i en vis udstrækning selv har indflydelse på, den positionering som finder sted. Når teorien skal anvendes til, at forklare hvordan behandlingssystemet influerer på individets handlemuligheder, synes den til gengæld at begrænse dennes indflydelse, idet den tildeler visse positioner og strukturer som fx sundhedssektoren, og dets personel en større magt ift. positionering. Deraf mindskes individets muligheder også for, at påvirke positioneringsprocessen i visse sammenhænge (Harré & Slocum, 203, pp. 124, 128-129).

Hvis teorien på samme måde som det psykodynamiske perspektiv, skal evalueres iht. Bertelsens (2000) antropologiske model, kan der også rejses flere kritikpunkter. For det første kan der argumenteres for, at teoriens diskursive tilgang som er funderet i socialkonstruktionismens betragtning af virkeligheden som en social konstruktion, medfører det en antirealistisk ontologi (Bertelsen, 2000, p. 152). Denne kritik er den der oftest fremsættes imod diskursive teorier som fx af Bertelsen. Gergen (2006) som står i font for det socialkonstruktionistiske perspektiv, modsvarer denne kritik med en afvisning af den objektive sandhed, fordi sandheden altid vil være kulturelt og historisk funderet (Gergen 2006, p. 270). Som jeg tolker teoriens perspektiv på sandhed, så er problemstillingen med realismens kritik ift. til det ontologiske, at den diskursive tilgang kun forholder sig til de epistemologiske spørgsmål om sandhed. Deraf findes det heller ikke relevant i denne sammenhæng, at forfølge denne diskussion yderligere. Til gengæld er det relevant, at teorien kan kritiseres for at være kulturreduktionistisk, hvilket betyder, at det ikke har fokus og deraf forklaringsværdi ift. Individets intrapsykiske og biologiske aspekter. Iht. dette må det for det første bemærkes, at teoriens fokus på overordnede strukturer, besværliggør dens operationalisering, idet disse sjældent forekommer så klart definerede i praksis. Samtidigt påpeger teorien selv, at positioneringer er noget der kontinuerligt er til forhandling inden for den samme kontekstuelle ramme. Deraf vil selv en enkelt terapeutisk samtale, omhandle så mange forskellige positioneringer, at en fyldestgørende analyse ikke ville være mulig. Specielt fordi, at flere af de positioneringer der finder sted, ikke engang vil være bevidste for de involverede parter. Når teorien samtidigt fremsætter, at ethvert forsøg på, at forklare og redegøre for bestemte sammenhænge, blot vil være én af mange mulige fortolkninger, reduceres validiteten af den fremstillede analyse på forhånd. I et omvendt perspektiv, kunne dette argumenteres for at være teoriens styrke, fordi den herved anerkender, at der ikke kun findes én rigtig tolkning af problemstillingen og dermed undgår reduktionisme. Teoriens anvendelse var som udgangspunkt kun tiltænkt, som ét af flere perspektiver på problemstillingen og blev netop udvalg på baggrund af dens styrke ift. specialets diskursive elementer. Der kan argumenteres for, at diskursive teorier jo netop er tiltænkt som analyseredskab til tekster og den sprogligt konstruerede virkelighed. Det kan deraf ikke forventes, at teorien kan anvendes til, at belyse hvordan diskurserne eksempelvis påvirker individets intrapsykiske aspekter, hvilket heller ikke har været formålet i denne sammenhæng. Alligevel forholder positioneringsteorien sig også til intrapsykiske elementer af den menneskelige psyke som selvet, hvilket kan problematiseres fordi dette gøres uden en dybdegående redegørelse for, hvordan disse sociale selver reelt konstrueres og hvilke processer der indgår i denne konstruktion. Goffman, som positioneringsteorien henviser til, har forsøgt at redegøre for de forskellige identitetsformer, men som nævnt tidligere, findes også hans definition af denne proces, noget vag og upræcis. Det er min antagelse, at positioneringsteoriens fundering i interaktionismen gør, at der tages udgangspunkt i blandt andre Meads (1863-1931) definitioner af selvet, som noget der er medfødt men, som kun kan udvikles igennem den selvbevidsthed, som opstår igennem kommunikation og social interaktion (Skovlund, 2007, pp. 186, 205). En generel kritik af Interaktionismens og for så vidt også positioneringsteorien kunne være, at den negligerer såvel de intrapsykiske som de biologiske aspekter af selvet. Flere interaktionister bl.a. Mead og Goffman har dog pointeret, at de ikke hævder, at disse aspekter er uden betydning men, at det dette bare ikke er det analytiske udgangspunkt for positionen (ibid., p. 211).

Inddragelsen af Goffmans stigma teori var tiltænkt, som et supplement til positioneringsforståelsen. Umiddelbart kunne der argumenteres for, at positionering og stigmatisering ift. problemstillingen beskriver den samme proces, idet en positionering kan have samme handlingsbegrænsende konsekvenser for individet, som en stigmatisering. Alligevel er der visse forskelle, som fx at positionering altid er relationel, til forhandling og kontekstafhængig, hvilket ikke altid er tilfældet for stigmaet. På den anden side, giver det ikke mening at redegøre for stigmatisering uden samtidigt, at præcisere hvad der definerer normaliteten. Det følgende afsnit omhandler derfor forskellige perspektiver på normalitetsbegrebet og hvordan dette har betydning for specialets fokus.

# Normalitet

I projekt som dette, hvor der søges en begrebsliggørelse af professionens autonomi, mål og forhold til den diagnostiske praksis finders det også nødvendigt, at definere forståelsen af normalitet. Begrebet normalitet står uomstrideligt, som en modsætning til abnormal og der vil derfor altid være en forholdsmæssig forbindelse imellem disse. Ud over den bredere betegnelse af hvad der fremtræder som normalt, vil der inden for forskellige subkulturer også forefindes interne definitioner af normalitet. Det kan siges, at normalitetsbegrebet anvendes til, at trække grænser imellem ”dem” og ”os” og at det abnormale derfor er en forudsætning for, at noget kan betegnes som normalt. Når enkeltpersoner eller grupper stigmatiseres, eller på anden vis bliver betegnet som afvigende fra normen sker der en social eksklusion som kan siges, at fungere som en grænsemarkering af den sociale orden og normalitetsopfattelse (Jørgensen, 2012, pp. 215-217). På samme tid, skabes der også igennem diskurserne, en konsensus omkring, hvordan de ekskluderede er og skal opfattes. Som Jørgensen (2012) påpeger, så vil denne konsensus typisk være præget af fordomme, generaliseringer og unuancerede forestillinger, som gør det svært for det enkelte individ, at blive set og opnå samme rettigheder som majoriteten (ibid., pp. 217-218).

I denne sammenhæng handler definitionen af normalt versus abnormalt givet vis om, hvordan vi forstår psykiske funktioner og adfærd, som kan udledes af disse. Til trods for dette, er normalitet ikke let at definere, hvorfor der også findes utallige eksempler på mulige definitioner. Et fællestræk ved de fleste definitioner af normalitet er, at det betragtes som et sociologisk begreb, som oftest anvendes om det der er gennemsnitligt (Bowers, 1998, pp. 11-12).

I et socialpsykologisk perspektiv, er normalitet forbundet med det der forekommer som mest fremtrædende i en kulturel sammenhæng og hænger deraf også sammen med normer og moral i den kulturspecifikke kontekst. Denne opfattelse af normalitet er bl.a. den der også er repræsenteret hos Goffman som siger, at det er miljøet der fastlægger hvilke kategorier af mennesker, man kan forvente at møde i det pågældende miljø (Goffman, 2009, p. 43). Hvis denne definition skal relateres til, hvad vi så kan betragte som abnormalt, eller indikationer på psykiske lidelser, bliver det klart hvorfor mere præcise afgrænsninger eller klassifikationer, som diagnostiske manualer er nødvendige. Filosoffen og samfundskritikeren Foucault (1926-1984) havde en klar holdning om samfundet, som konstruerende for distinktionerne imellem normalitet og psykiske lidelser og beskrev denne sammenhæng i sit værk: *sindssygdom og psykologi* ,med påstanden om at definitionen af en sygdom kun har værdi inden for en kultur, der anerkender den (Foucault, 2005, p. 109). Herved tillægges ikke bare den kulturelle kontekst en overvejende betydning for hvad der anses for abnormalt, men også diskurserne om normalitet. I et kritisk perspektiv kunne man argumentere for, at det er et kulturreduktionistisk synspunkt som negligerer, at visse biologiske aspekter af en sygdom vil være til stede, uagtet om kulturen anerkender dem eller har diskurser om dem.

I et psykodynamisk perspektiv, betragtes normalitet heller ikke adskilt fra den kulturelle kontekst, men vægtes mere ud fra en betragtning om psykisk sundhed. Tilgangen vurdere derfor normalitet ud fra de psykiske funktioner og disses betydning for, om individet kan fungere passende ift. sine livsomstændigheder (Jacobsen og Mortensen 2013, p. 22). I Freuds perspektiv, stammer såvel den neurotiske som den normale adfærd, fra de samme udviklingsmæssige principper og distinktionen mellem normal og abnormal, bliver derfor mere et spørgsmål om grader end et enten eller (Horwitz, 2003, pp. 42-43). Dette aspekt er væsentligt, fordi det samtidigt hænger sammen med den dynamiske behandlingstilgang, som er beskrevet tidligere. Iht. problemstillingens fokus på differentieringen imellem psykologi og psykiatri er spørgsmålet om normalitet yderst relevant, idet psykiatrien jo netop er et lægeligt speciale, som beskæftiger sig med abnormalitet modsat psykologien, som egentlig har udgangspunkt i begrebsliggørelsen af psykiske normalfunktioner (Parnas, Kragh-Sørensen & Mors, 2010). Dette betyder givet vis ikke, at psykologien kun kan anvendes til at definere og redegøre for normaliteten. Til gengæld betyder det, at psykologiens målgruppe ikke afgrænses til mennesker med patologi, som det er tilfældet for psykiatrien.

