

En almenpsykologisk behandling af diagnosticering i dagens samfund

Rapportens samlede antal tegn

(med mellemrum & fodnoter): 264.065

Svarende til antal normalsider á 2400 tegn: 110,1

Studienummer (8 cifre):

20184040

20182874

20184047

**10. Semester, Psykologi,
Kandidatspeciale**

Aalborg Universitet

31/05 2024

0. Abstract

This theoretical study examines how we can understand and interpret the rise of diagnoses in the recent years in the Danish society. The study question that the thesis aims to answer is: "How can we understand the rise of diagnosis in the contemporary period?". The thesis takes a fundamentally pragmatic standpoint, in which it aims to provide a multi-faceted understanding of the phenomenon of increased diagnoses. It integrates various theoretical perspectives, each offering different viewpoints that, when combined, contribute to a more comprehensive understanding of the issue. The study explores these perspectives through the lenses of societal, structural, normative, and individual factors, thereby shedding light on the complex nature of the rising diagnostic rates without claiming a single, definitive explanation.

One of the key theories included in the thesis is Zygmunt Bauman's concept of Liquid Modernity, which in the thesis is considered as the contemporary period. The theory provides insights into the societal shifts that in general seem to have an impact on mental health. Furthermore, the study includes key structural perspectives that trace the evolution of psychiatry and relevant legislative changes.

The thesis takes a fundamental standpoint in exploring the role of normativity in relation to understanding the increase in diagnoses. Normality is examined through different perspectives to highlight how the different aspects contribute to a greater understanding of how deviation is considered by society today. The thesis explores normality as utopia, addressing how societal ideals shape perceptions of what is viewed as normal behavior. It explores the idea that societal norms create unattainable standards of what is considered "normal" or "ideal," leading individuals to strive for these perfect states. This striving can result in increased psychopathology, contributing to higher rates of psychiatric diagnoses when individuals inevitably fall short of these ideals. It also looks at normality as a transactional process, in which the role of social interactions and processes in constructing what is deemed normal, is being emphasized. Normality, in this view, is not a fixed state but a dynamic construct influenced by ongoing social exchanges. Due to the societal changes and expectations, this perspective highlights how the individual biological mechanisms seem to fail their inherent goal, which thereby lead

to psychopathology. The perspective of normality as health analyzes the psychiatric way of diagnostic assessment and the diagnostic manuals. This perspective highlights how adequate functional ability presumably has changed in the light of the societal changes resulting in greater psychopathology. Additionally, the extensions of the diagnostic manuals give rise to further diagnostic opportunities. Furthermore, the thesis delves into the concept of normality as a statistical average, discussing how statistical norms influence the classification and diagnosis of mental health conditions. Normality is seen as a statistical construct, where what is considered "normal" is based on the average or typical characteristics within a population. However, the theory proves that the rise in diagnoses does not align with the rise in the population, hence why the explanation of increased diagnoses must be found elsewhere. The thesis also dives into individual psychological factors, based by theories from humanistic psychology, particularly Abraham Maslow's hierarchy of needs, to understand how these needs impact diagnostic trends. The thesis explores how modern societal pressures can hinder the fulfillment of these needs, contributing to increased mental health issues.

Each theoretical perspective is critically examined for its applicability and relevance in explaining the rise in psychiatric diagnoses. The study underlines the importance of understanding the interplay between societal norms, structural changes, and individual psychological factors in shaping the current diagnostic understanding. By integrating these different perspectives, the thesis aims to provide a more nuanced and comprehensive understanding of the factors that lead to the increase in psychiatric diagnoses.

The thesis aims to underline whether the increase in psychiatric diagnoses signifies a true rise in mental health issues or reflects broader societal and cultural dynamics. It questions whether modern society's demands and ideals exceed our human capacities, leading to greater psychological distress and therefore more frequent diagnoses. Ultimately the thesis concludes that it is considered increasingly difficult to be normal in recent times.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING.....	1
1.1 STIGNINGER I PSYKIATRISKE DIAGNOSER	1
1.2 INTERESSEFELT	3
2. VIDENSKABSTEORETISKE STÅSTED.....	5
3. DIAGNOSTICERING, NORMALITET OG AFVIGELSE – EN INDKØRING TIL AFHANDLINGENS UDGANGSPUNKT	10
4. ZYGMUNT BAUMAN - FLYDENDE MODERNITET	12
4.1 FRA FAST TIL FLYDENDE.....	14
4.2 FRIGØRELSE OG INDIVIDUALITET	15
4.3 AT FØLGE MED VS. AT SKILLE SIG UD	16
4.4 FORBRUGERISME	17
4.5 FRA AT VÆRE RASK TIL EN FOREBYGGELSE MOD SYGDOM	17
4.6 IDENTITETSDANNELSE.....	19
4.7 OPSUMMERING	20
5. ET STRUKTURELT PERSPEKTIV	22
5.1 BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN GENNEM TIDEN.....	22
5.2 VENTELISTER	25
5.3 KOMORBIDITET	26
5.4 BEHANDLING AF PSYKIATRISKE DIAGNOSER	27
5.5 NEDSLAG I LOVGIVNINGEN MED BETYDNING FOR BRUGEN AF SUNDHEDSYDELSE.....	28
5.5.1 FN's børnekonvention	29
5.5.2 Kommunalreformen og psykologordningen.....	29
5.5.3 Inklusionsloven.....	29
5.5.4 Udredningsretten og behandlingsgaranti	30
5.5.5 Barnets lov.....	31
5.6 EN DISKUSSION AF TEORIENS ANVENDELIGHED.....	31
6. ET NORMALITETSPERSPEKTIV	34
6.1 NORMALITET SOM UTOPI.....	35
6.1.1 Alain Ehrenberg og det udmattede selv	35
6.1.1.1 Den nye individualitet.....	36
6.1.1.2 Depression som skyggeside	37
6.1.1.3 Normalitetsbegrebet som utopi belyst ved medicinens rolle	38
6.1.2 Sammenfatning af Det udmattede selv	40

6.1.3 En diskussion af teoriens anvendelighed	41
6.2 NORMALITET SOM TRANSAKTIONELT SYSTEM/PROCES.....	46
6.2.1 Jerome Wakefield - Harmful Dysfunction.....	47
6.2.2 Diskussion af teoriens anvendelighed.....	51
6.3 NORMALITET SOM SUNDHED	54
6.3.1 Den psykiatriske udredning og behandling	55
6.3.2 Diagnosemanualernes funktion og udvikling.....	58
6.3.2.1 Manualerne har udviklet sig.....	58
6.3.2.2 De nyeste versioner.....	60
6.3.3 En diskussion af teoriens anvendelighed	63
6.3.3.1 Det tilstrækkelige funktionsniveau.....	63
6.3.3.2 De udvidede diagnostiske manualer.....	65
6.4 NORMALITET SOM GENNEMSNIT.....	68
6.4.1 Christopher Boorse – Biostatistisk teori.....	69
6.4.2 En diskussion af teoriens anvendelighed	72
7. ET INDIVIDPERSPEKTIV	74
7.1 HUMANISTISK PSYKOLOGI - ABRAHAM H. MASLOW.....	75
7.1.1 Behovspyramiden.....	77
7.1.1.1 Behov for sikkerhed.....	78
7.1.1.2 Behov for samhørighed.....	78
7.1.1.3 Behov for agtelse	79
7.1.1.4 Behov for autonomi	79
7.1.2 En diskussion af teoriens anvendelighed	79
8. SAMMENFATTENDE DISKUSSION	84
8.1 TEORETISK DISKUSSION AF TEORIERNES BRUGBARHED MED AFSÆT I PRAGMATISMEN.....	85
8.1.1 Det strukturelle perspektiv.....	85
8.1.2 Samfundets idealer og vilkår skaber specifikke symptombilleder.....	87
8.1.3 Psykisk lidelse som et menneskeligt vilkår ved samtiden?	92
8.1.4 Verden har ændret sig	95
8.2 ER DET PROBLEMATISK, AT VI SER EN ØGET DIAGNOSTICERING?.....	99
8.2.1 Er det unormale blevet normalt eller omvendt?	102
9. KONKLUSION	105
10. REFERENCELISTE:	109

1. Indledning

1.1 Stigninger i psykiatriske diagnoser

”Hvor børn for få årtier siden måske var frække eller havde krudt bagi, har de i dag ADHD.” (Brinkmann, 2015, p. 53).

Psykiske sygdomme er nu nået til tops over sygdomsbyrden i Danmark med sine 25% og har dermed overgået kræft og kredsløbssygdomme, og depression er sideløbende med iskæmisk hjertesygdom årsag til flest nye sygdomstilfælde hos danskerne, viser tal fra en undersøgelse lavet i 2017-2018 (Sundhedsstyrelsen, 2022). Dette belyser, i relation til ovenstående citat, hvordan psykiske sygdomme har vundet indpas i dagens samfund og hvordan psykiatriske diagnoser, ikke blot fylder mere i statistikkerne, men tillige i hverdagssproget hos almindelige mennesker. Hertil præsenterer Psykiatrifonden en række opgørelser der bl.a. peger på, at 82% af befolkningen på et tidspunkt i livet vil blive behandlet i psykiatrien eller modtage medicin for psykiske symptomer og, at der er sket en stigning på 18% i årene fra 2013-2022 i antallet af personer i psykiatrisk behandling både ambulant og indlæggelser. Ud af de mennesker, der på et tidspunkt i livet kommer i kontakt med psykiatrien, ser man at halvdelen allerede har første kontakt inden de fylder 18 år (Psykiatrifonden, 2023).

I forlængelse peger nyere forskning generelt på, at der er sket store stigninger, når det kommer til diagnosticering af børn- og unge med psykiske sygdomme (Thomsen, 2015; Prytz, 2022). Tal fra 2022 viser, at den største stigning indenfor psykiatriske diagnoser ses ved spiseforstyrrelser, autisme, angst, ADHD og depression (Sundhedsdatastyrelsen, 2022). Rapporten peger på, at antallet af børn og unge, der er registreret med en psykiatrisk diagnose via hospitalssektoren, er steget med mere end 50% i perioden mellem 2009-2019, hvor stigningen har været størst i 2010-2011 og nogenlunde har stabiliseret sig efter 2016. Der ses samtidig en stigning på 40% af børn og unge der diagnosticeres med flere end én diagnose, hvilket vidner om, at individets symptomer ændrer sig over tid, og derfor kræver flere diagnoser for at kunne indramme sygdomsforløbet korrekt. Generelt ses der et stort overlap mellem forskellige psykiatriske diagnoser, og der ses større komorbiditet ved de psykiatriske

patienter end hos de somatiske (Social- og Indenrigsministeriets BENCHMARKINGENHED, 2020; Christensen, 2020).

Psykiske vanskeligheder øges i teenageårene og der ses tendens til at jo ældre barnet er, jo større er forekomsten af psykiatriske diagnoser. Ungealderen og den tidlige voksenalder udgør de hyppigste debutaldre for svære psykiske sygdomme, herunder depression, psykose, skizofreni og mani (Christensen, 2020; Social- og Indenrigsministeriets BENCHMARKINGENHED, 2020; Jeppesen, Lund, Nielsen, Obel, Madsen & Nordentoft, 2020). I forlængelse anslår en rapport fra Psykiatrifonden (2023), at for følgende diagnoser: udviklingsforstyrrelser, angstlidelser, obsessive-kompulsive tilstande, spiseforstyrrelser, stressrelaterede tilstande, misbrug og afhængighed, skizofreni og psykotiske tilstande, personlighedsforstyrrelser og affektive sindslidelser, debuterer 34,6% allerede før 14-årsalderen, 48,4% før 18-årsalderen og 62,5% før 25-årsalderen. Herunder ses den største procentdel af debuterede tilstande for alle til og med 25 år ved udviklingsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og angstlidelser (Psykiatrifonden, 2023).

En undersøgelse af Danskernes Mentale Sundhed, lavet af Rockwool Fonden, der beskæftiger sig med udviklingen af mentalt helbred hos børn og unge i perioden fra 2009-2017, viser desuden at de 15-19åriges helbred bliver signifikant dårligere med årene (Andersen, Ladenburg & Dyssegaard, 2020). I forlængelse ses en stigning i recepter på ADHD-medicin fra 1999 og frem, men især i 2005-2006. Forbruget af ADHD-medicin har især været stigende for drenge mellem 0-24 år, men andelen af piger der tager denne type medicin er ligeledes steget fra 1999-2018 (Andersen et al. 2020). Yderligere viser forskning, at der er en øgning af ambulante besøg i psykiatrien for børn og unge med ADHD, angst og depression, mens andelen af indlæggelser er faldende, hvilket kunne tyde på, at rammerne for at komme i kontakt med psykiatrien har ændret sig gennem tiden. Udover flere ambulante kontakter i psykiatrien, ses det også, at det især er de 16-24årige der udgør nye tilfælde af folk der opsøger en psykiater (Andersen et al. 2020). Noget tyder dermed på, at det især er børn og unge voksne op til 25 år, der rammes af psykiske lidelser og som opsøger professionel hjælp. Men hvordan kan man så egentlig forstå denne udvikling, der peger på en øget forekomst af psykisk sygdom?

1.2 Interessefelt

Diagnoser har på mange måder taget den mest dominerende plads i t. samtids forståelse af menneskelig sygdom og lidelse, hvorfra begrebet ‘diagnosekultur’ er opstået. Diagnosekultur henviser til et samfund og en kultur, hvor diagnostiske kategorier og begreber bruges af såvel fagpersoner som lægfolk til at beskrive forskellige former for menneskelig afvigelse, ubehag og lidelse (Brinkmann & Petersen, 2015, p. 7). På mange måder er vi mennesker i dag rettet mod diagnoser mere end vi før har været, hvilket Brinkmann & Petersen (2015) peger på, er sket på en usynlig måde gennem tiden, som har ført os til, at vi i dag på mange måder tager diagnosernes tilstedeværelse og logik for givet. Diagnosekategorierne har udviklet sig og flere og flere sygdomme identificeres med tiden.

Diagnosekulturen udspiller sig på forskellige måder, bl.a. ved at diagnostiske termer, ligesom i afsnittets indledende citat, har vundet indpas i menneskets hverdagssprog (Brinkmann & Petersen, 2015, p. 7). Det er så at sige blevet mere normalt at tale om psykiske diagnoser og diagnoserne fylder mere i dagens samfund, som ovenstående statistikker også vidner om. Det er ikke ‘diagnosekulturen’ i sig selv, som findes interessant i denne afhandling, men derimod pointen om, at diagnosekulturen repræsenterer en kultur, hvori sygdomsbegrebet forekommer mere fremtrædende.

Som uddybes nedenfor (se afsnit 3 – Diagnosticering, normalitet og afvigelse), kan man ikke beskæftige sig med psykiske sygdomme, uden også at tage højde for den referenceramme som disse udspringer fra – det såkaldt normale. Således er følgende afhandling interesseret i at undersøge og forstå diagnosernes dominerende rolle i samtiden i forbindelse med begrebet om normalitet. Herunder ønskes det at belyse, hvad statistikkerne, der anslår en stigning i psykiatriske diagnoser, er et udtryk for? Er det blevet normalt at få en psykisk diagnose og hvad er normalitet i givet fald? Hertil opstår en række spørgsmål og undren, som danner grundlag for og har motiveret nærværende afhandling. Er vi blevet mere syge eller er diagnosticeringen af psykiske lidelser i højere grad udtryk for nogle samfundstendenser, idealer og strømninger, som gør det svært for os at være mennesker i dag? Hvordan kan vi forstå, at 82% af den danske befolkning på et tidspunkt i livet vil modtage en form for behandling for en psykisk lidelse? Er psykiatriske diagnoser egentlig lig med, at

man som individ er syg eller handler det i højere grad om, at vi sygeliggør almen menneskelig adfærd? Hvad motiverer individet til at opsøge diagnoser og hvorfor er samfundet så "gavmildt" med at uddele dem? Formålet med nærværende afhandling er således, på psykologisk teoretisk vis, at besvare problemformuleringen:

Hvordan kan man forstå den øgede diagnosticering i samtiden?

Hertil refererer diagnosticering til psykiske diagnoser som også løbende i afhandlingen vil blive omtalt under betegnelserne: psykiatriske diagnoser, psykiatriske- og eller psykiske sygdomme samt psykiske lidelser. Disse betegnelser benyttes derfor sideløbende og henviser således alle til den diagnosticering, som afhandlingen er interesseret i at afdække.

Hertil vil afhandlingen centrere sig om følgende problemstillinger:

- *Hvordan har strukturelle rammer og ændringer indflydelse på den øgede diagnosticering?*
- *Hvordan har samfundets normer og idealer indflydelse på den øgede diagnosticering?*
- *Overstiger samfundets krav vores biologisk funderede kapacitet?*
- *Hvordan spiller udredningsprocessen og diagnosemanualerne en rolle for den øgede diagnosticering?*
- *Kan befolkningstilvæksten være med til at forklare den forøgede diagnosticering?*
- *Hvordan spiller individuelle psykologiske faktorer en rolle i relation til den øgede diagnosticering?*

Afhandlingen vil udlægge forskellige psykologiske teoretiske perspektiver, som alle har til formål at bidrage til en øget forståelse af, hvilke faktorer der er i spil i relation til den øgede diagnosticering i samtiden. De teoretiske perspektiver præsenteres i følgende rækkefølge igennem afhandlingen: først følger en beskrivelse og karakteristik af det samfund og den samtid, som afhandlingen tager udgangspunkt i,

ved Zygmunt Baumanns teori om Flydende modernitet. Dernæst præsenteres et strukturelt perspektiv, som klarlægger psykiatriens udvikling og position i samtiden, herunder nogle lovgivningsmæssige ændringer som synes relaterede til den øgede diagnosticering. Dette følges af fire forskellige normalitetsperspektiver: herunder normalitet forstået som utopi, normalitet som transaktionelle systemer/proces, normalitet som sundhed og normalitet som gennemsnit. Slutteligt udlægges et individperspektiv med fokus på psykologiske behov og hvordan disse har betydning for den menneskelige trivsel. Hver teoretisk udlægning vil blive efterfulgt af en opsummering på, hvad det givne teoretiske perspektiv kan bidrage med ift. en besvarelse af afhandlings problemformulering. For at kunne besvare denne, ved hjælp af de præsenterede teorier, vil afhandlingen tage udgangspunkt i en videnskabsteoretisk tilgang, der beror på pragmatismen. Denne vil blive præsenteret i det følgende afsnit.

2. Videnskabsteoretiske ståsted

Videnskabsteori må betragtes som en selvstændig disciplin, der er overordnet refleksiv omkring den type spørgsmål og svar, der stilles og gives indenfor det videnskabelige domæne. En forudsætning for enhver form for videnskab er, at den reflekterer og konfronterer fundamentet for den viden, som den selv består af. Det er dermed en forudsætning for videnskabsteorien, at videnskaben, den knytter sig til, ikke nødvendigvis besvarer alle spørgsmål selv, men i stedet, at den er funderet i en række tanker og overvejelser bag de spørgsmål der stilles og de svar, der gives (Jacobsen, Lippert-Rasmussen & Nedergaard, 2015).

I forhold til nærværende afhandling, arbejdes der ud fra et videnskabsteoretisk ståsted, der bygger på pragmatismen. For at kunne besvare problemformuleringen: *"Hvordan kan vi forstå den øgede diagnosticering i samtiden?"* er det nærtliggende at se på spørgsmålet fra et pragmatisk synspunkt. Pragmatismen er interessant for denne afhandling i og med, at den beskæftiger sig med, hvordan man bedst muligt kan besvare og tilgå et problem. Hvis man skal forstå det pragmatiske grundlag til videnskab, så det kan beskrives ud fra en metafor om, at pragmatismen som videnskabsteori forsøger at finde det bedst mulige værktøj til at løse den givne opgave. Pragmatismen har fokus på videnskabens rolle i at løse praktiske problemer

og adresserer problemer, der har fundament i den virkelige verden (Legg & Hookway, 2021; Bacon, 2012). Evalueringer af teorier er således baseret på deres evne til at opnå en øget forståelse eller til at udvikle videnskabelige redskaber, der kan være med til at forbedre tilværelsen. Pragmatismen bliver dermed en essentiel del af afhandlingens tilgang til undersøgelsen af den øgede diagnostik der ses tendens til i samtiden. Gennem forståelse og undersøgelse af teorier søges der at opnå et eller flere bud på, hvordan den øgede diagnosticering kan forstås og eventuelt forklares.

Pragmatismen er en videnskabsteoretisk overbevisning, der kan dateres tilbage til 1870, hvor Charles Peirce og William James betragtes som de, der præsenterede et nyt alternativ til både analytisk og filosofiske traditioner verden over (Legg & Hookway, 2021). I pragmatismen eksisterer der en grundlæggende overbevisning om, at overbevisninger, koncepter og handlinger bør have praktiske konsekvenser. I pragmatismen danner empirisk viden og observation grundstenen for solid videnskabelig viden, hvormed videnskabelig praksis bliver det centrale omdrejningspunkt. Validiteten af videnskabelige teorier bliver bedømt ud fra deres evne til at tage højde for observerede fænomener og at lave gode forudsigelser for fremtidige observationer (Legg & Hookway, 2021). Alle videnskabelige koncepter bør testes via eksperimentering, og en påstand kan først vise sig at være sandfærdig, hvis den viser sig brugbar. Dermed er det væsentligste indenfor et pragmatisk synspunkt, hvorvidt en teori er brugbar i forhold til at opnå det tilsigtede mål (Legg & Hookway, 2021). Sandhed defineres altså ud fra, hvad der er praktisk og leder til succesfulde resultater. Sandhed opnås, når teorien er effektiv i at opnå tilsigtede mål. Sandhed betragtes ikke som absolut eller fikseret, men snarere som en proces, hvori der indgår undersøgelse og problemløsning (Legg & Hookway, 2021; Bacon, 2012).if. pragmatismen skal videnskabelige teorier anses som foreløbige forklaringer, der konstant er subjekt for revision eller erstatning i takt med, at der findes ny viden, der på bedre vis kan fungere som teoretisk redskab til at forklare den virkelighed, vi befinder os i (Legg & Hookway, 2021; Bacon, 2012).

I pragmatismen introducerer Charles Peirce et begreb som han kalder for 'The pragmatic maxim'. Peirce beskriver det således: *"Consider what effects, which might conceivably have practical bearings, we conceive the object of our concept to have.*

Then, our conception of these effects is the whole of our conception of the object” (Peirce, 1992). Grundlæggende tager dette princip dermed udgangspunkt i tanken om, at meningen bag koncepter determineres ud fra de mest tænkelige praktiske konsekvenser det får, hvis man accepterer konceptet som sandt. Meningen for et koncept bliver, ud fra dette argument, knyttet til den forskel konceptet udgør for den praksis som vi befinder os i. Meningen med en idé bliver ud fra *the pragmatic maxim* dermed, den række af handlinger der følger af konceptet (Legg & Hookway, 2021; Bacon, 2012).

Under pragmatismen hører også pluralisme. Grundlæggende omhandler pluralismeteorien, at videnskabelige teorier og perspektiver kan være brugbare i forskellige kontekster eller til at besvare forskelligartede spørgsmål. Der findes dermed ikke nogen objektiv korrekt måde at bedrive videnskab på (Baldwin, 2008). Pluralismen anerkender og accepterer altså, at der kan være flere, potentielt konkurrerende, videnskabelige teorier eller modeller, der kan forklare et bestemt fænomen. Pluralismen understreger vigtigheden af, at varierende videnskabelige perspektiver kan koeksistere, fremfor at en enkeltstående teori skal være dominant. Forskellige teorier kan være valide i forskellige kontekster (Ludwig & Ruphy, 2021). Eksempelvis findes der i fysikkens verden mange forskellige måder at forstå kvantefysik på. Alle forståelserne tilbyder forskellige distinktive rammer og måder at forstå fænomenet på samtidig med, at de er konsistente med den empiriske data. I den pluralistiske tankegang søger man dermed ikke at reducere videnskabelig forståelse til en enkeltstående teori. Man anerkender i stedet at forskellige teorier kan være bedre til at forklare forskellige niveauer af kompleksitet eller forskellige undersøgelsesfelter indenfor fænomenet (Ludwig & Ruphy, 2021). Valget af teori kan afhænge af den specifikke kontekst man anskuer et fænomen i. Der findes ikke nogen teori, der er altoverskyggende og kan bruges som forklaringsramme på alt. Pluralismen danner dermed grundlag for videnskabelig tankegang og åbner op for nye idéer og tilgange. I pluralistisk teori findes der dermed en bred vifte af hypoteser, metoder og perspektiver, hvilket er tilsigtet at skulle skabe grobund for kreativitet, innovation og udforskning af nye perspektiver indenfor videnskaben (Ludwig & Ruphy, 2021; Kellert, Longino & Waters, 2006). Pluralismen anerkender altså videnskab som dynamisk og foranderlig i takt med, at ny viden opstår eller nye teorier udvikles. I modsætning til at opfatte videnskab som statisk, søger pluralismen

dermed at indtage en anskuelse af videnskab som noget, der konstant er under udvikling. I videnskab skal der være plads til revurderinger og erstatninger af teorier over tid, i takt med, at man bliver klogere (Ludwig & Ruphy, 2021; Kellert, Longino & Waters, 2006)

I forhold til afhandlingen kan dette relatere sig til de fire perspektiver på normalitet, samt det strukturelle og individfokuserede perspektiv, som senere vil blive redegjort for i (afsnit 5., 6. og 7.). De forskellige perspektiver tilbyder hver især deres anskuelse på, hvad der kan være med til at skabe grundlag for den øgede diagnosticering, og hvordan det kan forstås. Ingen af de forskellige forståelser er nødvendigvis objektive sandheder, men må i stedet ansues som teorier, der på hver deres måde kan være med til at belyse fænomenet om normalitet og diagnosticering indenfor en given forklaringsramme. Ud fra pluralismen vil man kunne argumentere for, at perspektiverne ikke er gensidigt udelukkende for hinanden, men at de i stedet kan koeksistere og tilbyde hver deres forklaring, alt efter hvilken anskuelse man har af begrebet normalitet. Desuden at de muligvis tilsammen kan bidrage med ny viden om normalitetsbegrebet og den øgede diagnosticering, og dermed en nuanceret forståelse af den øgede diagnosticering i samtiden.

Pragmatismen beror på videnskabelig praksis. Hvordan vi gennem forskningens praksis tænker over ting og fænomener, der foregår omkring os, og samtidig udbygge, at vores forståelse heraf, beror på erfaringer, som vi gør os. Vores kontakt med den eksterne verden foregår gennem vores erfaringer (Legg & Hookway, 2021). Denne tilgang til erfaringers rolle og videnskabens evige udvikling, som er beskrevet tidligere, kan være med til at skabe en forståelse af, hvorfor vi individer må tilpasse os i takt med, at man bliver klogere og gør sig flere erfaringer. Det er samtidig derfor, at vi konstant må udvikle vores samfund, og i relation til denne afhandling, hvorfor vi må udbygge vores forståelser for, hvorfor vi ser en øget diagnosticering i dagens samfund. I afsnittet om diagnosemanualernes udvikling (se afsnit 6.3.2) ses der ligeledes et eksempel på, hvordan vi løbende må udvikle og tilpasse vores diagnostiske system i takt med, at vi gør os flere erfaringer og bliver klogere. Hver udgave af en diagnostisk manual bliver dermed en form for status over de igangværende erfaringer, diskussion og kompromisser, der må tages i forhold til diagnostikken som fænomen. Der er sket meget på diagnosticeringsfronten siden

diagnosemanualernes spæde begyndelse. Dette sker i takt med, at man har afprøvet ting og har fundet ud af, at man har måttet forkaste eller revidere tidligere hypoteser i takt med at man på baggrund af erfaringer og videnskab har opbygget en anderledes forståelse af fænomenet.

Grundlæggende er det med en pragmatisk anskuelse, at nærværende afhandling tilgår og forsøger at besvare problemformuleringen: hvordan man kan forstå den øgede diagnosticering i samtiden. Dette syn indtages i takt med, at der med en pluralistisk tilgang søges flere forståelser af problemstillingen som udgangspunkt for et nuanceret indblik i, hvad der kan forklare den øgede diagnosticering i dagens samfund. Afhandlingen interesserer sig ikke for at finde frem til én objektiv sandhed om, hvordan man kan forstå den øgede diagnosticering, men ønsker derimod at udlægge flere ansuelser, der i sammenhæng med hinanden kan belyse kompleksiteten bag dette spørgsmål. Afhandlingen skal ud fra den pragmatiske tilgang, efter bedste evne, levere et værktøj, der kan være med til at skabe forståelse for, hvordan vi kan forstå den øgede diagnosticering i samtiden. Fokus for afhandlingen bliver dermed i sidste ende at skabe en anskuelse, der kan være med til at øge forståelsen for en samfundstendens og eller et praktisk problem, som her fremstår som den øgede diagnosticering i dagens samfund. Der søges en form for forklaringsramme, der konstant kan være under udvikling, men som kan være med til at lave forudsigelser for, hvorvidt denne forklaringsramme stemmer overens med den virkelighed, som vi befinder os i. De væsentligste pointer kan opsummeres gennem Matthew Browns (2009) opsummering af det neo-pragmatiske perspektiv. Observation og teori er begge begrænsede til delvise perspektiver på verdenen. Derudover afslører undersøgelse ikke en enkelt, sammenhængende beskrivelse af verden, men et mangfoldigt udvalg af overlappende perspektiver, som er kompatible på én måde, idet de alle er perspektiver på den samme verden, men de udgør ikke en absolut opfattelse af verden. Disse perspektiver er i sagens natur bundet til vores formål, interesser, praksisser og evner og repræsentation af teorier bliver en fire-vejs affære mellem både teori, verdenen, tilhørere og vejledende formål (Brown, 2009).

Herunder følger en indføring til afhandlingens emnefelt. Dette gøres med udgangspunkt i at belyse, hvorfor det synes væsentligt for besvarelsen at tage

udgangspunkt i en ramme, der centrerer sig omkring normalitet og herfor også afvigelse.

3. Diagnosticering, normalitet og afvigelse – en indkøring til afhandlingens udgangspunkt

At forsøge at forstå den øgede diagnosticering i samtiden, kan som udgangspunkt opleves som en kompliceret affære. Det vil gennem denne afhandling vise sig, at der bag diagnosticeringsprocesserne i samfundet, gemmer sig en række væsentlige underaspekter, som både eksplicit og implicit kan siges at influere på den øgede diagnosticeringstendens. I forsøget på at forstå denne, må man altså også bevæge sin ind i de omkringliggende aspekter ved sammenhængen, herunder indblik i, hvordan man kan forstå relationen mellem diagnosticering, normalitet og afvigelse.

Diagnosticering defineres som udgangspunkt, ved en opdagelse og bestemmelse af en sygdom (Den Danske Ordbog). Taler man om en psykiatrisk diagnosticering, som denne afhandling omhandler, angår det altså opdagelsen og bestemmelsen af en psykisk eller mental sygdom (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2024a). Imidlertid kan man ikke tale om psykisk lidelse og sygdom uden også at tale om normalitet, da disse angiveligt er uløseligt forbundet.

If. Erik Simonsen & Bo Møhl (2017) og Lars Svendsen (2010) vil begrebet om psykisk sygdom altid stå i et dialektisk forhold til et psykisk normalitetsbegreb (Simonsen & Møhl, 2017, p. 49; Svendsen, 2010, p. 58). For at kunne forstå hvad psykisk sygdom vedrører i et samfund, må man altså også forstå og diskutere, hvad den psykiske normalitet indbefatter. Ser man på hvordan normalitet skabes og formes, påpeger, Michael Hviid Jacobsen (2007), at det normale i samfundet altid vil blive dannet på baggrund af, hvad der betragtes som afvigende – men også omvendt (Jacobsen, 2007, p. 15). I relation til diagnosticering stilles en diagnose altid med udgangspunkt i symptomer (Den Danske Ordbog; Region Hovedstaden, 2012). Dette betyder, at en eventuel tildeling af en diagnose, altid vil forudsættes af, at de gældende symptomer der ses, menes at afvige fra, hvad der er psykisk normativt. Netop normer og normal adfærd har været et interessefelt inden for psykologien siden dens fødsel (Offer & Sabshin, 1974, p. 48).

Hertil kan Annemarie Jutel (2010; 2011) supplere. If. hende må symptomer, før de kan klassificeres som diagnoser, vurderes at være problematiske i deres omfang (Jutel, 2010, p. 231; Jutel, 2011, p. 1-3). De skal altså være problematiske set i relation til, hvad der er psykisk normalt. Det der i sidste ende defineres som diagnoser (afvigende tilstande), karakteriseres altså ved symptomer, som af *nogen*, er blevet vurderet at være problematiske i relation til *noget* (det normale). I forlængelse af dette, fremhæver Mildred Blaxter (1978), at tildelingen af diagnoser altid vil afhænge af, hvilke kategorier, der er tilgængelige og accepterede i samfundet (Blaxter, 1978, p. 9). Diagnosticeringen af en diagnose må altså altid ses i kraft af, hvilke tilgængelige og accepterede kategorier som eksisterer i samfundet, men ligeledes, referencen hvorudfra disse kategorier og symptombilleder er blevet vurderet at være problematiske. Dette taler ind i spørgsmålet om, hvem eller hvad der danner grundlaget for den psykiske normalitet.

Jacobsen (2007) og Svendsen (2010) mener, at det er samfundet, som definerer normaliteten. If. dem, bliver både normalitet og afvigelse opretholdt og konstrueret socialt med afsæt i de implicitte regelsæt og værdisystemer, som hersker. Det vil sige, at det er samfundets sociale og kulturelle normer og forventnings- og forståelsesrammer, som er med til at definere, hvad der vurderes at være normalt og afvigende (Jacobsen, 2007, p. 15-21; Svendsen, 2010, p. 58-59). Ifølge Svendsen (2010), justeres enhver diagnose ud fra disse normer og idealer, og kun hvis diagnosen er i overensstemmelse med disse, kan den siges at være legitim (Svendsen, 2010, p. 59). På den måde får samfundets normer og idealer indvirkning på, hvilke diagnoser, der vurderes at være legitime.

Omvendt påpeger Marie Crowe (2000), at diagnosemanualerne ligeledes er med til at konstruere normaliteten. Når symptomer og adfærdsmønstre inkluderes i manualerne, stemples de som unormale og afvigende (Crowe, 2000, p. 69). Ved at definere det afvigende, definerer manualerne herved også det normale.

Diagnosticering og de processer, som det indebærer, står altså i tydelig relation til samfundets opfattelse af, hvad der er psykologisk normalt. Hvis man skal forstå den forøgede diagnosticering, synes det herfor essentielt både at se på de diagnostiske

kategorier, hvis indhold sammenfattes i diagnosemanualerne, men også hvilke forventnings- og forståelsesrammer, som det respektive samfund er præget af - altså hvilke normalitetsopfattelser der hersker, samt hvad disse er præget af. Imidlertid eksisterer der jf. Simonsen & Møhl (2017) fire forskellige perspektiver på normalitet, som alle menes at komplementerer hinanden, selvom de er adskilte i deres definition. Der er tale om normalitetsforståelser som hhv. sundhed, utopi, gennemsnit og transaktionelt system/proces. Af den grund vil nærværende afhandling som udgangspunkt redegøre for disse fire, med henblik på at belyse, hvordan perspektiverne tilsammen og hver især kan bidrage til en forståelse af den øgede diagnosticering i samtiden. Dertil er det væsentligt at fremhæve, at de fleste klinikere, if. Simonsen & Møhl, vil være optaget af alle perspektiver. Af den grund anskuer nærværende afhandling den utopiske-, den sundhedsmæssige-, den gennemsnitlige-, og den processuelle normalitetsopfattelse, som fire dele, der alle taler ind i en overordnet normalitet, som både influerer og influeres af samfundets forventninger, forståelser og herskende klassifikationssystemer, og derfor er med til at skabe forståelse for, hvordan vi i samtiden ser på afvigelse (Simonsen & Møhl, 2017, p. 49).

Som fremhævet har samfundet, if. vores valgte perspektiv, en stor betydning for definitionen af både normalitet og afvigelse. En beskrivelse af, hvad denne indebærer - herunder dens herskende normer og idealer - forekommer derfor essentiel. Det følgende afsnit vil af den grund fremlægge nærværende afhandlings udgangspunkt for samtiden, der skildres gennem Bauman's beskrivelse af den 'Flydende modernitet'. Herved bliver det tydeliggjort, hvilke samfundsmæssige tendenser, som kan siges at præge vores normalitet i dag samt, hvilke vilkår mennesket lever under i samtiden.