I forhold til de diagnostiske diskurser, kunne der også stilles spørgsmål til, hvordan disse påvirker normalitetsopfattelsen. Hvis antallet af diagnosticerede stiger og der samtidigt sker en normalisering af det, at italesætte hinanden ud fra et diagnostisk vokabular, bliver det så det abnormale der bliver normalt? Dette kan der naturligvis ikke gives et entydigt svar på og normalitetsbegrebet hænger jo også sammen med, hvad der betragtes som normale reaktioner på forskellige hændelser. Netop ift. dette peger flere kritikere på, at der er sket et skred i den vestlige kultur (Svendsen, 2010, p. 58). Med udvidelsen af antallet af diagnoser og diagnostiske kriterier, kan der argumenteres for, at det bliver sværere at opfylde normalitetskriterierne. Til gengæld bliver det lettere, at få adgang til professionel hjælp, fordi det der tidligere blev betegnet, som en normalreaktion på en belastende livsbegivenhed, nu kan kategoriseres som en behandlingskrævende tilstand (ibid., p. 59). Samtidig kan det enkelte menneske, som fra et diagnostisk perspektiv fx lider af stress eller depression, afstå fra at opfatte sig selv som syg. Men med udbredelsen af de diagnostiske diskurser, vil omgivelserne hurtigt kunne genkende og identificere forskellige symptomer og deraf betragte en afvisning of sygdom, som et udtryk for manglende sygdomserkendelse. Deraf får diskurserne en stor betydning, idet det øgede bevidsthed om diagnoser og symptomer iblandt normalbefolkningen, samtidigt potentielt forøger tendensen til, at stigmatisere. Grænsefladen for det normale synes altså at indsnævres, når diagnosespektret udvides og symptomgenkendelse samtidigt bliver en del af samfundskulturen. Som Svendsen (2010) argumenterer for, så kunne konsekvensen af en patologiseringstendens være, at kriterierne for normalitet bliver et urealistisk ideal, som kun de færreste kan leve op til (Svendsen, 2010, pp. 72-73). I den sammenhæng giver det god mening, at der i 1980érne opstod en sygdomskategori *normopati*, der beskriver et menneske, som er påfaldende moralsk uforanderlig og fri for symptomer (Køppe, 2011, p. 39). Med andre ord, kan et individ være så normal, at det bliver sygeligt, hvilket i mit perspektiv illustrerer flere foruroligende aspekter. Jeg mener, at en sygeliggørelse af normaliteten vidner om, at der er sket et alvorligt skred i den kulturelle opfattelse af normalitet. Der kunne argumenteres for, at det abnormale er blevet så udbredt, at det normale bliver mødt med en vis skepsis, fordi det at være symptomfri, eller blot sund og sygdomsfri, kun er forbeholdt en elite. Indikationer på, at denne argumentation har sin berettigelse kan siges, at komme til udtryk i eksempelvis fosterdiagnostik, som i dag helt legalt danner grundlag for fravalg af børn, som har en procentvis risiko for, at blive født med defekter. Dette er selvfølgelig et etisk og helt separat emne i sig selv, men nævnes fordi det i min optik illustrerer noget om, at de samfundsmæssige krav og forventninger er så høje, at de også påvirker de moralske forhold. Hvis normalitet bliver defineret som en uopnåelig status, fordi vi lever i en kultur som har fokus på optimering, selvrealisering og effektivisering, så vil en diagnose kunne legalisere, hvis individet ikke har oplevelsen af, at kunne indfri disse krav. I henhold til Goffman kunne der argumenteres for, at de forskellige diskurser om patologier, giver individet mulighed for, at identificere egne nederlag eller manglende evne til at leve op til idealet, som et udtryk for en lidelse. Derved kunne gevinsten af en diagnose også være så stor for individet, at den opvejer stigmaets omkostninger, fordi den sænker omgivelsernes forventninger og krav.

Med denne gennemgang af normalitsbegrebet bliver det tydeligt, at begrebet er fleksibelt og at der er forskellige grader af normalt på samme måde, som der er forskellige grader af abnormalt, eller patologisk. Dette kan siges, at stemme overens med Goffmans beskrivelse af stigmatisering, hvor det netop er graden og synligheden af det der kunne miskreditere individet, der definerer stigmaets betydning. Et andet element som både relaterer sig til stigmatisering og normalitetskonceptet er anerkendelse. Iht. den senere diskussion findes det relevant, at inddrage en begrebsliggørelse af anerkendelsens betydning for individet, idet en diagnose både kan betragtes som en anerkendelse af individets oplevelse af lidelse og samtidigt udløse et stigma. Hele den foregående definition af normaliteten kan siges, at blive opsummeret til, at det er den sociokulturelle kontekst og de gældende diskurser på et givent tidspunkt, som definerer hvad der betegnes som normalt og abnormalt. På samme måde kan det antages, at definitionerne af det normale deraf også har indflydelse på, hvilke egenskaber individet kan opnå anerkendelse for. I det følgende afsnit vil jeg inddrage Honneth (2003) og hans teori om anerkendelse, som vil blive fremstillet i korte og kontekstrelevante træk.

# Anerkendelse

Honneth (1949) er filosof og sociolog og hans analyser af den vestlige kultur, spænder fra kritiske perspektiver på individualitetskulturen og frihedsbegrebet, til patologier. I denne sammenhæng vil der kun fokuseres på selve anerkendelseselementerne og en kort gengivelse af, deres betydning iht. perspektivets anvendelse.

## Honneths anerkendelsesteori

Honneth inddeler anerkendelsesbegrebet i tre sfærer; privatsfæren, den retslige sfære og den solidariske sfære og ifølge Honneth må alle anerkendelsessfærer gennemleves for, at opnå et fuldt realiseret liv (Honneth, 2003, p. 14-15). Anerkendelse i den private sfære, er grundlæggende for individets selvtillid og opnås igennem kærlighedslivet, familien og andre gensidige afhængighedsforhold. I den retslige sfære opnås anerkendelse igennem formelle kapaciteter og universelle rettigheder, som Honneth mener, er basale for individets selvrespekt. Den sidste form for anerkendelse, social anerkendelse, får individet igennem relationer til fælleskaber eller samfundet, hvor individet bliver anerkendt for sit særpræg, engagement og bidrag til fællesskabet (ibid., pp. 15-16). I henhold til specialets bearbejdning af de diagnostiske diskurser, er specielt den sidste form for anerkendelse relevant i denne sammenhæng. Honneth ser anerkendelsen som centralt for individets identitet, hvilket udtrykkes i følgende citat: ”*Når kampen for anerkendelse kan siges at have antropologisk karakter, så er det, fordi individet ikke kan udvikle en personlig identitet uden anerkendelse.”* (Ibid., p. 12). Hvis det antages, at Honneth har ret, vil en stigmatisering som følger en psykiatrisk diagnose betyde, at individet ikke ville kunne opnå den nødvendige anerkendelse. Honneth beskriver, at moralsk krænkelse af individet sker, når individet ikke anerkendes som en person, der har samme moralske tilregnelighed som alle andre (ibid., p. 92). En diagnosticeret psykisk lidelse, kunne netop betragtes som sådan en domfældelse, der samtidigt betyder, at individet heller ikke forventes, at kunne bibringe samme værdier til fællesskabet, som en ikke diagnosticeret. Dette perspektiv er væsentligt, fordi det i overensstemmelse med interaktionismens perspektiv på den sociale spejling, som udgangspunkt for individets identitetsopfattelse. Såfremt individet ikke anerkendes socialt, vil opfattelsen af egen værdi og eget selvbillede også påvirkes negativt. Der kan samtidigt drages paralleller til positioneringsteorien, idet Honneth mener, at alle former for social interaktion rummer gensidige moralske krav, og at sociale forhold er anerkendelsesforhold (ibid., pp. 90-92). Positioneringsteorien henviser på samme måde til moralske forpligtigelser og ordner, som indgår som underkategorier i forskellige positioner (Harré & Slocum, 2003, p. 126).

Ved en opsummering af de mange elementer der indgår i det socialpsykologiske perspektiv bliver det klart, at der er visse teoretiske sammenfald. Samtidigt synes der også at være en sammenhæng i de konsekvenser, som perspektiverne tillægger en psykiatrisk diagnose. Perspektiverne fokuserer på forskellige aspekter af det og bruger forskellige betegnelser, men der kan alligevel argumenteres for, at de udgør en vis konsensus. Positioneringsteorien henviser til forskellige positioners asymmetri, som grundet en generel social anerkendelse, tildeler visse positioner magt til, at positionere andre. Disse positioneringer kan medføre en mere gennemgribende selvpositionering og påvirke individets narrative selvfortolkning, som i denne sammenhæng handler om selvfortolkningen som syg. At være syg, modsat ikke syg eller normal, betragter Goffman som en stigmatisering og ved inddragelsen af Honneth, vil et stigma få konsekvenser for individets muligheder for opnåelse af anerkendelse.

# Diskussion

I den følgende diskussion er hensigten, at få diskuteret hvordan de anvendte perspektiver har bidraget til besvarelsen af specialets problemstilling. De forskellige perspektiver vil også blive diskuteret ift. hinanden og hvordan de hver i sær kan betragtes som komplementære, eller direkte modsatrettede i den konkrete sammenhæng. Formålet med dette er på den ene side, at vurdere den samlede forklaringsværdi af de valgte perspektiver. På den anden side forventes denne proces også, at blotlægge nye mulige perspektiver som kan berige den endelige besvarelse. Selve diskussionen vil af hensyn til omfanget af forskellige elementer, inddeles i forskellige dele, som i et vist omfang vil relatere sig til, den foregående kronologi i specialet. Det følgende afsnit vil således begynde med, en diskussion af anvendelsen af det psykodynamiske perspektiv, som en eksemplificering af professionens autonomi.

## Den psykodynamiske profession

Argumentationen for at anvende det psykodynamiske perspektiv, var bl.a. at positionens fundering i Freuds arbejde gør, at den rent historisk kan betegnes som professionspsykologi. Dette fordi Freud jo netop både etablerede terapi som en psykologisk profession og udviklede sine teorier på baggrund af denne. Før Freud begyndte at beskæftige sig med psykologi, var psykiske lidelser umiddelbart kun forbundet med begreberne ”sindssyge” og ”imbecilitet” og behandlingen blev varetaget af læger og psykiatere på lukkede asyler (Horwitz, 2003, pp. 38-39). Andre lidelser som vi kender i dag som angst, nervøsitet, seksuelle dysfunktioner og sociale fobier, blev betragtet som somatiske eller sjælelige lidelser, som typisk blev forsøgt behandlet af læger og præster (ibid., p. 43). Freuds arbejde betragtes altså som skelsættende både ift. Forståelsen af psykiske lidelser og måden man behandlede dem, fordi der i det dynamiske perspektiv ikke var en direkte sammenhæng imellem symptomer og de underlæggende sygdomme (ibid., p. 44). En væsentlig pointe ift. specialets fokus på diskurser og diagnoser er, at det dynamiske perspektiv opfatter symptomer, som et udtryk for socialt accepterede måder, at manifestere ubevidste konflikter på (ibid., p. 46). Dermed placeres samtidens normer og diskurser omkring normalitet og afvigelse også, som vigtige elementer ift. teoridannelser og behandlingsmetoder. I forhold til den psykodynamiske forståelse af symptomer, så betragtes disse ikke som grundlag for en diagnostik af to årsager. For det første fordi mange forskellige lidelser kan dele de samme symptomer og for det andet, fordi den samme type konflikt kan komme til udtryk via forskellige symptomer (Horwitz, 2003 p. 47). I et behandlingsmæssigt perspektiv betyder det derfor, at løsningen på problemet som udgangspunkt skal findes, i klientens personlige historie. Dette er jo på den ene side en positiv anskuelse, som tillægger den menneskelige autonomi en betydningsfuld rolle ift. at blive lidelsesfri. På den anden side, negligerer det også, som nævnt tidligere, at symptomerne kunne have en biologisk eller neurologisk årsag. Samtidigt, kan der argumenteres for, at det psykodynamiske perspektiv med sit intrapsykiske fokus, tilskriver individet det primære ansvar for egen mentale sundhed, hvilket kan problematiseres af flere grunde. For det første viser flere undersøgelser, at det terapeutiske udbytte hænger sammen med, hvor velfungerende et individ er. Dermed er terapi ikke for alle og visse individer vil af forskellige grunde, som fx mentale handicaps, grad af dysfunktion eller patologi, ikke kunne profitere af terapi (Jacobsen & Mortensen, 2013, pp. 71-73). Rent historisk, da psykoanalytisk terapi blev mere udbredt, var den primære klientgruppe også de intellektuelle, mennesker med ukonventionelle livsstile og den generelt mere velhavende del af borgerskabet (Horwitz, 2003 p. 48). Dette skylde dels, at terapi var en meget langvarig og bekostelig affære samt, at der i en dynamisk forståelse kræves et vist vokabular og refleksionsevne hos klienterne. Senere har den psykodynamiske retning udviklet sit anvendelsesområde med mere støttende terapiformer, korttidsterapi og fx mentaliseringsbaseret terapi, som er målrettet mennesker med personlighedsforstyrrelser (Huprich, pp. 83-85). For det andet kan det problematiseres, at vægtlægningen af de intrapsykiske aspekter som udgangspunkt for individets problemer negligerer, at individets sociale miljø både kan være en del af problemet, en vedligeholdende faktor, samt en nødvendig ressource. Denne problemstilling kunne eksemplificeres ved en eventuel stigmatisering, som følge af en psykiatrisk diagnose. Her ville terapien kunne hjælpe individet til en accept og større forståelse af sin situation. Klienten ville også kunne få redskaber til, at håndtere sin situation andreledes, men klienten ville stadig være diagnosticeret og ville fortsat opleve, at føle sig stigmatiseret ift. arbejdsmarkedet, venner, familie og måske behandlingssystemet. Det psykodynamiske perspektiv kan deraf kritiseres for, at mangle fokus på, de ydre rammers indvirkning og betydning for individets problemstillinger og handlemuligheder.

I forhold til anvendelsen af den psykodynamiske tilgang, som et ikke diagnostisk perspektiv, illustrerer den foregående diskussion, at der er flere problemstillinger forbundet med dette. På den ene side tilbyder positionen, som beskrevet tidligere, et perspektiv som på mange måder står i opposition til den standardiserede diagnostik og behandlingstilgang. Tilgangen forekommer også mere optimistisk og mindre deterministisk, med dens perspektiv på helbredelse, som noget der kan opnås igennem terapi. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at tilgangen ikke oprindeligt var tiltænkt, som behandlingsmetode til svære psykiske lidelser med psykotiske tilstande (Horwitz, 2003, p. 43). På den anden side, er den psykodynamiske tilgang alligevel den, der typisk forbindes med behandlingen af patologi, som dens anvendelse inden for psykiatrien er et eksempel på. At tilgangens primære anvendelse og udbredelse er inden for de psykiatriske rammer, hænger antagelig sammen med de historiske rammer samt, at tilgangen netop tilhører betegnelsen klinisk psykologi. I praksis har min egen erfaring været, at tilgangens styrker netop ligger i dens fokus på individets individuelle tolkning og selvforståelse. Men vægtningen af tolkninger som udgangspunktet for det terapeutiske arbejde, kunne samtidigt argumenteres for at være tilgangens svaghed, når det sættes ift. specialets problematisering af de diagnostiske diskurser. Hvis målet med terapien består i at hjælpe klienten til en ny forståelseshorisont, ved hjælp af en ny narrativ selvfortolkning, så påvirkes klienten også af den fortolkningsramme som terapeuten anvender (Olsson, 2007, pp. 204-209). Når positionen på samme tid, ophøjer psykologens rolle til ekspertstatus og anerkender det asymmetriske forhold i den terapeutiske relation, får det afgørende betydning, hvilket fortolkningsperspektiv psykologen anvender. Såfremt vores profession influeres af diagnostiske diskurser, er der potentielt også risiko for, at individets problemstillinger i vil blive fortolket i en diagnostisk ramme. Dette er i sig selv ikke problematisk, hvis formålet med samtalen er af udredende eller psykoedukativ karakter. Hvis vi derimod indtager et mere antipsykiatrisk perspektiv, vil problemet med den diagnostiske fortolkningsramme være, at vi som psykologer kunne overse, at klientens problemstillinger i højere grad skyldes livsproblemer end en sygdom (Brinkman, 2010, p. 26). Denne problematik kan siges, at være hele grundlaget for specialets udformning, fordi professionen i mit perspektiv bør differentiere sig fra den medicinske forståelse af menneskelig lidelse og i stedet fokusere på det fænomenologiske aspekt af den. Her kan den psykodynamiske tilgang siges, at have sin styrke. For til trods for den rejste kritik af dens vægtlægning af de intrapsykiske aspekter, så er dens mål ikke at tildele individet en diagnose, men at forstå og skabe udvikling.

## Psykologiens rolle

Det er oplagt, at mennesker søger professionel hjælp, fordi de ikke har oplevelse af, at kunne løse deres problemer selv. Når individet opsøger en psykolog, kan der være flere årsager til dette. På den ene side, kunne der argumenteres for, at den subjektive opfattelse af normalitetskravene påvirker individets tilbøjelighed til, at devaluere sig selv og deraf også troen på egen mestringsevne. På den anden side, har mennesker igennem historien altid brugt vigtige andre til at rådføre sig med, i livets vigtige og svære anliggender. Men i skiftet fra den kollektive til det individuelle bevidsthed, har individet i større grad måtte se indad for, at finde ud af hvad der er rigtigt og forkert. Kvale (2003) mener, at det netop kirkens tab af position, som har givet plads til psykologien, fordi individualiseringsprocessen har medført, at interessen for sjælen er blevet erstattet med interessen for selvet (Kvale, 2003, pp. 581-582). Deraf kan psykologien siges, at have overtaget rollen fra religionen, som den der udstikker guidelines for den menneskelige eksistens. Perspektivet giver i tråd med individualiseringen og sekulariseringen ganske god mening og i notater fra 1895, har Freud selv påpeget, at der er visse sammenhænge imellem de to former for praksis (ibid., p. 583). Dette ses bl.a. i parallellerne der kan drages imellem den katolske skriftepraksis og den freudianske praksis, i såvel settings som i den fri associationsmetode. Alligevel er der en markant forskel som består i, at psykologien modsat kirken, ikke arbejder med den moralske domfældelse over individet. I stedet overlades de moralske aspekter til de gældende samfundsnormer og forventninger og psykologens opgaver kan derfor siges til enhver tid, at afspejle de normsætninger, som problematiserer individets væren i verden. Hvis der holdes fast i denne argumentation så mener jeg at det taler for, at vi som psykologer ikke som udgangspunkt, bør forholde os diagnostisk til vores klienter. Diagnoser kan som nænt tidligere betragtes, som en moralsk domfældelse af individet, hvor stigmaet bliver den sociale konsekvens og anerkendelse af denne dom. Hensigten er ikke, at fremstille diagnoser som den store synder, eller som et redskab, der ikke har sin berettigelse. Pointen er nærmere, at jeg mener at vi bør overveje i hvor høj grad, de bør integreres og influere på den psykologiske praksis. Horwitz plæderer givet vis for, at de økonomiske aspekter af behandlingssystemet fastlåser profession i en diagnostisk afhængighedsramme. Denne argumentation kan ikke afvises, men findes alligel heller ikke udtømmende. Horwitz kan kritiseres for, at være for unuanceret i hans perspektiv på diagnostiske systemer, når han udelukkende betragter dem, som behandlingssystemets legitimering af egen eksistens. Som nævnt i indledningen, stiller jeg mig ikke kritisk over for diagnosernes validitet, jeg forholder mig blot til, i hvilket omfang der kan argumenteres for, at de beriger arbejdet i den psykologiske praksis. I den henseende kan der argumenteres for, at jeg i mit perspektiv som kommende fagperson, stiller mig kritisk ift. dette spørgsmål, hvilket specialet jo netop er et udtryk for. Spørgsmålet jeg ønsker at stille er vel, hvilken hjælp vi ønsker at tilbyde vores klienter? Med de mange psykologiske paradigmer og interne uoverensstemmelser omkring hvad psykologiens mål og virke er, kan dette givet vis ikke besvares hverken entydigt eller endegyldigt. Alligevel finder jeg det relevant, at vi som profession spørger os selv, om individets problemer som udgangspunkt skal forstås som et udtryk for patologi, en indre konflikt, en belastningsreaktion eller en kombination. Umiddelbart kan der argumenteres for, at dette spørgsmål kan besvares via det psykodynamiske ideal om, at frisætte terapeuten fra en kategoriserende måde at tænke om klienten og i stedet, se på den individuelle historie (Jacobsen & Mortensen, p. 21). Dette ideal kan tilgangen dog argumenters for selv, at have svært ved at leve op til, fordi den jo netop er funderet i et ”indefra og ud” orienteret perspektiv. Når psykologiske problemstillinger fortolkes ud fra et bestemt perspektiv betyder det også, at der på forhånd er en bestemt diskurs omkring hvordan problemerne kan forstås og behandles.

Denne diskussion har medført, at den psykodynamiske position kan argumenteres for blot at være én ud af flere fortolkninger eller diskurser omkring, hvad psykologien og den menneskelige psyke er. I det følgende afsnit, vil jeg derfor diskutere, hvordan psykologien både kan argumenteres for, at være en diskurs og samtidigt være præget af diskurser.

## Diskurser i og omkring psykologien

Når jeg i specialets problemformulering har afgrænset min undersøgelse til, hvilken betydning de diagnostiske diskurser har for professionen og vores klienter, handler det om at jeg mener, at vi let kan tabe fokus for, hvilke andre styrker og anvendelsesmuligheder psykologien har, ift. den samtid vi befinder os i. Der kunne argumenteres for, at psykologien i sig selv bidrager til de diskurser, der definerer professionens autonomi. Dette sker igennem den forskning der bidrages med, de metoder og perspektiver vi som psykologer anvender og selvfølgelig hvad vi anvender dem til. Hvis professionen primært beskæftiger sig med patologi, findes det plausibelt at antage, at dette også vil præge den samfundsmæssige diskurs og opfattelse af hvad psykologien er. Min bekymring i denne sammenhæg er, at det eksempelvis igen vil blive tabuiseret at gå til psykolog, fordi det samfundsmæssigt vil blive betragtet, som et udtryk for patologi. I mit perspektiv, ville det være et stort tilbageskridt for professionen, idet dens udbredelse igennem de seneste 10 til 15 år kan siges, at hænge sammen med en øget tendens til, at søge professionel hjælp og at der deraf er sket en aftabuisering. Som tidligere argumenteret, hænger det givet vis også sammen med samtidens kultur, diagnoser, økonomi og ikke mindst diskurserne. Men når jeg argumenterer for, at der er sket en aftabuisering henviser det til, en generel udvikling i psykologiens anvendelse og at psykologer i dag er blevet en integreret del af både skoler, hospitaler, det private erhvervsliv og mange andre steder. Der kan altså argumentere for, iht. normalitetsbegrebet, at psykologien er blevet en mere normal del af hverdagslivet.