4. Zygmunt Bauman - Flydende modernitet

"Interruption, incoherence, surprise are the ordinary conditions of our life. They have even become real needs for many people, whose minds are no longer fed by anything but sudden changes and constantly

renewed stimuli. We can no longer bear anything that lasts. We no longer know how to make boredom bear fruit.

So the whole question comes down to this: can the human mind master what the human mind has made?"

(Paul Valery if. Bauman, 2000, p. 1)

Ovenstående citat sætter scenen for det Bauman kalder 'den flydende modernitet', som er Baumans teori og beskrivelse af samfundets tilstand i årene omkring 2000. Metaforen omkring moderniteten som flydende omhandler den fart, foranderlighed og konstante stimulering som karakteriserer det moderne liv, der beskrives i citatet ovenfor. Kedsomhed og stabilitet er fortid og moderniteten er nu flydende, forstået således at alting hele tiden er i flow, ændrer facon og til enhver tid er klar til forandring – ligesom væsker. Væsker er bundet til tid og optager kun rum for en stund, hvorfor de er 'lette' i den forstand, at de flyder, spildes, løber ud, drypper og siver. De er således yderst mobile og svære at stoppe eller holde 'i form' ligesom samfundet (Bauman, 2000).

Godt nok er det 24 år siden, at Bauman præsenterede sin teori om den flydende modernitet, men på mange måder indfanger Bauman en grundlæggende præmis for mennesket, som også er gældende i dag: altings konstante foranderlighed. På trods af at samfundet i dag betegnes med utallige termer - risikosamfundet, det senmoderne samfund, accelerationssamfundet m.m. -, som peger på at vi er kommet på den anden side af moderniteten, så holder Bauman fast i, at moderniteten stadig er aktuel, men blot har ændret form. Han mener, at der ikke findes fyldestgørende argumenter for, hvorfor moderniteten skulle være slut, og hvad der i den forbindelse adskiller det nuværende samfund fra det moderne (Bauman, 2015 - Forelæsning, Aarhus Universitet). Baumans teori vurderes stadig at være relevant og på mange måder redegørende for de tendenser der ses i dag, på trods af at der er sket mange ting siden (se teoretisk diskussion afsnit), da den kaster lys over mange af de præmisser og vilkår, man som individ i 2024 lever under. Således er formålet med følgende afsnit at beskrive nogle af de forhold, som karakteriserer samfundet i dag, og som kan være med til at skabe forståelse for og kobles til den øgede diagnosticering af psykiske diagnoser, som aktuelt udspiller sig.

4.1 Fra fast til flydende

Bauman beskriver moderniteten omkring år 2000 som flydende og foranderlig og mener at dette er sket på baggrund af en nedsmeltning, af det der hidtil har begrænset individets frihed til at vælge og handle; hvilket også betegnes som 'melting the solids' (Bauman, 2000, s. 2-5). 'Solids' henviser til det faste, det givne, det solide, som tidligere karakteriserede og udgjorde modernitetens orden, herunder sociale klasser. Sociale klasser rammesatte de livsbetingelser samt livsudsigter, som var determinerede for realistiske livsafhandlinger og livsstrategier for deres medlemmer (Bauman, 2000, s. 7). Bauman mener, at vi er rykket videre fra disse forhåndstildelte referencegrupper, til en epoke med universal sammenligning, hvor individets selvkonstruktion ikke længere er determineret eller givet på forhånd. Dette har resulteret i en privatiseret, individualiseret version af moderniteten, hvor den enkelte selv har ansvar for at væve sit livsmønster, hvormed ansvaret for fiasko og fejltagelser primært hviler på skuldrene af individet selv. At holde 'det flydende liv' i mere fast form, kræver store mængder opmærksomhed og konstant årvågenhed, såfremt det overhovedet er opnåeligt.

Bauman mener, at moderniteten begyndte da tid og sted blev separeret fra hinanden. Dette indebærer at kommunikation nu ikke længere sker samme tid og samme sted – med globaliseringen og internettet, har vi mulighed for at kommunikere med mange meget hurtigt, uden at vi er bundet af et fast sted. *"Being modern came to mean, as it means today, being unable to stop and even less able to stand still"* (Bauman, 2000, s. 28). Moderniteten er således kendetegnet ved, at alting går så stærkt at individet må løbe uafbrudt uden stop og pauser, fordi målstregen for tilfredshed og succes hele tiden er på forkant og dermed er foran løberen. Således eksisterer tilfredshed altid i fremtiden og succes bliver uhåndgribeligt og noget man aldrig ved, om man har opnået. Bauman mener, at succes er blevet målet for individet i forbindelse med nedsmeltningen af 'the solids', som førhen var bestemmende for individets levevej, men man ved dog aldrig, om man har opnået den. *"What yesterday was considered normal and thus satisfactory may today be found worrying, or even pathological and calling for remedy"* (Bauman, 2000, p. 79). Således beskriver den flydende modernitet, hvordan det er blevet et vilkår for individet at leve i en mere fri verden, hvor alting altid kan tage nye retninger. Det der er normalt i dag, kan være patologisk

i morgen, hvilket medfører at et konstant stadie af undtagelsestilstand bliver normen og ikke undtagelsen (Bauman & Haugaard, 2008). Udover dette, mener Bauman dog ikke, at den flydende modernitet er karakteriseret ved normer, men derimod ved tilbud (Bauman, 2011) (se desuden afsnit 4.4 - forbrugerisme).

4.2 Frigørelse og individualitet

Et vigtigt kendetegn for Baumans beskrivelse af samfundet omhandler frigørelse. For i jagten på succes og effektivisering spiller frigørelse en stor rolle. Bauman (2000) mener, at samfundet i den flydende modernitet er karakteriseret ved 'frie individer', som har opnået den kritiske teoris mål; vi er blevet frigjort fra statens bånd og den totalitære magt, hvoraf individet i dag er karakteriseret ved autonomi og frie valg. At frigøre sig, betyder at sætte sig fri fra noget der forhindrer bevægelse; at føle sig fri til at handle og bevæge sig. Yderligere udgøres frihed af evnen til at handle på ens ønsker; man er fri så længe ens fantasier ikke er større end ens ønsker, mens ingen af de to rækker udover ens evne til at handle (Bauman, 2000, s. 16).

Bauman mener, at samfundet er blevet mindre determinerende i forhold til at fastslå den enkeltes levevej og at der parallelt med frigørelsen fra en totalitær magt, ligger en buffet af muligheder foran individet, sagt med Baumans egne termer (Bauman, 2000). Det eneste og største problem for individet er, at det langt fra kan nå at smage på alle buffetens muligheder. Individets opgave er at vælge og vrage og udleve sine potentialer på bedst mulig vis, og livet har derved taget en langt mindre prædetermineret form end tidligere – samfundet er blevet individualiseret. Hertil opstår den problematik, at individet har mulighed for at blive 'hvem som helst', hvilket altid refererer til et mål ude i fremtiden. Bagsiden af dette er, at når man er blevet 'nogen', så er man stadig ufærdig og ukomplet, fordi man stadig kan udvikle sig og blive til noget andet eller mere. På den måde kan individets ikke-determinerede tilstand medfører en del risici og angst, mener Bauman (Bauman, 2000; Bauman & Haugaard, 2008). Individualitetens væsen og friheden til at vælge giver på den ene side mulighed for, at individet altid kan søge nye steder hen eller forsøge at opnå tilfredshed og succes, samtidig med at den kan medføre usikkerhed, angstelighed og utilstrækkelighed. For man når aldrig at smage alle retterne i buffeten, og derfor kan man aldrig være sikker på, om et andet valg havde været mere fordelagtigt og derved, om man nu også har valgt mest hensigtsmæssigt

(Bauman, 2000, p. 63). Heraf vil selv de handlekraftige og de der formår at prøve mange af retterne i buffeten, stadig præges af, at de aldrig kan nå at prøve det hele. Således vil alle mennesker uanset ressourcer, være underlagt de konsekvenser der følger af den flydende modernitet; at man aldrig ved om man er nået i mål uanset, hvor hurtigt man løber eller hvor meget man prøver.

4.3 At følge med vs. At skille sig ud

Bauman peger på, at i takt med at autoriteter er blevet mere udvandede ifm. Individets frigørelse fra en totalitær magt og tidligere determinerende rammesætninger, så søger mennesket forklaringer, motivation og leveveje ved at sammenligne sig med hinanden. Når individet bliver i tvivl om årsagerne til sin egen situation eller søger veje at forfølge, finder det således inspiration i andres situationer. Bauman mener her at vi, i takt med den teknologiske udvikling, lever i en tid, hvor kendte mennesker sætter eksempler for de muligheder vi alle har; hvis en kendt person kan tabe sig 20 kg eller blive meget sundere eller stærkere ved at ændre livsstil, så kan alle og-bør man også (Bauman, 2000). I forlængelse påstår Bauman, at med autoriteternes tilbagegang, bliver det derfor 'følgerne' af 'eksempelsætterne', der danner den 'nye autoritet' eller de nye idealer, som er værd at tilstræbe. Dette henviser til, at det er flertallet af folkets adfærd og holdninger, der danner udgangspunktet for, hvad der betragtes som normalt og dermed ønskværdigt. Bauman (2000) mener, at der er sket en genforhandling mellem den offentlige og den private sfære, hvor den offentlige scene i nyere tid er blevet stedet, hvor private problematikker og dramaer udspiller sig, hvilket også kobler sig til 'eksempelsætternes' rolle for det enkelte individs målsætninger og succeskriterier. I det individualiserede samfund er det individets eget ansvar at lykkes og når nogen mislykkes med noget, er det deres egen skyld. Hertil mener Bauman, at den mest dominerende offentlige beskæftigelse og modernitetens største interesse, er fokus på individets identificering af egne problematikker og forsøget på at tackle disse (Bauman, 2000, p. 72). Samlet set er problematikken for individet i den flydende modernitet, at det på den ene side søger efter tilhør i en gruppe, mens det samtidig ønsker at skille sig ud og være sig selv i sin originale form. Der hersker således en parallel drøm om samhørighed og selvstændighed; ligeledes et ønske om at være ligesom alle andre parallelt med ønsket om at være unik. På den måde tydeliggøres

der en konflikt mellem individets behov for sikkerhed og dets behov og længsel efter frihed (Bauman, 2011, p. 20).

4.4 Forbrugerisme

I forsøget på at tackle problematikker, mener Bauman (2000), at individet i dag udsættes for et utal af produkter, der lover det alle de kompetencer, som individet ellers mangler i livet og som det selv har ansvar for at opnå. Vi skal være kompetente og kan altid gøre mere, opnå mere, hvilket kræver at vi shopper rundt efter produkter, som kan hjælpe os til mere succes. Den flydende modernitet er således karakteriseret ved et forbrugersamfund. Man kan altid købe sig til nye produkter i forsøget på at løse problemer eller blive bedre til noget, problemet er bare, at alle disse produkter har en holdbarhedsdato (Bauman & Haugaard, 2008). Fra man har købt et produkt, der lover at man bliver bedre, smukkere, sejere eller hurtige, går der ikke længe, før en ny og forbedret version er på markedet. På den måde mener Bauman (2000), at vores samfund i dag på alle punkter er præget af shopping. Individet er konstant på shopping efter måder at effektivisere på, få bedre venskaber, opnå mere succes på arbejdspladsen, måde at løse familieproblematikker eller parforholdsproblemer – der er ingen ende på shoppinglisten og dog. For det eneste shoppinglisten ikke indeholder, er en måde at befri sig selv fra denne shopping og livets konstante foranderlighed. Bauman påstår i den forbindelse, at den mest værdifulde kompetence er at være en dygtig og utrættelig shopper (Bauman, 2000, p. 74). Han tilføjer, at tidligere shoppede man, fordi man havde behov, der skulle tilfredsstilles, men i dag shoppes der med afsæt i individets ønskefulde fantasier – man udtrykker sig selv gennem sine ejendele. Ønsker, til forskel fra behov, er præget af øjeblikkelighed, spontanitet og her-og-nu (Bauman, 2000). Hertil mener Bauman, at bruddet med de solide og forudbestemte rammer, har medført at forbrugslivet er kendetegnet ved manglende normer; det guides i stedet af forførelse, voksende lyster og skiftende ønsker - det er grænseløst og fundament for universel sammenligning (Bauman, 2000, p. 76).

4.5 Fra at være rask til en forebyggelse mod sygdom

Bauman skelner mellem begreberne 'health' (helbred) og 'fitness' (form). Det essentielle er her, hvordan han kobler begrebet om helbred til en fast afgrænset

størrelse, der tydeligt optegner linjen mellem normalitet og afvigelse. Helbred henviser til det ønskelige stadie for krop og sind, som kan defineres og måles på mere præcist. Modsat relaterer form sig til fleksibilitet, omstillingsparathed samt en evig åbenhed for forbedring og er derfor en flydende størrelse. *“One may say that if health is about ‘sticking to the norm’, fitness is about the capacity to break all norms and leave every already achieved standard behind”*. Om ens form er ‘god nok’ relaterer sig altid til fremtiden i relation til de opgaver og udfordringer man møder, og ens form er til enhver tid præget af grænseløse muligheder for forbedring (Bauman, 2000, p. 77-78). Der henvises således til helbredets objektivitet, synlighed og målbarhed, mens form omhandler individets subjektive og levede oplevelser, som ikke kan observeres udefra og ej heller sammenlignes med andre. På den måde ved individet aldrig om det har opnået sin ønskede form eller, hvordan dets form er sammenlignet med andres. Et liv centreret omkring fitness henviser til et liv, hvor individet aldrig har tid til at tage en pause, hvor der altid skal og kan arbejdes hårdt for ‘mere’, hvor man skal blive ved med at forsøge og forbedre. Bauman peger her på, at fitness afføder selvransagelse, selvbeprejelse og selvforringelse, og deraf en vedvarende angst (Bauman, 2000, p. 78). Modsat skulle helbred i princippet henvise til en tilstand, som er afklaret og opnåelig uden at mere skal eller kan gøres, men det er dog ikke tilfældet, mener Bauman (Bauman, 2000, p. 79). Han påstår at alting i den flydende modernitet er blevet mere skrøbeligt, hertil at, hvad der i går var ‘normalt’ og ønskværdigt, kan i dag være bekymrende og patologisk. Således er vores sygdomsbeskrivelser og ideer om sygdom blevet mere slørede og tågede. I stedet for at have en klar begyndelse og en afgrænset slutning, er sygdom blevet sundhedens uadskillelige kompagnon, som hele tiden er en tilstedeværende trussel, som man er opmærksom på og forsøger at bekæmpe hver dag. På den måde er individet blevet mere sundhedsfikseret i den forstand, at det kæmper en konstant forebyggende kamp mod sygdom: *“care for health turns into a permanent war against disease”* (Bauman, 2000, p. 79). Bauman påstår i forlængelse, at diagnosticering ikke længere har individet som objekt. I stedet beskæftiger diagnostik sig med sandsynlighed og hertil et estimat for de risikofaktorer, som tilstanden og den kategori, hvori individet placeres, har af følger. Bauman argumenterer dermed for, at fokus på sundhed og helbred er skiftet til at handle om forebyggelse af risici (Bauman, 2000, p. 80). Også her er Baumans shoppingmetafor

essentiell, for med usikkerheden omkring om noget er galt, om man er syg eller 'sund nok', bliver individet afhængig af at finde løsninger. Bauman mener, at individet som forbruger, forsøger at flygte fra sin frygt og usikkerhed og købe sig fri af fejltagelser og sygdom, for at opnå sikkerhed. Således mener Bauman, at individet i sit forsøg på at forbygge sygdom, køber sig til produkter, som lover virkninger og at forbrugerisme derfor tager form som eksorcisme og individets flugt fra eller coping med den flydende, foranderlige og usikre eksistens, hvor alle problematikker er deres eget ansvar (Bauman, 2000). Hertil er hovedpointen, at det er en hovedløs beskæftigelse for individet at forsøge at finde stabilitet i verden, da alle løsninger på diverse problematikker er midlertidige.

4.6 Identitetsdannelse

Med ansvaret for egen succes og mulighederne for at gå i alle retninger, bliver identitetsdannelse og søgen efter et holdepunkt og et fast fundament i livet, en krævende proces i en flydende og formløs verden (Bauman, 2000, p. 82). Identitet bliver en proces, hvormed individet forsøger at skabe sit livsværk efter at have betragtet alle de andres (jf. Ovennævnte afsnit 4.3 om at skille sig ud vs. at følge med), hvilket også tydeliggør individets frisættelse fra fortidens faste skæbne. Identitet forbindes ofte med en forestilling om harmoni, konsistens og logik, og Bauman (2000) mener, at pga. modernitetens foranderlighed, tager søgen efter denne fasthed og stabilitet form som en endeløs proces, hvor hver gang individet har fundet et ståsted, har samfundet flyttet sig og man må igen starte forfra med at bygge. Verden er åben for enhver form for identitet og individet må selv vælge og vrage og kan shoppe sig til forskellige identiteter. Hertil tilbyder TV-reklamer forskellige produkter og eksempler på muligheder, som sætter standarder for individets liv og disse produkter bliver symboler på identitet, mener Bauman. Et utal af produkter i nutidens forbrugersamfund bliver på den måde byggestenene for individets identitetsskabelse, hvormed Bauman (2000) peger på, at både mennesker og produkter, har mistet deres stabile fundament i den flydende modernitet. Fra en tidligere autentisk selvfølelse, hersker nu en ironisk selvfølelse og en associeret selvfølelse, som vidner om en opløsning af individets indre selvfølelse, der belyser identitet, som noget der nu i højere grad tilbydes udadtil. Med dette mener Bauman, at identitet i mindre grad kommer indefra, som en følelse af, hvem man i sandhed er,

men at samfundet derimod er udbyderen af uautentiske tilstande. Hertil at det vigtigste i dag ikke omhandler identiteten i sig selv, men derimod individets ret til at vælge ting til og fra. Hvad der bliver valgt, er således mindre essentielt og så alligevel (Bauman, 2000, p. 87). For valgmulighederne er uendelige, men alle valg er ikke lige realistiske for alle mennesker og derfor kommer individets ressourcer til at have betydning. Individets ressourcer spiller netop en rolle for, hvad det enkelte individ er i stand til at vælge og danner dermed en præmis for, hvilke identitetsmarkører individet kan købe sig til i relation til udviklingen af de nyeste trends for identitetsdannelse. Ligeledes, hvilke produkter individet kan købe sig til i forsøget på at forbygge de risici, der omringer det. Heraf produkter der lover effektivisering, optimering og måder, hvorpå individet kan opnå kompetencer til at tackle alle tænkelige problematikker. Her mener Bauman, at alle individer i dag eksponeres for alle muligheder, med afsæt i den teknologiske udvikling, men at ikke alle er i en position, hvor de kan gøre brug af disse. Netop dette, gør livet med muligheder for at vælge alt, men hvor ressourcerne ikke haves til at vælge alt, ubærligt (Bauman, 2000, p. 88).

4.7 Opsummering

Baumans teori om og karakteristik af den flydende modernitet er relevant, fordi den på trods af at være 24 år gammel, har italesat det fundamentale vilkår, som mennesket i dagens samfund lever under, om ikke andet i højere grad i dag end dengang; verdens og altings foranderlighed og midlertidighed. Dette medfører, if. Bauman, at individet i dag lever i en konstant undtagelsestilstand, hvor fleksibilitet og omstillingsparathed afkræves af individet i forsøget på at "følge" med tiden. Man må hele tiden være beredt på at ændre vej eller udvikle nye kompetencer, for at kunne mestre livets nye problematikker. Desuden er samfundet nu autoritetsløst i den forstand, at individet må gå alle veje, hvoraf normerne, if. Bauman, er blevet udbyttet med tilbud. På trods af en ellers autoritetsløs samtid, bliver individet nu eksponeret for, hvad alle andre gør, kan og synes, og der hersker altså en tendens til social sammenligning med andre. Denne tendens er kun blevet mere dominerende i samtiden, med de sociale mediers indtog, end da Bauman lavede sin teori, hvorfor det må antages at have større konsekvenser i dag end, hvad Bauman i sin tid italesatte. Det som flest andre gør og synes, udgør således den flydende modernitets

‘normalitet’ og dermed samtidens idealer, som dog hele tiden er i forandring og eller op til forhandling. Hertil nævner Bauman, hvordan vi er gået fra at have fokus på sundhed, til nu at leve i en konstant krig mod sygdom – vi forebygger risici på alle tænkelige måde, hvormed individet forsøger at klæde sig bedst muligt på til fremtidens udfordringer. Dette synes naturligt i en tid, hvor baren for succes og normalitet hele tiden hersker i fremtiden, hvormed usikkerheden hele tiden må kommes i forkøbet. Ligeledes i relation til, at det er individets egen skyld, hvis noget sker, går galt eller mislykkes, for man kunne bare have gjort noget andet eller ‘mere’ på forkant. Man kan deraf udlede, at samfundet er blevet mere sundhedsfikserede i den forstand, at man konstant forsøger at undgå sygdom. Dette skildrer desuden en samfundsmæssig overbevisning om, at individet i samtiden i høj grad har kontrol over sin egen situation og sit velbefindende. Dog peger Bauman på de negative indvirkninger som samfundets udvikling har på individet, hvilket vidner om et syn, hvor individets tilstand på mange måder determineres af samfundets indretning. Hertil kan et kritikpunkt ved Baumans udlægning af den flydende modernitet være, at han på nogle måder negligerer individets robusthed i relation til at adaptere til de samfundsmæssige forandringer, som han italesætter. Bauman er hertil kendt for at se på mennesket og den sociale verden gennem lidelse og menneskelig elendighed (Jacobsen, 2023), hvilket er relevant i relation til afhandlingens udgangspunkt om, at forstå den øgede diagnosticering i samtiden. Dog kan han kritiseres for at have en for pessimistisk syn på konsekvenserne af samfundets ændringer og tendenser generelt set, da man også kan formode at disse kan have positive udfald og føre gode ting med sig. Sat i relation til afhandlingens problemformulering, kan det dog være Bauman har fat i noget og at individet i dagens samfund reagerer på tidens vilkår netop med symptomer på psykisk sygdom, hvilket han dog ikke italesætter så specifikt koblet til psykiske diagnoser. Et andet kritikpunkt af Bauman, centrerer sig om hans argument om altings flydende tilstand. Man kan diskutere, hvorvidt han underkender, at der trods alt findes mere robuste og solide ting i samtiden. Herunder de mere overordnede rammer og forventninger der er til individet: man skal bidrage til samfundet, passe et job og gå i skole. Indenfor disse rammer er der sket forandringer, men det er ikke fordi hele samfundets indretning har taget en 360 graders drejning. Ligeledes har diagnosemanualen - ICD-10 – som vi diagnosticerer ud fra i dag, eksisteret i de sidste 30 år og det er først inden for de seneste år, at

denne er blevet revideret og opgraderet til ICD-11. Bauman er dog stadig yderst brugbar i relation til at udlægge et billede af de forandringer, som den flydende modernitet har medført sig.

Ovenstående præsentation af Baumans teori har til formål at danne en forståelse af samtidens tendenser, som må sættes i relation til de forskellige normalitetsopfattelser, som hersker i samfundet, da samfundets forventninger og forståelsesrammer og herfor idealer, som nævnt, vil præge definitionen af, hvordan vi ser på psykisk sygdom og sundhed. Argumentet er her, at man ikke kan forstå samtidens øgede diagnosticering uden at forstå de vilkår mennesket lever under, hvoraf Bauman gør sig brugbar i sammenhængen. Nedenfor følger en udlægning af psykiatriens udvikling og praksis i dag, som må forstås i relation til udlægningen af den flydende modernitet og samtidens samfund, som den er en del af.

5. Et strukturelt perspektiv

Følgende afsnit har til formål at belyse, hvordan især børne- og ungdomspsykiatrien har udviklet sig ift. hvor vi er i dag (diagnosemanualernes udvikling præsenteres desuden i afsnit 6.3.2 normalitet som sundhed). Redegørelsen for det psykiatriske system tager især udgangspunkt i børne- og ungdomspsykiatrien, da det jf. Statistikkerne (afsnit 1.1) i høj grad er børn og unge op til 25 år, der debuterer og diagnosticeres med psykiske lidelser. Samlet set er formålet at give læseren baggrundsforståelse for de strukturer, der står bagved og danner grundstenen for diagnosticeringsprocesserne af psykisk lidelse. Desuden indeholder afsnittet en kort indføring i begrebet om komorbiditet og brugen af medikamentel behandling. Det findes væsentligt at præsentere psykiatriens udvikling og ståsted, da det antages at have stor betydning for, hvordan vi kan forstå den øgede diagnosticering samfundsmæssigt og strukturelt funderet. Herunder skaber afsnittet indblik i, hvordan lovgivning kobler sig til de tendenser der er i samfundet i relation til sygdom, sundhed og diagnosticeringsprocedure.

5.1 Børne- og ungdomspsykiatrien gennem tiden

Begrebet psykiatri stammer fra 1808 og henviser i bogstavelig forstand til 'studiet af sjælen' eller 'medicinsk behandling af sjælen' oversat fra græsk, hvor psyche

henviser til 'sind' og iatri henviser til 'medicinsk behandling' (Medborgernes menneskerettighed, 2024). I dag henviser begrebet psykiatri til læren om psykiske tilstande, følelser, tanker og handlinger, der afviger fra det normale (Kessing, 2023)

Børne- og ungdomspsykiatri er et ungt speciale, på trods af, at Danmark var forgænger sammenlignet med andre lande, ift. oprettelsen af den første børnepsykiatriske afdeling i 1944. I årene efter voksede området og i 1953 blev det børnepsykiatriske speciale officielt oprettet (Tolstrup, 2003). Specialet opstod bl.a. på baggrund af et øget fokus på barndom og et ændret syn på børn og unge gennem tiden. Man gik fra at tage afsæt i teori om barnets medfødte, organiske defekter som hovedårsager til psykiske forstyrrelser, til at se barnets reaktioner og adfærd som tegn på, at der var noget galt med barnets omgivelser. Således vandt psykoanalysen indpas (Tolstrup, 2003). Børnepsykiatrien vidner yderligere om, at barndommen nu ikke længere ses som en forberedelsestilstand til voksenlivet, men nu i sig selv anses som en vigtig periode for social, personlighedsmæssig og intellektuel udvikling (Thomsen, 2015). Ungdomspsykiatrien opstod først en del år senere end børnepsykiatrien, da det efterhånden oplevedes forstyrrende at have de unge på de voksenpsykiatriske- og de børnepsykiatriske afdelinger. Forberedelserne fandt sted i slutningen af 1967 - en tid præget af antipsykiatri og ungdomsoprør – og første ungepsykiatriske afdeling blev åbnet i 1968. Centralt i det ungdomspsykiatriske speciale var en vurdering af, om de unges tilstande var akutte eller forbigående ifm. at skelne mellem pubertetsudvikling og manifestation af psykisk lidelse (se desuden afsnit 6.3. normalitet som sundhed). Allerede her havde man altså, et syn der vidnede om en bekymring for, at psykiske problemer i barndommen kunne blive til psykisk lidelse i ungdomsårene, som kunne bane vejen for kronisk lidelse i det voksne liv (Aarkrog, 2003). Man begyndte at anse barndommen og ungdommen som væsentlig for den unges identitetsudvikling, og således vandt den udviklingspsykopatologiske tilgang indpas (Aarkrog, 2003). Børne- og ungdomspsykiatrien blev lagt sammen og oprettet som speciale i 1994 og fylder dermed 30 år i år (Buchhave, 2003, p. 167).

Antipsykiatrien karakteriserede perioden i 1960-1970'erne, som var præget af en ideologisk kamp mellem den organiske, biomedicinske syn på psykisk lidelse og det mere brede tværfaglige, pædagogiske og interpersonelle syn på psykisk lidelse. Perioden kunne ses som et opgør mod den lægevidenskabelige, organisk funderede

og individfokuserede tilgang til mennesket og psykisk lidelse, hvor man mente at mekanismer i samfundets systemer, interpersonelle relationer samt familiens indflydelse på psykisk lidelse blev negligeret (Lund, 2003). En ideologisk kamp som stadig synes aktuel i samtiden, da diagnosticering sker med udgangspunkt i det enkelte individs symptomer på trods af, at der også hersker fokus på det interpersonelle og kontekstuelle især i behandlingen af diagnoser. Det er det enkelte individ, der bliver diagnosticeret med en diagnose som symboliserer sygdom (se desuden afsnit 6.3.1 – Psykiatrisk udredning og behandling). Dog er det med antipsykiatriens opkomst, at en mere familiebaseret og kontekstnær tilgang til psykisk lidelse og behandling af denne, vokser frem.

Vi lever i en tid, hvor forebyggelse står højt på prioriteringslisten, og hvor det ikke kan gå hurtigt nok fra der ses symptomer, til der handles og behandles. Allerede fra fødslen, følges spædbørn og forældre af en faglig-kæde af sundhedsplejersker og senere pædagoger, der skal sikre sig at tingene forløber, som de bør. Alt sammen med afsæt i at der findes evidens for, at jo tidligere man sætter ind imod psykiske sygdomme, jo lavere er risikoen for, at problemerne strækker sig ind i voksenlivet (Christensen, 2020). Denne forebyggelsestendens kan spores tilbage til 1970'erne, hvor forebyggelse af psykosociale vanskeligheder hos de mindste børn stod højt på de børnesagkyndiges prioriteringsliste, især på baggrund af de negative følger man så hos rumænske børnehjemsbørn samt børnehjemsbørn herhjemme. Forebyggelsen af og interessen for psykiske sygdomme hos små- og spædbørn vandt desuden indpas ifm. en øget forskningsmængde og teoridannelser indenfor spædbarnsområdet og det tidlige mor-barn samspil, og forebyggelsesmodellen blev integreret i 1992 med et spæd- og småbarnspsykiatrisk afsnit på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på Bispebjerg Hospital (Lier, 2003).

Børne- og ungdomspsykiatrien adskiller sig fra voksenpsykiatrien ved, at der er et udviklingspsykopatologisk udgangspunkt, hvor formålet er at forebygge psykisk sygdom senere i livet. Tidligere har børne- og ungdomspsykiatrien været overvejende individorienteret (Hansen, 2003), men i dag er der en mere kontekstbundet og familiebaseret tilgang til behandling, hvor familien og barnets miljø, anses at spille en stor rolle for barnets adfærd og velbefindende. Således har forældre i dag et betydeligt ansvar, når det kommer til at forstå sig på, samt tage del i

behandlingen af børn og unge med psykiatriske diagnoser (Christensen, 2020). Behandlingstilbuddene er ekspanderet og der er derfor mulighed og ressourcer til at se flere i børne- ungepsykiatrien end der tidligere har været. Dog ses der i dag lange ventelister på udredning, som i samspil med de øgede ressourcer på området kan vidne om og tolkes som et tegn på afstigmatisering af psykiatrien og psykiatriske diagnoser, som har fundet sted i de seneste år, samt stigende efterspørgsel på hjælp (Thomsen, 2015).

5.2 Ventelister

Ventetiden på psykiatrisk udredning er ikke en ny tendens, faktisk var der allerede pres på børne- og ungepsykiatrien i løbet af 1990'erne. Ventetiden steg og ventelisterne blev længere, hvilket skabte fokus på kapaciteten i børne- og ungepsykiatrien og der blev gjort en indsats fra regeringens side allerede i 2002 vedrørende afvikling af ventelisterne. Selvom der blev tildelt flere ressourcer til børne- og ungdomspsykiatrien i 1990'erne og frem til 2003, var dette ikke tilstrækkeligt til at holde trit med henvisningstallene (Buchhave, 2003). Nyere tal viser at børne- og ungdomspsykiatrien er presset på ressourcer ifm. det stadigt voksende antal af henvisninger. Det fremgår af sundhedsstyrelsens 10årsplan, at 40-50% af den danske befolkning på et tidspunkt i livet vil få en psykisk lidelse, hvoraf 15% af børn og unge diagnosticeres med en psykisk lidelse, inden de fylder 18 år. Især har man set stigninger i adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser såsom ADHD, og i udviklingsforstyrrelser som autisme samt en øgning i angstrelaterede tilstande såsom angst og belastningsreaktioner (Center for Sundhed, 2022, p. 3). Det er blevet vurderet til et fagligt oplæg til en 10års-plan, at tilbuddene til børn og unge med psykiske lidelser på tværs af kommunerne ikke er dækkende ift. behovet for tidlige indsatser. I perioden fra 2014-2021 er antallet af henvisninger til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center steget med hele 86%, hvor den største stigning er sket hos unge i alderen 14-17 år med spiseforstyrrelser. Fra perioden 2020-2021 steg henvisningstallet med 19% og i årene 2021-2022 fortsatte stigningen med 18% flere henviste. Opgørelsen af børne- og ungepsykiatriens ressourcebehov fra 2022 peger desuden på, at der i året 2022 var 1400 udredningsforløb i gang, hvilket var mere end det dobbelte af det antal, som Region Hovedstadens Psykiatri mente var hensigtsmæssigt. Når ventelisterne på udredning stiger, påvirker det desuden

udredningsretten og behandlingsretten i en negativ retning (se afsnit 5.5). lovgivning med betydning for brugen af sundhedsydelser) (Center for Sundhed, 2022, p. 7). Folketingets rigsrevision har for nyligt lavet en beretning omhandlende overholdelsen af udredningsretten for børn og unge i psykiatrien (Statsrevisorernes bemærkning, 2024). I beretningen nævnes det, at det findes kritisabelt, at udredningsforløbene for børn og unge i 2022 i gennemsnit var næsten 4 gange længere end det lovpligtige antal dage på 30, hvilket svarer til at 70% af udredningsforløbene ikke sker inden for den lovpligtige ramme. Desuden peger beretningen på, at ventetiden på udredning er steget fra gennemsnitligt 76 dage i 2019 til 115 dage i 2022.

If. En ny undersøgelse af kommunernes PPR fra 2023 opleves det blandt PPR-ledere, at ventetiderne på pædagogisk psykologisk udredning er vokset og 62% af PPR-lederne oplever et markant større behov for individuel udredning af elever og i den forbindelse manglende tid hos deres medarbejdere. Yderligere, peger rapporten på, at ventetiden på PPR er blevet længere de seneste år og at der går op til tre måneder, fra at der er taget kontakt til PPR og til den første aktivitet med psykologen finder sted (Undersøgelse af kommunernes pædagogisk-psykologiske rådgivning (PPR), Danmarks Evalueringsinstitut, p. 122). En anden ny rapport fra 2024, om PPRs samarbejde med dagtilbud, der bygger ovenpå undersøgelsen fra Danmarks Evalueringsinstitut, viser at PPR-ledere oplever, at der bliver brugt langt flere ressourcer på dagtilbudsområdet end for tre år siden. Der sættes altså ind hos de yngre børn i højere grad end tidligere (Børne- og Undervisningsministeriet).

Alt dette vidner således om en presset psykiatri og et samfund med stor forespørgsel på og behov for psykiatriske diagnoser, som er det nærværende afhandling, forsøger at forstå. Ikke nok med at psykiatrien er presset i relation til forespørgslen på udredning, så vidner statistikker også om, at mange der diagnosticeres med psykiske lidelser, ikke kun diagnosticeres med én, men ofte flere diagnoser over tid, hvilket uddybes nedenfor.

5.3 Komorbiditet

Indimellem kan det være vanskeligt at afgrænse, hvilken diagnose der skal anvendes, da der kan være overlappende kriterier blandt diagnoserne. Dette forårsager, at børn

og unge af og til opfylder kriterierne for flere psykiatriske diagnoser på en gang (Thomsen, 2015). Når man diagnosticerer individet med mere end én psykisk sygdom, kaldes det for komorbiditet (Plana-Ripoll, Pedersen, Holtz et al., 2019). Et registerstudie af komorbiditet i den danske befolkning har bl.a. fundet, at alle psykiske lidelser er forbundet med en forøget risiko for at få alle andre former for psykiske lidelser senere i livet (Plana-Ripoll, Pedersen, Holtz et al., 2019). Inden for det første år efter første diagnose er stillet, er risikoen for at få en anden diagnose størst. Desuden finder studiet, at 38,4% af kvinder under 20 år med affektive lidelser udvikler nervøse/angsttilstande i de følgende 5 år efter første diagnose. Studiet konkluderer, at komorbiditet i psykiske sygdomme er gennemtrængende og vedvarende over tid; komorbiditet er reglen og ikke undtagelsen (Plana-Ripoll, Pedersen, Holtz et al., 2019, p. 266). Hertil peges der på, at komorbiditet og risikoen for at få en ekstra diagnose, kort efter første diagnose er stillet, er udtryk for en diagnostisk usikkerhed i den tidlige fase efter en diagnosticering har fundet sted. Studiets fund støtter antagelsen om psykiske lidelsers dynamiske og foranderlige natur og belyser at risikoen for at få mere end en psykiatrisk diagnose er stor (Plana-Ripoll, Pedersen, Holtz et al., 2019). Dette taler ligeledes ind i, hvordan psykiatriske diagnoser og endda flere på samme tid, er blevet mere almindeligt for det enkelte individ og yderligere vidner det om, hvordan individets symptombilleder er dynamisk og foranderligt (Nielsen, 2022).

5.4 Behandling af psykiatriske diagnoser

Generelt er ikke-farmakologisk behandling første valg, når man skal behandle psykiatriske diagnoser. Medikamentel behandling gives som supplement til psykosociale interventioner, såfremt disse ikke har den ønskede virkning eller der vurderes fagligt, at de ikke kan gennemføres (Retsinformation, 2019). Lægemidlerne kan desuden have bivirkninger, som kan være svære at adskille fra nye symptomer på psykiske lidelser eller komorbiditet. Alligevel har man dog i de seneste år set en stigning i antallet af personer der modtager medicinsk behandling for diverse psykiatriske lidelser (se indledning afsnit 1.).

Danmarks statistik påpeger, at der er sket en stigning i antallet af personer der har indløst recepter på psykoanaleptika (i form af lægemidler i ATC-

kategorien N06 til behandling af depression, ADHD og demenssygdomme) fra 2016 til 2021 på 1%. Heraf er andelen i aldersgrupperne 10-19 år og 20-29 år steget med en tredjedel. Statistikken viser desuden, at der er sket en stigning på recepter i 2021 for alle aldersgrupper under 80 år (Flere unge får antidepressiv- og ADHD-medicin, Danmarks statistik). I forlængelse nævner Lotte Hvas, hvordan der i dag ses en tendens til det hun omtaler 'defensiv medicin'. Dette henviser til læger der undersøger, diagnosticerer eller behandler patienter for en sikkerheds skyld af frygt for at begå fejl eller for at undgå eventuelle klagesager. Hun peger på, at der ikke er nogen dom for at medicinere forebyggende, på trods af at det ikke er bivirkningsfrit, men at lægerne derimod dømmes, hvis de medicinerer for sent (Hvas, 2015, s. 339).

Samlet set skildrer ovenstående afsnit, hvordan psykiatrien som institution har udviklet sig og opererer i dag, hvordan ventelisterne på udredning er lange, hvordan komorbiditet er fremtrædende for individer med psykiske diagnoser samt, hvordan behandlingen med medikamenter er ekspanderet, på trods af at det ikke er førstevalg. Alt dette må der tages højde for i relation til at forstå den øgede diagnosticering af individer med psykiske sygdomme i samtiden. Nedenfor præsenteres en række ændringer i lovgivningen, som yderlige antages at have indflydelse på, hvorvidt individet gør brug af sundhedsydelser og evt. motiveres til at opsøge udredning og diagnoser.

5.5 Nedslag i lovgivningen med betydning for brugen af sundhedsydelser

De stigninger, der i de seneste år har vist sig i antallet af børn og unge med psykiatriske diagnoser samt folk der er i kontakt med psykiatrien, psykologer eller psykiatere, skal ikke nødvendigvis alene forstås som udtryk for, at man i dag er mere syg end tidligere. Det må også tolkes i relation til lovgivningen, der danner rammen vi alle skal fungere i, og yderligere hvad der tilbydes og udbydes af hjælp og behandling, samt hvad der tales om og fokuseres på i den offentlige debat (Goldschmidt, 2003; Social- og Indenrigsministeriets BENCHMARKINGENHED, 2020). Nedenfor gennemgås nogle af de lovgivningsmæssige ændringer, der er sket gennem tiden, som kan antages at have haft indflydelse på, hvor vi står i dag i relation til at forstå den øgede diagnosticering.

5.5.1 FN's børnekonvention

I 1989 markeres et vendepunkt for børn og unges rettigheder, da FN's børnekonvention kommer frem. Med denne sikres børns og unges rettigheder og staten forpligter sig til at sikre børns og unges overlevelse og udvikling, herunder deres mentale helbred. Dette med afsæt i, at et godt mentalt helbred i barndommen forudsiger et bedre helbred og lavere risikoadfærd i den tidlige voksenalder samt et højere akademisk niveau (Jeppesen et al., 2020 - Vidensråd for forebyggelse). Således sættes børns mentale helbred på den politiske dagsorden fra 1989 og frem.

5.5.2 Kommunalreformen og psykologordningen

I år 2006 sker der en ændring i relation til udredning, da der præsenteres en ny kommunalreformen. Indtil 2006 lå en del af udredningsarbejdet i kommunalt regi via PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning), men kommunalreformen gør, at en del af udredningsarbejdet overdrages til psykiatrien, hvilket medfører et øget pres på psykiatrien. Yderligere indføres den nye sundhedslov i 2007, hvorved retten til udredning og behandling i psykiatrien vinder indpas, da man mener, at der hidtil har været en omfattende underbehandling af folk med psykiske lidelser. Året efter, i 2008, udvides psykologordningen og de sundhedstilbud, der er til folk med let til moderat depression, som først gør sig gældende for folk i alderen 18-37 år. Senere, i 2011, kommer ordningen også til at omfatte angst og udvides til alle personer over 18 år. Dette muliggør at flere med lettere psykiske lidelser kan komme i psykologisk behandling, da man kan få tilskud gennem sygesikringen ved forekomst af de ovennævnte diagnoser (Andersen et al., 2020).

5.5.3 Inklusionsloven

I 2012 indføres inklusionsloven, som indebærer at elever i skolesystemet, der tidligere var omfattet af specialundervisningsreglerne, nu skal inkluderes i den almene undervisning med den nødvendige støtte og de nødvendige hjælpemidler, der er behov for. Dette gælder for børn og unge der modtager mindre end ni specialetimer om ugen (Børne- og undervisningsministeriet, 2024). Loven kan ses som et forsøg på en afstigmatisering af folk med særlige behov, fysiske såvel som psykiske udfordringer, og formålet er at bekæmpe et opdelt samfund mellem de

'normale' og de 'specielle'. Det handler således om at sikre det store fællesskab (Sørensen & Hein, 2014). Inklusion, forstået som et fokus på den samlede elevgruppes diversitet, og på skolens forsøg på at imødekomme alle elevers forskellige erfaringer, behov, potentialer og interesser, kan anses som et grundlæggende opgør mod mangeltænkning og et snævert normalitetsbegreb, som bestemmer og dømmer nogle elevgrupper inde og andre ude (Tetler, 2019, p. 32). Inklusionstanken medfølger dog et dilemma, da inklusion omhandler et større fællesskab med diversitet og en vægt på, at læringsmiljøet og konteksten påvirker den enkelte elevs formåen og eller vanskeligheder, samtidig med at der hersker et fokus på den enkelte elev og dennes adfærdsmæssige forstyrrelser eller specifikke læringsvanskeligheder (som mere iboende) og dermed det individuelle og afvigende ved barnet (Tetler, 2019).

PPR bliver kontaktet af en lærer eller en forælder, hvis der er bekymring for, om et barn har en gennemgribende udviklings- eller læringsforstyrrelse, herefter kan PPR-psykologen vurdere, om der evt. er behov for at viderehenvise barnet til en børnepsykiatrisk undersøgelse og udredning i psykiatrien (Morin, 2016). Således er det barnets 'afvigelse' der er afsat til en evt. udredning og på den måde fokuseres der stadig på barnet som "problemet", selvom man i nyere tid vægter det kontekstuelle højere især i behandlingsdelen (se desuden afsnit 5.1 - børne- ungdomspsykiatriens udvikling). Samtidigt belyser dette at meget behandling af børnepsykiatriske patienter, ikke længere foregår i hospitalsregi, men ude i skolesystemet, i hvert fald i første omgang. Børnepsykiatriens rolle er på sin vis blevet demokratiseret (Lund, 2003, p. 93).

5.5.4 Udredningsretten og behandlingsgaranti

I 2012 indføres der behandlingsgaranti, hvilket medfører at patienter nu har krav på at blive udredt inden for 60 dage efter henvisning fra egen læge. Allerede i 2015 nedsættes det til 30 dage. Denne ret indebærer både retten til at blive udredt hurtigt og samtidig retten til at blive behandlet inden for 30 dage, når man har fået svar på, hvad man evt. fejler (Andersen et al. 2020). Der sættes således fokus på, at alle har ret til udredning og at denne proces skal gå stærkt. I forlængelse peger rapporten på, at der sker en stigning i besøg hos psykiatere fra 2014 og frem, hvilket sammenfalder

med indførelsen af behandlingsgarantien. Lovgivningen kan altså formodes at have betydning for, hvilke tendenser der ses i sundhedssystemet.

5.5.5 Barnets lov

Af nyere love, kan 'Barnets lov' nævnes, som er trådt i kraft i januar 2024. Her er der især fokus på barnets ret til at blive hørt og inddraget i egne sager (Retsinformation, 2024). Formålet med loven er at tilbyde rådgivning, støtte og hjælp til børn og unge og deres familier mhp. at forebygge sociale problemer samt at tilgodese særlige behov af enten fysisk eller psykisk karakter hos børn og unge. Pointen med loven er at sikre, at alle børn har samme muligheder for omsorg, læring, trivsel, sundhed, personlig udvikling og et selvstændigt voksenliv. Desuden at lette barnets eller den unges daglige tilværelse og øge livskvaliteten for barnet, den unge eller familien. Der lægges vægt på en helhedsorienteret indsats med forebyggelse i hjemmet eller i barnets eller den unges nære miljø. Kommunen har ansvar for at føre tilsyn med de forhold, som børn og unge under 18 år lever under, og skal forsøge at få kendskab til tilfælde, hvor der er brug for støtte, så tidligt som muligt (Retsinformation, 2024). Således er det af lovgivningen givet, at kommunen har et ansvar for at opspore, forebygge og sætte tidligt ind, så alle børn kan få samme muligheder for at få et godt liv. Man kan således sige, at det ikke kun er forældres og børns egne interesser, der er i spil, men at børns og unges livskvalitet også er på den politiske dagsorden.

5.6 En diskussion af teoriens anvendelighed

En del af forklaringen på den øgede diagnosticering i samtiden antages at have afsæt i den forebyggelse af mistrivsel og psykiske sygdomme, som gør sig gældende i dag, hvilket har været en del af fokus i ovenstående afsnit. Formålet, med den tidlige opsporing af psykisk sygdom hos børn og unge, er at forebygge psykisk lidelse senere i livet (. Når der allerede fokuseres på psykisk lidelse og symptombehandling hos børn, er det klart, at der vil blive opsporet flere udviklingsmæssige afvigende tendenser, end hvis sundhedssystemet ikke havde sin opmærksomhed rettet mod denne problemstilling. Deraf kan man sige, at grænserne for, hvornår man handler på potentiel psykisk lidelse, er blevet udvidet og på sin vis udvisket i den forstand, at der handles forud for den reelle tilstand diagnosticeres. Yderligere gør den høje forekomst af komorbiditet det klart, at en psykisk lidelse medfører øget risiko for

flere psykiske lidelser især inden for første år efter debut. Man kan derfor formode, at jo mere opmærksomme sundhedssystemet er på mistrivsel og udredning af psykisk sygdom, jo flere vil blive diagnosticeret med psykiske lidelser og deraf vil en stor andel få yderligere flere diagnoser. En sådan tendens vil naturligt vække undren omkring, om symptombillederne, der diagnosticeres ud fra, nu også måler, det de har til hensigt eller om det øgede fokus på børns trivsel og tidlig opsporing medvirker til en systemisk overdiagnosticering af psykiske sygdomme hos 'almindelige mennesker'?

At børns trivsel er kommet på den politiske dagsorden, kan desuden tolkes som en tydelig samfundsmæssig interesse i at skabe gode borgere, hvilket også bliver tydeligt if. FN's børnekonvention. Her fremgår det, at et godt mentalt helbred i barndommen forudsiger et bedre helbred senere i livet samt et højere akademisk niveau, hvilket er fordelagtigt for samfundet. Det kan diskuteres, hvorvidt denne interesse ikke også vidner om, at der politisk stilles krav til individet, om vigtigheden af at opnå et vis akademisk niveau, som peger på nogle bagvedliggende idealer, der muligvis kan være svære for individet at leve op til i dag? (Se afsnit 4. – flydende modernitet og normalitet som utopi 6.1). Når sundhed og trivsel kommer på den politiske dagsorden, er det klart at det tilmed influerer den enkeltes fokus på dette og skaber en øget opmærksomhed på området for alle i samfundet. Man må i den forbindelse formode at det enkelte individ bliver præget til, på et mere eller mindre bevidst plan, at lægge vægt på egen eller ens børns sundhed og trivsel, for at imødekomme politiske krav og idealer. Belæg for en sådan påstand findes desuden ved at se på barnets lov, som angiver at kommunen har pligt til at føre tilsyn med alle børn under 18 års trivsel og indsætte tidlig opsporing og støtte i hjemmet om nødvendigt. Således indikerer en sådan politisk lov, der sætter krav til systemet, faktisk også, at der ligger et øget ansvar og tilmed en pligt hos forældre, som må sørge for at forebygge at en eventuel indsats til deres børn bliver unødvendig.

I forlængelse, sætter barnets lov livskvalitet på den politiske dagsorden, som en rettighed, der skal sikres for ethvert barn. Dette synes positivt og empatisk ved første øjekast, men det er dog diskutabelt, hvad et sådan mål har af konsekvenser for samfundets borgere. At livskvalitet skal ses som en rettighed for alle, medfører muligvis, at det tilmed bliver et mål og et ideal for den enkelte; noget som

formodentlig kan være vanskeligt at efterleve, såfremt det indebærer fuld tilfredshed på alle livets parametre (se desuden afsnit 6.1 - normalitet som utopi). Man kan ligeledes undre sig over, om et ideal for livskvalitet kommer til at indebære, at selv små afvigelser, problematikker og perioder med modstand kan blive tolket som sygdom? Hertil udlægger barnets lov, at alle børn skal have lige muligheder for omsorg, læring, trivsel, sundhed, personlig udvikling og et selvstændigt voksenliv. I virkeligheden handler de politiske love om at skabe lighed blandt børns muligheder for succes senere i livet, hvilket inklusionsloven (se afsnit 5.5.3 - Inklusionsloven) også taler ind i. Man forsøger på et samfundsmæssigt plan at gøre op med et for snævert normalitetsbegreb, der differentierer folk i dem 'der kan' og dem 'der ikke kan'. Dog er bagsiden af dette, at et mål om livskvalitet og lige mulighed for succes for alle, uomgængeligt vil indebære et fokus på de afvigende børn, som "ikke er så godt med". Hertil, at disse mangler hjælp og støtte til optimering af deres situation, som formodentlig i dagens samfund vil kunne ske via en eventuel diagnosticering med en psykisk lidelse. Yderligere kan man diskutere, hvorvidt inklusionsloven og barnets lov indikerer (se afsnit 5.5.3 Inklusionsloven og 5.5.5 Barnets lov), at samfundet har skabt et ensrettet ideal for alle - på trods af formålet om at skabe en bredere normalitetsforståelse og vægte diversitet - som kommer til at negligere, at der eksisterer mellemmenneskelige forskelle i ressourcer, som ikke er forkerte, men som bliver forkertgjorte af en sådan lov/ideal (se desuden 6.2 - normalitet som transaktionelt system). Hvis alle skal kunne det samme, så bliver det også tydeligt, hvem der 'ikke kan' og dermed sygeliggøres disse.

Strukturelt set har psykiatrien fået tilført flere ressourcer og der er blevet mere hjælp at hente for individet, der diagnosticeres med en psykisk lidelse, for ikke at tale om hjælp allerede inden lidelsen er opdaget. Dette formodes at have indflydelse på antallet af mennesker, der opsøger udredning i psykiatrien, hvilket vi ser med de lange ventelister, der er i psykiatrien. Udredning danner udgangspunkt for diagnosticering som danner afsæt til behandling, hvilket ofte afføder nogle ressourcer, som både kan falde i familiers eller skolesystemets interesse (Andersen et al. 2020). På den måde kan det være fordelagtigt for forældre, børn og lærere/skoler at få udredt deres børn for psykiske diagnoser, som adgangsbillet til de goder, der skal sikre, at børnene bl.a. kan opnå øget livskvalitet og muligheder for personlig udvikling.

Den øgede diagnosticering kan således forstås ud fra en strukturel ramme med afsæt i lovgivningen, der sætter forebyggelse af psykisk lidelse på dagsordenen, samt idealer for livskvalitet og akademiske evner. Tidlig opsporing vil i sig selv medfølge, at flere bliver henvist til udredning i psykiatrien. Udrednings- og behandlingsretten har desuden stor indflydelse på den øgede diagnosticering, da det delvist er medvirkende til at afstigmatisere psykisk sygdom og ydermere giver flere muligheder og tilbud om diagnosticering. At psykiatrien har fået flere ressourcer, gør det også mere attraktivt for individet, hvilket igen må ses i relation til de muligheder og ressourcer, som individet kan få adgang til via udredning og diagnosticering. Heraf kan man anslå, at disse nedslag påvirker efterspørgslen på udredning for psykiske diagnoser, hvoraf der vil være flere der diagnosticeres.

Den strukturelle ramme og de ændringer, der er blevet foretaget herunder, kan argumenteres for at have relation til vores normalitetsbegreb. Når der sker en ændring i, hvad vi opfatter som normalt, vil det med større sandsynlighed medføre politisk opmærksomhed, hvilket kan lede til strukturelle ændringer. Herunder følger et afsnit, der tager udgangspunkt i netop normalitet, og hvordan denne kan anskues ud fra flere forskellige perspektiver, der har hver deres implikationer på, hvordan vi opfatter normalitet.

6. Et normalitetsperspektiv

Jf. Indkøringen til afhandlingen (se afsnit 3.) bliver det tydeligt, at man i relation til diagnosticering af psykisk sygdom også må forholde sig til, hvilke opfattelser, der eksisterer for normalitet. Konceptualiseringen af normalitetsbegrebet adskiller sig alt efter om dets orientering er kulturel, social, psykologisk eller medicinsk (Offer & Sabshin, 1974, p. 97). Det følgende afsnit vil med afsæt i Daniel Offer & Melvin Sabshin (1974) fremlægge fire overordnede perspektiver på normalitet: *normalitet som utopi*, *normalitet som transaktionelle systemer/proces*, *normalitet som sundhed*, samt *normalitet som gennemsnit*. Hvert normalitetsbegreb vil blive uddybet og belyst gennem udvalgte teoretiske perspektiver, som alle belyser og kommer med forskellige bud på, hvad normalitet og sygdom er. De forskellige tilgange til normalitet adskiller sig fra hinanden, men der vil dog også kunne findes ligheder tilgangene i mellem. Derved danner normalitetsforståelserne baggrund for en senere

diskussion af, hvordan vi kan forstå den øgede diagnosticering i samtiden ud fra forskellige begrebsliggørelser og tilgange til normalitet samt, hvordan de forskellige tilgange kan supplere hinanden og på pragmatisk vis fører til en dybere forståelse af normalitetsbegrebet i samtiden.

6.1 Normalitet som utopi

Normalitet som utopi betragtes jf. Offer & Sabshin (1974) som den harmoniske og optimale blanding af menneskets mentale apparats forskellige elementer, kulmineret i en optimal funktion eller selvaktualisering. Denne normalitetsbeskrivelse er især psykoanalytikernes tilgang, hvor individets ideelle funktionsniveau er standarden for det normale. Normalitet indebærer her, at individet arbejder for effektivt at kunne udnytte alle dets ressourcer for at kunne fungere optimalt. Hvad der er væsentligt inden for denne normalitetsopfattelse er, at der ikke findes en bestemt måde at være normal på eller en fuld prototype på et normalt individ, hvilket skal forstås ift. Sociokulturelle forskelle samt pointen om, at normalitet er noget man stiler efter, men ikke noget man kan opnå. Målet for mennesket er således at tilstræbe den utopiske normalitet via selvrealisering (Offer & Sabshin, 1974). Nedenfor præsenteres et perspektiv på normalitet som utopi ved Alain Ehrenbergs teori om det udmattede selv. Hans teori centrerer sig om, hvordan samfundets vilkår og idealer, i form af en utopisk normalitet, påvirker den menneskelige tilstand og psykiske helbred. Hertil er formålet at give et bud på, hvorfor vi ser øget diagnosticering i samtiden med afsæt i en forståelse af normalitet som utopi, som især vægter og forholder sig til samfundets indflydelse på individets tilstand.

6.1.1 Alain Ehrenberg og det udmattede selv

Med afsæt i normalitet som utopi, og herunder normalitet som menneskets 'optimale funktion' eller 'selvaktualisering', findes Ehrenbergs teori om *Det udmattede selv* (2010) relevant. I det følgende afsnit er formålet at afdække Ehrenbergs perspektiver, på det man kan kalde hans bud på en samtidsdiagnose, i form af "det udmattede selv". Ehrenbergs udlægning omhandler, hvordan samtiden påvirker individet og har konsekvenser for dets velbefindende, og teorien repræsenterer et synspunkt, der kan siges at belyse normaliteten i dagens samfund som utopisk. Ehrenbergs udlægning af det udmattede selv centrerer sig om depressionens historie, med formålet om at

afdække depression som en tydelig modsætning og skyggeside til samtidens livsvilkår og utopiske idealer (Ehrenberg, 2010, p. 11). Ehrenberg skitserer en samtidsbeskrivelse, som er stort set identisk med Baumans beskrivelse af den flydende modernitet. Inddragelsen af Ehrenberg tjener derfor formålet om at supplere Baumans teori i relation til at forstå, hvilke idealer der er fremtrædende i samtiden og heraf deres konsekvenser for individet i relation til at forstå den forøgede diagnosticering.

6.1.1.1 Den nye individualitet

Ehrenberg fremhæver, at depressionen har udviklet sig som en forandringens patologi, med afsæt i de transformationer, som samfundet har undergået. Udmattelse kaldes herfor *prisen for det moderne liv* (Ehrenberg, 2010, p. 191). Dette leder op til samtidens normer, der if. Ehrenberg, indebærer et krav om, at individet skal tage ansvar for sit eget liv og deraf 'blive sig selv'. Der er et øget fokus på at skabe sine egne regler og fjerne sine hæmninger, så man får mulighed for at udvide omfanget af sine muligheder (Ehrenberg, 2010, p. 208). Heraf hersker der nu et omsluttende politisk ideal, om mennesket som sin egen herre i alle livets aspekter, heraf "det suveræne individ", der kun ligner sig selv og ingen anden (Ehrenberg, 2010, pp. 33-37). Det suveræne individ er en reference fra Nietzsche, som Ehrenberg trækker på, som refererer til et individ, der stolt erkender, at det ansvar, der nu hviler på individet, er et privilegium. Det er et individ med en bevidsthed om sin egen frihed og sin magt over sig selv. Det konstruerer sig selv og indvirker på sin egen natur og grænser (Ehrenberg, 2010, p. 355-357). Der hersker altså i samtiden en forestilling om, at mennesket har kontrol over samtlige aspekter af dets egen eksistens og kan indvirke på og ændre på sin egen natur. Det er altså et individ, som står i modsætning, til det Ehrenberg beskriver som det deprimerede individ. Det politiske ideal centrerer sig om individets egne kompetencer, beslutninger og initiativer i alle livets arenaer, hvoraf initiativet har indtaget pladsen som en af de første kriterier, hvorfra man i dag vurderer individets værdi (Ehrenberg, 2010, p. 301).

Ehrenberg påpeger i forlængelse, hvordan individet kan ses som medskaber af de samfundsidealiser, som de selv forsøger at efterleve (Ehrenberg, 2010, pp. 37, 369). If. Ehrenberg består samfundet som helhed af en række forskellige instanser, som alle

har til formål at gøre den enkelte i stand til at løse sine egne problematikker. Gennem produktionen af individualitet håber man på at kunne producere et samfund (Ehrenberg, 2010, p. 363-365, 369-370). Den individualiserede regulering er, if. Ehrenberg, ikke et tilvalg, den enkelte selv kan foretage, men en fælles regel, som angår alle, hvis man i så fald vil undgå social marginalisering (Ehrenberg, 2010, p. 35-37). Måden hvorpå samfundet søger at løse menneskets nye problematikker på tager, if. Ehrenberg, form af kontinuerlige psykosociale interventioner og sundhedssydelser (Ehrenberg, 2010, p. 369). Der er ikke længere tale om helbredelse fra sygdom, men derimod om vedligeholdende handlingsregulerende instanser, som retter sig mod modifikationen og opsynet af individets eksistensfelt, på baggrund af at individet ikke kan efterleve samtidens idealer (Ehrenberg, 2010, pp. 306, 315, 336).

6.1.1.2 Depression som skyggeside

Med afsæt i Baumans udlægning af den flydende modernitet, som Ehrenberg i høj grad trækker på, findes det relevant at belyse, hvordan Ehrenberg anser depression som samtidens skyggeside. Samtidens konstante foranderlighed fører til en ulykkeskultur, hvor individet føler skam over, at det ikke kan anerkende sin egen utilstrækkelighed, og dermed ikke kan anerkende sine begrænsninger. Depression er derfor en ”utilstrækkelighedspatologi”, der udspringer af den ansvarsfølelse, som den psykiske frigørelse og kravet om initiativ, fører med sig, når individet ikke formår at efterleve disse idealer (Ehrenberg, 2010, p. 313). Det individuelle initiativ er blevet en nødvendighed for individet at efterleve, hvis det vil forblive en del af fællesskabet og føle sig tilstrækkelig i livet (Ehrenberg, 2010, pp. 276, 278, 370). Depression beskrives således som en ansvarssygdom, hvor den deprimerede karakteriseres som et individ, der er træt af hele tiden at skulle ’blive sig selv’ (Ehrenberg, 2010, p. 29). Modsat det suveræne individ, er det deprimerede individ træt af sin suverænitæt og forekommer som et modstykke til det menneske, som er sin egen herre – det er et menneske som ikke *kan* handle (Ehrenberg, 2010, p. 228-229). Ehrenberg peger på, at mennesket lider af depression, når det længes efter at være sig selv og kun sig selv, men aldrig i tilstrækkelig grad kan være det, hvoraf symptomer viser sig som manglende evne til at leve, nedtrykthed, mental hæmning og manglende handlekraft. Den deprimerede er en person, som er fanget i en tid uden fremtid (Ehrenberg, 2010,

p. 36-37, 312). Samfundets fokus på præstation, handling og initiativ medfører dermed, at mangel på energi og kræfter er en negativ konsekvens for individet, som konstant forventes at kunne følge med enhver situation. Depressionens symptomer anses altså som en funktionsfejl i samtiden – en utilstrækkelighed - som viser sig, som konsekvens af, at individet forgæves forsøger at leve op til samtidens normer (Ehrenberg, 2010, p. 354-355 + p. 378-379). I forlængelse af de ændrede normativt regulerende grænser, hvor det nu er et spørgsmål om, hvad der er muligt og umuligt, bliver individet således if. Ehrenberg deprimeret, fordi det skal udholde illusionen om, at alt er muligt.

“Depressionen er en måde at formulere de problemer, der opstår når ikke alene samfundet, men også man selv forventer at bestemme og handle frit. Depressionen er altså ikke et tegn på, at samfundet nu kræver mere af den enkelte, at presset fra samfundets side er blevet større, som man nogle gange formulere det. Depression er det sprog, i hvilket den pris, der er at betale for et nyt normsæt, formulerer sig” (Ehrenberg, 2010, citat: p. 19).

Depressionens fremvækst og karakter skal altså ikke forstås som et tegn på, at samfundet nu indebærer et øget pres og flere krav, men som et udtryk for de problematikker, som de nye samtidsnormer og idealer bringer med sig (Ehrenberg, 2010, p. 19). Ehrenberg taler om, at individet, gennem de nye normer, er blevet konfronteret med begrebet om den ubegrænsede mulighed og begrebet om det ubeherskelige. Altså kan depressionen siges at afspejle de konsekvenser, som individet møder, når det konstant skal stå i et spændingsfelt mellem det der er muligt, og det der ikke kan kontrolleres (Ehrenberg, 2010, p. 374). Heraf fremstår pointen om, at de forhold som individer lever under i samtiden, skaber nogle bestemte reaktioner hos individet, som udtrykker sig som symptomer på depression. Hvis samtiden så anderledes ud, ville det formodes at kunne frembringe nogle andre reaktioner og symptomer.

6.1.1.3 Normalitetsbegrebet som utopi belyst ved medicinens rolle

For at tydeliggøre Ehrenbergs repræsentation af idealer og normalitet i samtiden, findes det relevant at uddybe hans tanker omkring brugen af antidepressiv medicin i samtiden. Ehrenberg fremhæver de antidepressive midler SSRI-præparaterne, særligt

Prozac, som et middel, der kan gøre individet handledygtigt "igen" (Ehrenberg, 2010, p. 276). Medicinen bliver derfor et middel og en vej til, at individet kan realisere samtidens idealer om at handle selvstændigt (Ehrenberg, 2010, p. 306).

Ehrenberg taler om, at der i tiden, hvor medicinen introduceres, omtales et stigende krav til psykisk velbefindende (Ehrenberg, 2010, p. 309). Idealerne omfatter, at individet skal kunne beherske sine kognitive evner, sit følelsesliv og sin adfærd. Prozac blive herfor midlet, som kan hjælpe individet med at efterleve disse, da det har som formål at genoprette handleevnen og forbedre stemningslejet (Ehrenberg, 2010, p. 280). Imidlertid fremhæver Ehrenberg en yderligere væsentlig pointe. Prozac nævnes også at kunne ændre individets personlighed i en positiv retning – selv for folk som ikke er "rigtigt deprimerede". Det bliver et produkt som også tildeles folk, som ikke defineres syge, men som blot har brug for hjælp til bedre at kunne overkomme tilværelsens problemer. Produktet beskrives hertil som et produkt, der skal hjælpe individet med at blive "bedre end god" (Ehrenberg, 2010, p. 309). Medicinen og dens effekter kommer således til at fremhæve de evner og træk, som samfundet ønsker og idealiserer samt tjener formålet om, at gøre individet i bedre stand til at efterleve disse (Ehrenberg, 2010, p. 309). Medicinen opnår altså sin legitimitet gennem samfundets normer:

"I et samfund, hvor der stilles store krav til det individuelle initiativ, og hvor ansvaret for fiaskoen er særligt tyngende for de socialt svage stillede, har adfærdsmedicinen en legitimitet, og jeg kan ikke se, i henhold til hvilket moralsk princip, man skulle kunne dæmonisere den" (Ehrenberg, 2010, p. 344).

If. Ehrenberg gør præparaterne det således muligt at overvinde depressionens symptomer, hvormed individet igen kan handle og tage initiativ. Præparaterne siges altså at indvirke på en utilstrækkelig psyke, og forbedre individet (Ehrenberg, 2010, p. 347).

6.1.2 Sammenfatning af Det udmattede selv

Som nævnt betragtes 'normalitet som utopi' som kulminationen af en harmonisk og optimal blanding af individets mentale funktioner resulterende i en optimal funktion eller selvaktualisering. Her har man for øje at lindre eller fjerne individets symptomer, for at facilitere en sundere karakterstruktur og muligheden for at udnytte *alle* individets ressourcer (Offer & Sabshin, 1974, pp. 103-105). Ehrenbergs fremhævelse af samtidens krav om handling og initiativ i en sådan grad, at individet, for at kunne imødekomme disse, enten må ty til medicinske hjælpemidler eller potentielt acceptere skæbnen om depressionen, repræsenterer netop et utopisk normalitetssyn. Inddragelsen af de antidepressive midler kan ses som den behandling, der skal hjælpe individet tilbage til en "sundere" karakterstruktur - og dermed normalitet - via fjernelsen af individets handlingslammelse, som i samtiden repræsenterer sygdom og patologi.og norm Det interessante ved Ehrenbergs tanker omkring de antidepressive midler, er at han ligeledes fremhæver, hvordan produkterne også indvirker på dem, som ikke er "rigtigt deprimerede". Ved at fremhæve dette gør han det tydeligt, at selv det raske og normale menneske kan drage fordel af medicin og bruge hjælp til at efterleve samtidens krav. Hvorfor, der er tale om en normalitet som repræsenterer et optimalt menneskeligt stadie, som forekommer uopnåeligt. Der er derfor ikke længere kun tale om bevægelsen fra syg til rask, men derimod også bevægelsen fra rask til bedre. Som Offer & Sabshin (1974) fremhæver, kan det ideelle aldrig opnås, og må derfor kun tilstræbes. Ehrenberg argumenterer således for og afbilder depressionen som konsekvensen af denne konstante tilstræbelse. Heraf kan Ehrenbergs teori skildre og danne belæg for en normalitet præget af, at der ikke er plads til menneskelige begrænsninger. En samtid der ikke anerkender, at individet ikke kan alt.

Væsentligt for normalitet som utopi, skildret gennem Ehrenberg, er ligeledes hvordan mennesket anses at være frit i samtiden; frit til at vælge og vrage, så længe individet selv tager ansvar for sin situation. Dog kan man argumentere for, at de idealer og værdikriterier, som individet vurderes ud fra, alligevel belyser, hvordan specifikke menneskelige egenskaber og adfærd findes ønskværdigt fra samfundets side. På den måde opstår der en diskrepans mellem ansvarets privilegium for de frigjorte individer og ideen om, at enhver "skal blive sig selv" på den ene side, og

den vægt der lægges samfundsmæssigt og politisk på at tilrette mennesket efter samfundets idealer og krav, på den anden side. Individet er frit til at vælge, men det skal alligevel helst vælge og gøre noget bestemt.

6.1.3 En diskussion af teoriens anvendelighed

Som nævnt, skitserer Ehrenberg en samtidsbeskrivelse, som i høj grad overlapper med Baumans beskrivelse af den flydende modernitet. Følgende afsnit vil derfor diskutere Ehrenbergs udlægninger i relation til Baumans beskrivelse af samtiden, da Baumans skitsering af den flydende modernitet kan siges at ligge til grund for de konsekvenser, som Ehrenberg italesætter. Herunder vil det ligeledes fremgå, hvordan Ehrenberg i samspil med Bauman kan bidrage til en øget forståelse af den forøgede diagnosticering i samtiden.

Som udgangspunkt kan den forøgede diagnosticering if. Ehrenberg forklares ud fra hans argument om, at depressionen er blevet den nye samtidsdiagnose. Imidlertid udlægger han flere bud på, hvorfor en sådan lidelse opstår.

If. Ehrenberg er der flere grunde til, at individet oplever udmattelse, utilstrækkelighed og i sidste ende depression - hvilket danner grundlag for en øget diagnosticering. Primært omtaler han kravet om ansvar, initiativ og handling som det mest fundamentale grundlag for depression, men der nævnes også andre i relationen hertil. Blandt andet omtaler Ehrenberg kravet om at individet skal 'blive sig selv', men aldrig i tilstrækkelig grad kan opnå dette. Dette kobler sig til illusionen om, at alting er muligt og at individet konstant skal udvide sine muligheder og fjerne sine hæmninger. Endvidere omtaler Ehrenberg kravet om at efterleve ideen om 'det suveræne individ', der konstruerer sig selv, tager ansvar for sit eget liv og hertil opfatter dette som et privilegie. Slutteligt nævner han ligeledes presset fra samfundets instanser om at individet selv skal løse sine problematikker. Med afsæt i Baumans udlægning af samfundet, kan man finde forklaringer på, hvorfor individet reagerer på alle ovenstående krav med depression, som Ehrenberg påpeger, og dermed komme med et bud på en forståelse af den øgede diagnosticering i samtiden.

Først og fremmest beskriver Bauman, hvordan vores selvkonstruktion ikke længere er givet på forhånd (afsnit 4.1 – fra fast til flydende). Hertil giver det mening, at

individet, if. Ehrenberg, står til ansvar for sit eget liv og føler et krav om at skulle blive sig selv og konstruere sig selv, hvorefter idealet om "det suveræne individ" kan siges at have rødder. Hertil nævner Bauman, at der forekommer uendelige muligheder for at blive hvem som helst, men at man fortsat vil være udfærdig og ukomplet, da man altid kan udvikle sig til det bedre. Derfor giver det ligeledes mening, at individet føler et pres ift. at fjerne sine hæmninger, så de netop kan udvide og efterleve disse udviklingsmuligheder. Dette kan være med til at forklare, hvorfor kravet om at blive sig selv/realisere sig selv kan lede til udmattelse og utilstrækkelighed. Når individet konstant må forsøge at realisere sig selv, men aldrig til fulde kan nå i mål med dette, fordi der altid er mulighed for at afsøge et nyt og bedre udviklingsstadium, må man antage at individet på et tidspunkt bliver udmattet og eventuelt nedslået/nedtrykt af denne efterstræbelse.