Begge de anvendte positioner i specialet kan siges, at repræsentere en diskurs omkring psykologiske fænomener. Positioneringsteorien kan argumenteres for, at være mere bevidst omkring dette element, idet den netop centrerer sig omkring det narrative og det kontekstrelaterede, som udgangspunktet for enhver analyse. Til gengæld kan tilgangen argumenteres for, at negligerer individets indre dynamikker, prædispositioner og vilje, hvilket får individet til at fremstå som overvejende ydrestyret. Den psykodynamiske tilgang, er mere forankret i nogle bestemte kausalitetssammenhænge, som i et praksisorienteret perspektiv gør den lettere at operationalisere. Alligevel kunne der augmenteres for, at begge positioner har det fællestræk, at de ser sproget som det konstruerende og afgørende for bevidstgørelsen. I det psykodynamiske perspektiv skaber individet sin psykologiske sandhed igennem sine fortællinger og kun igennem sproget, kan individet gøre det ubevidste bevidst. På samme måde ser det socialpsykologiske perspektiv, som her er repræsenteret via sine rødder i interaktionismen, sproget som afgørende for individets identitet. På trods af ontologiske forskelligheder og perspektiver på selvet, så får sproget og dermed også diskurser en central rolle igennem begge tilgange. Der er dog visse forskelle, som har betydning for hvordan de to positioner tolker individets narrative konstruktioner af sig selv. I et diskursivt perspektiv, vil individets sproglige konstruktion af sig selv betragtes, som et udtryk for de kulturelt tilgængelige diskurser. I et psykodynamisk perspektiv, anses denne konstruktion i stedet, som et udtryk for individets psykiske struktur og realitet. Dette betyder i praksis, at der er en stor forskel på, hvilken mening de enkelte ord tillægges og hvordan de vægtes. Et andet betydeligt element som differentierer de to tilgange er, at hvor en diskursiv analyse vil betragte en bestemt narrativ fremstilling som kontekstafhængig, så vil det psykodynamiske perspektiv anse disse narrativer som psykisk forbundet og derfor også mere gennemgående på tværs af kontekster (Wetherell, 2003, p. 106). Deraf kan terapi også argumenteres for, at tillægges en større behandlingsmæssig værdi i det psykodynamisk perspektiv, idet den terapeutiske bearbejdning af narrativerne, vil være af mere gennemgribende karakter.

I det psykodynamiske perspektiv, handler det terapeutiske arbejde, som beskrevet tidligere, om at undersøge og afhjælpe de indre konflikttilstande og opnå større autonomi. Hvis Freuds personlighedsmodel anvendes som udgangspunkt for dette behandlingsperspektiv og der fokuseres på samfundets indflydelse på overjegets konstruktion, kan diskurserne siges, at få en vigtig betydning. Jeg- idealet er en del af overjeget og kan betegnes som produktet af omverdenens idealer, der fungerer som et forbillede for selvet. Dette forbillede farves både af individets betydningsfulde andre og samtidens kulturelle idealer og fungerer ifølge Freud, som målet for hvordan individet ønsker at være (Jørgensen, 2012, pp. 129-130). Deraf findes det også plausibelt, at samtidens normer og diskurser bidrager til en bestemt type lidelser, fordi diskurserne former individets narrativer omkring sig selv og sine problemstillinger. Dette perspektiv bekræftes af Brinkmann, som i en upubliceret artikel, under titlen, *Laguges of suffering* (2014) beskriver, at individets oplevelse af ubehag eller utilfredshed, formes og kommer til udtryk, igennem samtidens vokabular og diskurser herom (Brinkman, 2014, p. 1). Derved kan der argumenteres for, at mange af de problemstillinger som psykologien beskæftiger sig med, samtidigt er en afspejling af de kulturelle normer. Ud fra det perspektiv, må de psykologiske behandlingsmetoder nødvendigvis også inkludere en forståelse af såvel samtidens kulturelle normer, som diskurser, hvis vi skal differentiere imellem individuel lidelse, samtidstypiske problemstillinger og reel patologi.

Problemet med at indtage det diskursive perspektiv kan siges at være, at den reelle essens af noget ikke anses for at være objektivt eller naturligt forekommende, men at alt er konstrueret igennem den sociale praksis (Poulsen, 2012, p. 205). Dette medfører givet vis en kulturreduktionistisk forklaringsmodel, som negligerer biologiske faktorer og fænomener, som eksisterer på tværs af kulturer. En ekstrem tolkning af det diskursive perspektiv, ville altså kunne medføre en afvisning af diagnoserne som en beskrivelse af et reelt fænomen og reducere dem til, et rent diskursivt fænomen. Denne form for tolkning af det diskursive perspektiv er den der oftest anvendes, når perspektivet kritiseres iht. realismen. Ifølge Bertelsen (2000) kan realismen karakteriseres ved disse påstande; a) der eksisterer en virkelighed uafhængigt af om der findes teorier om den, b) En teori om et stykke virkelighed er i princippet sand eller falsk, dog kan flere teorier der siger noget om forskellige sider af samme stykke virkelighed også være sande, c) videnskaben kan godt påvirke sit genstandsfelt, d) den psykologiske videnskab er forpligtet over for psykens realitet og for sandhedskriteriet (Bertelsen, 2000, p. 25). Når socialkonstruktionismens styrker og svagheder evalueres ud fra disse kriterier, opstår der en konflikt imellem de to positioners opfattelse af sandhed. I realismens perspektiv fører socialkonstruktionismens betragtning af virkeligheden som noget konstrueret til en antirealistisk ontologi, der indebærer en afvisning af sin egen gyldighed (ibid., p. 152). Realismens krav om forpligtigelse til sandhedskriterierne betegner Gergen (2006), som en totaliserende diskurs der bruges til at miskreditere alternativerne (Gergen, 2006, p. 270). Denne diskussion er dog problematisk, idet realismen synes at anklage socialkonstruktionismen for at antage, at virkeligheden eller verden er konstrueret. Jeg opfatter dette som en ekstrem tolkning og at det blot er sandheden om virkeligheden, som socialkonstruktionismen betragter som konstrueret. Deraf kan der argumenteres for, at socialkonstruktionismen kun forholder sig til de epistemologiske spørgsmål om sandhed, hvilket synes at kompromittere en ontologisk kritik.

Overordnet set kan der rejses flere kritikpunkter af socialkonstruktionismen og de diskursive teorier generelt, som både kan funderes i teoriernes kritiske modspil til andre teorier, den relativistiske tilgang og teoriernes unge alder. Men med inspiration fra Bertelsens reduktionistiske modeller (2000) er den vigtigste kritik nok, at de kan argumenteres for at være kulturreduktionistisk og dermed negligerer mulige biologisk og intrapsykiske aspekter. Denne kritik rammer samtidigt perspektivets anskuelse af selvet som noget konstrueret, fordi det afviser selvet, som en indre fast struktur i kontrast til de fleste andre psykologiske teorier. Samtidigt kan det siges, at problematisere det terapeutiske sigte om opnåelse af større autonomi, fordi det giver anledning til, at opfatte mennesket som uautentisk. Når perspektivet allivel anvendes, er det fordi der kan argumenteres for, at diskurser både influerer på teoridannelser og individets oplevelse af sig selv. Ift. teoridannelserne kan det siges, at diskurserne på den ene side indvirker på, hvad der forskes i og udarbejdes teorier om. På den anden side, kan teorierne selv betegnes som en diskurs, når de anvendes som begrebsapparat til, at beskrive virkeligheden. Samtidigt betyder diskurserne også, at teorierne kontinuerligt revideres, videreudvikles eller affærdiges som ikke længere forklaringsdygtige, fordi de tolkes ud fra samtidens viden, forhold og betingelser.

I forhold til individet, har formålet været, at forklare hvordan individets selvforståelse og tilbøjelighed til at positionere sig selv, påvirkes af de diagnostiske diskurser. På samme måde har den diskursive indflydelse på professionen skulle undersøges, fordi positioneringsprocessen er relationel og samtidigt anerkendt som mere vægtig, hvis positioneringen tildeles af en accepteret autoritet. Denne pointe mener jeg er essentiel fordi den nødvendiggør, at vi som professionelle forholder os til, at vores position tildeler os magt til både, at positionere vores klienter og biddrage til forskellige diskurser. Den magt tildeles vi bl.a. igennem de forskellige sammenhænge hvor vores kvalifikationer til at udrede, teste, evaluere og udtale os om det alment menneskelige, gør os til eksperter. Af samme årsag kan det heller ikke afvises, at psykologien indvirker diskursivt på normalitetsopfattelsen på samme måde, som diskurserne påvirker opfattelsen af professionen. Hvis denne argumentation forfølges, vil det have stor betydning, hvilket perspektiv psykologien indtager ift. de samtidsrelaterede lidelser. Horwitz (2003) plæderer i den sammenhæng for, at hele sundhedsindustrien bør overveje, om genoprettelsen af normalitet bedst opnås igennem en ændring af individet, eller en transformation af samfundet (Horwitz, 2003, p. 229). Med specialets anvendelse af det psykodynamiske perspektiv kan der argumenteres for, at besvarelsen af Horwitz spørgsmål vil være, at forandringen sker igennem det enkelte menneskes opnåelse af autonomi. Det psykodynamiske perspektiv betragter jo primært individet som et indre styret objekt og dets problemstillinger betragtes deraf også overvejende, som et udtryk for en indre konflikt eller fejludvikling. Dette betyder rent diskursivt, at positionen fremmer et individualiseret perspektiv på problemstillinger og gør dem til noget subjektivt. Et positivt aspekt af dette perspektiv kunne være, at det netop bekræfter individets autonomi og evne til, at løse sine problemer løsrevet fra den kontekstuelle ramme. Konsekvensen kunne på den anden side være, at positionen ikke anerkender, at de oplevede problemstiller reelt kunne skyldes ydre faktorer, fordi der i stedet fokuseres individets tolkning af disse.

Diskussionen af de diskursive elementer illustrerer, at de tydeligvis har en betydning for både individ, teori, forskning og praksis. Den illustrerer samtidigt, at det er svært at redegøre for det reelle kausalitetsforhold imellem diskurser og praksis, altså hvad forårsager hvad og hvad kommer først? Til gengæld er der ingen tvivl om, at den herskende mediekultur, spiller en stor rolle i diskursers udbredelse. I det følgende afsnit vil samtidskarakteristiske træk blive defineret og sat i forhold til, de mest hyppigt forekommende samtidsdiagnoser.

## Diagnoser og samtiden

Igennem specialet er der refereret til diagnostiske diskurser, som noget der afspejler den samtid vi befinder os i. Definitionen af de samtidstypiske træk, som Specialet tager udgangspunkt i er ikke tidligere blevet præciseret og vil derfor indledningsvis kort blive redegjort for, i det følgende afsnit.