Endvidere taler Bauman ind i flere perspektiver, der kan bidrage til en forståelse af, hvorfor depressionen får sin kroniske karakter. Som nævnt, taler Bauman om fitness (form) som en tilstand, der er præget af muligheden for grænseløs forbedring, omstillingsparathed og fleksibilitet. Den relaterer sig til opgaver og udfordringer i fremtiden, hvorfor man aldrig kan være sikker på om formen på nuværende tidspunkt er tilstrækkelig. Individet kan derfor vedvarende efterstræbe forbedring. Bevægelsen mod potentiel tilfredshed og succes fordrer heraf en konstant bevægelse, som umuliggør pauser og tid til at stoppe op. Sætter man dette i relation til Ehrenberg, kan udlægningen argumenteres at ligge til grund for det konstante krav om initiativ og handling, der hviler på individet. Forbedring og udvikling kan ikke forekomme uden initiativ og handling, og når dette fremstår som et vedvarende krav, udvandes kravet om initiativ og handling derfor aldrig. Ligeledes kan det ses i relation til, hvorfor individet udtrættes af illusionen om at alting er muligt. Når individet konstant *skal* afsøge alle sine muligheder, og aldrig ved, om det er nået i mål, leder illusionen om at alting er muligt angiveligt til en evig afsøgning, der formodentligt vil føre til udmattelse. Slutteligt, kan man i argumentationen fremhæve en negativ spiral, som kan fremhæve, hvorfor udmattelsen, får sin vedvarende karakter. Ehrenberg fremhæver gennem sine argumenter, at idealet om frigørelse overordnet leder til udmattelse. Samtidig fremhæver Bauman, at det at frigøre sig, betyder at individet sætter sig fri fra det, som forhindrer bevægelse (se afsnit 4.2 – frigørelse og individualitet). Hvis idealet om frigørelse i første omgang leder til

udmattelse/depression og hermed hæmmer individet bevægelse, vil det if. Bauman forsøge at gøre sig fri fra denne hæmning igen. Idealet om frigørelse bliver derfor et kontinuerligt onde. Frigørelsen fordrer handling, handlingskravet udmatter, udmattelsen leder til ønsket og forsøget på endnu mere handling, der imidlertid vil føre til yderligere udmattelse. Handlingskravet og udmattelsen eksisterer derved synkront, på baggrund af idealet om frigørelse. Herved fastholdes individet i en udmattet tilstand, der ligeledes kan være med til at beskrive, hvorfor depressionen bliver en utilstrækkelighedspatologi, når individet ikke formår at handle sig ud af denne igen – samt hvorfor Ehrenberg omtaler depressionens symptomer som funktionsfejl.

Når ovenstående idealer har så grænseløs en karakter, som der beskrives, giver det dels mening, hvorfor alle samfundets instanser, er nødsaget til vedvarende at være rettet mod at vedligeholde individet i selvstændigt og handlende stadie, men også dels hvorfor individet i sidste ende aldrig kan komme i mål med at opretholde og efterleve disse idealer. Af den grund får depression sin plads som en overordnet/kronisk samtidsdiagnose.

If. Ovenstående, kan Ehrenberg i samspil med Bauman, altså give en øget forståelse for, hvordan samtidens tendenser kan siges at lede til en forøget diagnosticering. Baumans udlægning af samtidens flydende tilstand, kan stå som grundlag for flere af de konsekvenser, der, if. Ehrenberg, leder til, at individet udvikler depressionssymptomer. Frigørelsen og tingenes flydende tilstand medfører nye idealer, om bl.a. det suveræne individ, hvortil individet presses til at varetage ansvaret for at konstruere både sig selv og dets fremtid. Med de flydende grænser, opstår uendelige muligheder, der i samspil med dette ideal medfører, at konstruktionen af både sig selv og sin fremtid altid vil være af en ufærdig karakter med mulighed for forbedring. Idealet om altid at skulle forbedre/udvikle sig leder til det konstante pres om handling og initiativ, der både umuliggør og underminerer behovet for pauser. Når individet i så fald oplever udmattelse og hæmning i dets bevægelse, initiativ og handling leder idealet om frigørelse til en skam-/utilstrækkelighedsfølelse over denne, og et behov/efterstræbelse for igen at kunne afsøge sine grænseløse muligheder, hvilket vil føre til yderligere udmattelse. På den

måde ender individet i et vedvarende kapløb med sig selv, der angiveligt vil ende i lidelse. Derfor lider individet med afsæt i idealerne, men de lider også fordi de lider – med afsæt i ikke at kunne følge med, og potentielt tabe kapløbet mod sig selv om altid at skulle efterleve idealerne. Som Ehrenberg nævner, er en person, som er ramt af depression, en person, som er fanget i en tid uden fremtid. Når man hæmmes og ikke kan bevæge sig mod sin fremtid medføre det altså, at individet oplever det værst tænkelige ud fra idealerne – navnlig at det ikke længere kan konstruere sig selv og sin fremtid.

Dette taler ligeledes ind i, hvorfor medicinen får både en primær og vedvarende rolle i Ehrenbergs udlægning. Ser man på Bauman og begrebet om forbrugerisme, omhandler dette individets forsøg på kontinuerligt at tackle dets problematikker gennem produkter. Hvis problematikkerne har en kronisk karakter, forudsætter dette, at individet kronisk må afsøge løsninger. If. Bauman lover produkterne at udligne de kompetencer, som individet ellers mangler i livet for at kunne holde sig vedvarende kompetent. Derfor kan man argumentere for at prozac får sit indtog, hvoraf Ehrenberg desuden omtaler, at der i stedet for et fokus på helbredelse, nu er fokus på en opretholdelse eller vedligeholdelse af individets funktionsniveau. Ved at fremhæve, at produktet også anvendes til individer, som har brug for hjælp til at overkomme almindelige problemer ved tilværelsen, betoner han, at prozac også kan anvendes til at holde individet i et højt funktionsniveau. Det menneskelige ved at opleve problemer i tilværelsen bliver til noget, der skal afhjælpes via medicin, og de der normalt ville betegnes som raske placeres nu i en gruppe som vurderes behandlingskrævende og syge. Overordnet kan det siges at tale ind i en forskydning af de grænser, som opererer for, hvad der betragtes som sygt og sundt. Ligeledes kan det være med til at forklare, hvorfor man ser stigninger i recepter – herunder også til behandling af depression (se afsnit 5.4). Medicinen repræsenterer altså både et produkt, der kan hjælpe individet, når det udtrættes af livet, men også et produkt, der kan hjælpe individet med at forblive i kapløbet - som et vedligeholdende greb. Idealerne må derfor være så uopnåelige, at også det “normale” individ har brug for hjælp til at forblive succesfuld. Når man vedvarende skal holde sig kompetent og handlende forudsætter det, at enhver afvigelse fra dette vurderes som sygt eller behandlingskrævende. Ud fra et menneskeligt perspektiv, er det de færreste som vil kunne efterleve dette. Således kan det siges at være blevet mere krævende at

vedligeholde et sundt stadie i dag, og derfor også nemmer at falde under det afvigende.

I den forbindelse kan man blive nysgerrig på, hvorvidt den særlige stigning i depressioner (se afsnit 1.1) kan hænge sammen med disse ovennævnte samfundsmæssige idealer. Ser man tilbage på indkøringen (se afsnit 3.) legitimeres en diagnose, ud fra hvorvidt symptomerne til denne vurderes at være problematiske ud fra de eksisterende idealer. Når idealerne derfor fordre kravet om både handling og initiativ samt efterlevelsen af grænseløse muligheder for forbedringer, vil det kunne medføre, at symptomer som hæmmer individets mulighed for at efterleve disse (altså udmattelse og depression) formodentligt bliver anset som et problem. Det samfundsmæssige idealer/krav, kan altså potentielt medføre, at det særligt er symptomer på depression som vurderes afvigende og sygelige i dag. Hertil kan man argumentere for, at nogle lidelser til tider vil ses mere fremtrædende end andre.

Ovenstående argumenter kan altså være med til at give et bud på, hvorfor der i samtiden ses en øget forekomst af både diagnosticeringer og tildelingen af recepter. Perspektiverne kan i samspil være med til at forklare, hvordan de herskende idealer i dag på baggrund af deres flydende og grænseløse karakter kan have ledt øget psykisk lidelse med sig. Mulighederne er uendelige, og ansvaret samt fordringen for at efterleve disse er helt og aldeles individets egen. Skal man forstå den øgede diagnosticering ud fra Ehrenberg og Bauman, argumenterer de altså for, at samtidens nye normer har medført sig et begreb om sundhed og normalitet, der principielt er umuligt for individet at efterleve. Således bliver det også nemmere at afvige fra denne, og herfor opnå en diagnose. Dette medfører potentialet for et nyt syn på, hvad der i dag betragtes at være problematisk adfærd/træk, hvilket kan forklare, hvorfor særligt depression har været en fremtrædende lidelse. Imidlertid må man også forholde sig kritisk til Ehrenbergs udlægning. Ifølge ham har samfundet en yderst dominerende rolle i, hvorfor individet oplever depression. Herfor forholder han sig ikke til de individer, som oplever depression på baggrund af individspecifikke faktorer såsom arveligt anlæg og eventuelt traumatiske hændelser. Ligeså kan man argumentere for, at han taler ind i et yderst konformt individ, som uden kritisk refleksion følger idealerne indtil de bliver syge af denne efterstræbelse. Herunder

negligeres individets agens samt de positive aspekter ved den forøgede frihed og opnåede autonomi (se afsnit 7.1 individperspektiv).

Supplerende kan man stille spørgsmålstegn til depressionens betoning. Selvom han anvender depressionens symptomer som et eksempel på de konsekvenser idealerne fører med sig, italesætter han brede og normative tendenser i samfundet. Han forholder sig ikke til andre implikationer for den øgede samfundsmæssige pres end depression. Alle individer synes ifølge ham at have samme reaktionsmønster i kraft af idealerne, hvorfor han primært kan anvendes til at beskrive depressionens udbredelse og ikke de resterende stigninger i psykiske lidelser.

I ovenstående afsnit beskrives både samfundets udvikling og hvordan det påvirker individerne, der indgår i det. Samtidig beskriver afsnittet også det ansvar, man som individ besidder, når man er en del af det omtalte samfund. I følgende afsnit vil der gennem Jerome Wakefield præsenteres en udlægning af, hvordan man kan forstå spillet mellem individet og det samfund, som det indgår i, samt dets normer og idealer.

6.2 Normalitet som transaktionelt system/proces

Normalitet som transaktionelt system eller som proces beskrives, Jf. Offer & Sabshin (1974), ved at normal adfærd skal forstås som et interagerende systems slutresultat over tid. Der er altså tale om normalitet ud fra en temporal progression, hvormed normalitet skal forstås som en dynamisk størrelse der ændrer sig i forbindelse med forandringer i sundhed, gennemsnit og idealer i samfundet. Der er fokus på forandringer og processer frem for en komplet definition og forståelse af normalitet, hvormed de fleste teorier inden for denne normalitetsopfattelse findes i adfærds- og socialvidenskab (Offer & Sabshin, 1974, p. 109). Denne normalitetsforståelse integrerer og vægtlægger både variabler fra de biologiske, psykologiske og sociale felters indflydelse, på et levedygtigt og vedvarende system, hvor systemet henviser til livet-i-proces. Systemet hænger uadskilleligt sammen med tid og der findes således en fortid, en nutid og en fremtid, hvormed systemet kun karakteriseres som relativt stabilt. Normalitet er derfor karakteriseret ved et system i udvikling, der forsøger at tilpasse sig, hvilket taler ind i en biologisk og evolutionær tilgang til normalitet og menneskelig udvikling. Hertil anses maladaptiv adfærd som

nødvendigt for samfundets udvikling, for kun med mennesker, der ikke er tilpasset samfundet, kan det udvikle sig mod et bedre stadie. Dette skal forstås på den måde, at samfundet løbende udvikler en ny normalitetsforståelse, med afsæt i det der anses som maladaptivt og afvigende. Psykopatologi kan, under denne normalitetsopfattelse, sågar siges at være et vilkår ved menneskets hverdagsliv og som fundament for menneskelig evolution (Offer & Sabshin, 1974, p. 111).

6.2.1 Jerome Wakefield - Harmful Dysfunction

For at kunne forstå, hvorfor der ses stigning i antallet af psykiatriske diagnoser i dagens samfund, er det relevant at have en forståelse for, hvordan lidelse defineres og opstår. Med grundlag i Jerome Wakefields (1992) teori om skade og dysfunktion, kan der udledes et af mange syn på, hvordan man kan forstå mental lidelse. Teorien danner grundlag for, hvordan mental lidelse opstår i samspillet mellem evolutionære mekanismer og samfundsmæssige påvirkninger. Wakefields teori skal dermed ikke anskues som en eksklusiv teori, der omfatter samtlige aspekter af sygdom, men derimod som ét bud blandt et større sammensurium, der søger at forklare mental lidelse og dermed normalitet. Normalitet i relation til Wakefield skal forstås som det spænd, der sker i samfundsforankrede stressorer, der sker på baggrund af normer og idealer (Wakefield, 1992). Ud fra Wakefields teori kan det argumenteres for, at disse stressorer har udviklet sig i sådan en grad, at det normale individs biologiske mekanismer ikke længere kan følge med denne udvikling. Dette vil blive uddybet senere i afsnittet.

Jerome Wakefield er en filosof og psykolog, der primært er kendt for at udvikle teorier relateret til konceptet omkring mentale lidelser. En af hans mest indflydelsesrige teorier er hans "Harmful Dysfunction"-teori (HDT). Wakefields teori udsprang af, at han mente, at der i de gældende diagnostiske manualer (DSM & ICD) ikke forelå grundlag nok til at forstå mentale lidelser ud fra de beskrevne grundlag. Wakefield søgte at udvikle en mere robust konceptualisering af begrebet mental lidelse og skabe et bedre fundament for diagnoser og behandling (Wakefield, 1992).

Wakefields HDT er en grundlæggende forståelse af mentale lidelser, hvor man ser dem som bestående af to elementer. Det ene element er dysfunktion og det andet

element er skade (Wakefield, 1992; Wakefield & Conrad, 2020). Wakefield definerer dysfunktion som værende en mental mekanismes manglende evne til at udføre dens opgave. Her trækker han på den evolutionære psykologi og argumenterer for, at mekanismer såsom kognition, emotion og adfærd har udviklet sig til at have bestemte funktioner, der bidrager til et individs velvære og adaptation. Dysfunktion udspringer herfra, når disse mekanismer ikke kan udføre deres tilsigtede funktioner (Wakefield, 1992; Wakefield & Conrad, 2020). Der er dermed ikke tale om en lidelse, når en mekanisme ikke kan udføre dens socialt manifesterede handlinger, men derimod, når en mekanisme ikke kan udføre dets naturlige tiltænkte formål (Wakefield, 1992). Eksemplificeret vil dette betyde, at en skæv næse, der ikke kan holde et par briller oppe ikke skal anses som en mekanismes (næsen) manglende evne til at udføre en funktion, da det at holde et sæt briller oppe vil anses som en socialt konstrueret funktion og ikke en naturlig evolutionær forankret opgave. Eksempler på mekanismer, der ikke kan udføre deres funktion, er tilstande som depression eller angst, som kan klassificeres som mentale lidelser, hvis de involverer dysfunktion i eksempelvis emotionsregulering eller trusselsregistrering og hvis disse dysfunktioner leder til signifikant ubehag og/eller nedsat funktionsevne (Wakefield, 1992; Wakefield & Conrad, 2020; Horwitz & Wakefield, 2012). For at der kan være tale om mental lidelse skal dysfunktionen medføre en form for skade. Denne skade refererer til den negative indflydelse som dysfunktionen har på individet. Skaden kan manifestere sig på forskellige måder, herunder ved nedsat funktionsniveau, pine eller andre negative konsekvenser i individets liv (Wakefield, 1992). Når disse kriterier er opfyldt, kan der if. Wakefield tales om, at der kan findes mental lidelse hos et individ.

En pointe i Wakefields teori, der især danner grundlag for at inddrage ham i denne afhandling, er hans argument omkring et bestemt kriterie, som han kalder for ”Værdi-vurdering”. Med dette kriterie omkring vurdering af værdi fremsætter Wakefield et argument omkring, at dysfunktionen, der ikke kan udføre sin naturlige opgave, hvilket medfører skade, må baseres ud fra samfundsmæssige normer, værdier og forventninger (Wakefield, 1992; Wakefield & Conrad, 2020). Det betyder dermed, at den dysfunktion, som skaden udspringer af, fortsat skal have en naturlig evolutionær forankret opgave, men at skaden, der udspringer ved at mekanismen

ikke kan udføre sin tilsigtede handling, kan være samfundsmæssigt og kulturelt betinget.

Hele Wakefields teoretiske grundlag bliver konkretiseret ved hans model, der inddeles i de tre førnævnte faser. Først og fremmest har vi dysfunktionskriteriet, dernæst skadeskriteriet og slutteligt værdi-vurderingskriteriet. For bedst muligt at forstå modellen, kan vi eksemplificere det ved følgende: Lad os antage, at vi har at gøre med et individ, der oplever social angst i sådan en grad, at vedkommende forsøger at undgå sociale interaktioner. Vedkommende vil da, if. Wakefields model, opfylde dysfunktionskriteriet, da man kan argumentere for, at der foreligger en naturlig funktion i det at være menneske, hvor man har gavn af at indgå i sociale interaktioner, da det fordrer overlevelse og emotionel support. Vedkommendes angst vil da påvirke evnen til at mekanismen kan udføre sin naturlige funktion, ved at forsøge at undgå sociale situationer. Man kan argumentere for, at dysfunktionen da vil forsage signifikant funktionsnedsættelse og mindsket livskvalitet. Individet vil kunne opleve ensomhed og have svært ved at danne nye relationer samt varetage et arbejde, der involverer andre mennesker, på grund af individets undgåelsesadfærd overfor sociale situationer. Dette opfylder skadeskriteriet, da dysfunktionen leder til negativ indflydelse på individets liv. Hertil kommer Wakefields tredje kriterie ”værdi-vurderingskriteriet”. Ud fra de fastsatte normer, værdier og forventninger, der foreligger i et samfund, vil man kunne sige, at et individ med social angst, vil have stor mangel på social interaktion, som er højt vurderet i den samtid, som vi lever i. Individets undgåelsesadfærd overfor sociale interaktioner kan derfor ses som en skadelig mangel på at udføre en naturlig funktion. Ved at bruge værdi-vurderingskriteriet, kan det dermed anskues, at sociale normer og kulturelle værdier influerer vores forståelse af, hvorvidt et individs angst skal klassificeres som en mental lidelse eller ej.

Generelt præsenterer Wakefield en kritik af patologiseringen af almindelige menneskelige oplevelser. Wakefield sætter spørgsmålstegn ved de diagnostiske kriterier, der bruges i psykiatrien. Han argumenterer for, at de diagnostiske værktøjer der arbejdes med, ofte knytter sig for meget til en symptom-tjekliste tilgang, hvorimod man burde have kontekst og individuelle forskelligheder for øje (Horwitz & Wakefield, 2012). Denne overafhængighed på symptom-baserede kriterier, når det

gælder psykisk lidelse, kan lede til patologisering af adfærd og emotioner, der ligger inden for, hvad Wakefield betegner som ganske normale menneskelige oplevelser (Wakefield & Conrad, 2012). Mange almindelige emotioner såsom tristhed, angst og eller generthed bliver dermed ofte patologiseret og bliver anset som mentale lidelser uden tilstrækkelig overvejelse omkring, hvorvidt de møder kriterierne for dysfunktion og skade. Overpatologiseringen af normal menneskelig adfærd kan medføre overdiagnose, overbehandling samt øget stigmatisering, af dem, der potentielt blot oplever anderledes variationer af normal emotionel respons på begivenheder (Horwitz & Wakefield, 2012). Ud fra Wakefields teoretiske grundlag, kan der argumenteres for, at skades-elementet er betinget ud fra kulturelle instanser og samfundsmæssige normer. Samfundet, som man befinder sig i, er dermed konstant gearret til, at der er nogle forventninger, man som individ bør indfri. Dermed bliver det, der anses som forkert, skadeligt eller sygeligt ofte fastsat af samfundet, hvormed et individ ikke nødvendigvis besidder evnen til at kunne leve op til disse normer. Selv en mindre grad af maladaptivitet, i form af eksempelvis undgåelsesadfærd ift. sociale situationer, kan dermed blive anset som patologi, på trods af, at man kan argumentere for, at det er almindelig menneskelig adfærd til en vis grad. Der kan altså opstå en diskrepans mellem samfundets forventninger og det man som individ formår at leve op til. I den samtid, som vi lever i nu, hvor alting hele tiden skal optimeres og alle omkring én løber hurtigere og hurtigere, kan det være svært at skulle følge med, hvoraf en mindre deviation i forhold til samfundets forventninger dermed hurtigt kan patologiseres (se afsnit 6.1 og 4.2 – normalitet som utopi og Bauman).

Wakefield og Horwitz (2007) argumenterer grundlæggende for, at sociale normer og kulturelle forventninger spiller en signifikant rolle i at forstå konceptet af emotioner, der i dagens samfund bliver patologiseret, hvor sorg eksempelvis kan blive anset som symptomer på klinisk depression. Patologiseringen af disse følelser involverer i høj grad en forståelse af dem set ud fra et biomedicinsk perspektiv, hvor normale menneskelige emotioner bliver patologiseret og set som symptomer på psykiatriske lidelser (Horwitz & Wakefield, 2007). Skiftet i måden, hvorpå emotioner i højere grad anses som tegn på psykiatriske lidelser, stammer if. Wakefield og Horwitz fra forskellige faktorer, såsom farmaceutisk markedsføring, påvirkning fra diagnosemanualer samt et større kulturelt skifte mod at se emotionel uro ud fra et

medicinsk grundlag. Gennem diagnosemanualernes standardiserede kriterier for at definere og diagnosticere psykiatrisk lidelse, bliver der dannet grundlag for diverse tærskler for, hvordan symptomers sværhedsgrad, varighed og hæmmelsesgrad skal fremstå, for at der kan være tale om en psykiatrisk lidelse (Horwitz & Wakefield, 2007). Dette mener Wakefield og Horwitz er med til at fratage noget af det alment menneskelige ved disse emotioner, og danner grundlag for at sygeliggøre dem. Diagnosemanualerne bidrager ligeledes til normalisering af at anse emotioner som sygelige, ved at kategorisere dem som symptomer på mental lidelse. Dette fremgår eksempelvis i manualerne, når følelser af nedtrykthed og sorg kan blive anskuet som symptomer på depression, selvom de også kan forekomme som normale reaktioner på svære livsbegivenheder (Horwitz & Wakefield, 2007).

Udover diagnosemanualerne, spiller sociale og kulturelle faktorer også en afgørende rolle i at forme, hvordan individer opfatter og oplever eksempelvis nedtrykthed. Kulturelle normer og forventninger omkring emotionelle udtryk kan variere i høj grad på tværs af forskellige samfund og kan samtidig influere, hvorvidt individet føler sig komfortabel med at søge hjælp eller ej. Wakefield og Horwitz argumenterer for, at hvis man ikke tager de sociale og kulturelle indflydelser i mente, så kan det resultere i en snæver forståelse af nedtrykthed og depression, der ikke har kompleksiteten af menneskelige oplevelser for øje (Horwitz & Wakefield, 2007).

6.2.2 Diskussion af teoriens anvendelighed

Ud fra ovenstående afsnit, kan vi ud fra Wakefields teori forstå den øgede diagnosticering, som et resultat af samfundsmæssige krav, som vores evolutionære mekanismer ikke er gearede til at håndtere. Ud fra Bauman og Ehrenberg (se afsnit 4. og 6.1 – Flydende modernitet og normalitet som utopi) kan der argumenteres for, at der i samtiden er sket et skred i, hvilke forventninger samfundet pålægger individet. Samfundets normer og idealer er konstant under udvikling og må anskues som en dynamisk entitet. I takt med at forventningerne til individet øges, kan det argumenteres for, at de mentale mekanismer ikke længere kan følge med denne udvikling, og derfor ser vi en øget diagnostik. If. Wakefield er det altså samfundet, der bestemmer, hvordan vi anskuer normalitet. Hvis normalen er blevet et utopisk og tilnærmelsesvist uopnåeligt mål (se afsnit 6.1 – normalitet som utopi), så vil et

individs mentale mekanismer sjældent være i stand til at håndtere dette pres, hvorfor der vil forekomme mere mental lidelse. Man kan dog ud fra Wakefield argumentere for, at de reaktioner mennesket udviser, ikke nødvendigvis er tegn på sygdom, men omhandler almindelig menneskelige reaktioner på samfundets tendenser.

Wakefields teori skal således forstås som en biologisk vinkling, der i samspil med samfundets rolle skal give et svar på, hvorfor sygdom opstår. Diagnosticering forudsætter et sygt individ, hvorfor det er relevant at tage sygdom i betragtning, når det diskuteres, hvordan vi kan forstå den øgede diagnosticering. Samfundet spiller dermed en afgørende rolle, da det er samfundet, der er toneangivende i forhold til, hvad individet i sidste ende bør og skal opnå, for at imødekomme, det der betragtes som værende normalt. I takt med, at individer ikke kan opnå den ”utopiske normalitet”, men samtidig bliver nødt til at søge den, forekommer der derved en diskrepans, hvori de mentale mekanismer ikke længere kan følge med og udføre deres evolutionært betingede opgave, hvilket gør, at der forekommer øget mental lidelse. Sygdom forekommer forskelligt hos en population, da individer grundlæggende er forskellige på biologisk basis. Biologiske mekanismer ved et individ vil per definition optræde forskelligt og vil dermed, for nogle, være i stand til at modstå større pres end for andre. Dette er noget, som Wakefield ikke eksplicit forholder sig til, men må medtages, da det findes relevant i forhold til at forklare, hvorfor alle individer, der oplever øget pres, ikke nødvendigvis bliver syge på baggrund heraf. Dette taler ind i et perspektiv, der stemmer overens med diatese-stress modellen (Nordentoft & Vandborg, 2017). Med dette forstås, at individer har biologiske forankringer, der i større eller mindre grad medfører, hvor stor en mængde stressorer det kræver, før individet oplever psykopatologi (Nordentoft & Vandborg, 2017). Forståelsen af forekomsten af sygdom, begrundes her, ud fra argumentet om, at individer netop er forskellige i deres modstandskraft overfor stressorer. Individet er, ud fra dette argument, biologisk prædisponeret til at stå imod en bestemt tærskel af stressorer, før dette individ vil blive sygt (Nordentoft & Vandborg, 2017).

Sammenholder man dette med Wakefields teori, vil dette pege på, at der ligeledes findes forskelligheder blandt individers mentale mekanismer, og hvad de er i stand til at kunne håndtere. Forskelligheder hos individet i forhold til, hvad dette kan håndtere, er altså udslagsgivende i forhold til, hvordan vi kan forstå, at en bestemt

type skade, qua Wakefields teori, ikke nødvendigvis gør alle, der oplever denne skade, syge. Som individ har man, som beskrevet, en iboende modstandskraft, der gør, at sygdom ikke nødvendigvis forekommer, da nogle vil være i stand til at modstå stressoren, mens andre ikke kan. Dermed er der individer, der med baggrund i Wakefields teori, har mentale mekanismer, der er dårligere gearet til at modstå det pres, som genereres af samfundsbetingede normer og idealer. Det er med baggrund i dette argument, at vi på trods af en øget diagnosticering ikke oplever et samfund, hvor alle individer bliver syge på baggrund af øgede normer og idealer, men som også taler for, at hvis kravene for individets formåen stiger, vil der også angiveligt ses flere syge.

De biologiske mekanismer hos individet, der ikke kan håndtere stressorerne, danner dermed grundlag for den ene del af, hvordan den øgede diagnosticering kan forstås, på baggrund af normalitet som transaktionel proces. Den anden del af processen omhandler samfundets rolle. Som beskrevet spiller samfundet en stor rolle i forhold til at bestemme, hvad der betragtes som normalt. Samfundet genererer løbende nye normer og idealer, som individet skal leve op til (se afsnit 6.2.1 – Wakefield). Denne proces skal betragtes som en dynamisk proces, der konstant er i forandring. Mentale mekanismer derimod, der besidder en evolutionær forankring, må dermed antages at have svært ved at følge med denne samfundsforanderlige proces, der er under konstant udvikling. Hvis der hele tiden sker ændringer i, hvilke idealer man bør leve op til, så kan det blive svært for individets mentale mekanismer at skulle tilpasse sig dette pres. Det kræver en udvikling i disse mekanismer, der i stigende grad bliver sværere og sværere at følge med i, hvorfor vi kan forstå den stigende diagnosticering. Samfundet er præget af uopnåelige idealer (se afsnit 6.1 – Normalitet som utopi), som individet konstant må jage, men i højere grad får sværere ved at opnå.

Grænsen for, hvad der af samfundet betragtes som normalt har altså rykket sig, og det medfører, qua Wakefield, at vores evolutionære mekanismer ikke længere kan følge med til denne hurtige udvikling. På samfundsmæssigt niveau hersker en forventning om, at man kan opretholde et normalt funktionsniveau, hvor man skal kunne varetage et arbejde, men samtidig skulle indtage en rolle, hvor selvaktualisering er muligt (se afsnit 6.3 & 7.1 – normalitet som sundhed og individperspektiv). I takt med, at det bliver sværere og sværere at opnå denne form

for normalitet og de evolutionært betingede mekanismer ikke længere kan følge med i dette tempo, kan man derudfra med afsæt i Wakefield, forstå den øgede diagnosticering i samtiden.

En af de centrale pointer, der er blevet beskrevet i Wakefields teori, relaterer sig til begrebet om at mental lidelse opstår, når mentale mekanismer ikke kan udføre deres tilsigtede funktioner. Disse funktioner kan imidlertid være komplekse og udefinerbare. Psykologiske mekanismer må betragtes som komplekse og multifunktionelle, og kan variere i forskellige kontekster og miljøer. Den evolutionære psykologi kan tilbyde hypoteser omkring, hvad der formodes at være en mekanismes naturlige funktion, men har svært ved at fastslå det med empirisk verificerbar baggrund. Dermed bliver mekanismens funktion emne for diskussion, og dermed indgår en vis form for subjektivitet i, hvordan funktionen defineres. Hvis det ikke er veldokumenteret, hvornår en mental mekanisme fejler i at udøve dens funktion, bliver det dermed besværligt at gøre sig diagnostiske overvejelser på baggrund heraf.

Følgende afsnit vil indeholde en normalitetsforståelse, der knytter sig til det psykiatriske sundhedssystem. Der vil her blive redegjort for og diskuteret, hvordan vi kan forstå psykiatrien og diagnosemanualernes rolle i den øgede diagnosticering.

6.3 Normalitet som sundhed

Normalitet som sundhed inkluderer det traditionelle medicinsk-psykiatriske synspunkt, som ligestiller normalitet med sundhed, hvor sundhed anses som et mere eller mindre universelt fænomen (Offer & Sabshin, 1974, p. 99). Ofte ses adfærd som værende inden for de normale grænser, når der ikke er en manifesteret patologi til stede. Det vil sige, når der ikke er en tilkendegivet sygdom til stede. Perspektivet indebærer, at normalitet ses som fraværet af størstedelen af symptomer på sygdom. Sundhed og normalitet inden for dette perspektiv henviser til et såkaldt 'fornuftigt' funktionsniveau frem for et 'optimalt' funktionsniveau (som gør sig gældende ved normalitet som *utopi*, afsnit 6.1). Indenfor denne tilgang, er man interesseret i at forebygge sygdom og heriblandt behandle symptomer, som åbenlyst forstyrrer et tilstrækkeligt funktionsniveau. En sund og normalfungerende person er således en person, som er fri for unødigt smerte, ubehag og skavanker. Så længe individets

funktionsevne ikke er stærkt forstyrret, er individet at betegne som normalt, selvom funktionsniveauet kunne være bedre (Offer & Sabshin, 1974, p. 100). Normalitet set som sundhed antages herudover at være fordelagtig i praksis, da det findes lettere at måle symptomer på sygdom, fremfor symptomer på sundhed. Nedenfor præsenteres et afsnit om psykiatriens praksis, diagnosticeringsprincipper og behandling, med henblik på at redegøre for et normalitetsperspektiv, som tager afsæt i sundhed. Dette vil følges af en diskussion af, hvorledes de psykiatrisk anvendte diagnostiske manualer i samspil med samtidens normative krav, kan være med til at forklare den øgede diagnosticering i samtiden.

6.3.1 Den psykiatriske udredning og behandling

Traditionelt set beskæftiger psykiatrien sig med beskrivelse, udredning og diagnostik, forekomst, forløb, årsagsforhold, forebyggelse og behandling af forskellige former for psykiske sygdomme (Simonsen & Møhl, 2017, p. 36). Jf. nærværende afhandlings udgangspunkt, findes udredning, diagnostik og behandling, at være de væsentligste at dykke ned i.

Første led i diagnosticeringsprocessen angår henvisningen til en potentiel psykiatrisk udredning. Uanset aldersgruppe, modtages henvisningen i første omgang hos den instans, der kaldes Center for Visitation og Diagnostik (CVD), som består af både specialpsykologer og sygeplejersker, der skal sikre, at det rette behandlingstilbud tilbydes patienten (Region Hovedstaden, 2024a). Hvis mistanken om psykisk sygdom angår børn og unge, kan henvisningerne både komme fra alment praktiserende læger, andre læger og kommunerne via PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) eller fra sagsbehandlere i socialforvaltningen. Gælder det voksne, skal henvisningen være fra en læge eller en speciallæge (Region Hovedstaden, 2024b). Hvis lægerne derimod vurderer, at problematikken hos patienten ikke nødvendigvis kræver udredning i psykiatrien, kan læger i almen praksis også stille forskellige psykiske diagnoser, - herunder let til moderat depression og let til moderat angst. Herfor kan patienter med *lettere* symptomer på psykiske sygdomme også komme i behandling hos fx en psykolog uden at komme i kontakt med psykiatrien (Region Hovedstaden, 2024a).

Vurderes det dog, at der er behov for yderligere udredning i psykiatrien, inviteres man til en afklarende samtale i psykiatrien, hvor det vurderes, om problemstillingen har en sådan sværhedsgrad, at den hører til i psykiatrien (Region Nord, 2021). Overordnet består psykiatrisk udredning i at undersøge for tilstedeværelsen af psykiske symptomer (Berthelsen & Mors, 2007). Undersøgelsen af disse kan bestå af flere forskellige undersøgelser, der blandt andet har som formål at undersøge kognitivt og alment funktionsniveau, trivsel, vanskeligheder og symptombillede. Det skal nævnes, at spørgsmålene som stilles vil variere alt efter, hvad patienten er til udredning for. På baggrund af resultaterne fra de afklarende undersøgelser stilles en eventuel diagnose, som leder til en samtale om patientens støttebehov og muligheder (Region Nord, 2021).

For at en eventuel diagnose kan stilles, er der dog nogle kriterier, som skal være opfyldt. Som nævnt angår udredningen en undersøgelse af, hvorvidt, der er psykiske symptomer er til stede. Herunder skal et psykisk symptom altid være af klinisk betydning, - det vil sige, at syndromet skal opleves som pinefulde, generende og medføre lidelse enten i sig selv eller ved at være til stede i usædvanlig grad. Herunder skal det medføre forstyrrelser i den almenmenneskelige livsfunktion (Berthelsen & Mors, 2007). Mere uddybende afgøres en diagnose (hos børn) Jf. Thomsen (2015) af følgende faktorer: hvor stor lidelse det tilfører barnet, i hvor høj grad det begrænser barnets sociale funktionsniveau, om der ses en begrænsning af normaludviklingen, hvilke konsekvenser barnets problemer/adfærd har på dets omgivelser, hyppigheden og sværhedsgraden af problemerne, hvor afvigende adfærden er set i relation til normal adfærd for den specifikke aldersgruppe og køn samt sociokulturelle forhold, om der forekommer anden psykopatologi/anden abnorm adfærd, om der er ændringer i adfærden/symptomerne over tid, i hvilke situationer/omstændigheder problemer opstår, hvordan barnet oplever sine vanskeligheder samt hvordan forældrene og omgivelserne oplever disse (Thomsen, 2015, p. 147). Overordnet kan man altså sige, at en eventuel diagnosticering i det store hele centrerer sig omkring forskellige aspekter ved barnets funktionsniveau i hverdagen og graden af afvigelse set i sammenhæng med den relaterede aldersgruppe. Endeligt, fremgår det som et endegyldigt led, at de oplevede symptomer kan påvises at stå i overensstemmelse med de anførte retningslinjer/kriterier som hører sig under en af de eksisterende diagnoser i ICD-10,

da man i Danmark anvender ICD-10 til klassificeringen af psykisk lidelse og adfærdsmæssige forstyrrelser (Berthelsen & Mors, 2007: Region Hovedstaden, 2012). Med afsæt i afklaringen, vurderes det derefter, hvilken behandling, der synes mest passende i den specifikke situation (Region Nord, 2021). Sammenfattende afhænger tildelingen af en diagnose altså af tilstedeværelsen af et symptombillede, som både medfører lidelse af usædvanlig grad, hæmmer individets livsfunktion samt passer ind i retningslinjerne for en eksisterende diagnose. Herudfra kan man planlægge den passende behandling.

Vurderes det, at behandlingen skal fortsætte under psykiatrien, men uden behov for indlæggelse i hospitalspsykiatrien, er den ambulante behandling den mest hyppige form for behandling, og udgør hovedparten af alle undersøgelser og behandlinger, som foretages inden for psykiatrien. Behandlingen har fokus på undersøgelse, behandling og støtte, og instansen centrerer sig om at styrke individets egne ressourcer samt at styrke dets evner i at håndtere den psykiske sygdom enten gennem terapeutisk eller medicinsk behandling. Herudover centrerer behandlingen sig omkring en række mål, der omfatter: 1. at individet får en oplevelse af at, symptomerne enten mindskes eller forsvinder, 2. at det får øget kendskab og viden til den respektive sygdom, 3. at individet udvikler nye handlemønstre og måder, hvorpå det kan løse de medfølgende udfordringer samt 3. at individet udvikler selvstændighed og egne ressourcer (Region Hovedstaden, 2024c). Ved denne form for behandling har man løbende og regelmæssig kontakt med personalet i psykiatrien, og det er muligt at justere sin behandlingsplan alt efter symptomer og behov. Herudover indebærer den, at individet får mulighed for at afprøve den ny-erfaredede viden, adfærdssændringer og copingstrategier i sit vante dagligdagsmiljø (Region Hovedstaden, 2024c). Behandlingen kan også gå forud for en udredning, hvis individet indlægges på psykiatrisk afsnit. Herunder er der både åbne og lukkede afsnit, som vælges alt efter patientens behov og tilstandens sværhedsgrad. De akutte (lukkede) tilbud tilbydes patienter, som er til fare for sig selv eller andre og som er stærkt plaget af deres psykiske sygdom (Region Hovedstaden, 2024e). Det åbne tilbud tilbydes patienter, hvis hverdag ikke længere fungerer på grund af deres psykiske sygdom, enten har akut brug for behandling, eller hvis der findes behov for en udredning (Region Hovedstaden, 2024d).

Det er altså tydeligt, at der er stort fokus på diagnosticeringsprocesser inden for psykiatrien. Diagnosticeringen danner udgangspunkt for behandling, men som tidligere nævnt, kan de diagnoser, som individet mistænkes at have, allerede influere de udvalgte spørgsmål, som stilles i udredningsprocessen, allerede inden diagnosen er stillet.

6.3.2 Diagnosemanualernes funktion og udvikling

Simonsen & Møhl (2017) fremhæver, hvordan de psykiatriske diagnoser udgør grundlaget for al psykiatrisk behandling (Simonsen & Møhl, 2017, p175). Grundlæggende har den moderne psykiatri siden 1950'erne, og som vi kender den i dag, i store dele været baseret på diagnosemanualer, og diagnosemanualerne har herfor været definerende for, hvordan psykiatrien er indrettet if. Marie Crowe (2000) står DSM-IV som den mest autoritative tekst for mentale lidelser i de vestlige samfund, der medfører, at denne står som repræsentant for den psykiatriske kliniske bedømmelse. Manualen har til formål at være praktisk og brugbar for klinikere ved at stræbe efter koncise sæt af kriterier og eksplicitte opsummeringer af disse. Det er et klassifikationssystem som bestræber sig på at se og isolerer egenskaber, genkende de der er identiske og de der adskiller sig samt at regruppere og klassificerer ud fra arter og familier. Dets formål kan anses som en translation af bestemt observerede adfærd til en række symptomer, og disse symptomer tillægges stor betydning, både diagnostisk og prognostisk. Meningen som tillægges disse får betydning for individets fortid, nutid og kan blive bestemmende for aspekter af dets fremtid (Crowe, 2000, p. 69). Siden 1952, har man forsøgt at tilpasse den danske diagnoseliste til ICD-systemet, og i Danmark anvender man i dag diagnosesystemet ICD-10 til klassificeringen af de forskellige psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, der herfor står som overordnede grundlag for diagnosticering (Simonsen & Møhl, 2017: Psykiatri; Region Hovedstaden, 2012). ICD-systemet er det internationale system, der anvendes i Europa, Asien og Afrika, mens man i USA anvender DSM-systemet.

6.3.2.1 Manualerne har udviklet sig

Manualerne er blevet revideret gennem tiden, men de første væsentlige versioner, var ICD-6 og DSM, da disse lagde grundstenene for klassifikationssystemet indenfor de

mentale lidelser (Hirsch et al., 2016; WHO, 1992). Ved inklusionen af mentale lidelser for første gang i ICD-6 var beskrivelserne forholdsvis rudimentære og manglende håndgribelighed. Mentale lidelser blev i denne udgave grundlæggende kategoriseret uden detaljerede subkategorier, hvor andre klassifikationer kunne indgå (Hirsch et al., 2016; WHO, 1992). DSM var siden dens begyndelse udviklet på baggrund af mentale lidelser. Den første udgave af DSM havde et stort psykoanalytisk fokus, som var den primært herskende psykologiske tilgang på daværende tidspunkt (Suris, Holliday & North, 2016; Kawa & Giordano, 2012). Ligesom ICD-6 var der i DSM-1 også mangel på specificitet, da den var baseret omkring brede diagnostiske kategorier. I ICD-7 blev kategorierne med mentale lidelser udvidet og der blev introduceret alfanumeriske systemer (altså, som består af både cifre og bogstaver) til at repræsentere de mentale lidelser, så dataindsamling og analyse bedre kunne faciliteres (Den Store Danske: Hirsch et al., 2016; WHO, 1992). Op imod ICD-10, blev der i både ICD-8 & 9 videreudviklet på de diagnostiske klassifikationer. Der blev introduceret et mere detaljeret klassifikationssystem for mentale lidelser, som udvidede muligheden for at kunne diagnosticere ud fra diagnostiske kriterier og kategorier. Klassifikationerne blev justeret efter de internationale retningslinjer fra WHO, så man i højere grad kunne skabe international konsistens (Hirsch et al., 2016; WHO, 1992).

Gældende for DSM, var videreudviklingen af de diagnostiske kategorier og klassifikationer ligeledes fremskridende for overgangen fra DSM-1 til de nyere versioner. Som en banebrydende version af de nyere står dog DSM-3, da man ved denne fjernede det teoretiske afsæt i manualen, og i stedet ændrede fokus, således, at det nu blev empirisk evidens og reliabilitet, som var grundstenene for manualen. Der kom altså et øget fokus på den erfaringsbaserede evidens og pålidelighed. Supplerende inddragede man, i DSM-4, vigtigheden af kulturelle faktorer i samspil med en guideline for en kulturel formulering af mentale lidelser (Suris, Holliday & North, 2016; Kawa & Giordano, 2012). Som nævnt er DSM det amerikanske klassifikationssystem, og de mange forskellige kulturer i det amerikanske samfund har nødvendiggjort, at der i klassifikationssystemet også er fokus på de kulturspecifikke forhold (Simonsen & Møhl, 2017, p. 216). Derfor indikeres en manualbaseret tilpasning til de samfundsmæssige behov. DSM-5 er den nyeste

version af DSM-systemerne og er den version, som anvendes i klinisk praksis i USA (Simonsen & Møhl, 2017).

Går man tilbage til ICD, skete der med overgangen fra ICD-9 til 10 en signifikant modernisering af klassifikationen af mentale lidelser. ICD-10 er den nugældende manual, som i dag anvendes i den danske praksis. Ændringerne i ICD-10 angik bl.a. en øget diagnostisk specificitet gennem en udvidelse af de diagnostiske kriterier for de forskellige lidelser, der muliggjorde en mere nuanceret forståelse af de forskellige lidelser samt en mere præcis diagnosticering (Hirsch et al., 2016; WHO, 1992; Topaz, Shafran Topaz & Bowles, 2013). Herudover gik man fra en mere ætiologisk inddeling af klassifikationer i ICD-9 til en mere deskriptiv klassifikation i ICD-10, - dvs. at diagnoserne hhv. bygger på tilstedeværelsen af symptomer, og ikke medtager årsagsmæssige forklaringer på, hvorfor sygdommen er opstået (med undtagelse af få tilfælde) (Hageman & Bauer, 2012). Desuden angik ændringerne en hierarkisk struktur for mentale lidelser, der inddelte lidelserne i bredere kategorier og subkategorier, som skulle agere som guideline for at navigere i de forskellige lidelser. De lidelser der kom først i det alfanumeriskinddelte system, havde diagnostisk forrang, således at lidelser, der var længere tilbage i det alfanumeriske system, ikke måtte kunne forklares af symptomer fra en lidelse, der var længere fremme (Hirsch et al., 2016; WHO, 1992; Topaz, Shafran Topaz & Bowles, 2013). Slutteligt, blev den designet til at skulle være mere omfattende og klinisk relevant end de tidligere versioner. Dette angik, at manualerne blandt andet skulle være mere anvendelige for behandlingen inden for psykiatrien. Denne ændring ledte ligeledes ændringer med sig i psykiatriens måde at anskue og behandle diagnoser på, hvis praksis herfor blev centreret omkring en fænomenologisk-deskriptiv tilgang, hvor diagnoser nu stilles på baggrund af specifikke kriterier (Simonsen & Møhl, 2017).

6.3.2.2 De nyeste versioner

På nuværende tidspunkt står vi i en overgangsperiode for ICD, hvor man er på vej til at udskifte den hidtidigt anvendte ICD-10 til ICD-11. Både DSM-5 og ICD-11 indebærer en mere spektrum baseret tilgang til mentale lidelser, hvor symptomer i højere grad anskues som liggende på et kontinuum og herfor kan eksistere i forskellige grader (Suris, Holliday & North, 2015; Seemüller, 2023; Gaebel, Stricker

& Kerst 2020). De nyeste versioner repræsenterer et diagnosticeringssyn, hvor man i højere grad søger væk fra et rent symptombaseret system, hvor man i stedet medtænker kliniske beskrivelser og de relaterede faktorer, og endnu engang medtager ætiologien. Der sker altså overordnet et skifte mod en mere dimensionel tilgang til diagnosticering, hvor både sværhedsgrad, varighed og indvirkningen af symptomerne medregnes. Målet for denne udvikling er at opnå en mere nuanceret vurdering af symptomerne og deres funktionelle implikationer. Herfor får klinikere bedre mulighed for at kunne tilrettelægge behandlingsforløb, som imødekommer patientens individuelle behov (Seemüller, 2023; Gaebel, Stricker & Kerst 2020; Gaebel, Zielasek & Reed, 2017). De specifikke ændringer angår blandt andet, en bred vifte af kliniske overvejelser ved de specifikke diagnoser, som har til formål, at facilitere en øget mulighed for at klinikere kan udføre en mere systematisk og omfattende differential diagnostik. Herfor burde det ligeledes blive nemmere at skelne mellem de forskellige mentale lidelser samt at identificere overlappende symptomer og komorbide tilstande (Seemüller, 2023; Gaebel, Stricker & Kerst 2020). Der indtænkes nu, på samme vis som i DSM, en opmærksomhed på kulturel diversitet. Ved diagnoserne inddrages nu kulturelle forskelligheder, og der inkluderes guidelines ved de diagnoser, som er særligt kulturelt sensitive (Seemüller, 2023). Slutteligt forsøges der med indførelsen af ICD-11 at understøtte det faktum, at sociale faktorer kan have en effekt på det mentale helbred (Reed et al., 2019). Blandt andet indføres flere ”Q”-alfanumeriske kategorier, der har til hensigt at skabe bredere overblik omkring de sociale faktorer, - såsom socioøkonomiske faktorer, uddannelsesniveau og sociale netværk (WHO, 2021). Kategorierne er med til at give information om individet i den sociale kontekst, og hvorvidt disse faktorer kan have en indvirkning på dets mentale helbred.

En yderligere og væsentlig funktion af ICD-11, er inklusionen af beskrivelser for essentielle træk ved hver specifik lidelse, som repræsenterer de symptomer eller karakteristikker, som en kliniker kan forvente at finde inden for alle klassificeringer af lidelsen. Med beskrivelserne, frem for de mere specifikke kriterier, søger man at bevæge sig væk fra den meget konkrete cut-off tilgang, der har været præget af kravet om antal af symptomer og varighed. Dog med undtagelsen af, at der findes empirisk evidens på tværs af lande og kulturer (Reed et al., 2019).

Inklusionen af de sidstnævnte egenskaber, står som to blandt flere tiltag, der skal sikre at ICD-11 får øget klinisk anvendelighed frem for blot et fokus på validitet, som manualens forgængere har været kritiseret for at have for stort et fokus på (Reed et al., 2019). Med ICD-11 har der været øget fokus på dets kliniske anvendelighed, med afsæt i at dette er et lige så væsentligt kvalitetskriterie som videnskabelig validitet. Hvis et diagnostisk system ikke har medtænkt dets kliniske anvendelighed i dets opbygning, findes det vanskeligere at implementere i praksis. Dette medfører, at det i sidste ende ikke kan tilbyde et validt grundlag for beslutningstagning inden for de nationale og globale sundhedssystemer (Reed et al., 2019). For at sikre klinisk validitet og anvendelighed blev der derfor nedsat arbejdsgrupper af eksperter, indenfor de forskellige kategorier af lidelser, der havde til opgave at danne grundlag for deres forslag til nye grupperinger af lidelser i ICD-11 på baggrund af den tilgængelige videnskabelige evidens (Reed et al., 2019). Foruden de ovennævnte nye egenskaber, er målet for ICD-11 ligeledes, at der blandt de forskellige grupperinger af lidelser, skal være intern konsistens imellem - noget som ICD-10 er blevet kritiseret for at mangle (Reed et al., 2019).

Med indkøringen af ICD-11 følger altså en række væsentlige ændringer, der indikerer en sygdomsmodel, som bevæger sig væk fra den mere dikotomiske sygdomsforståelse, der har præget de tidligere versioner, og hen imod en mere inkluderende tilgang. Der er nu i højere grad fokus på patientens grad af lidelse, individuelle behov, funktionsniveau, sociale faktorer, kulturelle baggrund og mere omfattende beskrivelser af lidelserne, frem for cutt'off-baserede kriterier. Disse faktorer afspejler sig ligeledes, som nævnt, i de fokuspunkter, der beskrives i udrednings- og behandlingsprocesserne. Spørgsmålet bliver herefter, hvad disse ovenstående processer og ændringer repræsenterer og betyder i et større samfundsmæssigt perspektiv. I det følgende vil det heraf fremgå, hvorledes psykiatrien kan argumenteres at repræsentere en forståelse af normalitet som sundhed, efterfuldt af en diskussion af, hvorvidt ovennævnte informationer kan siges at bidrage til en forståelse af den øgede diagnosticering i samtiden.

Sammenfattende kan man sige, at psykiatriens sundhedssyn indbefatter, at sygdom i første omgang forudsættes af, at individet er præget af et funktionsniveau, som vurderes lavere end det tilstrækkelige/fornuftige funktionsniveau. Dette giver

anledning og adgang til en eventuel udredning og klassifikation af lidelsen, og en hensigtsmæssig behandling, så individet igen kan komme tilbage til et tilstrækkeligt/fornuftigt funktionsniveau. Spørgsmålet om, hvorvidt individet betegnes som værende sygt afhænger altså i høj grad af både de normativt eksisterende krav for, hvad et fornuftigt funktionsniveau indebærer samt, hvorvidt en eventuel diagnostisk kategori eksisterer for det såkaldte lidelse/symptombillede. Dette leder videre til en diskussion af, hvorledes ovenstående informationer, kan argumenteres at bidrage med en forståelse af den øgede diagnostik i samtiden.

6.3.3 En diskussion af teoriens anvendelighed

Med afsæt i ovenstående, vil dette afsnit centrere sig om, hvordan de eksisterende diagnostiske kategorier og manualer (som definerer skellet mellem sundhed og sygdom) samt de normative krav for funktionalitet, tilsammen kan være med til at forklare den forøgede diagnostik i samtiden.

I spørgsmålet om en forøget diagnostik i samtiden, synes det væsentligt at starte med kriterierne for en sådan diagnostisk kategorisering. Som nævnt afhænger tilkendegivelsen af en diagnostisk kategorisk lidelse af et flertal af faktorer. Først og fremmest skal der være tale om en afvigelse fra en “normal” (med afsæt i den respektive gruppe, som udredningen drejer sig om) i en sådan grad, at denne medfører personlig funktionsnedsættelse og lidelse. Herudover betinges diagnosticeringen af, at det aktuelle symptombillede stemmer overens med de retningslinjer og kriterier, som hører sig under kategorierne i de herskende diagnosemanualer. Spørgsmålet om hvorvidt der stilles en diagnose, afhænger altså dels af de foreliggende standarder, som eksisterer for det henholdsvis “normale” (der i denne sammenhæng angår spørgsmålet om den tilstrækkelige funktion) og dels hvilke kategorier, som er tilgængelige i samtiden.

6.3.3.1 Det tilstrækkelige funktionsniveau

Ser man på det normativt tilstrækkelige funktionsniveau, kan man, med afsæt i psykiatriens beskrivelser, lige så vel tale om individets tilstrækkelige funktionsevne. Beskrivelser af individets funktionsevne angår blandt andet en persons fysiske, psykiske og sociale muligheder for at opretholde og deltage i det daglige liv

(Hendriksen, 2006). Imidlertid må individets mulighed for opnå dette være betinget af, hvad en sådan deltagelse og opretholdelse indebærer. Særligt med ordet deltagelse indikeres et samspil med omgivelserne, - hvorfor det findes relevant at indtænke samtidens/samfundets krav til individet med ind i sammenhængen.

I den forbindelse kan man med fordel vende tilbage til nærværende afhandlings beskrivelser af de nye forventninger til individet. Jf. Bauman (se afsnit 4.5 – rask til forebyggelseomstill) ses der i dag forventninger, der som nævnt, er præget af et fokus centreret omkring omstillingsparathed og efterlevelse af potentialer og kompetencer i et evigt forsøg på altid at lykkes. Hertil ses sygdom jf. Bauman (2000) som en konstant trussel, der både har fået øget opmærksomhed men som også konstant søges bekæmpet (Bauman, 2000). Supplerende påpeges det, at vi i højere grad er begyndt at udrede, diagnosticere og behandle for en sikkerhedsskyld (se afsnit 5.4). Disse faktorer kan formodes at præge synet på, hvornår man vurderer, at et individ er behandlingskrævende. Hvis samfundet overordnet ser sygdom som en konstant trussel, der skal bekæmpes, vil det angiveligt føre til en øget opmærksomhed mod potentiel lidelse, både på et samfundsmæssigt plan og et individplan. Det vil formodentligt medføre, at flere både opsøger, men også henvises til udredning.

Supplerende kan man formode at det tilstrækkelige funktionsniveau i dag vil være præget af de herskende forventninger til individet. Diagnosticeringen forudsættes som nævnt af, at symptom billedet er afvigende fra det normale samt leder til en forstyrrelse i den almenmenneskelige livsfunktion. Individets funktion og normerne hertil bliver derfor væsentlige i processen. Ud fra psykiatriens kriterier for udredning kan man antage, at mange mennesker i dag ikke formår at leve op til det funktionsniveau, der kræves eller idealiseres for individet, hvilket den øgede diagnosticering peger på. Heraf kan det diskuteres om dette omhandler, at barren for et almindeligt funktionsniveau har ændret sig på baggrund af samfundets ændrede vilkår og tendenser (afsnit 4. og 6.1 - Bauman og Ehrenberg) og i forlængelse om det overstiger individets kapaciteter.

Supplerende kan man stille spørgsmålstejn til, om diagnosticeringen bliver et middel til et mere overordnet mål. Som nævnt er der også stort fokus på behandling indenfor symptomerne. Målene for en sådan behandling omfatter som nævnt bl.a. at hjælpe

individet til at få en øget selvstændighed/ressourcer samt at give det nye handlemønstre og løsninger til dets problematikker. Når individet forventes at skulle være effektivt, forbedrende samt være i stand til at navigere i altings foranderlighed, kan diagnosticeringen hermed blive vejen til behandling, så det igen kan blive en produktiv medborger for samfundet.

Som første led i forklaringen til, hvorledes psykiatriens syn på sundhed samt håndtering heraf, kan være med til at forklare den forøgede diagnosticering, angår altså dels samfundets ønske om, samt forøgede opmærksomhed mod bekæmpelsen af sygdom, som medfører, at individet i højere grad henvises og opsøger udredning og hertil kan få en diagnose, og dels, at det tilstrækkelige funktionsniveau i dag er præget af et højt kompetenceniveau, som angiveligt vil lede til, at flere individer vurderes behandlingskrævende. Hertil er en diagnosticering kun muligt, hvis der findes en overensstemmende kategori/symptombillede på lidelsen. Det findes derfor ligeledes relevant at diskutere, hvilke implikationer de nye revisioner af diagnosemanualerne har ført med sig.

6.3.3.2 De udvidede diagnostiske manualer

Som nævnt udgør de psykiatriske diagnosesystemer grundlaget for al diagnosticering af de forskellige psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, og disse udgør herefter grundlaget for al psykiatrisk behandling. I tråd med Blaxter (1978) og Jutel (2011) (se afsnit 3. - indkøring) vil de endelige diagnoser derfor altid afhænge af de tilgængelige og accepterede kategorier, som eksisterer i samtiden. Herfor vil de diagnostiske manualers udvikling og kategoriske antal ligeledes komme til at præge, *hvilke og hvor mange* diagnoser, som stilles i et givent samfund. Som det ses, har manualerne undergået gentagende revideringer gennem tiden, som har ledt til nye sygdomsforståelser og begrebsliggørelser for, hvornår individet kan betragtes at være sygt.

Først og fremmest kan man se på, hvordan manualerne har udvidet sig i antal. Jf. Simonsen & Møhl (2017) er antallet af diagnoser steget i takt med hver nye udgave af diagnoselisten, og den nyeste i rækken, DSM-5, indeholder nu mere end 400 psykiatriske diagnoser, hvor den første kun indebar 106 (Simonsen & Møhl, 2017, p. 50; Petersen, 2015, p. 60). Der er altså kommet et betydeligt større antal diagnoser til

i takt med udgivelsen af de nye versioner. Når antallet af de eksisterende kategorier og medfølgende symptombilleder forøges, er der givetvis flere diagnoser og symptomer at diagnosticere ud fra. I samspil med den forøgede opmærksomhed på sundhed, og tendensen til at diagnosticere for en sikkerhedsskyld, kan man altså argumentere for både en øget sandsynlighed for udredning og herefter ligeledes en øget sandsynlighed, for at denne udredning leder til en diagnose.

Herefter kan man i sammenhængen også kigge på, hvilke tilstande, som manualerne er blevet udvidet med. Som nævnt har vi set en stigning i blandt andet angst og depression. If. Simonsen & Møhl (2017) og Rose (2014) er de moderate versioner af disse, blandt nogle af de nye tilstande, inkluderet i den psykiatriske diagnostik, som ligger på grænsen til det normale, - medfulgt af ADHD, panik og præmenstruel dysforisk lidelse. If. dem, indbefatter disse lidelser en række symptomer, - bl.a. humørsvingninger, irritabilitet, nedtrykthed og frygt, som før blev opfattet som hverdagsproblemer. Symptomer som før blev anset som en naturlig del af det at være menneske, er nu i dag inkluderet i de diagnostiske manualer, som legitime diagnoser (Simonsen & Møhl, 2017, p. 50; Rose, 2014, p. 32). Dette fortæller os noget om, hvilke tilstande samfundet og psykiatrien vurderer som problematiske og behandlingskrævende, og indikerer herfor en specifik forskydning af grænsen mellem de normale og de afvigende symptomer. Hvis hverdagsproblem/almene livssymptomer inkluderes i diagnosebilledet, udvides grænserne for, hvornår man kan betragtes at være 'syg'. Hertil udvides også antallet af individer, som kan argumenteres at indfanges under disse kategorier. I flæng med dette, nævnes det, at det autoritative personale for diagnosticering ligeledes har udvidet sig. Som nævnt, er det ikke længere blot psykiatere, der kan stille diagnoser, men også alment praktiserende læger, som nu kan stille diagnoser på lettere symptomer på psykisk lidelse, hvilket leder op til en diskussion af, hvad de nye ændringer i manualversionerne fører med sig, - bl.a. den mere dimensionale tilgang.

Som nævnt (se afsnit 6.3.2) er ICD-11 på nuværende basis i en overgangsfase, hvor den løbende er på vej til at blive indkørt som den nye og primære manual. Foruden de mange nye diagnoser, kan karakteristikken af denne ligeledes siges at repræsenterer en ny tilgang til sygdom og sundhed, hvor særligt sygdomsbegrebet er blevet mere inkluderende. En af de mere væsentlige ændringer, er som nævnt, at

manualen er baseret på en mere spektrum baseret tilgang, hvor symptomer i højere grad anskues som liggende på et kontinuum, og derfor kan forekomme i forskellige grader. Dette åbner op for muligheden, for at individer, som ellers ikke kvalificerede sig til en diagnose, nu kan indfanges i denne. Den bevæger sig væk fra et rent symptombaseret system, og tænker i stedet kliniske beskrivelser, indvirkningen af symptomer og sværhedsgrader med i sammenhængen, hvorfor klinikere i højere grad mulighed for at stille diagnoserne ud fra en samlet vurdering. Det er altså ikke længere cutt-off kriterier, der bliver afgørende, men et sammenfattet billede af individets tilstand, som afgør, hvorvidt individet vurderes at opfylde en diagnostisk kategori eller ej.

Overordnet tyder disse informationer altså på, at der i dagens samfund eksisterer et øget fokus på sundhed, der kan argumenteres at lede til et øget behov for henvisning, udredning og diagnosticering. Herudover kan det tilstrækkelige funktionsniveau, som udredningen i første instans igangsættes ud fra, formodes at repræsenterer et højere kompetencepræget niveau, i takt med samfundets forventninger til individet. Dette kan lede til, at flere individer ikke formår at leve op til dette, og herfor i højere grad end tidligere vurderes at være behandlingskrævende. Hertil kan stigningen i angst og depressionsdiagnoserne være med til at belyse, hvilke karaktertræk, der særligt vurderes at være problematiske i det nuværende samfund. Det faktum at disse diagnoser, og andre diagnoser, som kan siges at lægge på grænsen til det normale, er blevet en del af diagnosesystemet (også i mildere grad), afspejler en ny og mere inkluderende sygdomsforståelse, der kan lede til, at flere individer vil kunne kategoriseres under en diagnose. Supplerende er der ligeledes set en overordnet stigning i antallet af diagnoser, og der er derfor generelt flere kategorier at indfange individets symptombilleder under. Sammenfattende kan den forøgede diagnosticering altså muligt forklares ud fra et samfundsmæssigt behov for en øget sundhed og herfor ligeledes udredning, diagnosticering og behandling, der i takt med et mere kompetencepræget tilstrækkeligt funktionsniveau leder flere individer til udredning. Herunder vil det forøgede diagnostiske billede og den mere inkluderende tilgang til sygdom, angiveligt lede til, at flere (og mere almindelige) symptombilleder indfanges under en tilgængelig diagnostisk kategori. Der kan altså tales for, at det diagnostiske system helt overordnet er i bevægelse mod et mere fleksibelt system, der kan rumme en forøget variation af lidelser, hvorfor vi ligeledes vil se et øget

antal diagnosticeringer som følge. Imidlertid bør man ligeledes forholde sig til, at psykiatrien i høj grad har vundet indpas i samfundet (se afsnit 5. - det strukturelle). Dens primære fokus er sygdomsbeskrivelse og behandling, som nævnt i indledningen til afsnittet, hvorfor en øget psykiatrisk udbredelse også kan lede til en øget sygdomsopmærksomhed i samfundet samt implicit opfordre individet til udredning. Som nævnt af Bauman (se afsnit 4. – Bauman – Flydende modernitet) er individet blevet afhængigt af at finde løsninger på dets problematikker i hverdagen (Bauman, 2000). Psykiatriske diagnoser kan derfor blive individets vej til en sådan løsning. Herfor kan man stille spørgsmålstegn til, om psykiatriens større indpas i samfundet fordrer at flere søger udredning og deraf ser vi en stigning i psykiatriske diagnoser. Gennem diagnosemanualerne og en øget opmærksomhed på lidelse, kan psykiatrien siges at være med til at danne et udgangspunkt for det problem, som de selv forsøger at løse. Med et forøget antal diagnoser i manualerne, følger muligheden også for flere diagnosticeringer. Imidlertid centrerer behandlingen sig ikke om årsagerne til symptomerne, hvoraf man kan vove at påstå, at diagnosticering af individet bliver en tilbagevendende problematik, hvor vi forsøger at lappeløse større samfundsmæssige problematikker, som kan lægge til grund for diagnoserne og den psykiske lidelse i første omgang.

I følgende afsnit beskrives det, hvordan mental lidelse kan forstås som ekstremiteter indenfor et givent aspekt af menneskelig adfærd. Ud fra et biostatistisk synspunkt bliver der dermed præsenteret en normalitetsforståelse, der baseres på normalfordelinger.

6.4 Normalitet som gennemsnit

Ser man på normalitet som gennemsnit, er der jf. Offer & Sabshin (1974) fokus på det matematiske princip om normalfordeling. Normalen beskriver således en bestemt form for matematisk graf og dermed et statistisk fænomen. Normalfordelingen henviser til at de fleste mennesker vil falde på hver sin side af et bestemt midtpunkt på en graf, mens den resterende og mindre del vil falde længere fra punktet på præcis samme vis på begge sider af punktet. Hertil vil begge ender af kurven, der anses som ”ekstremerne”, blive defineret som de afvigende og unormale. Det betyder ligeledes

at variabilitet imellem individer vil blive forklaret inden for konteksten af den totale gruppe: normaliteten udgøres af den største mængde (Offer & Sabshin, 1974, p. 106). At størstedelen af befolkningen vil placere sig inden for gennemsnittet, betyder dog ikke at alle disse individer er sunde og raske, det henviser blot til normalen i form af majoriteten inden for et givent område. Medicinske normer baseres bl.a. på en normalfordeling hvormed normerne for patologi revideres løbende i relation til populationens fordeling på kurven. Denne type normalitetsbeskrivelse lægger sig desuden op ad et syn på sygdom som karakteriseret ved et kontinuum nærmere end ved at være kategorisk. Psykopatologi kommer således til udtryk ved at individet enten har for meget eller for lidt af fx en egenskab, hvoraf normalitet som gennemsnit idealiserer gennemsnittet (Offer & Sabshin, 1974, p. 107). Offer & Sabshin (1974) fremhæver to beskrivelser, som hører til under dette perspektiv. De taler hhv. om normalitet set ud fra personlighedsstruktur og funktion. Førstnævnte vurderer normalitet ud fra graden af, hvorvidt individet tilnærmer sig kulturens velsete personlighedsstruktur (hvor fx psykose og neurose ikke er ønskværdigt), mens sidstnævnte vurderer normalitet ud fra graden af individets funktion, set i perspektiv af det gennemsnitlige medlem i den givne kultur (sociologisk og normativt funderet). Normalitet defineres således ud fra de centrale værdier, som fastlægges i et samfund, hvortil enhver afvigelse fra disse defineres som abnormt. Samfundets normer, baseret på flertallet, er således bestemmende for, hvad det 'normale' individ er og skal kunne (Offer & Sabshin, 1974, p. 108).

6.4.1 Christopher Boorse – Biostatistisk teori

Ud fra kategoriseringen af normalitet i forskellige paradigmer, kan normalitet som gennemsnit ses ud fra Boorse' (1977) biostatistiske model. Normalitet som gennemsnit defineres ofte ud fra undersøgelser om, hvad der er normal adfærd inden for en given funktion i en gruppe. Boorse' teori tager det normale i betragtning ud fra en normalfordeling. Eksempelvis vil de, der befinder sig i yderpunkterne på en normalfordeling over forekomst af angst blive betragtet som de, der statistisk set besidder abnormal adfærd, if. denne tankegang. Overordnet set baseres denne tilgang til normalitet ud fra det matematiske princip omkring normalitetsfordeling. I denne tilgang beskrives normalitet som et statistisk fænomen (Offer & Sabshin, 1974). Denne statistiske tilgang til normalitet bruges til at finde en måde, hvorpå man kan

beskrive individer ud fra generelle statistiske normer for en samlet gruppe af individer. Individuelle forskelligheder skal indenfor dette paradigme forstås som den variabilitet, der kan forekomme i konteksten af den samlede mængde af data (Offer & Sabshin, 1974). Denne tilgang til normalitet og sundhed har været gængs længe i klinisk praksis, hvor den danner grundlag for tests og klassifikationer.

Boorse' teori kan placeres under dette paradigme, da han arbejder med biostatisk teori, der argumenterer for, at sundhed og lidelse skal forstås ud fra de statistiske normer, der findes indenfor en population (Boorse, 1977; Boorse, 2014). I stedet for at basere sin teori på subjektive holdninger eller idealiserede koncepter af sundhed, argumenterer Boorse for, at man må tilgå sundhed med en mere objektiv indgangsvinkel. For at se objektivt på sundhed, må man dermed se på den statistiske distribution af biologiske funktioner inden for en given population (Boorse, 1977; Boorse, 2014). Denne biostatistiske teori beror på argumenter om, at et individs helbred determineres ud fra, hvorvidt deres biologiske funktionsniveau falder indenfor den statistiske tærskel for, hvad der bliver anset for normal for deres aldersgruppe og køn (Boorse, 1977; Boorse, 2014). Boorse kommer ikke eksplicit med en definition på, hvilken afgrænsning denne tærskel har, men i matematikken fastsætter man ofte en arbitrær grænse på det ekstreme ved to standardafvigelser. Dette betyder, at de øverste og nederste 2,5% anses som ekstremiteter (Hayes, 2024). Boorse argumenterer ud fra dette for, at sundhed determineres af, hvor tæt et individs psykologiske parametre er afstemt med de statistiske normer, der er fastsatte for deres demografiske gruppe (Boorse, 1977). Boorse anerkender, at hans teori kan støde på problematikker i form af eksempelvis at skulle determinere en gyldig referenceramme for at definere et normalt funktionsniveau. Forskellige demografiske grupper vil udvise forskellige variationer i biologiske parametre, hvilket besværliggør at kunne etablere universelt anvendelige standarder for sundhed (Boorse, 1977).

Som indledningsvist beskrevet, anses Boorse for at befinde sig indenfor kategorien, der betragter normalitet som værende indenfor et gennemsnit. Det kan imidlertid argumenteres for, at Boorse befinder sig i grænselandet mellem gennemsnitsparadigmet og sundhedsparadigmet indenfor normalitet. Boorse definerer grundlæggende sundhed, som det, der ligger indenfor det normale, når det

gælder biologisk funktionsniveau. Boorse definerer dog ligeledes sundhed som fraværet af sygdom, hvor sygdom skal forstås, som det der afviger fra de biologiske normer (Boorse, 2014). Han argumenterer for, at ved at definere det således, opnår man et klart og objektivt kriterie for, hvordan man kan determinere sundhed og derved gør det mere klinisk anvendeligt (Boorse, 2014). Den kliniske anvendelighed kommer på baggrund af et argument om, at det er mere håndgribeligt at arbejde med sundhed og lidelse, når man har en klar objektiv definition heraf. Grundlaget for fortsat at betragte Boorse som en teoretiker, der beskæftiger sig med normalitet indenfor gennemsnittet er, at Boorse' grundlæggende fokus beror på, at fraværet af sygdom, for at kunne definere sundhed, skal findes indenfor de førømtalte biostatistiske normer (Boorse, 2014).