Samtiden har flere betegnelser og defineres eksempelvis som postmoderniteten af Gergen (2006) og som senmoderniteten af Giddens (1996). Giddens senmodernitets begreb, beskriver hvordan individet og samfundet er forbundet i dets globale miljø, ved en gensidige og refleksiv indvirkning på hinanden (Giddens, A. *Modernitet og selvidentitet,* 1996, p. 46). Giddens betegner endvidere senmoderniteten som en risikokultur, der indbefatter en gennemgribende radikal tvivl og risikovurdering for individet (Ibid., pp. 12 -41). Individet stilles nemlig i senmoderniteten, kontinuerligt over for nye valg og muligheder, som Giddens mener, stiller store krav til individets evne til, at meste tvivl og risikoen for at vælge forkert. Gergen (2006) referer selv til Giddens definitioner af samtiden, men fremhæver specielt den teknologiske udvikling, som noget af det der har størst betydning for den kulturelle udvikling. Dette fordi det har ændret vores adgang til informationer om det omgivende samfund og muligheder for, at kommunikerer med hinanden. Gergen bruger betegnelsen sociale mætningsteknologier om de sociale medier og han ser både styrker og svagheder ved denne udvikling. Hvis vi skal forholde os til Giddens perspektiv på senmoderniteten som et risikosamfund, mener Gergen i den sammenhæng, at de sociale mætningsteknologier forøger mængden af forpligtende relationer og at individet deraf let drukner i krav, forventninger og selvinvesteringer (Gergen, 2006, pp. 85-88, 96-98). Hvis denne redegørelse af samtiden, sættes i forhold til de psykiske diagnoser som iht.

psykiatrifonden (2014) er de mest almindelige psykiske lidelser i Danmark, er der tilsyneladende en logisk sammenhæng. Lidelserne er depression, angsttilstande, stress og ADHD og et interessant aspekt i denne sammenhæng er, at Freud allerede i 1908 beskrev, hvordan livet i storbyerne var influeret af en uro, som han mente kunne svække individets nerver og føre til udmattelse (Freud, 1908, if. Jørgensen, 2012‑). Denne udmattelse kunne tolkes, som det vi i dag betegner som stressrelateret depression og dette indikerer, at Freud allerede dengang så en så en potentiel sammenhæng i samfundsudviklingen og dens følgevirkninger.

De nævnte lidelser er på samme tid dem der hersker flest diskurser omkring, hvilket kan argumenteres for bl.a. skyldes, at de omtales så massivt i de sociale medier. At der er en eller flere diskurser om bestemte lidelser, har flere betydninger. På den ene side betyder det, at individet får en adgang til en diagnostisk forståelse af sig selv, som måske påvirker hvordan individet tolker sin egen respons på forskellige livsforhold og begivenheder. Derved findes det plausibelt, at individet allerede har en forforståelse af sig selv som eksempelvis depressiv, ved henvendelsen til lægen og blot søger dette bekræftet. På samme måde, kan lægen og andre sundhedsfaglige grupper forventes, at være påvirket af disse diskurser og derved orientere sig mod de mest hyppigt forekommende diagnoser som udgangspunkt, forud for en differentialdiagnostik. På den anden side, betyder det også, at diskurserne kommer til at influere hvad der forskes i, fordi hyppigheden i forekomsten af en lidelse initierer til, at der findes en forklaring og en behandling. At jeg i denne sammenhæng anvender depression som eksempel, kan i sig selv argumenteres for både, at hænge sammen med en diskursiv prægning og at det samtidigt er en af de hyppigste årsager til henvisning til psykologisk behandling. Men der findes samtidigt to herskende diskurser omkring depression, som på den ene side plæderer for en neurologisk ubalance i serotonin produktion og på den anden side, at det er en miljøfremkaldt belastningsreaktion (Kalat, 2007, 459). Om den ene diskurs er mere rigtig end den anden, er jeg ikke kvalificeret til at afgøre og de ætiologiske faktorer må nødvendigvis også afgøres for hvert enkelt individ. På samme tid er jeg jo også optaget af, hvordan samtiden indvirker på fremkomsten, opfattelsen og definitionen af lidelse og patologi, som specialets anvendelse af både Brinkmann og Horwitz indikerer. Jeg finder det derfor også relevant, at betragte dette i et historisk perspektiv.

Et eksempel på, at bagsiden af de kulturelle normer og livsforhold kan opfattes som et udtryk for patologi, så vi allerede hos Freud. Han opfattede kvindeligt hysteri, som en psykisk lidelse eller forstyrrelse, der hang sammen med undertrykte seksuelle drifter. På den ene side kunne dette betragtes som et udtryk for, at Freud havde blik for, at samtidens normer skabte nogle problemer, som stod i kontrast til de menneskelige drifter og behov. På den anden side, kan der argumenteres for, at han netop ved at definere reaktionen som en lidelse ikke anerkendte, at det netop kunne være en normal respons på uhensigtsmæssige normer og forventninger i samfundet. Denne problemstilling tænker jeg kan sidestilles med de diskurser, som dominerer omkring stress, depression og ADHD i dag. Altså at disse diagnoser fungerer som de socialt accepterede måder, at reagere på forskellige livsomstændigheder. Når jeg i dette speciale fokuserer på, hvordan de diagnostiske diskurser influerer på såvel individet som vores profession, så handler det netop om denne problemstilling. Her er jeg inspireret af både Brinkman og Horwitz og deler også deres perspektiver på de potentielle risici for både overdiagnosticering og generel patologisering. I modsætning til Brinkmann og Horwitz, forholder jeg mig dog ikke i samme grad til de diagnostiske systemers konstruktion, validitet eller generelle anvendelser. Derimod er mit ærinde at belyse i hvilken udstrækning, den diagnostiske forståelse har betydning for den del af professionen, som praktiseres uden for psykiatrien.

Min argumentation for at inddrage eksemplet med Freuds forståelse og behandling af kvindeligt hysteri handler i denne sammenhæng om, at jeg mener at der kan drages visse paralleller til nutiden. Freuds fokus, teori og metode afspejler hans samtid og når han fandt, at der var en tendens i de problematikker, som hans kvindelige klienter konsulterede ham med, kan der være forskellige forklaringer på dette. På den ene side, kunne der argumenteres for, at Freud var farvet af et bestemt perspektiv, som grundet hans suggestive metoder, blev bekræftet i terapien. Der kunne også argumenteres for, at Freuds interesser i at få bekræftet sin egen teori, gjorde ham biased og blind over for alternative hypoteser. Noget der kunne styrke den argumentation er, at han ofte betragtede en afvisning af fremsatte hypoteser som et udtryk for, at han havde ret men, at klientens forsvar aktiverede modstand mod terapien (Poulsen, 2012, p. 53). På den anden side kunne det også antages, at der var et reelt mønster i de kvindelige klienters problemstillinger, som var en afspejling af den kulturelle undertrykkelse, som de levede under. Freuds fokus på seksualiteten og drifterne tildeles ofte en prominent rolle i den seksuelle revolution og det var samtidigt i slutningen af 1800 tallet, at kvindernes kamp for ligestilling begyndte. I et historisk perspektiv, synes der altså at være et sammenfald imellem samtidstypiske lidelser, samfundsmæssige forhold og en efterfølgende ændring af kulturen. Det interessante er vel, at hysteri ikke længere betragtes som en psykisk lidelse og at undertrykte seksuelle impulser heller ikke længere, vil være den første hypotese, samtidens psykologer ville arbejde ud fra. Dette synes, at bekræfte Giddens formulering af individ og samfund, som refleksivt og gensidigt indvirkende på hinanden. Det kan så diskuteres, hvorvidt Freuds fokus på den undertrykte seksualdrift som primære forklaring er hensigtsmæssig. Hvis vi i stedet inddrager Honneths anerkendelsesperspektiv, kunne der jo også argumenteres for, at de victorianske kvinder generelt levede et liv uden de rettigheder, som er nødvendige for, at opnå såvel retslig som social anerkendelse.

Opsummeringen af denne diskussion kunne fremstå, som et generelt antidiagnostisk perspektiv, men det er ikke intentionen. Jeg anfægter altså ikke, at der reelt er mennesker, der er syge og som drager nytte af, at den rette behandling kan tilbydes, på baggrund af en diagnostisk udredning. Til gengæld stiller jeg mig kritisk over for, at der tilsyneladende er så mange der får den samme diagnose, som det eksempelvis er tilfældet med depression (Brinkmann, 2010, p. 19). Ydermere, stiller jeg mig kritisk over for, at denne lidelse i så bredt omfang behandles med medicin, som i bedste fald kun har en tvivlsom effekt, men et bredt spekter af bivirkninger (Gøtzsche, 2013, pp. 78-82, 299-334). Det er samtidigt her jeg mener, at psykologien bør fungere mere proaktivt ift. de tendenser, som afspejles i de problemstillinger vi møder i vores praksis. Hvordan vi så rent praktisk skal gribe det an, afhænger i høj grad af om vi forstår problemstillingen ud fra det som af Brinkmann (2010) betegnes som epidemiforklaringen eller patologiseringsforklaringen. Epidemiforklaringen anvender samfundsudviklingen som den primære årsag til, at mennesket er blevet mere sårbart over for visse lidelser. Det modsatte perspektiv er det der fremstilles af Horwitz (2003), som ser den diagnostiske praksis, som den primære forklaring på fremvæksten af forskellige lidelsesformer (Brinkmann, 2010, p.21). I dette speciale har jeg forsøgt, at belyse problemstillingen ud fra begge perspektiver og jeg mener ikke, at det ene perspektiv, kan anvendes løsrevet fra det andet. Der kan argumenteres for, at hvis mennesket oplever lidelse, så er der brug for et vokabular til at beskrive denne lidelse. Når der er en vis systematik i beskrivelsen af en lidelse, kan det føre til en optagelse i diagnosesystemet, hvor efter det opnår anerkendelse, som en reel lidelse. At vores kultur er præget af en medicinsk forståelse af lidelse kan selvfølgelig problematiseres, idet individets oplevelse af lidelse ikke anerkendes, med mindre den kan forklares ud fra et diagnostisk perspektiv. Det er altså ikke nok for individet, at beskrive for sin omverden eller sin arbejdsgiver, at han eller hun oplever sig stresset og ude af stand til at varetage sine pligter i en periode, med mindre dette udsagn verificeres af en medicinsk erklæring. Derved kunne det siges, at samfundet på den ene side, måske har indrettet sig sådan, at den fremmer visse lidelser. På den anden side, er der ikke en samfundsmæssig accept af dette hvilket tvinger dem, som oplever de samfundsmæssige konsekvenser til selv at påtage sig ansvaret ved, at acceptere sig selv som syge.

Professionen står dermed i et dilemma, for på den ene side, så er hele grundlaget for såvel psykiatrien som psykologien, at der er en efterspørgsel, som Horwitz mener skabes igennem de diagnostiske systemer (Horwitz, 2003, pp. 70-71). Dette perspektiv handler ikke alene, men i høj grad om den sammenhæng der er imellem økonomi og behandling, fordi forskellige diagnoser udløser forskellige behandlingsmæssige rettigheder og tilbud. Deraf kunne der også argumenteres for, at professionens formål må være, at behandle disse lidelser og imødekomme de behov, som tilsyneladende er der. At dette hidtil har været tilfældet, synes at kunne bekræftes ved, at Danmark faktisk har mere end 85 kliniske psykologer pr. 100.000 indbyggere og denne udvikling ville ikke have fundet sted, såfremt der ikke var en efterspørgsel og samtidigt et økonomisk fundament for det (Brinkman, 2010, p. 23). Det positive aspekt i, at det er blevet lettere at opfylde de diagnostiske kriterier kan siges at være, at det øger tilgængeligheden til behandling, så det ikke kun er forbeholdt de mest velstillede i samfundet. Desværre har det jo også den uheldige konsekvens, at den psykologiske profession deraf måske også i højere grad må orientere sig mod behandling af patologiske tilstande hvilket kunne forklare, adaptionen af de diagnostiske perspektiver.

På den anden side, kunne der også argumenters for, at professionen måske netop skulle bidrage til, at fjerne fokus fra patologier ved at normalisere, at visse reaktioner faktisk er en passende respons på forskellige livsomstændigheder. Der er iht. til den foregående diskussion givet vis flere problematiske faktorer forbundet med, at forfølge dette i praksis. Alligevel mener jeg også, at det netop er her psykologien har sin force. Psykologen Henrik Risdorf siger i en artikel fra 2011, ” *vi svigter de menneskelige potentialer, hvis vi bare accepterer at parkere folk i en diagnoseforståelse*”. Det perspektiv er jeg meget enig i, idet diagnoser som tidligere beskrevet, kan have mange negative implikationer for individet. Samtidigt siger han også noget centralt, som henviser til det menneskelige potentiale. Når jeg tidligere har henvist til det psykodynamiske behandlingsperspektivs mål om, at hjælpe individet til nye forståelseshorisonter og handlemuligheder, så inkluderer denne proces netop en udforskning og afdækning af individets ressourcer, styrker og potentialer. Diskussionen omkring de forskellige perspektiver på samtidens lidelser illustrerer, at der samtidigt er flere mulige perspektiver på, hvordan vi som psykologer kan forholde os i praksis. Der kunne argumenteres for, at professionen befinder sig i et økonomisk afhængighedsforhold, som tvinger os til, i hvert fald ud af til, at acceptere en patologisering af vores klienter. Denne argumentation er dog kun gældende, såfremt psykologen er tilknyttet et ydernummer som gør, at psykologen profiterer af statslige støtte til behandling. kravet der følger den økonomiske støtte består i, at psykologen samtidigt tilskyndes at benytter bestemte behandlingsmetoder, der er valideret som evidensbaseret. Den procedure kan på den ene side siges, at indbefatte en accept af diagnostikken som udgangspunkt for behandlingen. På den anden side betyder det også, at klienten ud fra en diagnostisk diskurs, allerede før mødet med psykologen er blevet positioneret som syg. I den optik findes det plausibelt, at klientens forventninger til terapien vil være mere orienteret mod at blive rask, end at få indsigt og skabe forandring. Når terapi på baggrund af en henvisning samtidigt kun omfatter 12 behandlinger kan dette siges, at få stor indflydelse på det terapeutiske mål og udbytte. Alligevel må vi som profession også anerkende værdien i diagnoserne som et arbejdsredskab. Ikke fordi jeg mener, at vi skal have diagnoser som hverken mål eller udgangspunkt for det terapeutiske arbejde. Det handler mere om, at et vist kendskab til patologi er nødvendigt når vi eksempelvis skal vurdere, om klientens problemstillinger ligger uden for vores behandlingskompetence eller kræver visse terapeutiske hensyn. Viden om symptomer kan også være afgørende, hvis vi eksempelvis skal kunne observere symptomændringer ved et medicinstop, hvor en opblusning af symptomer enten kan være normalt eller et udtryk for, at klienten skal henvises til medicinsk evaluering. Den terapeutiske behandling kan også bestå i en psykoedukation af såvel klienter som pårørende og i den sammenhæng, er diagnostisk viden også nødvendig. Der kan således fremføres mange argumentationer for, hvorfor profession ikke i praksis, kan fungere løsrevet fra den diagnostiske forståelse. I denne sammenhæng kan der i forhold til normalitetsafsnittet argumenteres for, at vi ikke kan forholde os til normalitetsaspekterne uden samtidigt, at have kendskab til definitionerne af abnormalitet. Min overordnede skepsis imod den diagnostiske tilgang består i, at diagnostikken samtidigt fastlåser os til en bestemt behandlingstilgang, hvor standardiseringen går forud for det enkelte individs behov.

Psykologien beskæftiger sig dog ikke kun med patologi, hverken teoretisk, metodisk eller forskningsmæssigt. På samme måde, tæller den stigende vækst i antallet af psykologer heller ikke kun kliniske psykologer. Valget af en klinisk orienteret retning, som udgangspunkt for at definere den psykologiske professions autonomi, præger dog givet vis perspektivet i den retning. Den teoretiske afgrænsning var samtidigt et fravalg af alternative perspektiver, som har haft en betydning for besvarelsen. Eksempelvis kunne der have været inddraget et kognitivt perspektiv, som et bud på professionens autonomi. Argumentet her for kunne være, at dette ville have været et mere kontemporært perspektiv ift. tilgangens hastige udbredelse, som behandlingsform, til både stress, angstlidelser og depression. Når ambitionen var, at definere professionen ud fra en ikke diagnostisk ramme, kunne der på den anden side argumenteres for, at den humanistiske psykologi, kunne have været et relevant perspektiv. I det følgende afsnit vil der derfor kort redegøres for de mest væsentlige træk ved denne position, samt diskuteres hvordan anvendelsen af denne tilgang kan bidrage til en besvarelse af problemstillingen.

## Ressourceorienteret psykologi

Siden 1960’erne har psykologien i takt med samfundsudviklingen også udviklet nye retninger, som indtager et mere ressourceorienteret perspektiv på mennesket. Den humanistiske psykologi er én af dem og opstod omkring 1960 som en opposition til behaviorismen og den psykoanalytiske tilgang. Motivationen for den nye retning var, at initiativtagerne bag fandt, at begge disse tilgange i for høj grad betragtede mennesket, som et objekt der var styret af omverdenens, eller det ubevidstes påvirkninger. Grundlæggerne af den humanistiske psykologi var blandt andre Maslow (1908-1970), Bühler (1893-1974) og Rogers (1902-1987). Målet var, at skabe en mere helhedsorienteret psykologi, som i stedet for at fokusere på menneskets dårlige funktionsområder og patologier, ville orientere sig mod menneskets udvikling af kreativitet og optimal selvudfoldelse (Jacobsen, 2007, p. 86). Opfattelsen af selvet er i denne tradition meget væsentlig, idet tilgangen betragtede selvet, som en iboende kerne hos alle mennesker, der rummer forskellige potentialer, som udfoldes igennem en selvaktualisering. Maslows behovsteori, som til trods for kritik af manglende stringens i både metode og teori, er i dag meget udbredt og anvendes især i erhvervslivet, men har også betydning for den kliniske praksis. Teorien handler kort gengivet om, at mennesket har fire hierarkisk inddelte behov, som skal være opfyldte for at det femte behov, selvaktualiseringsbehovet, kan opfyldes. Disse behov defineres, som fysiologiske behov, sikkerhedsbehov, behov for tilhørsforhold og kærlighed og behovet for selvagtelse (ibid., pp. 88-89). Iht. teorien er tanken, at de basale behov udspringer af en mangeltilstand, der skaber en spænding som søges reduceret og at selvaktualiseringsbehovet handler om et behov for, at øge spændingen. Terapeutisk set betyder det, at individets problemer i højere grad betragtes, som et udtryk for en mangeltilstand, der blokerer for muligheden for selvaktualisering, end det betragtes som et udtryk for patologi. Derved bliver målet med terapi også anderledes, end i et psykodynamisk perspektiv, idet der vil være fokus på at undersøge, hvilket behov der ikke er opfyldte og hvordan dette kan opnås. Rogers udviklede i overensstemmelse med den humanistiske psykologis perspektiv en terapiform, som netop havde til formål at hjælpe individet til, at blive en fuld funktionel person. Noget af det Rogers anerkendes for i nyere tid, var hans ændring af den terapeutiske setting, hvor han modsat den analytiske setting mente, at det var den personlige relation mellem klient og terapeut, som skabte den terapeutiske effekt (ibid., pp. 95-96). Dette anerkendes også i dag inden for den psykodynamiske tilgang og er siden blevet bekræftet igennem forskningen af, hvilke faktorer der bidrager til det terapeutiske udbytte (Huprich, 2009, p. 121).

Den humanistiske psykologi danner fundamentet for mange nye retninger, som har vundet indpas i det 21 århundrede. Der i blandt kan nævnes eksistentielpsykologien, positivpsykologien og coaching. Fælles for disse retninger er, at de fokuserer på individets aktuelle livssituation og mulighederne for udvikling af individets potentialer. I modsætning til den psykodynamiske tilgang kan det nævnes, at eksistentielterapien hverken vægtlægger diagnoser eller anamneser som udgangspunkt for den terapeutiske proces, fordi tilgangen betragter disse elementer, som blokerende for individets indsigt i egne livsmuligheder (Jacobsen, 2007, pp. 112-113). Dette argument kan siges, at understøtte den tidligere diskussion omkring diagnoserens betydning for såvel individets tendens til at positionere sig selv, som den positionering der opstår i terapien, når klienten i stedet bliver til patient.