I forlængelse af ovenstående, definerer Boorse sundhed ud fra fraværet af sygdom. Han henviser til denne definition som "teoretisk sundhed", da et absolut fravær af sygdom er usandsynligt (Boorse, 2014). Herunder skal sygdom forstås som den deviation, der forekommer fra de gen-typiske funktioner, som indgår i et individs biologiske systemer. Dette betyder, at et individ, if. Boorse, anses som sundt, hvis deres kropslige systemer og funktioner befinder sig inden for det spænd, der betragtes som normalt (Boorse, 2014). Boorse ligger stor vægt på vigtigheden af værdineutralitet, når det kommer til at definere sundhed. Han mener, at sundhed bør defineres ud fra udelukkende deskriptive termer, der ikke medtager subjektive vurderinger omkring, hvad der sammenfatter en god og nyttig væremåde (Boorse, 2014; Boorse, 1977). Ved at fokusere på sundhed og sygdom ud fra en tilgang, der beror på objektivt biologisk funktionsniveau, søger Boorse dermed at danne rammer for en forståelse af sundhed, der er frigjort af, hvad han betegner som, personlige eller kulturelle "bias". Boorse kritiserer disse tilgange til sundhed, som han beskriver som normative teorier, der inkorporerer ideelt funktionsniveau, subjektivt velvære og livskvalitet, i deres syn på sundhed (Boorse, 1977; Boorse, 2014). Boorse mener, at disse tilgange til sundhed er problematiske, da de mangler klare kriterier for, hvad sundhed egentlig er, samt at sådanne tilgange kan være influeret af individuel bias og kulturelle forskelligheder (Boorse, 2014). Boorse selv mener, at hans biostatistiske teori besidder klare retningslinjer for, hvad sundhed indebærer, der har grundlag i klar empirisk evidens og statistiske analyser (Boorse, 1977; Boorse, 2014). Sundhed skal forstås som det normale, der ligger indenfor grænserne til

ekstremiteterne – som er definitionerne på sygdom.

Boorse forholder sig i ”A second rebuttal on health” (2014) til de mere holistiske syn på sundhed. I disse tilgange lægges der vægt på, at sundhed bør anses som en indbyrdes forbundet entitet, der inkorporerer fysisk, mentalt og socialt velbefindende. Boorse anerkender vigtigheden af disse elementer, men fastholder, at sundhed fortsat bør ses ud fra de biologiske termer, hvor man fokuserer på sundhed som fraværet af lidelse og dysfunktion (Boorse, 2014).

Boorse argumenterer for, at hans teori har praktiske implikationer for diagnosticering og behandling (Boorse 1977; Boorse, 2014). Ved at tilbyde klare og objektive definitioner af sundhed og lidelse, kan hans teori hjælpe med at guide sundhedspersonale i at identificere og håndtere lidelser. Dette kan eksempelvis ske ved at læger kan benytte sig af statistiske normer til at undersøge deviationer fra normalt funktionsniveau og dermed fastslå passende interventioner, der kan gøre individet raskt igen (Boorse, 1977; Boorse, 2014). Alt i alt mener Boorse dermed, at en forståelse af sundhed, som fraværet af sygdom, bedre kan hjælpe med at prioritere interventioner samt at allokere ressourcer på mere effektiv vis, ud fra den biostatistiske tilgang (Boorse, 1977; Boorse, 2014).

6.4.2 En diskussion af teoriens anvendelighed

Boorse’ forståelse af normalitet som gennemsnit forudsætter, at der findes en statisk grænse, ud fra en normalfordeling, for hvad der adskiller sig fra at være normalt. Rent statistisk vil det dermed kun være muligt at forklare tilvæksten af diagnoser ud fra et argument om, at befolkningstallet er steget i en sammenlignelig mængde med antallet af diagnoser. Statistikker viser, at der fra 2013-2022 skete en stigning på 18% i forekomsten af behandlingen af psykiske lidelser. Da vi primært beskæftiger os med børn og unge i løbet af afhandlingen sættes der en arbitrær grænse på 25 år for behandlingstidspunktet, hvorfor vi regner 25 år tilbage fra 2013-2022. Dermed ses der på befolkningstilvæksten mellem 1988 og 1997, som sammenholdes med stigningen i diagnoser. I årene fra 1988 til 1997 steg befolkningstallet i Danmark med 2,84% (Danmarks Statistik, 2024). Rent statistisk vil kun 2,84% af den øgede behandling for mentale lidelser dermed kunne forklares ud fra befolkningstilvæksten.

Det vil sige, at ud fra Boorse' teori og normalitet som gennemsnit, vil man dermed kunne argumentere for, at grænsen for normalitet har rykket sig. Hvis Boorse' teori om, at det er ekstremiteterne indenfor parametrene for normal adfærd, der angiver, hvorvidt man kan betragtes som syg eller ej, så ville sygdomsbyrden kun rykke sig i takt med, at der blev flere mennesker.

Måden hvorpå der diagnosticeres i dag stemmer ikke nødvendigvis overens med denne anskuelse. Det sygelige bliver defineret ud fra diagnoser og i takt med, at vores diagnostiske kategorier er blevet udvidet markant (se afsnit 6.3.2 – diagnosemanualernes udvikling), så vil grænserne for, hvad der er normalt og hvad der er patologi også rykke sig. Fra Boorse' synspunkt kan man dermed argumentere for, at der med samtidens diagnosticeringstilgang bliver diagnosticeret nogle individer, som i virkeligheden, ud fra en normalfordelingsanskuelse, ikke er syge. På grund af vores diagnostiske kategorier, kommer disse individer alligevel til at falde indenfor, hvad der betragtes som sygeligt. Dette er ikke nødvendigvis underminerende for Boorse teori, da det netop taler ind i debatten omkring, hvorvidt individer i samfundet rent faktisk er blevet mere syge, eller om sundhedsfagligt personale er blevet klogere og dygtigere til at diagnosticere eller muligvis kommer til at overdiagnosticere ellers normal adfærd, set ud fra et gennemsnit.

Boorse' teori kan paradoksalt nok være med til at forklare den øgede diagnosticering i kraft af, at teorien i sin helhed egentlig må antages ikke at kunne forklare den øgede diagnosticering, i forhold til det virkelighedsbillede som optræder i samfundet. I takt med, at der ses flere og flere individer, der får diagnoser, er det dermed også en forudsætning, at flere og flere individer bliver syge. Hvordan sygdom fortolkes, bliver dermed et definitionsspørgsmål. Ud fra Boorse teori må vi forstå sygdom som de ekstremiteter, der forekommer ud fra en normalfordeling. Dermed følger sygdom altså et arbitrært statistisk interval. I takt med, at stigningen i befolkningen ikke følger stigningen af diagnoser, så betyder det dermed, at Boorses teori ikke nødvendigvis kan forklare den øgede diagnosticering. Dermed må vi ud fra Boorses teori antage, at der bliver diagnosticeret individer, der på biostatistisk grundlag må betragtes som raske. Argumentet for, hvorfor vi ser flere diagnoser, skal altså findes andetsteds. Resultatet af Boorses teori kan dermed siges at tale ind i andre af afhandlingens argumenter for, hvorfor vi ser øget diagnosticering. Sker det på

baggrund af skred i samfundet normer og idealer? Er det udviklingen i vores måde at anskue og diagnosticere psykisk lidelse på? Dette uddybes i diverse afsnit løbende i afhandlingen (se afsnit 4., 6.1, 6.2, 6.3 og 8. – Bauman, Normalitet som utopi, Normalitet som transaktionel proces, Normalitet som sundhed & Sammenfattende diskussion).

Et andet problem, ved at definere psykisk lidelse ud fra biostatistiske determinanter er, at det kan være svært at måle tilstande såsom angst ud fra et spektrum. Hvordan kan det defineres, hvad der kendetegner de 2,5% mest angste individer? For at kunne definere sygdom ud fra disse kriterier, må der tyes til diagnosemanualer, der sætter grænser for, hvilke symptombilleder, der determinerer specifikke lidelser. Hvis diagnosemanualerne spiller en rolle for, hvad der betragtes som mental lidelse, så må de determinanter, der influerer diagnosemanualerne dermed også medtages i belysningen af, hvordan den øgede diagnosticering kan forstås. Udviklingen af diagnosemanualerne følger den samfundsmæssige udvikling, hvor anskuelserne af bestemte lidelser kan ændre sig, samtidig med at nye lidelser kan opstå (se afsnit 6.3 – Sundhed som normalitet). Dermed må det antages, at der er flere nuancer og faktorer, som bidrager til en forståelse af den øgede diagnosticering, og derfor ikke blot biologiske anlæg, der defineres som sygelige ud fra biostatistiske tærskler. Ligeledes kan det med Boorses værdineutrale grundlag være svært at definere sundhed udelukkende ud fra biologiske determinanter. Teorien negligerer subjektive forhold og værdier, hvortil der kan rejses kritik om hvorvidt, at sundhed ikke må forstås ud fra flere grundlag end blot biologiske.

På baggrund af de fire ovenstående normalitetsopfattelser kan man, ud fra et pragmatisk ståsted, således argumentere for, at de forskellige teorier, under de forskellige normalitetsopfattelser, kan bidrage med forskellige nuancer og perspektiver, der hver især og tilsammen kan supplere hinanden i en besvarelse af afhandlingens problemformulering, hvordan vi kan forstå den øgede diagnosticering i samtiden (se desuden afsnit 8.1 - teoretisk diskussion).

7. Et individperspektiv

For at kunne besvare nærværende afhandlings problemformulering - hvordan man kan forstå den øgede diagnosticering i samtiden - er det væsentlig at komme

omkring, hvordan individuelle og almenmenneskelige behov og faktorer spiller en rolle. Tidligere har afhandlingen udlagt forskellige samfundsorienterede syn på problemstillingen, men man kan ikke forstå diagnosticering og sygdom uden at tage højde for individet, som er en uomgængelig del af ligningen. Følgende afsnit vil redegøre for nogle udvalgte individuelle psykologiske faktorer i forsøget på at belyse, hvordan mennesker helt basalt er rettet og motiveret af bl.a. at føle sig kompetente, at have et frit valg, at høre til og at søge mening. Således vil et individperspektiv med udgangspunkt i humanistisk psykologi og Abraham H. Maslow, om psykologiske behov, blive præsenteret nedenfor. Dette findes relevant, da et normalitetsbegreb og psykiatrisk diagnosticering må forstås ud fra både et individperspektiv og et samfundsmæssigt perspektiv. Individperspektivet kan tilbyde en forståelse af, hvad der på et helt basalt plan er nødvendigt for, at mennesket kan fungere 'normalt' eller 'optimalt', og hvordan individet indefra er rettet mod og motiveret til at danne relationer, opnå viden, mestre sit miljø og søge orden i kaos. På den måde, kan man ikke forstå samfundets udvikling og de ovennævnte forståelser af normalitet, uden at man tager højde for den rolle som individet spiller i ligningen; vi kan ikke forstå samfundet, normalitet, diagnosticering og psykisk sygdom uden at forstå, hvordan individet agerer, handler og påvirkes af og reciprokt påvirker de betingelser det lever under.

7.1 Humanistisk psykologi - Abraham H. Maslow

Maslow siges at være skaberen af den humanistiske psykologi fra 1950'erne (Hansen, 2001). Fokus for den humanistiske psykologi er menneskets iboende potentiale for sund vækst og udvikling. Hertil menes psykopatologi at opstå, når menneskets sunde potentialer blokeres af skadefylde miljøer, hvilket tydeliggør dette perspektivs syn på, at mennesket har nogle forprogrammerede kapaciteter med sig som vokser eller hæmmes af omgivelserne. Miljøet spiller ind i den forstand, at det er miljøet, betingelserne og vilkårene, som individet vokser op og lever under, der påvirker om de iboende kapaciteter og potentialer udvikler sig på en sund måde. På den måde spiller andre mennesker en støttende rolle for individets udvikling af det der allerede *er*, og metaforisk kan miljøet således beskrives ved at være sol og vand, der giver næring til det iboende frø, som individet på forhånd besidder (Hansen,

2001). Maslow mener desuden, at patologi kun eksisterer kvantitativt, således at individet er mere eller mindre sygt og/eller mere eller mindre sundt. Der kan derfor, if. Maslow, ikke laves en absolut grænse mellem normalitet og abnormalitet (Maslow & Mittelmann, 1951, pp. 13+17).

Maslow præsenterer nogle specifikke menneskelige kvaliteter som menes at være nødvendige for normal psykologisk trivsel. Kvaliteterne udgøres af 1) en tilstrækkelig følelse af sikkerhed i kontakten med andre mennesker, 2) en tilstrækkelig følelse af selvværd samt fraværende skyldfølelse, 3) en tilstrækkelig spontanitet og emotionalitet, forstået som evnen til at have sociale relationer og medfølelse overfor andre, 4) en effektiv kontakt med virkeligheden, hvilket indebærer en ikke-overdreven fantasi, et realistisk syn på verden samt evnen til forandring, hvis det kræves, 5) tilstrækkelige kropslige ønsker og evnerne til at tilfredsstille dem, herunder en sund kropsattitude samt evnen til at finde tilfredsstillelse ved mad og søvn samt sex uden skamfølelser, 6) tilstrækkelig selverkendelse i form af kendskab til egne ønsker, interesser, mål, hæmninger, forsvarsmekanismer, kompensering og mindreværdsfølelser, samt realistisk værdsættelse af ens aktiver og passiver, 7) integration og konsistens i personligheden, ingen større modstridende tendenser i personligheden, 8) Realistiske, opnåelige og kompatible livsmål og rimelig vedholdenhed i forsøget på at opnå disse, 9) evnen til at lære af erfaring, hvorved der kræves en vis form for fleksibilitet og modtagelighed i forhold de opgaver individet stilles, 10) evnen til at imødekomme kravene fra en gruppe, hvorved individet accepteres som en del af fællesskabet og slutteligt, 11) tilstrækkelig frigørelse fra en gruppe eller kultur, hvorved individet fremstår originalt og med egne holdninger og respekterer kulturelle forskelle.

De ovenstående kvaliteter er værdiladede og kulturelt bundne i den forstand, at man må stille spørgsmålstejn ved, hvad 'tilstrækkeligt' er og for 'hvem'. Maslow anslår, at kvaliteterne repræsenterer idealer snarere end noget, der er forventeligt for individet at opnå i virkeligheden (Maslow & Mittelmann, 1951, pp. 12-13), men kobler dem dog stadig sammen med individets mentale helbred. Nedenfor præsenteres Maslows behovspyramide, som parallelt med de førnævnte kvaliteter, opererer som fundament for menneskelig trivsel.

7.1.1 Behovspyramiden

Som Maslow introducerer i sin behovspyramide, er menneskets behov for tilhørsforhold, tryghed og social accept yderst fundamentalt. Maslow mener, at næsteften fysiologiske behov, såsom behovet for mad og vand, kommer behovet for sikkerhed og tryghed, som henviser til love og stabilitet i ydre rammer samt en oplevelse af struktur og orden. Hernæst findes behovet for samhørighed og kærlighed. De to øverste eller sidste behov består af behovet for agtelse, i form af en høj selvrespekt, selvagtelse eller agtelse fra andre, samt behovet for selvaktualisering, i form af et behov for at opfylde sig selv og aktualisere det man *er* (Ewen, 2010; Hansen, 2001). De tre første behov refererer til noget vi som mennesker behøver eller mangler, mens de to sidste behov henviser til individets 'væren' uden mangler og dermed vækstbehov.

Tre af de behov, som Maslow udlægger i sin pyramide, synes især relevante at komme omkring, i relation til at beskrive individets udvikling i dagens samfund og som en vinkel til at forstå, hvad der på et individplan, i samspil med samtidens tendenser (Bauman og Ehrenberg afsnit 4. og 6.1), kan være årsager til den øgede diagnosticering af psykiske lidelse i samtiden. Herunder præsenteres behovet for sikkerhed, behovet for samhørighed og kærlighed, samt behovet for agtelse. De tre behov findes relevante, da de kommer omkring vigtige aspekter af, hvordan individets velbefindende kan blive påvirket negativt ved manglende tilfredsstillelse af behovene, hvilket må forstås ud fra individets ageren i en social og kulturelt betinget kontekst (Hansen, 2001). Som supplement til de tre ovenstående psykologiske behov, kan man indenfor den humanistiske psykologi, ligeledes finde teorier der peger på et fjerde, yderst væsentligt psykologisk behov, som forbindes med menneskelig trivsel. Dette omhandler individets behov for autonomi, hvilket ligeledes præsenteres nedenfor (Vansteenkiste, Ryan & Deci, 2009; Ryan & Deci, 2000).

7.1.1.1 Behov for sikkerhed

Behovet for sikkerhed er yderst relevant ift. at besvare afhandlingens problemformulering, da dette henviser til sikkerhed i både fysisk og psykisk forstand. I fysisk forstand henviser dette til, at individet har behov for bl.a. at have et tag over hovedet, tøj at tage på samt adgang til en bolig og en låst dør. I psykisk forstand henviser det til individets behov for at opleve tryghed, beskyttelse, stabilitet, frihed fra frygt, angst og kaos, en oplevelse af orden, grænser og struktur (Hansen, 2001). Det væsentlige er her, at Maslow pointerer og vægter, at individet foretrækker en organiseret verden, som det kan regne med, som er forudsigelig, sikker og ordnet, hvor der ikke sker kaotiske, u håndterlige eller farlige ting, og hvor det opleves, at der er nogle som kan beskytte én (Hansen, 2001, p. 285). På mange måder lever vi i dagens samfund i en verden, hvor flere af ovenstående faktorer er fraværende, fordi alt i nutiden forandrer sig hele tiden (se afsnit 4.1 – fast til flydende). Hertil mener Maslow, at deprivation af sikkerhed, fysisk såvel som psykisk, kan medføre at mennesker fx søger religiøse fællesskaber, som tilbyder en verdensanskuelse der er organiseret, sammenhængende og meningsfuld (Hansen, 2001). Maslow peger på, hvordan mennesker uden sikkerhed reagerer utrygt og hyppigt på de ukendte psykologiske farer i en verden, der opleves som fjendtlig, truende og overvældende. If. Maslow vil mennesker, der lever under disse betingelser, opføre sig som om, der altid er en faretruende situation i vente (Hansen, 2001, p. 286), hvilket i diagnosetermer kan oversættes til en vedvarende tilstand af angst.

7.1.1.2 Behov for samhørighed

I relation til behovet for samhørighed, nævner Maslow, at vi mennesker undervurderer den væsentlige rolle som socialt tilhør, naboskab, eller at være en del af en gruppe, spiller. Han beskrev allerede i 1977, hvordan alvorlig patologi hos individet kan spores tilbage til og være affødt i individets uopfyldte samhørighedsbehov (Hansen, 2001). Stadig i dag anno 2024, synes dette at være aktuelt og måske mere end nogensinde før, da sociale tilhørsforhold i højere grad end tidligere er noget man selv må opsøge og ikke noget, der er givet på forhånd på baggrund af individualiseringen i samfundet (se afsnit 4.2 – frigørelse og individualitet). Hertil påstår Maslow, at gruppedannelse hos unge kan have rødder i

individets dybe trang til gruppesamvær og samhørighed mod en fælles fjende, som kan være hvem som helst. På den måde kan grupperinger og dermed tilhørsforhold opstå og skabes, hvis noget synes at udgøre en trussel (Hansen, 2001, p. 287).

7.1.1.3 Behov for agtelse

Slutteligt karakteriseres behovet for agtelse, som individets behov for at slå til, at være kompetent samt trangen til prestige, status, ry, opmærksomhed, betydningsfuldhed og anerkendelse fra andre. Hvis dette behov ikke tilfredsstilles, mener Maslow, at konsekvenserne kan være, at individet ikke føler sig værdig, nyttig eller nødvendig i verden. Således vil det medføre negative følelser såsom mindreværd og hjælpeløshed, som kan danne afsæt til en mere fundamental modløshed og neuroticisme (Hansen, 2001, p. 288). Et utilfredsstillet agtelsesbehov vil altså kunne danne grundlag for at individet ikke føler, at det mestrer sit liv.

7.1.1.4 Behov for autonomi

Autonomi omhandler individets behov for en følelse af frivillighed i relation til dets handlinger og adfærd. Dette hviler på en antagelse om, at individet er karakteriseret ved at være motiveret, hvoraf motivationen for individets adfærd opstår med afsæt i individets egne ønsker og interesser. Denne motivation afspejler menneskets naturlige positive potentiale; den iboende tendens til at opsøge udfordringer, at udbygge og træne ens evner og kompetencer samt at opleve og lære, alt sammen på baggrund af, at aktiviteten i sig selv opleves at være tilfredsstillende for individet (Ryan & Deci, 2000). På denne måde kobler denne motivation sig især til autonomi og frivillighed (Vansteenkiste, Ryan & Deci, 2009). If. Ryan & Deci (2000) har flere studier vist, at individets opnåelse af ønsker og mål, der tager afsæt i individets frie valg (heraf autonomi), medfører trivsel og øget selvværd. Således har individet et basalt psykologisk behov for frit at kun vælge, som er essentielt for dets mentale velbefindende.

7.1.2 En diskussion af teoriens anvendelighed

Som Maslow nævner, har mennesket et basalt behov for at føle sig sikker i fysisk og psykisk forstand. I den psykiske forstand søger mennesket orden, stabilitet og

overskuelighed, hvilket man, med afsæt i Baumans udlægning af den flydende modernitet, langt fra kan påstå er karakteriserende for dagens samfund (se afsnit 4.1). Maslow peger på at mennesket i en sådan verden vil søge fællesskaber, der kan tilbyde individet en form for stabil og overskuelig kategorisering af tingenes tilstand. De tidligere præsenterede statistikker (afsnit 1.1 – stigninger i psykiatriske diagnoser) vidner om, at flere og flere diagnosticeres med psykiatriske diagnoser, hvilket kan tolkes i relation til Maslows udlægning af individets behov for psykisk sikkerhed. Muligvis kan diagnoserne, med deres afgrænsede symptombilleder og kategoriske form, tilbyde individet en form for orden, mening og sammenhæng, som det ellers mangler i en flydende verden, hvor alt hele tiden ændrer sig med høj fart og hvor identitetsmarkører og tilhør ikke er givet på forhånd. Hertil taler Bauman om, hvordan det er blevet samfundet, der er udbydere af identiteter, som individet så kan vælge imellem og optage som sine egne (afsnit Bauman 4.6). Med afsæt i det øgede fokus på psykiatriske diagnoser og trivsel i samfundet (jf. Indledningen 1.) kan man således argumentere for, at diagnosekategorier kan fremstå som prototyper på identitetsmarkører, udbudt af samfundet, som individet opsøger i forsøget på at finde fodfæste og forståelse af tingenes tilstand i en samtid præget af manglende psykologisk stabilitet. I forlængelse nævner Bauman, at også identitetsdannelse er præget af høj fart og foranderlighed. Det kan formodes, at selv diagnoserne, som, jf. Maslows behov om sikkerhed, kan tolkes som stabilitetssikrende og meningsdannende kategorier, kan tage en midlertidig form, da selv disse kategorier ændrer sig med tiden. Desuden kan den høje forekomst af komorbiditet danne belæg for, hvordan individets symptombilleder på de psykiatriske diagnoser også i sig selv er foranderlige (se afsnit 5.3 - komorbiditet). Ydermere ser vi, at diagnosemanualerne også revideres gennem tiden i relation til samtidens behov og tendenser (se afsnit 6.3.2 – diagnosemanualernes funktion og udvikling), hvoraf disse også kun er relativt eller periodisk stabile. Man kan derfor, med afsæt i Maslows behov om psykologisk sikkerhed, argumentere for, at en verden der er flydende og dermed uoverskuelig for mennesket, kan føre til psykopatologi, hvilket kan komme til udtryk i reelle symptomer på lidelse. Modsat kan den manglende psykologiske sikkerhed også anses som en motiverende faktor for, at individet søger udredning og diagnosticering som en vej til orden og sammenhæng og et fast holdepunkt, på trods af, at diagnosekategorierne og individets symptombilleder i sig selv kan være relative

og midlertidige. At et stort antal af unge under 25 år diagnosticeres med angst (Psykiatrifonden, 2023) kan i øvrigt ses som belæg for, at der reelt set mangler psykologisk sikkerhed i samtiden, som if. Maslow og Bauman danner grobund for en tilstand af vedvarende angst (Bauman, 2000, p. 78).

Patologi og psykisk lidelse kan yderligere, if. Maslow, spores tilbage til et individ med et utilfredsstillt samhørighedsbehov (Hansen, 2001). Hertil kan man i en digitaliseret og sammenligningspræget verden, med mange stimuli og eksponeringer for alt det andre gør og kan, forestille sig, at diagnoser kan danne grundlag for, at individet får et tilhørsforhold til andre i samme situation. At få en diagnose kan betyde, at alle andre med samme diagnose, “har det ligesom mig”, hvilket kan synes attraktivt og helt fundamentalt for individets følelse af tilhør og psykisk trivsel. Yderligere kan det formodes, at individet i samtiden, hvor bl.a. akademiske evner står højt på den politiske prioriteringsliste (jf. FN’s børnekonvention), kan opleve skolesystemets og samfundets idealer, som en generel trussel for dets følelse af både tilhør og mestring. Hvoraf dette netop kan gøre udredning, diagnosticering og medfølgende ydelser eller evt. medicinsk behandling attraktiv. Dette skal forstås på den måde, at kravene fra samfundet og de herskende idealer kan tolkes, som den fjende der, if. Maslow, kan danne udgangspunkt for grupperinger, som kan tage udgangspunkt i diagnosekategorier. Heraf, at dem der, fx på baggrund af inklusionsloven, ikke “slår til” i skolesystemet, finder tilhør og samhørighed med andre i samme situation fx gennem diagnoser som ADHD. For yderligere støtte af en sådan påstand, nævner bl.a. Mikka Nielsen (2015), hvordan individet der får stillet en diagnose, endelig kan føle sig forstået, accepteret eller anerkendt med diagnosernes ‘fælles sprog’, som tilbyder en forklaring på, hvorfor man føler sig anderledes eller ind i mellem kommet til kort (Nielsen, 2015, p. 215). Man kan deraf argumentere for, at diagnosekategorier kan danne grobund for et fællesskab, som kan medvirke til at tilfredsstille det psykologiske grundvilkår om samhørighed hos individet.

I forlængelse, er det yderst relevant at pointere sammenhængen mellem behovet for tilhør og mestring. Hvis et individ i en skolesituation ikke oplever at mestre skolemiljøet, fx i relation til faglige mål og idealer, så kan det medføre følelser af ikke at slå til, mindreværd og modløshed, hvilket vidner om et utilfredsstillt

agtelsesbehov. Dette vil, if. Maslow, danne afsæt til fundamental modløshed og neuroticisme, som i Ehrenbergs termer kan oversættes til depressive individer. Manglende mestring i skolen vil desuden kunne medføre en form for eksklusion fra fællesskabet eller en følelse af, at man ikke høre til. Med overbevisningen om, at alle mennesker kan indvirke på sin egen natur og begrænsninger, er det endnu værre, hvis man ikke kan følge med, fordi det er ens eget ansvar (se afsnit 4.3 – at følge med vs. at skille sig ud). Samtidens idealer (beskrevet i afsnit 6.1 – normalitet som utopi) kan således siges at have negativ indflydelse på individets iboende og sunde potentialer og derved tolkes som tegn på et skadefuldt miljø som, jf. Maslow, kan frembringe følelser af, at man ikke er nyttig og at man ikke høre til, heraf psykopatologi. Hertil står nutidens overbevisning om individets kontrol over egne begrænsninger (jf. Ehrenberg afsnit 6.1.1.1 – den nye individualitet) i direkte kontrast til en af de kvaliteter, som Maslow vægter i relation til menneskelig trivsel. Netop at individet har en tilstrækkelig selverkendelse ift. egne hæmninger, samt styrker og svagheder. Dette støtter igen påstanden om, at der i samtiden findes nogle utopiske overbevisninger om, hvad et normalt og velfungerende individ skal kunne (afsnit 6.1 – Normalitet som utopi), hvoraf den uopnåelig standard går imod de psykologiske fundamenter for mentalt helbred og kan antages at bevirke til psykisk sygdom.

Individets behov for autonomi er desuden med til at belyse og sætte spørgsmålstejn ved, hvor frit individets handlemuligheder egentlig er i dagens samfund? Bauman mener at individet er frit til at vælge levevej, hvilket Ehrenberg er enig i, men han påtaler dog, at individet har ansvaret for egen succes, men hvad der vurderes som succes, er delvist bestemt af samfundets krav. Man kan også i den strukturelle udlægning og redegørelsen for samfundets love finde belæg for en påstand om, at individet muligvis ikke er så frigjort af statens forventninger, som Bauman ellers giver udtryk for. Dette argument kan tage afsæt i de idealer, der ligger i de politiske love, ud fra hvilke individets værdi vurderes. Dette gælder bl.a. den vægt som der samfundsmæssigt ligges på fx høje akademiske evner og personlig udvikling (jf. Børnekonventionen og barnets lov). Man kan således påstå, at individet er frit til at handle og vælge mellem utallige muligheder, men at samfundet dog har en standard for og holdning til, hvad der er godt og dårligt, rigtig og forkert; heraf, hvad der findes mest værdifuldt. På den måde kan man diskutere, om individets behov for autonomi egentlig bliver tilfredsstillet i samtiden? Hertil nævner Bauman, at

frigørelse er karakteriseret ved, at individet er i stand til at handle på sine ønsker og fantasier. Dette er på mange måder muligt i samtiden, men det kræver dog, at individet kan handle uden at lægge vægt på samfundets vurderinger. Her kan behovet for samhørighed, og at være medlem af en gruppe, danne udgangspunkt for at forstå, hvad der er på spil for individet. At prisen for at handle frit kan være risikoen for social eksklusion, hvormed det kan være svært at få begge behov tilfredsstillet samtidigt.

Opsummerende kan den øgede diagnosticering via et individ perspektiv forklares ved følgende: at mennesket har nogle iboende potentialer for sund vækst, som hæmmes af de omstændigheder det lever under i dag. Dette kommer blandt andet til udtryk ved et argument om, at individets behov for psykologisk sikkerhed og samhørighed ikke er tilfredsstillet i dag i det samfund, vi lever i, som er præget af foranderlighed og ustabilitet. Hertil kan dette i sig selv føre til tilstande af angst, men ydermere kan dette motivere individet til generelt at søge fællesskaber, der tilbyder meningssammenhæng og orden i kaos, fx gennem diagnosekategoriernes hidtidige kategoriske form. Heraf kan diagnosekategorier ses som en identitetsmarkør for individet og tilbyde en ramme til selvforståelse og et relativt fast ståsted, som også sætter det i tilhør til andre med samme diagnose. En anden vinkel tilbyder, at den øgede diagnosticering kan forstås som et udtryk for, at vores samfund er præget af idealer for kompetencer, som individet ikke kan efterleve. Individets behov for agtelse og mestring af dets miljø forbliver således utilfredsstillet, hvilket medfører tilstande af håbløshed og utilstrækkelighed, som fører til patologi i form af fx depression (jf. Ehrenberg). Slutteligt kan man påstå, at individets behov for autonomi delvist kan blive tilfredsstillet i samtiden, men at det dog kan eller må ske på bekostning af andre behov; herunder individets følelse af tilhør og eller agtelse, hvis det vælger at gå en anden vej end, hvad samfundet synes er rigtigt. Den øgede diagnosticering, må derfor forstås ud fra, at individets psykologiske behov - som ved tilfredsstillelse fører til sund vækst og mental trivsel - synes svære at få opfyldt i samtiden. Hvoraf individperspektivet kan fremlægge en forståelse af den øgede diagnosticering, som konsekvensen af, at samfundet og de vilkår vi lever under i dag, er yderst ugunstige og skadelige for det menneskelige potentiale, hvilket uomgængeligt fører til psykopatologi. Hertil kan der rettes kritik af Maslows fokus på universaliteten af de behov hans præsenterer, da han mener at alle mennesker

således har behov for de samme ting. Her kan man dog diskutere, hvorvidt nogle mennesker vil have mere behov for nogle ting, mens andre vil vægte noget andet som højest. Dette fører videre til en kritik af den hierarkiske orden, som Maslow opstiller behovene i. Han mener at den psykologiske sikkerhed opererer før individets behov for samhørighed, som eksisterer førend behovet for agtelse. På den måde vil individet, i et samfund hvor ting er flydende og psykologisk usikre, ikke kunne have behov for samhørighed eller agtelse, før behovet for psykologisk sikkerhed er tilfredsstillet. Det er dog ikke, hvad Bauman og Ehrenberg peger på, når de mener at individet i dagens samfund forsøger at realiserer sig selv samtidig med at noget tyder på en psykologisk usikker samtid (se afsnit 4. og 6.1.1 – Bauman – Flydende modernitet og Ehrenberg – det udmattede selv). Maslows udlægninger af de psykologiske behov er således om muligt mere flydende og overlappende end hans model peger på. Et andet kritikpunkt ved Maslows teori omhandler, at han har et yderst positivt fokus på det sunde potentiale for vækst som findes ved individets iboende kapaciteter. Hertil kan man diskutere, hvorvidt det er at negligere mellemmenneskelige forskelle i biologiske anlæg, som faktisk relaterer sig til sygdom, hvormed Maslow kommer til at overvurdere det individuelle potentiale og den negative indflydelse som samfundet har på det. Deraf, at der lige så vel kan være nogle medgivne kapaciteter hos individet, som ikke ødelægges af samfundet, men som bare 'er' sådan (se afsnit 6.2 og 6.4 Wakefield og Boorse).

Afhandlingen har indtil videre redegjort for og diskuteret forskellige perspektiver på, hvordan man kan forstå den øgede diagnosticering, som vi ser i samtiden. Følgende afsnit vil tage udgangspunkt i disse redegørelser og diskussioner og skabe en sammenfattende diskussion, der skal være med til yderligere at skabe grundlag for besvarelsen af problemformuleringen.

8. Sammenfattende diskussion

Med afsæt i de løbende deldiskussioner, der har efterfulgt hver udlægning af afhandlingens teoretiske perspektiver, vil følgende afsnit indeholde en sammenfattende diskussion med henblik på at danne grundlag for den endelige besvarelse af problemformuleringen: hvordan kan vi forstå den øgede diagnostik i samtiden? Først vil de valgte teoretiske perspektivers brugbarhed, i relation til at belyse den øgede diagnosticering, blive vurderet og diskuteret med afsæt i den

pragmatiske tilgang. Hernæst følger en diskussion af, hvorvidt det overhovedet er problematisk, at vi ser en øget forekomst af psykiske diagnoser i samtiden.

8.1 Teoretisk diskussion af teoriernes brugbarhed med afsæt i pragmatismen

Følgende afsnit har, med udgangspunkt i den pragmatiske tilgang, til formål at diskutere afhandlingens udlagte teoretiske perspektiver. Dette indebærer, at der kritisk vil blive forholdt sig til teoriernes brugbarhed i relation til at besvare afhandlingens problemformulering om, hvordan man kan forstå den øgede diagnosticering i samtiden. Hertil findes det relevant at komme omkring teoriernes forklaringskraft og begrænsninger, samt hvordan teorierne kan supplere hinanden og dermed skabe afsæt til et mere fyldestgørende indblik i, hvordan man kan forstå diagnosernes indpas i samfundet. Pragmatismen anser teorier, som de redskaber, der bedst kan bruges til at forudsige fremtiden, hvoraf teoriernes værdi vurderes. Således vil teoriernes relevans for samtiden blive diskuteret med afsæt i, at pragmatismen anslår, at en teori anses som en midlertidig forklaring på observerbare fænomener, som må revideres i takt med at ny viden opstår eller, hvis teorien ikke længere er forklaringsdygtig (Legg & Hookway, 2021; Bacon, 2012). Fra et pragmatisk standpunkt, må teoriernes brugbarhed og værdi vurderes ud fra deres relevans til fænomener i den virkelige verden – her den øgede diagnosticering – samt, hvorvidt de kan bidrage til øget forståelse af denne tendens og eller bidrage til at udvikle redskaber, der kan forbedre tilværelsen fremadrettet. Yderligere vil der fra et pluralistisk udgangspunkt blive argumenteret for, at der ikke findes én korrekt besvarelse af nærværende problemformulering. Tværtimod, kan de forskellige teoretiske perspektiver, på hver sin måde, være brugbare til at forstå kompleksiteten af den øgede diagnosticering i samtiden (Ludwig & Ruphy, 2021).

8.1.1 Det strukturelle perspektiv

Først og fremmest vidner psykiatriens institutionelle ændringer om, at vores syn på sygdom ændrer sig gennem tiden (Tolstrup, 2003; Aarkrog, 2003; Lund, 2003). Dette gælder både med afsæt i oprettelsen af børne- og ungepsykiatriske afdelinger, samt diagnosemanualernes forandringer gennem tiden. Synet på psykisk sygdom vil uden tvivl påvirke, hvordan vi går til fænomenet, hvor mange sygdomstilfælde der ses og

desuden, hvem der ansvarliggøres for situationen samt hvordan man tilgår behandling af lidelsen. At der i dag er omfattende fokus på forebyggelse politisk set og i psykiatrien som institution (afsnit 5.5 – nedslag i lovgivning; Christensen, 2020; Lier, 2003), medfører at der sættes tidligere ind og dermed udredes og diagnosticeres yngre børn. Forebyggelsestendensen danner desuden belæg for, at der hersker en overbevisning om, at individets miljø og kontekst, har stor betydning for forekomsten af psykisk sygdom og heraf ligeledes forekomsten og opretholdelsen af “raske individer”. Yderligere, at der hersker en overbevisning om at mennesket har potentiale for udvikling og ressourcer, som det kan udnytte og optimere under de rette omstændigheder, fx via hjælp fra enten medicin eller anden form for behandling i psykiatrien (afsnit 6.1 og 6.3 - normalitet som hhv. utopi og sundhed). Det er hertil værd at diskutere brugbarheden af en strukturel ramme til belysning af, hvordan vi kan forstå den øgede diagnosticering. Med afsæt i pragmatismen, kan det strukturelle perspektiv give indblik i det system vi har i Danmark, herunder måden vi tilgår psykisk sygdom samt udbud og efterspørgslen på diagnoser. Lovgivningen, med fokus på børns og unges trivsel, vidner om, at der er stort fokus på mentalt helbred hos de unge, hvorved dette smitter af på den institutionelle praksis, som samme tid gør det mere attraktivt for individet at opsøge psykiatrien, da udredning ofte vil være vejen til behandling (afsnit 6.3 - normalitet som sundhed). Dette ses bl.a. via tilførslen af ressourcer til psykiatrien og de lange ventelister på udredning (Center for Sundhed, 2022; Statsrevisorernes bemærkning, 2024), hvilket desuden vidner om en afstigmatisering af psykiske lidelser og en øget synlighed af dette i samfundet. Dette kommer bl.a. til udtryk via udrednings- og behandlingsretten, som gør udredning og behandling til en rettighed for alle i det danske samfund (afsnit 5.5 – nedslag i lovgivningen). Det kan dog diskuteres, hvorvidt det øgede politiske fokus på menneskelig trivsel, er med til at afsløre flere tilfælde af psykisk sygdom, som ellers ville forblive usete eller, hvorvidt samfundet faktisk på nogen måder kan siges at avle psykisk lidelse? Sidstnævnte påstand finder bl.a. belæg i stigningen af brugen af medicinsk behandling, da bivirkningerne på medicinske præparater kan være svært adskillelige fra de symptomer på psykisk lidelse, som danner kriterierne for selve diagnoserne (Retsinformation, 2019). Yderligere kan påstanden om, at samfundet avler psykisk lidelse, ses ud fra bl.a. inklusionsloven. Det paradoksale er, at formålet med loven er at inkludere flere, at udvide normalitetsbegrebet samt skabe rum for

diversitet. Men når man fokuserer på at redde alle over en kam, så vil det være tydeligt, hvem der falder igennem. Altså vil inklusion af dem, der ellers har brug for støtte i almene tilbud, netop tydeliggøre, hvem der kan følge med uden hjælp og hvem der ikke kan og dermed bliver det endnu mere tydeligt, hvem der er 'vindere' og 'tabere'. Det kan således ikke undgås at man, ved at sætte samme standard for forskellige mennesker i fx skolen, får øget opmærksomhed og blik for de afvigende, som har brug for hjælp. Herunder er det værd at nævne, hvordan Bauman italesætter, at i dag bliver målet om sundhed en evig kamp mod sygdom (Bauman, 2000). Det bliver således en slags sikkerhedsprincip, at man hele tiden gør alt for at forebygge og undgå psykisk sygdom, som unægteligt har indflydelse på den øgede diagnosticering, når dette er midlet til hjælp.

Uanset om den øgede diagnosticering forklares via tilførslen af ressourcer og en afstigmatisering af psykiske diagnoser, eller om den forklares via den øgede behandling med medicinske præparater og deres bivirkninger, eller inklusion og en øget opmærksomhed på at hjælpe 'de afvigende', så er diagnoseantallet steget. Når vi fokuserer på menneskelig trivsel, så indebærer det ligeledes øget opmærksomhed på dem der mistrives, hvorved flere vil blive henvist til udredning for psykiatriske diagnoser som adgangsbillet til at modtage hjælp. På denne måde findes et strukturelt perspektiv brugbart til at berige forståelsen af den øgede diagnosticering i samtiden. Dette må desuden sættes i relation til psykiatrien som instans og dens arbejdsredskaber, i form af de diagnosemanualerne, der dikterer, hvad der kan regnes for psykisk sygdom i Danmark.

8.1.2 Samfundets idealer og vilkår skaber specifikke symptombilleder

Man kan argumentere for, at når samfundstendenser, idealer og normer ændrer sig, så ændrer individets symptombillede sig også. En sådan påstand kan finde belæg i bl.a. Ehrenbergs udlægning af depressionen som samtidsdiagnose (Ehrenberg, 2010). Når samfundet idealiserer initiativ og handlekraft, bliver handlingslammelse, manglende lyst og motivation uomgængeligt til symptomer på sygdom. Parallelt med samfundets syn på, hvad der er normalt og ideelt, samt hvad der er afvigende og sygt, ændrer diagnosemanualerne sig altså gennem tiden. Det påvirker de diagnostiske kategorier, som der diagnosticeres ud fra og dermed forekomsten af antallet med

disse sygdomme. Man kan sige, at vores diagnosemanualer derfor har indflydelse på antallet af folk, der diagnosticeres med psykiske lidelser, alt efter hvor omfangsrige manualerne er. Jo flere kategorier, der er at diagnosticere ud fra, jo flere mennesker vil falde ind under og leve op til kriterierne for diverse psykiske sygdomme. På den måde kan udviklingen af diagnosemanualerne gennem tiden samt den aktuelle overgang fra ICD-10 til ICD-11 have direkte indflydelse på de diagnostiske tendenser, hvor man kan formode, at der vil ske en yderligere stigning i antal med psykiske lidelser i fremtiden. Belæg for dette findes ved, at der bl.a. er flere diagnosekategorier i ICD-11 og desuden fokus på en mere dimensional og spektrumbaseret tilgang til den enkeltes symptomer (Suris, Holliday & North, 2015; Seemüller, 2023; Gaebel, Stricker & Kerst 2020), hvilket medfører, at mennesker med flere forskellige symptombilleder og grader af disse, vil kunne blive diagnosticeret med psykiatriske diagnoser i fremtiden. Dette argument indeholder dog en præmis om, at individet opsøger udredning, da diagnosemanualerne ikke tjener nogen funktion, hvis der ikke er nogen mennesker at diagnosticere. Man må derfor også tage højde for individets rolle og motivation, samt de ressourcer der kan opnås via diagnosticering. Hvilket nødvendigvis må sættes i relation til samtidens forventninger til, hvad et funktionsdygtigt individ indebærer.

Psykisk sygdom udredes med formålet om at behandle folk, som på baggrund af diverse symptombilleder er hæmmede i at opretholde en dagligdag og fungere tilstrækkeligt (se afsnit 6.3.1 – Den psykiatriske udredning og behandling). Dette vidner om, at psykisk lidelse vurderes ud fra et arbitrært mål om et passende og ønskværdigt funktionsniveau, hvormed man kan forstå den øgede diagnosticering som tegn på, at færre mennesker i dag lever op til samtidens krav for et tilstrækkeligt funktionsniveau. På den måde vurderes individets tilstrækkelighed ud fra nogle samfundsmæssige idealer, som bl.a. Ehrenberg og Bauman præsenterer. En specifik udlægning af idealet for individet er “det suveræne individ”, som jf. Ehrenberg karakteriseres som individet, der konstruerer sig selv og kan indvirke på sin egen natur og grænser (Ehrenberg, 2010). Med afsæt i dette mål et tilstrækkeligt funktionsniveau tolkes ved, at individet er i stand til at rumme altings konstante foranderlighed, at det kan tage initiativ og at det kan udvikle sig og altid blive bedre. Såfremt man fejler, er det ligeledes individet, der skal tage ansvar for de fiaskoer, der

kan forekomme og for at prøve igen. Pointen er her, at den øgede diagnosticering og psykisk sygdom ikke udelukkende i sig selv må forstås ud fra psykiatriens indretning og procedure, men nødvendigvis også med afsæt i de tendenser og idealer, der gør sig gældende i samtiden. At individet i samfundet faktisk forsøger at efterleve de herskende normer og idealer, kan forklares ved Maslows behov om agtelse og samhørighed (Hansen, 2001). Heraf motiveres individet til at handle i forsøget på at opnå anerkendelse fra omverdenen samt for at føle sig som en del af fællesskabet. Adfærden kan dermed også motiveres af frygten for social eksklusion (afsnit 7.1.2 – Diskussion af Maslow).

Hertil kan man stille spørgsmålstegn ved, om samfundet i virkeligheden er medskaber af psykisk sygdom? Dette er relevant i relation til Ehrenbergs udlægninger af, hvordan vi kan forstå den øgede diagnosticering i samtiden. Ehrenberg er brugbar i forhold til at beskrive, hvordan samfundets tendenser og vilkår er ødelæggende for den menneskelige trivsel, hvoraf psykisk lidelse opstår. I og med at Ehrenberg beskæftiger sig med de uopnåelige idealer, som individet søger at efterleve, bliver teorien relevant og beskriver i sammenhæng med Baumans teori (se afsnit 4. – Bauman – Flydende modernitet) de samfundsmæssige strukturer, der er med til at skabe lidelse hos individet. Sammenhængen mellem Ehrenberg og Bauman skal forstås således, at Ehrenbergs teoretiske udgangspunkt er meget lig Baumans, men Ehrenberg forholder sig i højere grad til, hvordan de samfundsmæssige idealer medfører psykisk lidelse i form af især depression. Ehrenbergs teori er dermed dybt forankret i en overbevisning om, at samfundets normer og idealer er afgørende for den menneskelige trivsel, hvilket også gør sig gældende for Maslows teori (Hansen, 2001). Ehrenbergs teori belyser, hvordan samtiden kan karakteriseres som et samfund, hvormed det udadtil lader til, at alle har muligheder for at vælge frit mellem alt, men hvor der bagved alle muligheder, findes implicitte forventninger til, hvad der er det ideelle at vælge. Dette er relevant i relation til at forstå de institutionelle rammer og lovgivningen i samspil med individets ageren i praksis. Heraf, at når der findes politiske mål for, at alle skal udvikle sig og skal sikres øget livskvalitet, så bliver det et indirekte krav som individet må forsøge at efterleve for at følge med. På den måde bliver individet underlagt en forventning om, at det skal udvikle sig til det bedre hele tiden, hvilket medfører, at hvis ikke man formår at gøre det, så fejler man og må dermed selv finde

løsningerne, der kan rette op på fejltrinnene (Ehrenberg 2010; Bauman, 2000). Dette går desuden direkte imod en af de kvaliteter, som Maslow italesætter, som fundamentalt for menneskelig trivsel; netop at individet må have realistiske og opnåelige livsmål (Hansen, 2001). I et samfund, hvor idealerne er uopnåelige (jf. Ehrenberg afsnit 6.1.3) og målet for, hvornår nok er godt nok, altid ligger ude i fremtiden (jf. Baumann afsnit 4.1 – fra fast til flydende), er individet således dømt til at tabe.

Modsat Ehrenberg, så gør Bauman det klart, at vi lever i et normløst samfund, som i stedet kun er præget af tilbud (afsnit 4.4 - forbrugerisme). Hertil udlægger Bauman usikkerhed, som konsekvensen af individets utallige muligheder, hvilket med Maslows betegnelser kan opsummeres ved manglende psykologisk sikkerhed. Desuden lægger Bauman vægt på, at den store problematik for individet i samtiden omhandler, at det aldrig ved, om noget er godt nok eller den rigtige vej at gå, netop fordi mulighederne er utallige og målestokken for succes altid ligger i fremtiden (Bauman, 2000). Det samme gælder sundhed og sygdom, for man kan altid blive mere sund eller mindre syg, hvorfor grænsen for, hvornår man er rask, er sløret. Hvis man aldrig ved om man er sund nok, kan man vove at påstå at individet i samtiden altid vil være delvist sygt (Bauman, 2000; Maslow & Mittelmann, 1951). Dette findes især, som et af Baumans argumenter for, hvordan man kan forstå den øgede diagnosticering, hvilket adskiller sig fra Ehrenbergs argumenter. Ehrenberg vægter samfundets idealer og en normalitet som er utopisk, hvormed individet der forsøger at efterleve den vil reagere med symptomer på depression. Heraf er det individets forsøg på netop at efterleve noget bestemt via en normbaseret adfærd, der rammes af psykisk sygdom, hvorimod Bauman peger på at altings grænseløshed bliver kilden til psykiske sygdomme. Hvad de dog er enige om, er at samfundets tendenser og indretning uægteligt spiller en rolle for individets velbefindende. Herunder kan man diskutere og kritisere Ehrenberg for at have et individsyn, der muligvis lægger for stor vægt på konformitet, da han netop tydeliggør, at det er individets konformitet ift. Samfundets krav og idealer, der gør at det bliver sygt og deprimeret.

At Ehrenberg hovedsageligt taler om depression som konsekvensen af tidens vilkår, finder stor gennemslagskraft i relation til, at depression udgør den mest

fremtrædende del af nye psykiske sygdomstilfælde i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2022). På den måde finder hans teori belæg i den virkelige verden, hvilket ud fra en pragmatisk tilgang, gør hans teori særligt brugbar og værdifuld i at forstå samtidens øgede diagnosticeringer. Hertil kan det dog diskuteres, hvorvidt Ehrenbergs teori kan bruges til at forklare, hvorfor vi ser stigninger i andre diagnoser? Hvis samtidens vilkår udmatter individet og medfører depression, hvad er så årsagerne til at folk tilmed får angst, ADHD og andre diagnoser? Ehrenberg er yderst nyttig, ift. At komme med brugbare bud på årsagerne til depression, men hans teori kan ikke åbenlyst bruges til at forklare de andre diagnoser, som der også ses stigninger på i samtiden (se afsnit 1.1 – stigninger i psykiatriske diagnoser). Her tilbyder Bauman et perspektiv, da han taler om, hvordan samtidens kår gør mennesket usikkert og angst, fordi individets position og følelse af tilhør i samfundet hele tiden er op til forhandling på grund af altings konstante foranderlighed. Når verden flyder og intet er forudbestemt eller konstant, så reagerer individet med årvågenhed og angst, fordi individet hele tiden befinder sig i en undtagelsestilstand, hvor alt er usikkert (Bauman & Haugaard, 2008). Da angst også forekommer som en af de mest fremtrædende psykiske diagnoser for især unge, findes Baumann således også brugbar ift. at komme med nyttige forklaringer på de diagnostiske tendenser der ses i den virkelige verden.

Wakefield kan desuden supplere yderligere, da han med sin teori, får italesat, hvordan mennesker er forskelligt biologisk prædisponeret og yderligere, hvordan psykisk lidelse netop skal forstås med afsæt i individets biologiske systemers dysfunktion i relation til at overkomme samtidens normer og idealer (Wakefield, 1992; Wakefield & Conrad, 2020). Med afsæt i diatese-stress-modellen, følger således en overbevisning om, at alle mennesker biologisk har et forskelligt udgangspunkt, som klæder det på til at kunne klare forskellige ting og forskellige mængder stress. Således må dette biologiske afsæt også medregnes, når vi skal forstå den øgede diagnosticering og herunder konsekvenserne af den usikkerhed som individet i dag lever under, da alle ikke har samme mængde modstandskraft til at overkomme tilværelsens udfordringer. Dette kan således stå i relation til Ehrenbergs teori og være virksomt til at forklare, hvorfor hele samfundet ikke er deprimeret på baggrund af tidens vilkår. Hertil, hvorfor alle mennesker ikke reagerer med angst på baggrund af samtidens karakter af en konstant undtagelsestilstand. Grundlæggende

kan Wakefield dog bruges til at argumentere og danne belæg for, at den øgede diagnosticering vidner om, at samfundets forventninger til individet ofte overstiger dets biologiske og iboende modstandskraft, hvormed individet ikke længere biologisk kan følge med samtidens krav om, hvad individet skal kunne og deraf leve op til samtidens normalitet (afsnit 6.2.1 - Wakefield).

8.1.3 Psykisk lidelse som et menneskeligt vilkår ved samtiden?

Med afsæt i ovenstående argumenter for den øgede diagnosticering i samtiden, kan man stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt psykisk lidelse er blevet et menneskeligt vilkår i samtiden? Samtlige individer der indgår i samfundet, vil gennem livet leve under de tendenser som Bauman og Ehrenberg karakteriserer. Hvis man antager at psykisk lidelse er et vilkår, på baggrund af de negative konsekvenser, som begge teoretikere fremlægger, at den flydende modernitet har (Ehrenberg, 2010; Bauman, 2000), så leder det til endnu et fokus på, hvor væsentlig en position vores diagnosemanualer og diagnosekategorier har. Manualerne indfanger den psykiske lidelse og jo flere diagnoserne der er, jo flere mennesker vil kunne blive diagnosticeret. Dog findes en påstand om, at psykisk lidelse og sygdom i samfundet godt kan være til stede, blot uden anerkendelse fra de diagnostiske redskaber, der gøres brug af. Psykisk lidelse i sig selv kan således godt eksistere, uafhængigt af om det kan klassificeres som en diagnose eller ej. Dog kan afhandlingens fokus på den aktuelle øgede forekomst af psykiske diagnoser, kun belyses ud fra reelle diagnosekategorier og deraf hvad der af samfundet anerkendes som psykisk sygdom.

Hertil sætter Wakefield spørgsmålstejn ved de diagnostiske værktøjer, der arbejdes ud fra i dag. Han mener, at tilgangen til at vurdere psykisk sygdom ud fra en symptom-tjekliste er uholdbar og fejlagtig i relation til at opspore reel psykisk lidelse, da symptombilleder ikke nødvendigvis er forankret i dysfunktionelle biologiske mekanismer, som han mener er fundamentet for psykisk lidelse. Fordi der ikke tages mere højde for mellemmenneskelige forskelle og kontekst i diagnosticeringsprocessen, mener Wakefield, at vi sygeliggør almindelig adfærd (Horwitz & Wakefield, 2012; Wakefield & Conrad, 2012). Han italesætter således, hvordan grænserne mellem sygdom og normalitet er blevet udvandet, hvilket også Bauman og Ehrenberg argumenterer for. Wakefield kan bruges til at argumentere for,

hvordan en ny form for diagnosticering bør tage afsæt i mellemmenneskelige forskelle ift., hvornår den enkelte er syg; en mere mangfoldig og forskelligartet tilgang til diagnosticering, hvor alle ikke reddes over en kam, men hvor udredningen bærer præg af individets individuelle udgangspunkt.

Man kan i forlængelse udlede af Ehrenbergs teori om depression og Baumanns karakteristik af samtiden, at alle kan tabe i den flydende modernitet, uafhængigt af mellemmenneskelige forskelle og kontekst. Ved Ehrenbergs udlægninger af depressionens dominerende tilstand, skildres det, hvordan de trætte og udmattede individer “taber i livet”, fordi de stopper og giver op; de ser ikke en fremtid (Ehrenberg, 2010). Modsat påstår Bauman, at netop samtidens midlertidighed, skaber samme udgangspunkt for alle individer i relation til at overkomme verdens usikkerhed; ingen har mere fast grund under fødderne end andre. Af den grund kan de ressourcestærke og handlekraftige individer (baseret på samtidens idealer og vurderinger af ønskelig adfærd og evner) ligeledes “tabe i livet”, når de rammes af utilstrækkelighed, fordi deres indsats aldrig er god nok: målet for succes er altid foran dem, som Bauman også beskriver (Bauman, 2000). Heraf udvandes grænserne for vindere og tabere, fordi alle mennesker kan påvirkes negativt af tidens idealer. Hvis alle kan tabe, fordi målet for, hvad et tilstrækkeligt velfungerende individ skal kunne, altid ligger ude i fremtiden, så er alle på sin vis lige disponeret for psykisk sygdom i samtiden.

I forlængelse kan ovenstående yderligere sættes i perspektiv af Boorse’ syn på normalitet og sundhed som gennemsnit. For hvis flere i dag kan tabe på grund af samtidens vilkår og idealer, så stemples flere mennesker som syge og afvigende, hvilket statistikkerne i afhandlingens indledning danner belæg for (se afsnit 1.1 - Stigninger i psykiatriske diagnoser). Imidlertid må Boorse’ syn på normalitet og sygdom diskuteres, da han mener, at normalitet må baseres på objektive kriterier og statistiske normer via en normalfordeling, hvoraf den største mængde mennesker udgør normalen (Boorse, 1977; Boorse, 2014). Hertil fastsætter man under normale omstændigheder inden for statistiske normer et mål for afvigelse på 5% (se afsnit 6.4.1 – Christopher Boorse). Boorse’ model har altså til grundlag af vurdere tendenser af mere universel karakter, men han italesætter dog selv, at forskellige demografiske grupper varierer på forskellige biologiske parametre, hvorfor det kan

være svært at etablere universelt anvendelige standarder for sundhed (Boorse, 1977). Boorse lægger desuden vægt på de biologiske forskelle mennesker i mellem, hvilket anses som fundamentet for sundhed og sygdom. Hans sygdoms- og sundhedssyn adskiller sig således fra de ovenstående, da han mener at de syge individer i samfundet, er de mennesker, der biologisk ligger i polerne på en normalfordeling og dermed udenfor gennemsnittet. Problemet er dog, at han forsøger at opstille en værdineutral normalitetsforståelse, hvor subjektive vurderinger af sundhed ikke medtages ((Boorse, 1977; Boorse, 2014). Dette findes problematisk, da det vil indebære, at sygdom ikke kan vurderes ud fra individets egen subjektive oplevelse, eller ud fra de ændringer som ses i relation til synet på sundhed, hvilket på sin vis kan antages at være uundgåeligt, i relation til den måde der diagnosticeres på i psykiatrien i dag (se afsnit 6.3.1 - Den psykiatriske udredning og behandling). Når psykiske diagnoser vurderes ud fra, hvorvidt individet formår at opretholde et tilstrækkeligt funktionsniveau og overkomme hverdagens problematikker - herunder hvor hæmmet individet føler sig af sine symptomer - bliver den subjektive oplevelse væsentlig. På den måde kan man argumentere for, ud fra en pragmatisk tilgang, at Boorse' tilgang til sundhed og sygdom ikke stemmer overens med virkelighedens praksis, hvorfor hans teori mister brugbarhed, ift. at forklare de tendenser vi ser til den øgede diagnosticering i samtiden. Dette må desuden sættes i relation til modellens stringente ramme for, hvad der er sygt og normalt. Via normalfordelings normer, vil kun 5% af befolkningen kunne være syge, hvilket ikke stemmer overens med de tal vi ser. Her fejler Boorse' teori ligeledes ift. at kunne belyse virkelighedens tendenser, hvorfor dens brugbarhed svækkes i forhold til at kunne besvare projektets problemformulering. Dette med afsæt i, at validiteten i videnskabelig viden, if. Pragmatismen, må bedømmes ud fra teoriens evne til at forklare observerbare fænomener og danne afsæt til fremtidige forudsigelser (Legg & Hookway, 2021). Heraf fejler modellen også ift. at forudsige fremtidige tendenser, da kriteriet for afvigelse er fastsat på 5%, hvormed modellen uanset tidens tendenser vil påstå, at kun 5% kan være 'rigtigt syge'. På trods af dette, kan Boorse' teori sætte spørgsmålstejn ved den opfattelse samfundet har af sygdom og hertil, om de nuværende diagnosekategorier og praksisser er misvisende, når nu tallene for psykiske sygdomme er væsentligt større end de 5% som normalfordelingen antager, burde være syge. Heraf om samtiden er præget af mere psykisk sygdom end Boorse

påstår er muligt, og deraf om man må overveje en ny normalitetsforståelse og reference for, hvad det indebærer at være rask og hvad det indebærer at være syg? (se afsnit 8.2.1 - Er det unormale blevet normalt eller omvendt?).

8.1.4 Verden har ændret sig

Som udgangspunkt for afhandlingens beskrivelse af samtiden, har Baumans teori om den flydende modernitet været afsæt. Det findes i den forbindelse nødvendigt at diskutere Baumans brugbarhed med afsæt i pragmatismen, hvilket medfører et behov for at supplere hans teori og sætte den i perspektiv til nogle særligt betydningsfulde begivenheder og ændringer, der er sket, siden hans teori kom til. Først og fremmest er der sket store forandringer på klimafronten, hvilket har medført en verdensomspændende klimakrise, som individet i dag må forholde sig til. Ydermere er der utallige krige som aktuelt udspiller sig, for ikke at nævne de sociale mediers indtog i løbet af 00'erne og frem, som gør det næsten umuligt for nutidens individ, at overse disse begivenheder. Det som især har ændret sig siden Baumans teori, er den mængde af global sammenligning og eksponering for diverse begivenheder ude i verden, som de sociale medier har gjort mulig. Individet eksponeres for alt, der sker ude i verden, og man må forholde sig til alle disse ting hele tiden, hvilket unægteligt kan være uden konsekvenser og påvirkninger. Baumans teori udlægger også argumenter for, hvordan individets adfærd påvirkes af medierne, især med fokus på kendte mennesker som eksempelsættere, der sætter baren for, hvad det enkelte individ bør eller skal kunne og deraf 'normaliteten' (Bauman, 2000; se afsnit 3.3 - At følge med vs. At skille sig ud). Dette antages blot at være blevet udvidet yderligere med sociale medier og deraf eksponeringer for krig og klima og ovenikøbet, hvordan andre handler og hvad andre gør i den sammenhæng. Således kan der argumenteres for, at de konsekvenser som Bauman italesatte af den sociale sammenligning, fra for 24 år siden, kun er blevet mere omfattende i samtiden.

Desuden er det væsentligt at nævne, at Bauman i høj grad peger på det livsvilkår der i samtiden omhandler, at individet skal tage ansvar for sig selv, hvilket i dag har fået den ekstra dimension, at individet også - qua de sociale medier - eksponeres og indirekte tvinges til at forholde sig til samt tage ansvar for hele verdens tilstand. Heraf kan man argumentere for, at konsekvensen af dette er, at vi bevæger os ind i en samtid karakteriseret ved permanente kriser, som muligvis er

mere flydende end tiden omkring 2000, som Baumans teori tager afsæt i. Dette udvander dog ikke Baumans værdi i relation til at besvare nærværende afhandlings problemformulering og belysning af, hvordan man kan forstå den øgede diagnosticering i samtiden. Baumans argumenter for tidens ændringer i samfundet, holder stadig stik, men opnår blot større forklaringskraft, når der suppleres med de forandringer der er sket siden teoriens opkomst. Bauman har desuden italesat hele den bagvedliggende pointe, som især findes væsentlig i denne sammenhæng og i relation til at forstå den øgede diagnosticering; netop at når samfundets vilkår de ændrer sig, så ændrer individets behov sig tilsvarende og ligeledes dets symptombillede (Bauman 2000; se afsnit 4 – Zygmunt Bauman – Flydende modernitet).

Hertil nævner Bauman, at individet er frit, så længe det har evnerne til at handle på dets ønsker, med formålet om at realisere dem (Bauman, 2000, s. 16) Netop dette kan åbne op for en diskussion af, hvorvidt individet, i den flydende modernitet, er frit til at handle og i den forbindelse, om samfundet er så normfrit, som Bauman nu engang påstår? Har man reelt set mulighed for at realisere de drømme, man måtte have? Det er her Ehrenbergs pointer, om individet, der forsøger at efterleve samfundets idealer, vinder indpas, da han netop påpeger individets konformitet og efterlevelse af samfundets krav. Dette kan desuden sættes i perspektiv til individperspektivets udlægning af, at individet er motiveret og har fundamentale behov, for at føle sig anerkendt for sin indsats samt have følelsen af, at det mestrer sit miljø. Ligeledes at individet har behov for at føle sig som en del af en gruppe, hvormed det vil tilstræbe at forblive en del af samfundet, i forsøget på at tilfredsstille dette behov. Individet vil derfor, if. Maslow, være motiveret til at handle efter samfundets ønsker og krav, da individet har behov for at føle sig kompetent i relation til sit miljø og yderligere at føle sig som en del af fællesskabet (Hansen, 2001). Heraf kan man argumentere for, at flere vil blive udredt i psykiatrien med formålet om at få hjælp til at blive funktionsdygtig igen i forsøget på at holde trit med samtidens utopiske standarder og krav, hvilket afspejler og støtter en påstand om, at individet ikke er så frit til handling, som man skulle tro og som individet faktisk har behov for (jf. Behov om autonomi afsnit 7.1.1.4).

Bauman formår at skildre, det vilkår som alle mennesker lever under i dag - at verden er præget af konstant foranderlighed, uforudsigelighed og midlertidighed, hvormed imødekommelsen af individets behov for psykologisk sikkerhed på mange måder synes uopnåeligt. Konsekvenserne af den verden, som Bauman beskriver, findes især beskrevet ved supplement fra afhandlings udlagte individperspektiv. Det findes dog interessant at diskutere forskellen mellem de behov, som Bauman italesætter, som præges af midlertidighed og foranderlighed i takt med tidens tendenser, hvorimod Maslow taler om nogle mere universelle behov, som må tilfredsstilles, for at sikre individets velbefindende (Ewen, 2010; Hansen, 2001). Bauman italesætter individets foranderlige behov i relation til, at vi lever i en tid, hvor vi konstant bliver stimuleret. Dette medfører, at individet ikke længere kan tilpasse sig ting, der varer ved, men hele tiden må stimuleres på ny. Dette hænger sammen med hans shoppingmetafor og den vægt han lægger på forbrugerisme. Her mener han nemlig, at dem der vinder under samtidens vilkår, er dem der formår at blive ved med at prøve. Den utrættelige shopper, der hele tiden kommer op på hesten igen i forsøget på at købe sig til nye løsninger, der kan hjælpe individet til optimering og udvikling, er den der efter sigende, er bedst stillet i den flydende modernitet (se afsnit 4.4. - Forbrugerisme). Modsat peger Maslow på, hvordan individets trivsel afhænger af fundamentale psykologiske behov for sikkerhed, samhørighed og agtelse. Han mener altså, at uanset samfundets indretning, så har individet behov for at føle tilhør til andre mennesker eller en gruppe, at finde stabilitet og orden i tilværelsen, samt at føle sig kompetent og klædt på til at kunne mestre sit miljø. Hvor Baumans argumenter for, at samtidens vilkår påvirker og former individets behov, kan bruges til at belyse den fleksibilitet, som der kræves af individet ift. At tilpasse sig en flydende og formløs verden, kan Maslow bruges til at kaste lys på, hvad individet helt fundamentalt behøver for at trives. Tilsammen kan de to teorier bruges til at belyse, hvordan samfundets indretning og krav påvirker individets ageren i verden, og hvordan samtidens vilkår og tendenser har negative konsekvenser for individet. Begge peger på at individet i dag, ikke har samme mulighed for at opnå et sikkert eksistensgrundlag, når verden er karakteriseret ved omskiftelighed og manglende sammenhæng. Derfor søger individet efter fodfæste og stabilitet og måder, det kan mestre sit miljø på.

Bauman belyser, hvordan dette sker gennem forbrugerismen og

shopping af bl.a. produkter og eller løsninger, som kan formodes at være udredning for en diagnose, da det baner vejen for behandling. Dette kan suppleres med Ehrenberg, som nævner, hvordan antidepressive midler igennem tiden er blevet markedsført, som et produkt, der kan gøre individet “bedre end god” og som kan klæde individet på til at overkomme tilværelsens problemer (se afsnit 6.1.1.3 - Normalitetsbegrebet som utopi belyst ved medicinens rolle). Heraf findes der argumenter for, at hvis individet i høj grad “fejler” i relation til at mestre samtidens normer og efterleve idealerne om initiativ og handlekraft, så må det if. Ehrenberg, Maslow og Bauman, findes helt naturligt, at medicinsk behandling, som lover disse virkninger, bliver attraktivt. På den måde bliver udredning, som åbner muligheden for medicinsk behandling, en tillokkende vej at gå for individet.

Individperspektivet påpeger desuden vigtigheden af, at individet føler sig forbundet med andre. Man kan antage, at det kan findes attraktivt for individet at søge fællesskaber, hvor andre har det ligesom dem selv, i en samtid præget af nedbruddet på forud-determinerede sociale referencegrupper, hvilket kan formodes at ske gennem diagnosekategorier. Gennem diagnoserne får individet et fællesskab og et tilhørsforhold til andre samt et fælles sprog for deres tilstand, og yderligere bidrager diagnosekategorierne også til individets selvforståelse og deraf identitetsskabelse. Således kan diagnosekategorierne blive en vej til identitet, forståelse og accept af egen tilstand samt gruppetilhør, som Maslow peger på, er essentielt for mental trivsel (Hansen, 2001). Heraf er brugbarheden ved individperspektivet, især at belyse, hvilke motivationer der ligger bag individets adfærd, alt sammen med rødder i universelle psykologiske behov og hvordan dette kan forklare den øgede diagnosticering.

Samlet set kan de fremlagte teoretiske perspektiver, ud fra en pragmatisk og pluralistisk tilgang, anslås alle at have relevans og gennemslagskraft i relation til at besvare afhandlingens problemformulering. Perspektiverne supplerer hinanden og udfordrer hinanden på måder der skaber fundament for en reflekteret og dybdegående forståelse af alle de faktorer, der spiller ind, når vi skal forstå den øgede diagnosticering. Pragmatismens ‘sandhed’ refererer herunder til: hvorvidt en teori er brugbar i forhold til at opnå det tilsigtede mål (Legg & Hookway, 2021),

hvoraf de præsenterede teorier netop kan siges at have bidraget til at opnå det tilsigtede mål, om at forstå den øgede diagnosticering i samtiden.

8.2 Er det problematisk, at vi ser en øget diagnosticering?

Nærværende afhandling har til formål at besvare spørgsmålet om, hvordan vi kan forstå den øgede diagnosticering i samtiden. Hertil kan der sættes spørgsmålstejn ved, om denne tendens egentlig er problematisk? For at kunne diskutere, hvorvidt det er problematisk, må man også forholde sig til, hvad tendensen er et udtryk for. Først og fremmest må det fastlægges at, diagnoser per definition er et udtryk for noget, der er unormalt, afvigende eller hæmmende. Diagnosticering jf. indkøringen (se afsnit 3. – Diagnosticering, normalitet og afvigelse) defineres som den opdagelse og bestemmelse, der forekommer, når man skal identificere, hvad en patient lider af. Det essentielle fundament for diagnosticeringsprocessen er altså sygdom. Uden psykiske sygdomme, ville der ikke være nogle psykiatriske diagnoser. Hertil gives diagnosen kun hvis det aktuelle symptomsæt medfører, at individet er så funktionsnedsat at det indvirker på den almene livsfunktion (Berthelsen & Mors, 2007). Diagnosen repræsenterer derfor unægtelig et udtryk for, at individet er lidende, hvorfor den forøgede diagnosticering på den ene side også må blive et udtryk for, at der forekommer sygdom i samtiden.