I forhold til specialets fokus, er der et interessant aspekt ved positivpsykologien, som jeg finder relevant at referere til. I tidsskriftet: *kognition og pædagogik* (2006), står der i artiklen: *Positiv psykologi- en* *introduktion*, at målsætningen for den positive psykologi er, at bringe psykologien tilbage til de to oversete målsætninger som er, at gøre raske mennesker sundere og at virkeliggøre højt menneskeligt potentiale. Dette perspektiv refererer til den pointe, som jeg har forsøgt at fremføre igennem dette speciale. Nemlig, at udgangspunkt for psykologien både som videnskab og i praksis ikke kun bør være, at behandle sygdom men også at forebygge den. Der kan argumenteres for, at dette er lettere i teorien end i praksis, idet alle individer har forskellige prædisponeringer og livshistoriske faktorer, som indvirker på hvilke sygdomme de er i risiko for at udvikle. Alligevel, kan der argumenteres for, at samfundet iht. Maslows behovshierarki, kan fremme betingelserne ved at sørge for, at ethvert individ kan få opfyldt de basale behov for mad, husly, retslig sikkerhed, adgang til sundhedssektoren og uddannelsessystemet. Samfundet kan også i en vis udstrækning sørge for, at børn ikke vokser op uden et socialt netværk, men behovene for kærlighed og anerkendelse, kan vi ikke løse med hverken regler eller teorier, idet det er en del af det enkelte individs sociale vilkår. Når det humanistiske perspektiv har som mål, at fremme individets sundhed og virkeligøre dets potentialer, så er det samtidigt interessant, at Maslow selv mente, at selvaktualiseringen kun var forbeholdt et fåtal, af højt udviklede mennesker (Poulsen, 2012, p. 62). Ud fra danske forhold, er dette aspekt af teorien måske ikke så problematisk, idet det danske velfærdssystem i vid udstrækning opfylder mange af de basale behov. Deraf kan der argumenteres for, at den danske velfærdsmodel udligner nogle af faktorerne, som kunne skabe ulighed i mulighederne for individets selvrealisering. Men når Seligman, som har udformet den positive psykologi, samtidigt påpeger at forudsætningen for ”det det gode liv” er en kombination af medfødt disposition for at føle lykke, samt en opfyldelse af alle de menneskelige behov, så synes tilgangen alligevel, at fremstå elitær (ibid., pp. 73-74). I henhold til den tidligere diskussion af normalitetsopfattelsen, som noget der virkede uopnåeligt for de fleste, kan psykologiske teorier som denne argumenteres for, at bidrage til sådanne diskurser. Positionen kan derved siges at være selvmodsigende, idet dens mål og sigte på den ene side, står i kontrast til dens egen erkendelse af mulighederne for at opnå disse mål. På samme måde kan den siges, at medføre et begrænsende perspektiv på mulighederne for opnåelsen af et godt og realiseret liv, for mennesker med psykiske lidelser, når den sættes i relation til den tidligere diskussion af både Goffman og Honneths perspektiver. Som tidligere beskrevet, kan en diagnose føre til en stigmatisering, som gør det svært for individet, at opnå social anerkendelse og måske endda også anerkendelse i sin privatsfære. Dette defineres som underskudsmotiverede behov iht. Maslow og betyder, at individet fastlåses og deraf ikke kan opnå en selvrealisering. På baggrund af denne fremstilling, kan der argumenters for, at der er et vist ironisk aspekt ved, at betegne positionen som en positiv psykologi. Samtidigt har tilgangen alligevel nogle værdifulde perspektiver, som i denne sammenhæng synes, at være anvendelige i praksis.

Når jeg så alligevel ikke har anvendt den humanistiske psykologi, som den primære tilgang til en positiv bestemmelse af psykologiens autonomi, skyldes det flere ting. For det første, synes den generelle kritik af retningens manglende stringens, empiriske fundament og dermed videnskabelighed, at kompromittere tilgangen. Hvis potentialer er noget medfødt og evnen til at føle lykke delvist er genetisk bestemt, så kan tilgangen kritiseres for, at være deterministisk. Poulsen (2012) argumenterer for, at Maslows teori både kan kritiseres for at være elitær, at den fører til cirkelslutninger, nominalistiske fejlslutninger og at den modsat det psykodynamiske perspektiv, helt har elimineret seksualdriften, der kun defineres som behovet for kærlighed (Poulsen, 2012, pp. 64-68). At teorien fører til cirkelslutninger henviser til problemstillinger ved Maslows empiriske undersøgelser, hvor undersøgelsens formål på samme tid, blev til undersøgelsens resultat. Den nominalistiske fejlslutning består på samme måde af en form for cirkelslutning, hvor fænomenet og det der skal forklare fænomenet, betegnes med det samme navn som fx, at selvaktualisering sker på baggrund af behovet for at aktualisere sig selv (Ibid., pp. 66-67).

For det andet kunne der argumenteres for, at dens fokus på potentialer og selvrealisering, kun gør den egnet til netop dette. Ikke Dermed kan der også argumenteres for, at tilgangen som metode i praksis, ikke alene ville være dækkende ift. de varierende problemstillinger, som professionen skal kunne håndtere, fordi den i højere grad appellerer til de mere velfungerende klienter. Dette kan samtidig siges, at være en naturlig forklaring på, hvorfor tilgangen primært har vundet indpas uden for den kliniske praksis, som eksempelvis et kompetenseudviklingsredskab inden for erhvervslivet. I et kritisk perspektiv kan humanistiske psykologis teoretisering af netop selvrealiseringsprojektet, som en målsætning for individet siges, at have bidraget til de forskellige samtidsdiskurser, som tidligere er blevet problematiseret i diskussionen af normalitetsbegrebet. Willig (2005) drager klare paralleller imellem den samfundsmæssige fordring om selvrealisering, som individets vej til anerkendelse og de sociale patologier som en konsekvens, når individet oplever sig som mislykkedes ift. de normative forventninger (Willig, 2005, pp. 13-14, 35). Willig tager dermed udgangspunkt i det, der tidligere er blevet betegnet af Brinkmann (2010) som epidemiforklaringen, der primært betragter samfundsudviklingen, som årsag til de samtidstypiske patologier (Brinkmann, 2010, p.21). Såfremt samtidspatologierne som stress og depression primært skyldes en samfundsmæssig fordring om individualitet, autonomi selvransagelse, forfølgelse af potentialer og selvrealisering, virker det selvmodsigende, at betragte en psykologisk tilgang med de selv samme målsætninger, som et adækvat behandlingsperspektiv. Fra et kritisk standpunkt, kunne der argumenteres for, at den ressourceorienterede psykologi i stedet for at fremme den menneskelige sundhed, har bidraget til en totaliserende diskurs om selvoptimering, som i stedet gør os mere syge.

# Konklusion

Specialets udgangspunkt havde to primære mål, som dels handlede om, at forsøge at definere professionens autonomi samt, at undersøge hvordan diagnostiske diskurser influerer på såvel professionen som klienterne. Overordnet set kan disse målsætninger siges, at være meget ambitiøse. I henhold til den psykologiske profession, kan den interne mangfoldighed af teoretiske positioner og paradigmer i sig selv siges at være et udtryk for, at profession ikke selv har afgrænset sit genstandsfelt. Deraf vil en entydig definition af professions autonomi også vanskeligøres, idet der ikke internt er enighed om, hvad psykologien skal anvendes til og hvordan. Brinkmann (2011) henviser til, at psykologien kan defineres, som videnskaben om personer idet den er den eneste videnskab, som har personer som genstandsfelt (Brinkmann, 2011, p.10). Ud fra det standpunkt kan anvendelsen af det psykodynamiske perspektiv, som en definition af professionens autonomi siges, at være adækvat. Den psykodynamiske tilgang, beskæftiger sig jo netop med personer, deres organisering og udvikling. Der er igennem specialets diskussion blevet fremsat kritik af, at dette kan betragtes som et reduktionistisk perspektiv på mennesket, men hvis der i stedet skal argumenteres for, at videnskabelig autonomi opnås igennem en afgrænsning af sit genstandsfelt, så styrker dette den psykodynamiske position. Inddragelsen af det socialpsykologiske perspektiv kunne også siges, at udgøre et element i professionens autonomi, idet socialpsykologien også beskæftiger sig med personer. Forskellen i perspektiverne består bare i, at genstandsfeltet ikke er det enkelte individ, men hvordan personer interagerer og påvirker hinanden. Der kunne argumenters for, at dette ikke kunne lade sig gøre uden forudgående teorier omkring enkeltindividers personlighedsstrukturer. På samme måde, kan der argumenteres for, at det enkelte individ altid udvikles i samspil med signifikante andre og at en adækvat teori om det enkelte individ som person, deraf heller ikke kan etableres uden socialpsykologisk viden.

Det overordnede formål med, at definere den psykologiske professions autonomi var, at betragte dens kompetencer løsrevet fra den diagnostiske tilgang. Det der kan konkluderes ud fra dette speciale er, at psykologien har nogle åbenlyse kompetencer ift. udforskning og behandling af de subjektivt oplevede fænomener. Samtidigt er der igennem specialet også argumenteret for, at diagnostik ikke er uvæsentligt for den psykologiske praksis. Denne argumentation henviser dog i højere grad til, at de skal fungere som et retningsgivende redskab til eksempelvis en afgrænsning af vores kompetenceområde, psykoedukation og symptomkendskab. Til gengæld kan der ud fra specialets udgangspunkt i det psykodynamiske perspektiv ikke konkluderes, at diagnostik bør anvendes som udgangspunkt for en manualiseret behandlingstilgang, fordi det står i kontrast til tilgangens fokus på det subjektive.

Anvendelsen af det diskursive perspektiv til besvarelsen af specialets problemstilling har haft flere betydninger. For det første kan det konkluderes, at diskurser i høj grad afspejler samtiden og at diagnostiske diskurser deraf kan betragtes som et udtryk for, at det diagnostiske vokabular er blevet en integreret del af hverdagslivet. For det andet fører diskussionen af diskurser i og omkring psykologien frem til, at diskurser og teoridannelser gensidigt påvirker hinanden og at teorier i sig selv kan argumenteres for, at repræsentere en diskurs omkring et givent fænomen. Denne argumentation problematiserer i øvrigt specialets anvendelse af et bestemt teoretisk perspektiv som en definition på professionens autonomi, idet den diskursive tilgang vil afvise enhver form for totaliserende diskurser. For professionen fører specialets undersøgelse frem til, at de herskende diskurser har en vis betydning, fordi de både påvirker teoridannelser, forskningen, behandlingstilgange og frekvensen af bestemte typer lidelser, som bliver genstand for behandling. På samme tid indikerer specialets undersøgelse også, at professionen diskursivt positionerer sig selv via de fænomener, som den gør sig til ekspert i. Deraf kan det antages, at en generel psykiatrisering af psykologien både vil påvirke diskurserne om psykologien og dem som anvender psykologer. Såfremt psykologiens genstandsfelt i større omfang vil omhandle patologi og behandling af patologi, vil dette indirekte kunne betyde, at psykologien bidrager til en patologisering og stigmatisering af sin målgruppe.

Med inddragelsen af den ressourceorienterede psykologi var hensigten, at tilføje et mere positivt perspektiv på psykologien. Den efterfølgende diskussion af perspektivet, iht. samtiden og de gældende diskurser medførte dog det modsatte, idet den humanistiske psykologi fra en et diskursivt perspektiv kan argumenteres for, at bidrage til de selv samme diskurser, som indgår i epidemiforklaringen. Konklusionen må derfor være, at psykologien må defineres ud fra dens genstandsfelt og ikke ud fra en enkelt teoretisk position. Ved at indtage et mere antropologisk perspektiv på psykologien, kan der argumenteres for, at psykologien undgår, at blive reduktionistisk og samtidigt anerkender sit eget kompetenceområde. Derved vil dette speciale også kunne siges, at mangle ét af de tre perspektiver for, at være fuldstændig i sin argumentation.

# Perspektivering

I diskussionen af de forskellige faktorer, som er af betydning når vi skal forstå og evaluere diagnosernes betydning for professionen kan der argumenteres for, at specialet har negligeret de biologiske og fysiologiske aspekter. Overordnet set har det været et bevidst fravalg, som begrundes med specialets forsøg på, at differentiere imellem den medicinske og den psykologiske praksis. På samme måde er de enkelte lidelsers ætiologier ikke blevet gennemgået og diskuteret, idet fokus var rettet mod de diskursive faktorer. I en efterrationalisering mener jeg, at der alligevel er belæg for at antage, at den biologiske tilgang kunne have været anvendt, som en opposition til det diskursive perspektiv. For at demonstrere min antagelse med et eksempel, vil jeg tage udgangspunkt i fænomenet stress. Stress er ikke officielt en diagnose endnu, selv om, det sandsynligvis snart bliver det, idet flere teoretikere har udarbejdet konkrete bud på, hvordan både ætiologi og diagnosekriterier kunne defineres (Baldursson, 2009, Prætorius, 2007). I forhold til det diskursive perspektiv kunne der argumenteres for, at når stress ikke er en reel diagnose, så er det primært et diskursivt fænomen der anvendes til, at betegne såvel almindelige tilstande af travlhed, som reelle oplevelser af at være overbelastet. Ud fra dette perspektiv kommer hele stressproblematikken i overvejende grad til, at handle om måden stress italesættes kulturelt. I en selvrealiserende optimerings kultur kunne der argumenteres for, at det at være lidt stresset faktisk er en almenpsykologisk tilstand og at individet der ikke oplever sig som stresset, måske ikke laver nok. Der hersker flere forskellige diskurser om stress og konnotationen af stress varierer også ift. kultur, miljø og sfære. Baldursson (2009) henviser eksempelvis til, at nyere forskning understøtter antagelsen om, at stress smitter. Denne forskning henviser både til biologiske, neurologiske og sociale studier som har indikeret, at både feromoner, spejlneuroner og gruppedynamikker spiller ind i denne proces (Baldursson, 2009, pp. 40-43).

En diskursiv tilgang til stress tilsidesætter altså det væsentlige aspekt, at stress rent faktisk er et reelt fænomen, som kan aflæses fysiologisk, uagtet om der hersker en diskurs om det. Den medicinske forklaring på stress som et biologisk fænomen redegør for, hvordan stress aktiverer det autonome nervesystem og HPA aksen og optimerer kroppens evne til, at præstere i det der betegnes som ”fight or flight” situationer. Dette betyder, at stress niveauet hos individet ikke bare er et deskriptivt fænomen, men at det kan måles, som en fysiologisk respons ved fx en stigning i kroppens kortisolniveau (Kalat, 2007, pp. 376-377). I den sammenhæng er der lavet flere neurologiske undersøgelser som illustrerer, at længere tids påvirkning af forhøjet kortisolniveau, kan aflæses direkte ved en nedbrydning af hippocampus, centret i hjernen, der forbindes med vores hukommelse (ibid., p. 379). Fra et biologisk perspektiv, er stress altså mere end et diskursivt fænomen og i et behandlingsmæssigt perspektiv, vil det deraf heller ikke være hensigtsmæssigt, at betragte oplevelsen af stress som et fortolkningsspørgsmål. Der er flere forskellige teoretiske bud og perspektiver på, hvorfor vi bliver stressede og disse inkluderer såvel hypoteser om sårbare personlighedstræk, evolutionære teorier og socialpsykologiske teorier. Fælles for dem alle er dog, at der er vis enighed omkring, at individets livsbetingelser i den vestlige kultur, spille en betydelig rolle.

 Formålet med at anvende stress som et eksempel er, at det illustrerer flere væsentlige pointer ift. specialet. For det første giver det anledning til, at overveje hvorvidt det biologiske aspekt af andre samtidstypiske lidelser, kan påvirke de forskellige behandlingsperspektiver. Som tingene typisk opdeles lige nu foranlediger et biologisk perspektiv oftest til medicinsk behandling og et psykologisk perspektiv til en individualisering af problemstillingen. Det socialpsykologiske perspektiv kan deraf siges, at fungere som bindeleddet der kan forene de to perspektiver. Mennesket er ikke enten biologi eller psykologi men en biologisk organisme med et psykisk system, som påvirkes af det omgivende miljø. For det andet demonstrerer det to sider af den diskursive tilgang, hvor diskurserne omkring stres på den ene side er så dominerende, at det anerkendes som et grundlag for sygemelding og behandling til trods for, at det ikke er en officiel diagnose. På den anden side tillægges de mangeartede diskurser netop en af grundene til, at der endnu ikke er opnået en enighed om, hvorledes en reel diagnostik og behandlingsmetode af stress skal udformes (Baldursson, 2009, pp. 248-250). Den samme problematik kunne derfor antages at spille ind ift. andre mentale lidelser, hvor mange biologiske aspekter endnu ikke har kunnet forklares, hvilket betyder, at diagnoserne i høj grad er udformet på baggrund af beskrivelser af symptomer. Derved vender problemstillingen sig igen mod de diskursive elementers indflydelse, idet de diagnostiske manualers kontinuerlige revideringer, kan ses som et udtryk for, at diskurserne om normalitet er i konstant forandring i takt med kulturen.

# Referenceliste

Baldursson, E. (2009), *Hyperstress*, Frydenlund, København

Bertelsen, P. (2000), *Antropologisk psykologi*, Frydenlund Grafisk, København

Bertelsen, P. (1989), *Freuds konfliktopfattelse*, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet

Brinkmann, S. (2011), *Om psykiatriseringen af hverdagslivet og psykologien*, Psykologisk set, Årgang 28, nummer 82

Brinkmann, S. (2010), *Det diagnosticerede liv- sygdom uden grænser*, forlaget Klim, Århus

Brinkmann, S. (in press), *Languages of suffering,* Theory & Psychology, Sage Publications

Bowers, L. (1998), *The social nature of mental illness*, Routledge, London

Foucault, M. (2005), *Sindssygdom og psykologi*, Krause-Jensen (Transl.), Hans

 Reitzels Forlag, København

Gergen, K. (2006), Gergen K. J.(2006), [*Det mættede selv*, Bøgeskov, T.(Transl.), Psykologisk Forlag A/S](http://aub-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/myAccountLoan.do?command=details&loanID=AUB50002321364&type=active)

Giddens, A. (1996) *Modernitet og selvidentitet,* Jørgensen, S. S. (Transl.) Hans Reitzels Forlag, København

Goffman, E. (2009), *Stigma*, Gooseman, B. (Transl.) Samfundslitteratur, Dk

Gøtzsche, P. C. (2013), *Dødelig medicin og organiseret kriminalitet*, People’s Press, København V.

Harré, R., Moghaddam F., (2003), *The self and others*, Praeger Publishers, USA

Harré, R., Slocum, N. (2003), *Disputes as complex social events*, (Eds.), Harré, R., Moghaddam F., (2003), *The self and others*, Praeger Publishers, USA (kap. 8, pp. 123- 136).

Hem, L. (2007), Psykologisk teori og praksis, Eds. Karpatschof, B. & Katzenelson, B. *Klassisk og moderne psykologisk teori*, (1. ed. pp. 566-582), Hans Reitzels Forlag, København

Honneth, A. (2003), *Behovet for anerkendelse,* Jacobsen, M.C. (Transl.), Hans Reitzels forlag, København

Horwitz, A. V. (2003*), Creating mental illness*, The university of Chicago press, Chicago

Huprich, S.K., (2009), *Psychodynamic Therapy*, Routledge, NY

Jacobsen, B. (2007), Humanistisk psykologi, Eksistentiel psykologi og terapi, Eds. Karpatschof, B. & Katzenelson, B. *Klassisk og moderne psykologisk teori*, (1. ed. pp. 86-99, 100-117), Hans Reitzels Forlag, København

Jacobsen, C. H., Mortensen, K. V. (2013), *Psykoterapeutisk praksis på psykodynamisk grundlag*, Hans Reitzels Forlag

Jørgensen, C.R. (2012), *Danmark på briksen*, Hans Reitzels forlag, København

Kalat, J. W. (2007), *Biological Psychology*, (kap.12.3 &15.2, pp. 376-380, 559-569), Thomson, Wadsworth, USA

Kernberg, O. (1981), *Structural Interviewing*, Psychiatric clients of North America, 4, (pp. 169-195).

Kistrup, M. (2011), *Psykologien i psykiatrien*, Psykologisk set, Årgang 28, nummer 82

Krag-Sørensen, P., Kessing, L. V. (2010) *Affektive sindslidelser*, (Eds.), Mors, O. Kragh-Sørensen, P. Parnas, J. *Klinisk Psykiatri*, Munksgaard, Danmark, København (kap. 7, pp. 361-446).

Kvale, S. (2003). The Church, the Factory and the Market: Scenarios for psychology in a Postmodern Age. *Theory & Psychology, 13,* (pp. 579-603).

Køppe, S. (2011), Psykologisk set, Årgang 28, nummer 82

Olsson, G. (2007), Med praksis som udgangspunkt, Eds. Brinkmann & Tanggaard, *Psykologi, forskning og profession*, Hans Reitzels Forlag, København

Parrot, W.G. (2003), *Positioning and the emotions*, (Eds.), Harré, R., Moghaddam F., (2003), *The self and others*, Praeger Publishers, USA (kap. 2, pp. 15-28).

Polkinghorne, D. (2007), Forskning og praktikeres beslutningsprocesser, Eds. Brinkmann & Tanggaard, *Psykologi, forskning og profession*, Hans Reitzels Forlag, København

Risdorf, H. (2011). *Psykiatriske diagnoser er samfundsmæssig mobning,* Det sociale netværk,psykisksårbarhed. <http://www.psykisksaarbar.dk/altnewspage634.aspx>

Skovlund, H. (2007), Interaktionisme, Eds. Karpatschof, B. & Katzenelson, B. *Klassisk og moderne psykologisk teori*, (1. ed. pp. 185-213), Hans Reitzels Forlag, København

Svendsen, L. F.H. (2010), *Patologisering og stigmatisering*, (Eds.), Brinkmann, S. *Det diagnosticerede liv- sygdom uden grænser*, forlaget Klim, Århus

Walton, C., Coyle, A., & Lyons, E.(2003). *Men’s use of emotion discourses and their negotiation of emotional subject positions,* (Eds.), Harré, R., Moghaddam F., (2003), *The self and others*, Praeger Publishers, USA (kap. 4, pp. 45-60).

Wetherell, M. (2003), *Paranoia*, *Ambivalence, and the discursive practice*, (Eds.), Harré, R., Moghaddam F., (2003), *The self and others*, Praeger Publishers, USA (kap.7, pp. 99- 120).

Willig (2005). *Selvrealiseringsoptioner- vor tids fordring om anerkendelse*, (Eds.), Willig R. & Østergaard, M., *Sociale patologier,* Hans Reitzels Forlag, København

Ørum, E. (2013), *Lægevidenskaben udfordres i psykiatrien*, Information, 19 oktober. <http://www.information.dk/475702>

Zahavi, D., Parnas, J.(2010), *Bevidsthed- et grundlæggende emne i psykiatrien*, (Eds.) Mors, O. Kragh-Sørensen, P. Parnas, J, *Klinisk Psykiatri*, Munksgaard, Danmark, København (kap. 2, pp. 77-102).