Imidlertid kan man diskutere, hvorvidt den forøgede diagnosticering er et udtryk for, at vi er blevet bedre til at diagnosticere, samt har udvidet de kriterier, som vi diagnosticerer ud fra. Således vil flere mennesker formodentligt falde inden for diagnoserammerne. Dog bør disse argumenter ikke ses som udelukkende for hinanden. Igennem afhandlingen argumenteres der for, at der i samtiden er opstået en højere barre for, hvornår man kan betragtes at være normal, mens grænserne for, hvornår man kan betragtes at være syg, er blevet udvidet i takt med diagnosemanualernes udbygninger gennem tiden; heraf er der opstået en mere snæver grænse for, hvad der bliver betragtet at være inden for normalitetens grænser. Af den grund argumenteres der for, at det er blevet sværere at efterleve det normale, hvorfor flere i givet fald vil kunne blive betragtet som afvigende og deraf psykisk syge (se afsnit 4. og 6.1 – Bauman, Normalitet som utopi). Dette kan have medført, at individets biologiske kapacitet ikke længere kan følge med (se afsnit 6.2 - Normalitet som transaktionel proces). Ændringen i, hvad der i dag forbindes med at

være normalt, kan dermed argumenteres at have direkte relation til, hvorfor der ses en øget diagnosticering i samtiden. Samtidig må diagnosemanualernes rolle i diagnosticeringsprocessen anerkendes. I takt med at der forekommer nye anskuelser på diagnoser i sin helhed, og at der tilføjes og ændres på tidligere diagnoser, så de bliver mere inkluderende (Reed et al., 2019), vil det kunne formodes at medføre, at der ses øget diagnosticering. Sygdomsbegrebet bliver altså i højere grad inkluderende, forstået på den måde, at hvis vi har et diagnostisk sprog for flere lidelser, så vil diagnosticeringen og dermed også diagnoserne kunne blive uddelt til flere individer. Tilstande, der førhen ikke blev betragtet som sygelige, kan nu blive betragtet som patologi gennem de nye diagnostiske kategorier (se afsnit 6.2.2 – diagnosemanualernes udvikling). Hertil kan man argumentere for, at diagnosemanualerne må følge trop med de forståelser af sygdomme, som de har til opgave at beskrive. Når der forekommer mere lidelse, må manualerne også udvides. Man kan derfor argumentere for, at diagnosemanualerne tilpasses den samtid vi lever i. Hvis samfundets anskuelser af normalitet ændrer sig, må diagnosemanualerne følge med. Dertil må diagnosemanualerne anses som et dynamisk og foranderligt koncept. På baggrund af dette, kan man altså argumentere for, at den øgede diagnosticering både kan ses som et udtryk for, at der er flere individet i samfundet som reelt oplever psykisk lidelse, hvilket angiveligt må være problematisk, men også at der i samfundet er flere individer, som vi betragter som syge, fordi de diagnostiske kategorier har udvidet sig i antal samt at vi har fået nye måder at anskue diagnoser og normalitet på (se afsnit 6.3 – normalitet som sundhed). Når barren for normalitet og sygdom rykker sig, kan manualerne derfor både argumenteres at indfange flere individer som lider på baggrund af, at det er blevet sværere at efterleve det normale, men de kan også indfange flere, fordi de nu kan indfange adfærd/lidelser, som ikke før ville være blevet indfanget og anset som sygdom.

Imidlertid kan dette også ses i relation til individets funktionsniveau. Funktionsniveauet er definerende i både diagnosticeringen og behandlingen af psykiske lidelser og spiller dermed en væsentlig rolle (se afsnit 6.3.1 – Den psykiatriske udredning og behandling). Funktionsniveauet bliver et helt centralt koncept, der er med til at angive, hvorvidt et individ kan modtage en diagnose og hvordan behandlingen tilrettelægges - dermed er det ikke selve diagnosen, der er problematiserende for individet, men derimod det forringede funktionsniveau, som

danner baggrund for selve diagnosticeringen. Samfundets normer og tendenser angiver, hvad der må betragtes som et normalt funktionsniveau. Gennem overbevisningen og idealet om, at individet altid kan blive bedre og optimere sine ressourcer (Bauman, 2000; Ehrenberg, 2010; Hansen, 2001), (se afsnit 6.1 og 7. - Normalitet som utopi og individperspektiv) dannes der grundlag for, at grænsen for dét, der må antages at være et normalt funktionsniveau, bliver rykket og derfor er sværere at efterleve. Den forøgede diagnosticering kan derfor også ses som et udtryk for, at det er blevet sværere for flere at opretholde et normalt funktionsniveau. Når samfundets normer og tendenser angiver det normale funktionsniveau, kan samfundets syn på denne altså være direkte relateret til vores sygdomsopfattelse, hvorfor samfundet på sin vis kan komme til at skabe grobund for mere sygdom og afvigelse. Den øgede diagnosticering kan derfor ligeledes være et udtryk for, at der grundlæggende hersker nogle idealer i samfundet, som danner grundlag for en øget mental lidelse.

Ligeledes må man i diskussionen også inddrage, hvad diagnosticering får af betydning for samfundet og for individet. Ser man økonomisk på det, anslås psykisk sygdom at koste det danske samfund op imod 55 milliarder kroner på årsbasis (Dansk psykologforening, 2016; OECD/EU, 2018). Det anslås, at der bruges op imod 10 milliarder kroner årligt på behandling af de psykiske lidelser (OECD/EU, 2013). Det kan derfor siges at være en kostelig affære for samfundet at udrede, diagnosticere og behandle. Imidlertid har hvert femte individ i den arbejdsdygtige alder i Danmark psykiske problemer og det vurderes at koste op imod 45 milliarder kroner i produktionstab alene (OECD/EU, 2013). Psykisk sygdom er den største sygdomsbyrde i det danske samfund, hvor det estimeres at hver fjerde dansker dør med psykisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2022). Med sine 25% overstiger psykisk sygdom lidelser som fx kræft og karsygdomme. Omkostningerne ved ikke at behandle de psykiske lidelser overstiger derfor i høj grad omkostningerne ved at behandle, hvorfor det også må være i samfundets bedste interesse at diagnosticere de syge individer, så de kan få den nødvendige hjælp til igen at opnå et funktionsniveau, der er tilstrækkeligt til, at de igen kan indgå i samfundet på samfundets præmisser (se afsnit 6.3.1 – Den psykiatriske udredning og behandling).

Hertil kan en diagnosticering både have positive og negative implikationer på et individplan. På den ene side leder en diagnosticering til en mulighed for behandling (se afsnit 5. og 6.3 – Et strukturelt perspektiv og Normalitet som sundhed), hvortil individet kan lindres i den lidelse, som det oplever. På den anden side kan det også bidrage til en følelse af tilhørsforhold (Hansen, 2001) og en form for psykologisk sikkerhed i en verden præget af foranderlighed (se afsnit 4. – Zygmunt Bauman – Flydende Modernitet). Desuden kan diagnosticeringen ses som en samfundsmæssig anerkendelse af, at man ikke formår at mestre sit miljø, hvorfor det ligeledes kan give individet en potentiel tiltrængt pause fra hverdagens krav, eller i så fald behandling som kan hjælpe det i dets mestring af samme. Det forøgede antal diagnosticeringer kan dermed også forstås med afsæt i menneskets universelle psykologiske behov (se afsnit 7. – individperspektiv). Det kan altså være positivt for individet at få en diagnose. Modsat kan tildelingen af en diagnose, qua sit afsæt i nedsat funktion, siges at repræsenterer et mærkat for at være fejllende i det, der forventes eller det, som er normalt. Derfor kan det også siges at indebære en mere negativ og eventuel stigmatiserende effekt. Til gengæld må flere diagnoser i samfundet og dermed anerkendelsen af psykisk sygdom, som også ses via udrednings- og behandlingsgarantien (afsnit 5.5 – nedslag i lovgivning) ligeledes betyde, at det er blevet mere normalt at være diagnosticeret med psykisk sygdom, hvorfor man ligeledes kan tale ind i en afstigmatisering af psykiske lidelser.

Gennem afhandlingen er der blevet præsenteret argumenter for, at mentale lidelser kan ses som et vilkår i samtiden (se afsnit 4. og 6.1 – Bauman – Flydende modernitet og Normalitet som utopi), hvorfor man kan stille spørgsmålstejn til hvorvidt, der er sket en forskydning i, hvad der anses som normalt og unormalt i samfundet.

8.2.1 Er det unormale blevet normalt eller omvendt?

Som beskrevet i afhandlingen vil 82% af befolkningen gennem deres livstid opleve af modtage en eller anden form for behandling af psykisk lidelse (Psykiatrifonden, 2023). Hvis 82% af befolkningen gennem deres liv oplever at have en form for psykisk lidelse, der kræver behandling, må psykisk lidelse derfor betragtes som normalt snarere end at det er noget, der rammer de færreste. Det bør hertil noteres, at

procenttallet er et udtryk for hele det levede liv, hvorfor sandsynligheden for at opleve lidelse angiveligt vil stige jo længere man har levet.

Psykisk lidelse, i sin grundessens, fylder mere i samtiden (se afsnit 1. Indledning og 5. Et strukturelt perspektiv). Der er øget opmærksomhed på området fra samfundet generelt såvel som politisk i form af blandt andet lovgivning (se afsnit 5. – Et strukturelt perspektiv). Ud fra dette kan der argumenteres for, at samfundet er på vej mod en mere accepterende tilgang til diagnoser. Det vil formodentligt også lede til en øget tolerance overfor psykisk lidelse og diagnosticering både på et samfundsmæssigt – og et individplan, hvorfor det kan tænkes at der i højere grad opsøges flere diagnoser. Når 82% af befolkningen enten forventes at opleve psykisk lidelse eller en form behandling af psykisk lidelse, kan man sætte spørgsmålstejn til, hvorvidt sygdomsbegrebet er ved at miste sin legitimitet? Kan man overhovedet tale om afvigelse, hvis det afvigende bliver normalt i den forstand at størstedelen af samfundet afviger? Kan man betegne et menneske som sygt, hvis det oplever symptomer som de fleste andre?

Definerer man normalitet og dermed også, hvad der forstås som normalt og afvigende i relation til sygdomsbegrebet, ud fra et gennemsnits-perspektiv (se afsnit 6.4 – normalitet som gennemsnit) som Boorse gør det, så må man, på trods af normalfordelingens statiske grænser, alligevel forholde sig til, at den statistiske model hele tiden tilpasser sig den verden, som den afspejler. I realiteten vil det, der betegnes som afvigende være fastsat af grænser, der adskiller det afvigende fra, hvad vi må betragte som normalt. Når vi udvider de diagnostiske rammer for det afvigende, er det dermed også sandsynligt, at vi kan ende med at diagnosticere individer, der inden for gennemsnittets rammer burde kategoriseres som normale (Boorse, 2014). Hertil inddrager de nye manualer nye diagnoser, som beskrives at ligge på grænsen til det normale (se afsnit 6.3.2 – Diagnosemanualernes funktion og udvikling). Flere tilstande, som før er blevet betragtet som normale, kan altså i dag være blevet til en såkaldt unormal og patologisk kategori. Hertil kan der stilles spørgsmålstejn til hvorvidt, det udvidede sygdomsbegreb, er et tegn på en form for menneskelig tilpasning. Når samfundet karakteriseres ved at være mere komplekst, fleksibelt og flydende (se afsnit 4.1 – Fra fast til flydende), vil individet

formodentligt udvise en form for reaktion på dette (se afsnit 6.2.1 – Wakefield – Harmful dysfunction). Man kan derfor også rette en undren mod, hvorvidt en del af den øgede diagnosticering, kan betragtes som naturlige reaktioner på de samtidsmæssige forandringer der er sket - dermed på samtidens tendenser og vilkår. Reaktionernes problematiske afsæt opstår i kraft af de herskende idealerne, og herfor defineres de som diagnoser, der kræver behandling. Når der opleves flere reaktioner hos individet, som af samfundet vurderes problematiske, må diagnosemanualerne følge med. Herfor kan udvidelserne af disse ligeledes repræsentere et billede på den samtid, vi befinder os i. Diagnosemanualerne argumenteres at tage udgangspunkt i samfundsmæssige behov (se afsnit 6.3.2 – Diagnosemanualernes funktion og udvikling), hvorfor behovet for øget fleksibilitet ligeledes må afspejles i manualerne. Udvidelserne af manualerne kan altså også være et tegn på, at vi pt. befinder os i en fase, hvor vi qua den foranderlige verden, som Bauman beskriver, og de medfølgende individuelle reaktioner, også må have et mere fleksibelt diagnosesystem, som kan følge med samtiden. Flere diagnosticeringer leder også til, at flere kan modtage behandling og herfor få det bedre. Spørgsmålet om, hvorvidt det normale er blevet unormalt eller omvendt, kan altså siges at være korrekt i begge tilfælde. Når psykisk lidelse, som ellers betragtes som det afvigende, udvides i en sådan grad at det ikke længere udgør mindretallet, er det argumenter for, at det unormale er blevet mere normalt. Samtidig er der symptomer, lidelser og reaktioner, som før blev betegnet som normale reaktioner, men som nu medtages som diagnoser, hvorfor man også kan argumentere for, at det normale er blevet mere unormalt. Der er altså indikationer på, at samtidens flydende tilstand også har bevæget sig ind i vores normative forståelser af verden, herunder i vores opfattelser af sygdom og sundhed, som generelt er blevet mere flydende og foranderlige entiteter.

Med afsæt i ovenstående, kan man dermed argumentere for, at samfundet er med til både at skabe og definere sygdom ud fra den samtidsskarakteristik som fremlægges af Bauman. Sygdom er den absolutte grundessens i diagnosticeringens koncept. Når vi ser et samfund, der efter afhandlingens argumenter, fører til mere sygdom og vi samtidig udvider vores diagnostiske kategorier til at kunne indfange flere, vil vi dermed også se en øget diagnosticeringstendens i samfundet. Det er samfundet, der,

ud fra normer og krav, definerer, hvad et normalt funktionsniveau må antages at være. Når diagnosticeringsprocessen hertil medtager funktionsniveau i sin vurdering af en eventuel diagnose, må diagnosticering og diagnosekategorierne, som grundlæggende koncept, afspejle den samfundsskabte virkelighed, som det forsøger at beskrive. Sygdom må dermed overordnet ses som en dynamisk entitet, der hele tiden må forstås i relation til den normalitetsopfattelse som gør sig gældende i samfundet.

Hvorvidt den forøgede diagnosticering er problematisk eller ej, kan derfor ses ud fra forskellige vinkler, alt efter hvilket argument, der tages udgangspunkt i. Overordnet peger alle argumenterne dog henimod, at den forøgede diagnosticering kan ses som et udtryk for, at vores samfund generelt er blevet mere flydende og fleksibelt, hvorfor vores sygdoms- og sundhedsbegreber må følge med. Diagnosesystemet og den forøgede diagnosticering kan siges at være et udtryk for, at både individet og samfundet på nuværende tidspunkt befinder sig i en tilpasningsfase til en ny og mere foranderlig verden. Når tingenes tilstand karakteriseres via foranderlighed, vil man ligeledes formode at kunne se foranderlighed i specifikke reaktioner, og hertil foranderlighed i de diagnostiske beskrivelser, og derved også foranderlighed i det diagnostiske billede. Psykiatrien og det diagnostiske system kan herfor ses som et redskab, der via udredning, diagnosticering og behandling af individet kan vedligeholde og bidrage til individets mestring af verden. Imidlertid kan man argumentere for, at individet stadig vil stå tilbage med det overordnede ansvar for sit eget liv og velbefindende, hvilket man kan ses som problematisk.

9. Konklusion

Nærværende afhandling har ud fra en pragmatisk pluralistisk til formål at besvare spørgsmålet: Hvordan kan man forstå den øgede diagnosticering i samtiden? Gennem en flerfacetteret analyse, inddrages forskellige teoretisk-psykologiske perspektiver med henblik på at skabe en helhedsforståelse af fænomenet.

I afhandlingen trækkes der på Zygmunt Baumanns teori om flydende modernitet som samtidsbeskrivelse hvorudfra den øgede diagnosticering skal forstås. If. Bauman er

det moderne samfund præget af konstant foranderlighed, grænseløshed og frigørelse, hvilket medfører en vedvarende usikkerhed og ængstelighed blandt individerne. Denne flydende modernitet betyder, at faste referencepunkter i livet er blevet erstattet af et utal af muligheder og retninger, hvilket tilmed slører grænserne mellem sundhed og sygdom. Samfundets krav om konstant omstillingsparathed lægger et stort pres på individet, hvilket kan føre til øget diagnosticering, som et fast referencepunkt og løsning på denne usikkerhed.

Det strukturelle perspektiv belyser, hvordan politiske og institutionelle rammer påvirker den øgede diagnosticering. Her peges der på, hvordan mental sundhed er kommet på den politiske dagsorden, hvilket har ført til øget opmærksomhed på og ressourcer til udredning, forebyggelse, behandling og livskvalitet. Denne udvikling kan medføre, at flere opsøger psykiatrisk hjælp og får diagnoser på baggrund af de ressourcer det befordrer, hvilket også reflekterer en afstigmatisering af psykisk sygdom. Når samfundet investerer mere i mental sundhed, bliver flere mennesker diagnosticeret som følge af øget adgang til diagnoser og behandling.

Afhandlingen undersøger normalitetsbegrebet gennem fire forskellige perspektiver. Alain Ehrenberg argumenterer for, at samtidens normer og idealer medfører at individet udtrættes i sin efterlevelse af disse, og hertil oplever psykisk lidelse i form af depression. Af den grund bliver handlingslammelse symptom på sygdom, når handlekraft og initiativ er idealet for normalitet. På baggrund af Baumans udlægning af den flydende modernitet, argumenteres der for, at idealernes grænseløse og uopnåelige karakter medfører øget psykisk lidelse.

Jerome Wakefield beskriver, hvordan samfundets stigende krav overstiger menneskers biologiske kapaciteter. På baggrund af Jerome Wakefield beskrives der, hvordan den forøgede diagnosticering kan forstås som et resultat af samfundsmæssige krav, som vores biologiske mekanismer ikke er gearede til at håndtere.

Normalitet som sundhed ser på psykiatriens- og diagnosemanualernes rolle i relation til den øgede diagnosticering. Diagnosemanualer er blevet ændret og udvidet gennem tiden samt mere inkluderende, hvilket betyder, at flere symptomer og lidelser nu kan diagnosticeres som psykisk sygdom. Diagnosesystemerne afspejler dermed

samfundets forventninger og krav til individet, hvoraf de individer, der ikke formår at leve op til disse - i form af opretholdelsen af et tilstrækkeligt funktionsniveau - bliver diagnosticeret med psykisk sygdom. Heraf antages det, at det er blevet sværere at opretholde det funktionsniveau, der kræves af individet i samtiden, hvormed flere diagnosticeres på baggrund af de udvidede diagnosemanualer; jo flere diagnoser der er, jo flere mennesker vil blive diagnosticeret med noget.

Christopher Boorse' biostatistiske model viser, at den øgede diagnosticering ikke blot kan tilskrives befolkningstilvæksten. Stigningen i diagnoser overstiger væksten i befolkningen, hvilket antyder, at mange diagnosticerede individer faktisk er raske if. De biostatistiske standarder. Heraf et argument for, at samtiden er præget af overdiagnosticering af almindelige tilstande og raske mennesker.

Afhandlingen inddrager desuden et individfokuseret perspektiv, der undersøger, hvordan individuelle psykologiske behov og forhold spiller en rolle ift. den øgede diagnosticering. Med udgangspunkt i Maslows behovspyramide, argumenteres der for, at de moderne livsvilkår gør det svært for individer at opfylde deres psykologiske behov, hvilket kan føre til psykopatologi. Diagnoser kan således være udtryk for at samfundsbetingelserne i samtiden er usunde og hæmmer individets potentiale. Desuden kan diagnoserne antages at tilbyde individet mening, orden og en følelse af tilhør, som de ellers ikke finder i den flydende modernitet.

Valget om den pragmatiske og pluralistiske tilgang til at forstå den øgede diagnosticering i samtiden har været frugtbar i den forstand, at den øgede diagnostik er et yderst komplekst fænomen i samtiden, som ikke kan forstås eller belyses fuldstændigt ud fra en teori eller vinkel. Det er tydeligt igennem afhandlingen, at diagnosticering i selv er et fænomen der afhænger af både forståelser af sygdom og sundhed. Da disse størrelser er dynamiske og foranderlige, hvormed der ikke hersker en sand forståelse, af hverken det ene eller det andet fænomen, gør at man må tilgå diagnosticering fra mange vinkler, for at få kompleksiteten af konceptet med. Ligeledes må forståelsen for, hvad diagnosticering er udtryk for, forstås med afsæt i de forskellige udgangspunkter, der er for at forstå normalitet. Normalitet er en flydende størrelse, som kan anskues både ud fra idealer, krav, forventninger, normer, flertal og eller gennemsnit, biologiske anlæg m.m., hvormed disse forståelser vil

være i konstant reference, til noget der er flydende. I den forstand må afhandlingens fremlagte pointer anses som foreløbige bud på en forståelse af den øgede diagnostik i samtiden, som ikke fremlægger en bestemt sandhed og ej heller fremlægger en konklusion, som kan eksisterer uafhængigt af den kontekst den er skabt ud fra. Afhandlingens bud på den øgede diagnostik er midlertidig i den forstand, at den kun er pragmatisk sand, så længe den formår at beskrive de diagnostiske tendenser der ses i samtiden. På baggrund af dette er formålet ikke at komme med en løsning på et problem eller at forudsige noget om fremtiden, men blot at identificere nogle væsentlige faktorer, der har indflydelse på, hvordan vi kan forstå tingenes tilstand lige nu og her.

Samlet konklusion: Samfundet skaber og definerer sygdom

Afhandlingen konkluderer, at samfundet spiller en central rolle i både skabelsen og definitionen af sygdom gennem sine normer og krav, heraf for den øgede diagnosticering i samtiden. Diagnosesystemet reflekterer samfundets dynamiske natur og fungerer som et redskab til at hjælpe individer med at tilpasse sig en konstant foranderlig verden. Men denne udvikling betyder også, at det er blevet sværere at være sund og nemmere at blive betragtet som syg, hvilket fører til, at psykisk lidelse er blevet mere almindeligt. Den øgede diagnosticering kan derfor ses som et forsøg på at løse eventuelt større samfundsmæssige problematikker på et individuelt plan, hvor diagnoser kan give individet en form for åndehul fra en hverdag karakteriseret ved, at der ikke er plads til pauser. Diagnosesystemet og den øgede diagnosticering afspejler således et samfund i tilpasningsfase til en ny og mere foranderlig virkelighed, hvor psykisk lidelse er reglen snarere end undtagelsen. Dog kan afhandlingen ikke fremlægge, hvordan de diagnostiske tendenser vil se ud i fremtiden eller hvilke normalitetsopfattelser og sygdomsbeskrivelser de i den forbindelse må forstås i sammenhæng med.

10. Referenceliste:

- Andersen, S. H., Ladenburg, J. & Dyssegaard, P. S., (2020), *Danskernes mentale sundhed – Udvikling, baggrund og konsekvenser*, Rockwool fonden [278 sider]
- Bacon, M. (2012). *Pragmatism – an introduction*. Polity Press, Cambridge.
- Baldwin, T. (2008) C.I. Lewis. Pragmatism and analysis. In: Beaney, M. (2008) *The Analytic Turn: Analysis in Early Analytic Philosophy and Phenomenology*. Routledge.
- Bauman, Z. & Haugaard, M., (2008), Liquid modernity and power: A dialogue with Zygmunt Bauman , *Journal of Power*, 1:2, 111-130, DOI: 10.1080/17540290802227536 [21 sider]
- Bauman, Z., (2000), *Liquid Modernity*, Polity Press, kap. 1-2 [90 sider]
- Bauman, Z., (2011), *Culture in a Liquid Modern World*, Polity Press, kap. 1+2 [31 sider]
- Berthelsen, A & Mors, O. (2007). *Psykiatrisk Udredning og Diagnostik: PSYKIATRI I ALMEN PRAKSIS*. Månedsskriftet.dk
- Blaxter, M. (1978). Diagnosis as category and process: The case of alcoholism. *Social Science & Medicine. Part A, Medical Sociology*, 12, 9–17. [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(78\)90017-2](https://doi.org/10.1016/0271-7123(78)90017-2)
- Boorse C. (2014). A second rebuttal on health. *The Journal of medicine and philosophy*, 39(6), 683–724. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu035>
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 44 (4):542-573. doi:10.1086/288768
- Brinkmann, S. & Petersen, A., (2015), *Dilemmaer og paradokser i diagnosekulturen & Diagnoser i samtiden: en introduktion*, i: *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*, Forlaget Klim, kap. 15

- Brinkmann, S., (2015), Diagnoser som epistemiske objekter: mellem essentialisme og socialkonstruktionisme, i: Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion, Forlaget Klim, kap. 2 [22 sider]
- Brown, M. J. (2009). Models and perspectives on stage: remarks on Giere's scientific perspectivism. *Studies in History and Philosophy of Science Part A*, 40(2), 213-220.
- Buchhave, J., (2003), Etablering af børne- og ungdomspsykiatri som speciale og Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark (BUP-DK), i: *Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark gennem 50 år. Et jubilæumsskrift*, Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark [12 sider]
- Børne- og undervisningsministeriet (2024) Regler om inklusion,:
<https://www.uvm.dk/folkeskolen/laering-og-laeringsmiljoe/inklusion/regler-om-inklusion>
- Børne- og undervisningsministeriet (2024)
<https://www.uvm.dk/folkeskolen/laering-og-laeringsmiljoe/inklusion/regler-om-inklusion> --> besøgt d. 25/4
- Center for Sundhed Psykiatri (2022), *Analyse af ressourcebehovet i børne- og ungdomspsykiatrien*, Journal-nr.: 22028465 [9 sider]
- Christensen, A. M. R., (2020), *Midt i en mytetid, Hvidbog for børne- og ungepsykiatrien*, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab [30 sider]
- Danmarks Evalueringsinstitut (2023) Undersøgelse af kommunernes pædagogisk-psykologiske rådgivning (PPR) [180 sider]
- Danmarks Statistik (2024) Befolkningstal.
<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/befolkningstal>
 (Besøgt 30-04-2024)
- Dansk psykolog forening (2016). Mental sundhed i Danmark: Forekomst og omkostninger.

<https://www.ft.dk/samling/20151/almudel/SUU/bilag/703/1663090.pdf> - besøgt 20/05

Ehrenberg, A. (2010). *Det udmattede selv : depression og samfund*. (1. udgave.). Informations Forlag.

Ewen, R. B., (2010), *An Introduction to Theories of Personality*, Taylor and Francis Group, Psychology Press, kap. 10 [17 sider]

Goldschmidt, V. V., (2003), Børne- og ungdomspsykiatri og retsvæsenet, i: *Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark gennem 50 år. Et jubilæumsskrift*, Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark [11 sider]

Hansen, J., T, (2001), *Selvet som rettehed - en teori om noget af dét der driver og former menneskeliv*, Forlaget Klim, Kap. 12 + 13(?) [17 sider + ?]

Hansen, N., (2003), Om børne- og ungdomspsykiatriens udvikling uden for København, især i Århus amt, i: *Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark gennem 50 år. Et jubilæumsskrift*, Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark [11 sider]

Hayes, A. (2024). Empirical Rule: Definition, Formula, Example, How it's used. <https://www.investopedia.com/terms/e/empirical-rule.asp> (Tilgået 26-03-2024)

Hendriksen (2006). Vurdering af funktionsevne <https://ugeskriftet.dk/nyhed/vurdering-af-funktionsevne>

Horwitz, A. V. & Wakefield, J.C. (2012) All we have to fear. *Psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders*. Oxford University Press. (319 sider)

Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford University Press

Hvas, L., (2015), Retten til at være rask i en diagnosekultur, i: *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*, Forlaget Klim, kap. 14 [22 sider]

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2024a)

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/depression/depression-en-oversigt/> sidst besøgt 17.05.24

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2024b)

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/symptomer/angst/> - sidst besøgt 17.05.24

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2024c)

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/om-psykiatri/psykiatri/>

Jacobsen, M., H., (2023) Introduction: Zygmunt Bauman's Sociological Thought - Bridging the Twentieth and Twenty-First Centuries. Anthem Press. New York.

Jacobsen, M.H., Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (2015) Videnskabsteori – i statskundskab, sociologi og forvaltning. Hans Reitzels Forlag.

Jeppesen, P., Obel, C., Lund, L., Madsen, K. B., Nielsen, L. & Nordentoft, M., (2020), *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år - Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder*, København: Vidensråd for forebyggelse [361 sider ?]

Jutel, A. (2010). Medically unexplained symptoms and the disease label. *Social Theory & Health*, 8(3), 229–245. <https://doi.org/10.1057/sth.2009.21>

Jutel, A. (2011). *Putting a name to it : diagnosis in contemporary society*. Johns Hopkins University Press.

Jutel, A., & Nettleton, S. (2011). Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities. *Social Science & Medicine* (1982), 73(6), 793–800. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.014>

Kessing, L. V., (2023), Patienthåndbogen, Psykiatri, Sundhed.dk:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/om-psykiatri/psykiatri/> --> besøgt d. 25/4

- Legg, C. & Hookway, C. (2021). Pragmatism. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/entries/pragmatism/>
- Lier, L., (2003), Spædbarnets vej til børnepsykiatrien, i: *Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark gennem 50 år. Et jubilæumsskrift*, Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark [10 sider]
- Ludwig, D. & Ruphy, S. (2021) Scientific pluralism. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2021 Edition), Edward N. Zalta (ed.) <https://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=scientific-pluralism>
- Lund, M. A., (2003), Den antipsykiatriske periode, i: *Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark gennem 50 år. Et jubilæumsskrift*, Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark [7 sider]
- Maslow, A. H., & Mittelmann, B., (1951), *Principles of Abnormal Psychology: The Dynamics of Psychic Illness*, Harper and Brothers Publishers New York, kap. 2 [10 sider]
- Medborgernes menneskerettighedskommission (2024) Psykiatriens historie i Danmark, <https://mmk.info/psykiatriens-historie-i-danmark>
- National Institute of Health (2006) Early Psychiatric Hospitals & Asylums. <https://www.nlm.nih.gov/hmd/diseases/early.html>
- Nielsen, J., (2022), Hver anden psykiatripatient får en ny diagnose, I: ugeskrift for læger --> [Nyt studie: Hver anden psykiatripatient får en ny diagnose | Ugeskriftet.dk](https://www.ugeskriftet.dk/nytt/nytt-studie-hver-anden-psykiatripatient-faar-en-ny-diagnose) (sidst besøgt d. 24/5-24)
- Nordentoft & Vandborg (2017) *Skizofreni – ætiologi*. In: Simonsen & Møhl (2017) Grundbog i Psykiatri. Hans Reitzel.
- OECD/EU (2013). Labour market reforms in Denmark must tackle mental health issues. <https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2019/09/2013OECD-PM-mental-health-DK.pdf> - besøgt 20/05

- OECD/EU (2018). Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU cycle. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Offer, D., Sabshin, M. (1974). *Normality: Theoretical and Clinical Concepts of Mental Health*. Basic Books Inc., New York.
- Peirce, C.S. (1992). Reasoning and the logic of things: the Cambridge conferences lectures of 1898. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. Edited by Kenneth Laine Ketner.
- Petersen, A., (2015), Diagnoser som designet orden: depression i præstationssamfundet, i: Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion, Forlaget Klim, kap. 3 [24 sider]
- Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Holtz, Y. et al., (2019), Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population, JAMA Psychiatry, 2019;76(3):259-270 [12 sider]
- Prytz, M., (2022), Voldsom stigning i diagnoser: Flere børn og unge står udenfor fællesskabet --> Voldsom stigning i diagnoser: Flere børn og unge står udenfor fællesskabet | BUPL (sidst besøgt d. 24/5-24)
- Psykiatrifonden (2023). Forekomst af psykisk sygdom <https://psykiatrifonden.dk/viden/fakta-forskning/tal-fakta-om-psykisk-sygdom-danmark-2023/forekomst-psykisk-sygdom> (sidst besøgt d. 24/24-24)
- Region Hovedstaden (2012) <https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/Nyheder-og-pressemeddelelser/Sider/Hvordan-diagnosticerer-psykiatere-i-virkeligheden.aspx>
- Region Hovedstaden (2024a) <https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/Tvaersektorielt-samarbejde/Samarbejdsaftaler/voksne/behandlingsforloeb/Sider/Henvisning.aspx>

Region Hovedstaden (2024b)

<https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/Center-for-visitation-og-diagnostik/fagperson/Sider/Henvisning-af-voksne.aspx>

Region Hovedstaden (2024c)

<https://www.psykiatri-regionh.dk/psykiatriguiden-hjaelp-til-patienter-og-paaroerende/jeg-er-patient-i-psykiatrien/jeg-er-i-ambulant-behandling/sider/default.aspx>

Region Hovedstaden (2024d)

<https://www.psykiatri-regionh.dk/psykiatriguiden-hjaelp-til-patienter-og-paaroerende/jeg-er-patient-i-psykiatrien/jeg-er-indlagt-/aabent-afsnit/alt-om-indlaeggelse-paa-et-aabent-afsnit/Sider/default.aspx>

Region Hovedstaden (2024e)

<https://www.psykiatri-regionh.dk/psykiatriguiden-hjaelp-til-patienter-og-paaroerende/jeg-er-patient-i-psykiatrien/jeg-er-indlagt-/intensivt-afsnit/alt-om-indlaeggelse-paa-et-intensivt-afsnit/sider/default.aspx>

Region Nord, (2024), Udredning i Børne- og Ungdomspsykiatrien,

www.psykiatri.rn.dk [5 sider]

Retsinformation (2019) Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser, -->

<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9733> (besøgt d. 17/5-24)

Rose, N. (2014). Psykiatri uden grænser? De psykiatriske diagnosers ekspanderende domæne. In Brinkmann, S., *Det diagnosticerede liv: sygdom uden grænser*. (1. udgave.). Klim.

Ryan, M. R & Deci, E. L, (2000), *Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being*, American Psychological Association Vol. 55, No. 1, 68-78 [11 sider]

Social- og Indenrigsministeriets BENCHMARKINGENHED, (2020), *Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser* [77 sider]

Sundhedsdatastyrelsen (2022), Landspatientregisteret pr. 10. april 2022

Sundhedsstyrelsen (2022b). Ambitiøse mål om et markant løft af psykiatrien over de næste 10 år. <https://www.sst.dk/da/nyheder/2022/Ambitioese-maal-om-et-markant-loeft-af-psykiatrien-over-de-naeste-10-aar> - besøgt 20/05

Sundhedsstyrelsen, (2022), Resultater fra rapporterne: Sygdomsbyrden i Danmark 2022 — sygdomme og risikofaktorer. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Sygdomsbyrden-2023/Notat-byrderapport-2023.ashx> - besøgt 20/05

Surís, A., Holliday, R., & North, C. S. (2016). The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.3390/bs6010005>

Sørensen, L. M. & Hein, M. R., (2014), BAGGRUND Sådan blev inklusion et krav i danske skoler, Dr.dk. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/baggrund-saadan-blev-inklusion-et-krav-i-danske-skoler> --> besøgt d. 25/4 [3 sider]

Tetler, S. (2019). Hvor er vi? Hvor er vi på vej hen?: inkluderende læringsmiljøer - i et implementeringsperspektiv. In K. Petersen & J. Hedegaard Hansen (Eds.), *Inklusion og eksklusion: en grundbog*. (1. udgave.) (pp. 29-39). Hans Reitzel. [11 sider]

Thomsen, P. H, (2015), Børne- og ungdomspsykiatriske diagnoser, i: *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*, Forlaget Klim, kap. 6 [26 sider]

Tolstrup, K., (2003), Børnepsykiatrien i Danmark i de første år - med nogle personlige erindringer, i: *Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark gennem 50 år. Et jubilæumsskrift*, Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark [4 sider]

Vansteenkiste, M, Ryan, R. M, & Deci, E. L, (2009), *Self-Determination Theory and the Explanatory Role of Psychological Needs in Human Well-Being*, Capabilities and happiness, Oxford University Press [37 sider]

- Wakefield JC (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol.* 1992;47(3):373-388. doi:10.1037//0003-066x.47.3.373
- Wakefield, J. C., & Conrad, J. A. (2020). Harm as a Necessary Component of the Concept of Medical Disorder: Reply to Muckler and Taylor. *The Journal of medicine and philosophy*, 45(3), 350–370. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa008>
- Waters, C. K., Kellert, S. H., & Longino, H. E. (2006). (Eds). *Scientific Pluralism* (NED-New edition, Vol. 19). University of Minnesota Press.
<http://www.jstor.org/stable/10.5749/j.ctttgnm>. Preface.
- World Health Organization (1992). WHO, History of the development of the ICD. Geneva, World Health Organization, 1992.
- Aarkrog, T., (2003), Ungdomspsykiatriens etablering og faglige udvikling, i: *Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark gennem 50 år. Et jubilæumsskrift*, Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark