



Masteroppgave

SKAL VI BEHANDLE SAMFUND ELLER INDIVID?

En drøftelse af den øgende brug af psykofarmaka
i behandlingen af p-diagnoser

av

Mette Sønderskov

Master i velferdsforvaltning
Avdeling for pedagogikk- og sosialfag
Høgskolen i Lillehammer
Våren 2014



**Høgskolen
i Lillehammer**

Lillehammer University Collège • hil.no

SAMMENDRAG

Det forespejles at halvdelen af befolkningen vil få en psykisk lidelse i løbet af livet, og mentale sundhedsproblemer er derfor en stor udfordring for dagens velfærdssamfund. Flere mennesker får psykiatriske diagnoser, samtidigt som man ser at salget af psykofarmaka er steget drastisk de sidste årtier. Det er en udbredt opfattelse at psykiske lidelser skyldes kemiske ubalancer i hjernen, hvilket også har bidraget til at give medicinbrugen legitimitet. I opgaven drøfter jeg flere andre teoretiske forklaringer på udbredelsen af p-diagnoser, blandt andet ved at fremhæve at udviklingen af psykisk sygdom afhænger af individets mestring af omgivelsernes krav og forventninger. Ved at påpege hvordan strukturelle ændringer har påvirket konteksten, og hvordan dette har betydning for menneskers fortolkning af egen tilstand, drøfter jeg om det er samfund eller individ som skal behandles. Hvis man tager udgangspunkt i at individualiserings- og medikaliseringsprocesser har bidraget til at ændre synet på normalitet, kan man påpege at udbredelsen af psykisk sygdom også skyldes andre faktorer. Det handler blandt andet om ændrede diagnosepraksisser, medicinsk kundskabsudvikling, lægemiddelindustriens økonomiske interesser, tolerance for afvigende adfærd samt politiske og værdimæssige ændringer.

Diagnosticering af psykisk sygdom er et spørgsmål om magt, når bestemte former for adfærd defineres som afvigende og behandlingstrængende, og derfor omhandler diskussionen også hvilke interesser som ligger bag. Hensigten med opgaven er at vise hvordan den øgende brug af psykofarmaka kan forklares som et samspil mellem forskellige kræfter. I dag placeres ansvar og fokus på individet, medens det i andre perspektiver kan argumenteres for at samfundet i sig selv har påvirket udviklingen, og at politiske og økonomiske faktorer kan tillægges en del af ansvaret. For at skabe kollektiv refleksivitet om disse sammenhænge må man have en forståelse for vekselvirkningerne mellem aktør og struktur, og opgaven tilføjer sig i rækken af bidrag i debatten om psykiske lidelser og håndteringen af disse. Ved at benytte kritisk teori som et videnskabsteoretisk bagtæppe, stiller jeg spørgsmål ved hensigtsmæssigheden af at benytte en medicinsk model i forhold til behandlingen af lettere psykiske lidelser, da man kan anvende et kontekstuel perspektiv for at få en mere nuanceret forståelse.

Forskning viser at mentale sundhedsproblemer i større grad forekommer blandt fattige og ressourcetsvage grupper, hvilket kan være et udtryk for at lidelserne har med livsvilkår at gøre.

Ved hjælp af en litteraturgennemgang viser jeg at der er en tendens til at nedtone denne type samfundsmæssige forklaringer, og at skjulte magtstrukturer bidrager til at påvirke opfattelsen af p-diagnoser som individuel sygdom. Dette er problematisk hvis man ikke klarer at rette interventioner mod de egentlige årsager til øget udbredelse af sygdom. Den biomedicinske model risikerer at tilsløre vigtige årsagsmekanismer ved at fokusere på symptomreducing frem for social fungering. I opgaven drøfter jeg også muligheden for frigørelse fra magtstrukturerne, da individualiseringen i sig selv kan medføre at visse grupper i samfundet havner i en afmagtsposition. Det er nødvendigt at fremhæve de konsekvenser samfundsudviklingen og den førende politik har for befolkningens psykiske helse, for at kunne skabe en offentlig debat om sammenhængen mellem ideologi, normer og udviklingen af psykiske lidelser.

**«Det er virkelig ikke påkrevd for et sivilisert menneske å
tåle noe som er ubehagelig»**

Huxley, A. (1982: 181)

INDHOLD

1. FORORD	7
2. INDLEDNING.....	8
2.1 Statistik og udviklingstræk.....	8
2.2 Problemstilling og angrebsvinkel	10
2.3 Opgavens opbygning.....	13
3. PSYKISKE LIDELSER – ÅRSAGER OG BEHANDLING	17
3.1 Individuelle faktorer, tankemønstre og konsekvenser.....	17
3.2 Nedsat arbejds- og funktionsevne – i forhold til hvad?.....	20
3.3 Værdimæssige ændringer i samfundet.....	23
4. MEDIKALISERINGENS DRIVKRÆFTER.....	26
4.1 Medikalisering som et udviklingstræk.....	26
4.2 Et tilbageblik på diagnosticering og behandling	27
4.3 Rettigheder til sundhed	31
4.4 Den moderne mentalitet og selvrealisering.....	33
4.5 P-diagnosernes funktion i samfundssystemet	36
4.6 Mange faktorer påvirker processen	38
5. KRITISK TEORI.....	41
5.1 Videnskabsteoretisk grundlag	41
5.2 Kritiske briller.....	43
6. MAGT- OG INTERESSEANALYSE	46
6.1 Forskellige syn på sindslidende.....	46
6.2 Kundskab og magt	48
6.3 Hvordan virker magten?.....	50
6.4 Det biomedicinske doxafelt.....	52
6.5 Forhandlinger i feltet.....	55
6.6 Tolerance for afvig.....	56

6.7 Risiko og forebyggelse.....	59
7. INDIVID VERSUS SAMFUND	62
7.1 Værdiers forankring	62
7.2 Kritisk refleksion og frigørelse.....	64
7.3 En opsummering	66
7.4 Skal vi behandle samfund eller individ?.....	69
7.5 Et alternativ – inspireret af marxismen.....	72
7.6 Etablering af modmagt.....	75
7.7 Findes der modkræfter?.....	77
7.8 Hvor langt skal udviklingen gå?.....	79
8. KONKLUSION	84
9. REFERENCER	88

1. FORORD

Siden arbejdet med opgaven har fået så central en plads i min bevidsthed, bliver jeg nødt til at forklare lidt om baggrunden for valg af tema. Jeg flyttede til Norge i 2007, og begyndte på bachelor i psykologi på Høgskolen i Lillehammer samme år. Interessen for psykologi er (lige som mange andre) opstået efter en noget turbulent ungdomstid med egne patienterfaringer fra dette felt. Jeg var i udgangspunktet en dygtig skoleelev, men klarede ikke selv at tro på egne ressourcer og droppede ud af videregående skole to gange. En følelse af at aldrig strække til i forhold til krav og forventninger, tror jeg er et hinder for mange mennesker i dagens samfund. Men jeg fik selv erfaret at diagnosticering og behandling med psykofarmaka i hvert fald ikke var nogen god løsning for at rette op på mine nedvurderende tanker om mig selv. Derfor omdrejer denne opgave nogle problemstillinger som jeg har tænkt en del på i eftertiden. Efter fuldført bachelor søgte jeg mig ind på master i velfærdsforvaltning i 2011, men vidste ikke hvad som ventet mig. Mit yngste barn var fire uger gammelt på dette tidspunkt, og jeg var derfor i tvivl om hvorvidt jeg kom til at gennemføre studiet på normeret tid. Efter første samling var motivationen på top, og alle fag og temaer har været utrolig interessante. Denne opgave afslutter derfor også en spændende studietid som har givet mig en masse nyttig kundskab, samt gjort mig endnu mere nysgerrig på at afdække sammenhænge.

Med fuldtidsarbejde og to børn under fire år har opgaveskrivningen taget længere tid end først antaget. Dette kombineret med høje forventninger til egen indsats, har krævet meget energi og bragt en del bekymringer med sig. Jeg har tit og ofte spekuleret over grunden til at jeg presser mig selv så hårdt, og er kommet frem til at svaret er at jeg elsker at fordybe mig i faglitteratur og teori. Jeg ville ikke have klaret denne proces uden min vejleder Rolf Rønning, som har været 100 % tilgængelig for mig i snart to år. Min mand og mine børn har måttet lide, og jeg ved at de glæder sig til at dette er overstået. Tusind tak for al hjælp og støtte!

Tretten, maj 2014.

Mette Sønderskov

2. INDLEDNING

2.1 Statistik og udviklingstræk

Når det gælder forekomsten af psykisk sygdom i Norge er meldingen fra Folkehelseinstituttet at der ikke er holdepunkter for at der har været nogen øgning blandt befolkningen de sidste 15 år (Mykletun & Knudsen 2009). Dette til trods for at man ser en øgning i antal mennesker som tildeles uførepension, er sygemeldte eller modtager behandling på grund af denne type lidelser. Cirka en tredjedel af dem som modtager uførepension har en psykisk lidelse som medicinsk årsag, og denne type lidelser stod bag 20 % af det lægemeldte sygefravær i 2011 (Brage, Nossen, Kann & Thune 2012). Halvdelen af den norske befolkning forventes at få mindst en psykisk lidelse i løbet af livet (Bang Nes & Clench-Aas 2011), og Folkehelseinstituttet har anslået at de samlede samfundsøkonomiske omkostninger for psykiske lidelser beløber sig til mellem 60 og 70 milliarder kr. årligt (Dalgard et al. 2011). Ny statistik fra NAV viser at sygemeldinger knyttet til diagnosegruppen ”lettere psykiske lidelser” er steget med 145 % fra år 2000-2011 (Brage, Nossen, Kann & Thune 2012). Mykletun & Knudsen (2009) påpeger at dette kan være udtryk for at der er sket en ændring i måden samfundet håndterer psykisk sygdom på. Velfærdsstaten har behov for dokumentation og kontrol i forbindelse med ordninger som sygepenge og uførepension, hvilket ofte indebærer krav om medicinske diagnoser for at få udløst social eller økonomisk støtte fra det offentlige hjælpeapparat. Anvendelsen af p-diagnoser kan ifølge Kolstad & Kogstad (2011) være et tegn på at diagnosticeringsmagtens betydning øger for velfærdsstatens fordeling af ressourcer.

At der findes klart afgrænsede sygdomskategorier, som det fremstilles i diagnosesystemet DSM eller ICD, afspejler troen på at psykiatrien er en medicinsk disciplin på lige linje med andre naturvidenskabelige fag. Hvis man tager udgangspunkt i somatisk medicin, handler dette om tilstedeværelsen af sygdom i organismen som hæmmer funktionen (knyttet til fysiologiske organer). Denne definition på sygdom indeholder en antagelse om at der findes bestemte normer for funktion der kan bruges som standard i en objektiv vurdering af om mennesker er friske eller syge. F.eks. defineres let forhøjet blodtryk som blodtryk mellem 140/90 og 160/100, og lægen kan ud fra dette vurdere om en person har brug for blodtryksmedicin eller ikke (Vogt & Roksund 2013, 17. juni). I psykiatrien anvendes ofte

samme syn på sygdom, hvilket ifølge Conrad & Schneider (1992) er problematisk da medicinens autoritet til at definere afvigelser som sygdom kan betragtes som en form for social kontrol. Der foregår en kamp om definitionsmagten i forsøget på at skille mellem normal og afvigende adfærd (sætte standarder), og tendensen går i retning af et stigende antal psykiatriske diagnoser. Antallet er øget med 300 % siden år 1952 (Ekeland 2011b), hvilket resulterer i at stadig flere får indpas i disse kategorier og bliver objekter for medicinsk interesse. Diagnoser medvirker til at redefinere hvad som er ”normalt”, og sammen med en diagnose følger der også ofte en ny selvforståelse og social identitet (Svendsen 2010). Der findes bestemte krav og forventninger i forskellige samfundssystemer, hvor man i dag kan antyde en tendens til øget krav om effektivitet, højere arbejdstempo og frie markedskræfter. I denne kontekst behøver et funktionstab ikke nødvendigvis at være så stort, før det alligevel får en afgørende betydning i forhold til om man f.eks. har en plads i arbejdslivet eller ikke. Konteksten kan medføre at grænsen mellem almindelige livsproblemer og psykisk sygdom bliver flyttet, og som konsekvens af dette bliver livsubehag redefineret og underlagt behandlingstiltag, efterspørgselen efter sundhedstjenester stiger og der skabes afhængighedsrelationer mellem brugerne og velfærdsstatens institutioner (Brinkmann 2010).

At flere livsområder i dag defineres og behandles som medicinske problemer kan være et tegn på udbredte medikaliseringsprocesser (Conrad 2007, Horwitz 2002). Medikaliseringen fører til at menneskelig adfærd og følelser diagnosticeres som ”psykisk sygdom”, og denne proces bliver suppleret med en opfattelse af at sygdommene kan behandles. Psykofarmaka er længe blevet anset som en enkel og effektiv løsning, og man ser at interventionsgrænserne er blevet sænket og at stadig flere bliver sat på medikamentel behandling (Holmen 2000). For eksempel er salget af antidepressiva i Norge blevet syvdoblet fra år 1985-2006 (Sæterdal, Pike, Ringerike & Gjertsen 2007), og nye tal fra lægemiddelregisteret viser at forbruget er steget yderligere de sidste fem år (Legemiddelstatistikk 2012:2). I en kronik i Morgenbladet fremhæver Madsen (2013, 11. januar) ud fra amerikansk statistik at brugen af terapi i psykiatriske konsultationer samtidigt er faldet fra 44 % i 1996 til 29 % i 2004 – til fordel for medikamentel behandling. Forskellige former for terapeutiske interventioner er med andre ord blevet erstattet med kemiske behandlinger (Conrad 2007). Ved at lede efter årsager til sygdom i individet frem for i det sociale miljø bliver politiske, strukturelle og sociale forhold, ifølge Madsen (2010), omdefineret til ”kemiske ubalancer” i hjernen eller til individets psykologiske dispositioner. Dette påvirker måden man behandler disse lidelser på, hvor brugen af psykofarmaka har vundet terræn de sidste årtier.

Lian (2006: 66) giver udtryk for at det medicinske system har ”utviklet seg til å bli en magnet som suger til seg alt i sine omgivelser” – inklusiv sociale problemer som er skabt i andre systemer. Den biomedicinske model har ifølge Ekeland (2011a) fået hegemonisk status når det gælder synet på psykiske lidelser, hvilket kan være problematisk da menneskers subjektive oplevelse af sygdom og sundhed ofte står i modsætningsforhold til de videnskabelige og objektive kriterier for en diagnose (Nordby, Rønning & Tellnes 2011). Ekeland (2011a) hævder at psykiatrien har identificeret sig med en objektontologisk model, hvor psykisk sygdom betragtes som diverse ”fejl” ved individet – det er noget som ligger uden for menneskers kontrol. Det omtvistelige er at psykiatrien studerer følelser, tanker og adfærd, det vil sige fænomener som kun fremstår som meningsfulde indenfor en subjektontologisk model. Derfor er det relevant at studere menneskers fortolkningsprocesser, da dette kan give et indblik i individets forståelse af virkeligheden og hvordan livsverdenen påvirkes af samfundsorganiseringen. Ethvert samfund har til enhver tid sine bestemte forståelser af symptomer og sygdomme, og de kulturelt definerede normer og værdier om normalitet ændres over tid. Fænomener tilskrives forskellig betydning i forskellige kulturelle kontekster eller tidsperioder (Nygren & Øvrelid 2013). Men når halvdelen af befolkningen i dag får en psykisk lidelse, og dermed falder udenfor normaliteten, kan man begynde at stille spørgsmål ved om normaliteten er blevet unormal. Det hegemoniske paradigme risikerer at begrænse forståelsen for årsager og løsningsmodeller, blandt andet ved at den biomedicinske model overser livssituationer og forholdet mellem mennesker og deres omgivelser.

2.2 Problemstilling og angrebsvinkel

I denne opgave vil jeg tage udgangspunkt i problemstillingen: *SKAL VI BEHANDLE SAMFUND ELLER INDIVID? En drøftelse af den øgende brug af psykofarmaka i behandlingen af p-diagnoser.*

Hvorvidt man skal bruge offentlige ressourcer på lægemidler til behandling af lettere psykiske lidelser, har der længe været en debat om. Vilkåret for at få udskrevet antidepressiva er at tilstanden er både langvarig og alvorlig, men som det fremhæves af udvalget i NOU (1997: 7) fremstår alvorlighedskriteriet som uskarpt, da man mangler anerkendte kriterier for at skille disse patienter ud fra andre. Ud fra ovenstående statistik kan det se ud som om at situationen i dag kendetegnes af at der udskrives psykofarmaka til en større del af befolkningen. Dette

handler med andre ord også om velfærdsstatens ansvarsområder, da grundlaget for udskrivelse af medikamenter er politiske beslutninger om hvad staten skal yde, på hvilket niveau og til hvem. Det er, ifølge Vike (2004), politikerne som skal definere grænser og sætte skillet mellem basale og mindre basale behov i forhold til prioriteringer i helsevæsenet. Siden alle tilstande kan forbedres, ser man at velfærdsstatens opgaver ekspanderer – uafhængigt af regerende partikonstellationer. Til trods for drastiske øgninger i sundheds- og socialbudgettet de sidste årtier, forespejles at en stor andel af befolkningen vil få en psykisk lidelse.

Løsningen på problemet kan virke til at hovedsageligt være rettet mod sygdommen hos individet frem for forhold i de sociale omgivelser. Dette er et gennemgangstema i nyere samfundsforskning; at individualismen øger og at de sociale relationer bliver mere instrumentelle (Kuhnle & Ervik 2011). Der er opstået et stærkt bånd mellem individ og stat, hvilket kan føre til at kravet om effektiv medikamentel behandling mod psykiske problemer fæster sig som en rettighed i befolkningen (NOU 1997: 7). Dermed bliver årsager til problemer skjult bag fokuset på ”de syge” og behandlingen af det lidende individ.

Velfærdsstaten har ansvar for at hjælpe de syge, men skjult bag denne omsorg ligger der også visse kontrolfunktioner. Der skilles mellem de veltilpassede borgere, og dem som ikke klarer at leve op til sundhedsnormen ud fra diagnostiske kriterier. Det som er interessant at drøfte er hvor ansvaret for sygdom lægges – om det er individet som skal tage fat i sin egen situation, eller om samfundet i sig selv bidrager til at skabe problemerne og dermed bærer et ansvar for udbredelsen af psykisk sygdom. Uanset er det det medicinske fagfelt som gør det muligt at sætte skillet mellem syge og friske mennesker.

Den ontologiske status p-diagnoser har fået, kan ifølge Brinkmann (2010) føre til at mennesker fortolker sine liv gennem et diagnostisk blik – og på denne måde bliver overoptaget af egen sundhed og sygdom. Rekve (2011, 2. september) fremhæver at de diagnosticerede psykiske lidelser ofte er betinget af værdivalg, livsførelse eller kultur, frem for biologiske syndromer. Ud fra dette kan man argumentere for at det er problematisk udelukkende at anskue udbredelsen af p-diagnoser fra individfokuserede tilnærmelser, da individualiseringen kan usynliggøre og reducere de egentlige mekanismer og årsager til samfundsproblemer (Nygren & Øvrelid 2013). Forskning viser at psykiske lidelser i større grad rammer resourcesvage og socialt udsatte grupper, og dermed kan fremstilles som et resultat af sociale betingelser og livsvilkår (Kolstad 2004). Aarre (2010) fremhæver at det er sjældent patienten har en kemisk ubalance i hjernen – men at livsvilkår næppe kan ændres ved hjælp af diagnostik og psykofarmaka.

Ved at benytte kritisk teori som videnskabsteoretisk bagtæppe for en litteraturgennemgang vil jeg diskutere hvilke konsekvenser individualiseringen kan føre til, ud fra et magt- og interesseperspektiv, samt reflektere over om der findes nogle modkræfter i samfundet. Denne teoretiske position åbner op for at der kan stilles spørgsmålstejn ved forudindtagede sammenhænge f.eks. at psykisk sygdom skyldes biologiske dysfunktioner eller individets psykologiske dispositioner. I forhold til problemstillingen indebærer dette at vise hvordan samspillet mellem forskellige kræfter kan påvirke menneskers forståelse og bidrage til at låse den sociale virkelighed fast. Hvis det ikke er befolkningen i sig selv som er blevet mere syge, kan man drøfte om det i stedet er samfundet som har forandret sig blandt andet som følge af ændrede værdier, normer og selvstyringsidealer. Det er fagligt interessant at finde ud af hvorvidt man kan opnå en bredere kollektiv refleksivitet og bevidsthed omkring den øgende forekomst af psykisk sygdom, samt om de sociale årsager som ligger bag. Dette vil kunne bidrage til en mere nuanceret forståelse af de magtforhold det biomedicinske kundskabssyn, ifølge Ekeland (2011a), repræsenterer – således at der bliver taget højde for flere aspekter, forklaringer og løsningsmodeller i problemforståelsen. En udvidet ontologisk model gør det muligt at drøfte relationen mellem biologiske, psykologiske og sociale forhold (Brante 2006), hvilket er centralt for at kunne sætte lys på hvorvidt det er individet eller samfundet som er behandlingstrængende.

Jeg vil angribe problemstillingen teoretisk, da jeg vurderer at en empirisk undersøgelse ikke vil kunne give samme mængde information om de sammenhænge jeg ønsker at belyse i opgaven. Litteratursøgning efter eksisterende viden om blandt andet årsager til psykiske lidelser, psykiatriens historie, medikalisering, social kontrol og magt danner grundlaget for mine refleksioner. Litteratursøgningen tager afsæt i en personlig nysgerrighed efter at undersøge hvordan de magtforhold, Ekeland (2011a) fremhæver som problematiske, bidrager til at fastlåse vores forståelse af psykiske lidelser som individuel sygdom – og skjuler de strukturelle forhold som kan være en del af forklaringen på udbredelsen af p-diagnoser. Mit udgangspunkt er af denne grund også drevet af et ønske om at tydeliggøre hvordan de sociale omgivelser skaber konteksten for lidende mennesker. Medikaliseringebegrebet blev mit omdrejningspunkt i starten af litteratursøgningen, da jeg fandt ud af at tidligere forskning på dette område kan bidrage til at forklare dagens situation (fokus på objektive forhold, ændrede diagnosepraksisser og indsnævring af normalitetsbegrebet). Undervejs i litteratursøgningsprocessen blev fokus i større grad sat på de bagvedliggende interesser for

medikaliseringen, hvilket inkluderer begreber om magt og afvigskontrol. Min faglige interesse er at undersøge samfundsforholds betydning for individets fortolkningsprocesser, hvilket kræver at man anvender flere forskellige teoretiske forklaringer på udviklingen for at belyse fænomenet både på mikro- og makroniveau. Søgningen efter litteratur viser at der ikke findes gode modeller som medtager begge perspektiver, og at forskning på anvendelsen af psykofarmaka som regel knyttes til forklaringer på individniveau. Derfor vælger jeg at drøfte forholdet mellem individ og samfund, for at komme frem til teoretiske sammenhænge som kan danne grundlag for videre kundskabsudvikling. I slutfasen af arbejdet med opgaven har jeg fået en øgende interesse for om der findes nogle modkræfter, og fik tips fra Rolf Rønning om omorganiseringen af psykiatriske afdelinger til ” terapeutiske samfund”. Da jeg ikke fandt noget om dette ved søg på internettet eller i andre databaser tog jeg kontakt med Tor-Johan Ekeland som gav mig nyttige tips om litteratur og forskning fra 1970’erne.

2.3 Opgavens opbygning

Jeg vælger at besvare problemstillingen med først at redegøre for hvordan ændringer i samfundets organisering kan have ført til at mennesker er blevet mere sårbare og modtagelige over for psykiske lidelser. Dette tager afsæt i en ”epidemiforklaring”, at der faktisk er flere som har denne type lidelser i dag, og jeg vil i kapitel 3 derfor også belyse nogle centrale risiko- og beskyttelsesfaktorer, samt hvordan p-diagnoser behandles. Når flere mennesker får en psykisk lidelse som følge af samfundsændringer, kan individet fremstilles som et offer for de ændrede sociale betingelser. I afsnit 3.2 og 3.3. fremhæver jeg blandt andet arbejdslinjen og værdimæssige ændringer i offentlig sektor som en forklaring på at krav og forventninger til den enkelte har forandret sig de sidste årtier. Det er et centralt velfærdspolitisk mål i Norge at alle får ret og muligheder til medicinsk hjælp, men hvad som betragtes som et sundhedsproblem afhænger af tolkningen af sygdom. Normalitetsforestillinger påvirker måden individets funktionsevne bliver vurderet på, og der findes bestemte opfattelser af hvad det vil sige at være en kompetent samfundsborger, hvor f.eks. arbejds- og præstationsevner er centralt i dag. Mange p-diagnoser kan ikke dækkes med objektive medicinske forklaringer, da denne type lidelser i stedet handler om individets oplevede funktionsevne i det moderne samfund. Selv om lidelsen er skabt af samfundsforhold er det muligt at argumentere for at individbehandling både er legitimt og hensigtsmæssigt, da sygdommen får et individuelt udtryk og fremstår som et faktisk, objektivi fænomen.

Kapitel 4 indeholder en beskrivelse af nogle alternative forklaringer på udbredelsen af p-diagnoser, som tager et andet afsæt end epidemiforklaringen. I dette kapitel vil jeg have som udgangspunkt at dagens situation kan skyldes udbredte medikaliseringsprocesser, hvor flere forskellige drivkræfter står bag. Derfor vil jeg i afsnit 4.2 undersøge hvordan biologiens indtog i psykiatrien har medvirket til en ændret diagnosepraksis, som kan knyttes op mod øget medikalisering da flere mennesker defineres som medicinske objekter. Herunder vil jeg også komme ind på lægemiddelindustriens økonomiske interesser og fastlægenes rolle i diagnosticering og behandling af psykiske lidelser. Jeg vil videre i afsnit 4.3 og 4.4 koble dette op i mod ændringer i den ideologiske værdihorisont, hvor en fremherskende individualisme kan have skabt en større rettighedsbevidsthed samt påvirket dagens selvstyringsideal. Til sidst vil jeg i afsnit 4.5 anvende et mere funktionalistisk perspektiv for at vise hvilken rolle p-diagnoser kan spille for mennesker, og hvordan medikalisering også sker nedenfra. Dette er interessant i forhold til problemstillingen, da det viser kompleksiteten i de drivkræfter som står bag udbredelsen af p-diagnoser og valg af behandlingsform. Kapitel 4 danner baggrunden for en videre diskussion ved at pege på forskellige aktører og interesser som påvirker måden samfundet håndterer psykisk sygdom på.

I kapitel 5 vil jeg gøre rede for kritisk teori som videnskabsteoretisk position, da jeg mener at dette er et aktuelt udgangspunkt for en litteraturgennemgang som forsøger at afsløre magtforhold og ideologiske påvirkninger på menneskers fortolkningsprocesser. Hvis normalitetsgrænserne er blevet indsnævret af diagnosepraksissen, kan man argumentere for at dette i sig selv kan være undertrykkende over for visse grupper. Den biomedicinske kundskabsforståelse af p-diagnoser fremstilles som ”sandheden”, hvilket fordrer en skepsis til udviklingstendensen hvis psykiatrien ikke klarer at hjælpe de lidende (jf. øget udbredelse). Kritisk samfundsforskning har som mål at bidrage til frigørelse (emancipation) fra sociale fastlåsnings, og derfor kan denne indgangsvinkel også være nyttig i diskussionen om eventuelle modkræfter. I afsnit 5.2 vil jeg knytte disse tanker til opgavens tema, for at vise hvordan kritisk teori kan anvendes til at belyse min problemstilling med. Frigørelse inden for denne position handler om at give mennesker en bredere forståelse for et fænomen, hvilket i næste hånd kan bidrage til kollektiv refleksivitet om årsager til undertrykkelse og lidelse.

For at kunne diskutere om det er samfund eller individ som skal behandles er det nødvendigt at få en forklarende forståelse for årsagerne til udviklingen. I kapitel 6 vil jeg derfor starte

med at fremhæve forskellige syn på psykisk sygdom og sindslidende ved at trække veksler på nogle centrale elementer ved psykiatriens historie. Dette danner baggrunden for en magtanalyse, hvor jeg i afsnit 6.2 anvender Foucault til at vise hvordan kundskab og medikalisering kan fungere som en form for social kontrol. En diagnose kan være frigørende for nogen – men den kan også være et magtovergreb. Det er derfor aktuelt at problematisere hvilke funktioner p-diagnoserne har, og hvordan dette påvirker menneskers tolkning af sin psykiske tilstand gennem rådende diskurser. I Foucaults optik er afvigskontrollen central, og når menneskers adfærd fremhæves som problematisk bliver løsningen også behandling af individet. I afsnit 6.4 vil jeg ved hjælp af Bourdieu belyse hvordan samfundsstrukturelle vilkår og doxaforestillinger påvirker individets handlinger. Dette perspektiv kan forklare hvordan mennesker bliver låst fast i en afmagtsposition, men også hvordan forestillingerne bliver reproduceret. Dette leder mig videre til afsnit 6.5 og 6.6 hvor jeg vil drøfte hvordan de skjulte magtstrukturer får legitimitet gennem spillet mellem flere interesseaktører. Kapitel 6 afsluttes med et afsnit om risiko og forebyggelse for at vise hvordan skillet mellem frisk og syg er blevet mere utydeligt.

Hvor vidt det er individet eller samfundet som sættes i fokus har der været en pendling mellem, men de sidste 15 år viser en kraftig øgning i udbredelsen af p-diagnoser, kombineret med øget salg af psykofarmaka. Det politiske klima i Norge er i samme tidsperiode blevet præget af udbredelsen af en nyliberalistisk ideologi, som kan have medvirket til at øge menneskers krav om effektiv medikamentel behandling – også for de plager som ikke tidligere var inkluderet i de psykiatriske diagnoselister. Således kan bestemte rammevilkår i samfundssystemet tvinge individualiserende løsninger frem, og f.eks. forårsage at man vælger kortsigtige, økonomiske strategier. Pendelen mellem individ og samfund afhænger af måden man politisk og teoretisk forstår problemer på, hvor man ud fra en individualistisk forståelse i hovedsag lægger ansvaret og løsningen på individet (medikamentel behandling, terapi etc.). I et mere kontekstuel perspektiv kan man i stedet betragte samfundet som problemskabende i sig selv, hvis f.eks. arbejdslivet stiller for høje krav i forhold til menneskers forudsætninger. Formålet med magt- og interesseanalysen (kapitel 6) er at fremhæve forskellige teoretiske forklaringer på hvorfor udviklingen er gået mod individualisering. Der har været en kontinuerlig diskussion om spændingsforholdet (om det er individet eller samfundet som skal tilpasse sig), og jeg vil derfor afslutte opgaven med en sammenfattende drøftelse angående dette ved at samle trådene fra de forskellige afsnit i opgaven.

I kritisk teoris ånd vil jeg i kapitel 7 også drøfte om der findes mulighed for frigørelse fra eventuelle fastlåsende sociale strukturer, blandt andet ved at benytte Habermas's idé om "den herredømmefrie dialog". Afsnit 7.1 og 7.2 indeholder nogle vurderinger af frigørelsesbegrebet som anvendes i offentlige og politiske diskurser, da det handler om at afdække eventuelle magtinteresser som påvirker menneskers tolkning af samfundets krav i forhold til egne forudsætninger og personlige værdier. Jeg vil videre sætte lys på nogle opfattelser af "det gode samfund". Det er interessant at drøfte hvor stor en del af befolkningen som skal medikaliseres før man retter fokus mod samfundet frem for individet når det gælder behandling af p-diagnoser. I afsnit 7.5 vil jeg vise til et eksempel på en alternativ behandlingspraksis i psykiatrien, som fremhæver vigtigheden af sociale klasseforskelle. Dette leder mig videre til afsnit 7.6 og 7.7, hvor jeg tager afsæt i begrebet empowerment for at reflektere over mulighederne for etablering af modkræfter. Med disse kapitler vil jeg stille spørgsmålstejn ved legitimiteten i dagens håndtering af lettere psykiske lidelser, og ved hjælp af de forskellige forklaringer drøfte pendlingen mellem individ og samfund. Afsnit 7.8 indeholder nogle afsluttende refleksioner om hvor langt udviklingen skal gå før man ser hensigtsmæssigheden ved at bevæge sig mod et mere samfundsrettet perspektiv. Min ambition er at skabe en bredere refleksivitet om de magtforhold og politiske bølger som påvirker måden man anskuer p-diagnoser på, og drøfte nogle alternative problemstillinger som kan være aktuelle at medtage i videre kundskabsudvikling på området.

3. PSYKISKE LIDELSER – ÅRSAGER OG BEHANDLING

3.1 Individuelle faktorer, tankemønstre og konsekvenser

Som tidligere nævnt er psykiske lidelser meget udbredt, og forskning viser at halvdelen af befolkningen vil rammes i løbet af livet. Begrebet ”psykiske lidelser” omfatter både mildere former for depression og angst, samt mere alvorlige tilstande som f.eks. schizofreni, bipolar lidelse og demens. Betegnelsen benyttes når symptombelastningen er så stor at der kan stilles en psykiatrisk diagnose ud fra kriterierne i DSM eller ICD (Dalgard et al. 2011). Et fællestegn ved lidelserne er at de påvirker menneskers tanker, følelser, adfærd og sociale relationer. De mest udbredte former for psykiske lidelser i Norge er angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterede lidelser (specielt alkoholmisbrug og alkoholafhængighed). Mykletun & Knudsen (2009) har studeret forekomsten, og konkluderer med at en fjerdedel af befolkningen vil rammes af en angstlidelse, medens en femtedel vil få en depressionslidelse. Hvorvidt en tilstand er en lidelse afgøres ud fra symptomernes varighed, intensitet og påvirkning på individets daglige funktion. Sammenlignet med de mest almindelige somatiske sygdomme debuterer de fleste psykiske lidelser i relativ ung alder, og de følger ofte et kronisk forløb med spontan bedring efterfulgt af tilbagefald. Forekomsten af angst og depression er højere blandt kvinder, medens forekomsten af rusrelaterede lidelser er højere blandt mænd. De psykiatriske diagnoser er en stor sundheds- og samfundsudfordring, uanset om man måler dette ud fra forekomst, sygdomsomskostninger, sygdomsbelastning, tabte arbejdsår eller udgifter til sygepenge og uførepension. Angst og depression er de vigtigste årsager til arbejdsrelateret uførhed, da det angår et stort antal mennesker, det rammer ofte i ung alder og har en tendens til at være tilbagevendende (Dalgard et al. 2011). Jeg vil derfor i denne opgave lægge ekstra vægt på disse to lidelser når jeg anvender begrebet p-diagnoser.

Udviklingen af psykiske lidelser kan forklares ud fra tre komponenter, nemlig sårbarhed/modstandsdygtighed (resiliens), udløsende hændelser og restituerende. Ifølge Mykletun & Knudsen (2009) er førstnævnte komponent delvis genetisk betinget, medens selve udviklingen af sygdom sker i et komplekst samspil med miljømæssige faktorer. I psykologisk forskning har man længe været optaget af debatten om arv og/eller miljø, specielt for at kortlægge betydningen af menneskers genetiske arveanlæg i forhold til psykiske lidelser. I dag er meldingen at der ikke findes noget ved generne i sig selv der kan øge

risikoen for denne type sygdom. Det handler i stedet om processer i cellekernen omkring DNA som styrer genernes udtryk – og dette er kraftigt påvirket af miljømæssige erfaringer (Fosse 2009). P-diagnoser associeres blandt andet med socioøkonomisk position, arbejdsledighed, samlivsproblemer, social isolation og ensomhed. De vigtigste beskyttelsesfaktorer er individets mestringssevne og social støtte. Forskning viser f.eks. at nære og trygge relationer beskytter individet mod depression (Starrin 2009). En fællesnævner for alle risikofaktorerne er at udviklingen af psykiske lidelser i høj grad afhænger af individets mestringssevne i forhold til omgivelserne og de forskellige situationer han eller hun kommer i. Hvis belastningen bliver for stor kan tilstanden opfylde kriterierne for en p-diagnose. Her kan man også anvende begrebet ”kompetence”, som forenklet kan defineres som ”at være i stand til noget”. Nygren & Øvrelid (2013) fremhæver at netop kompetence til at handle i og på tværs af forskellige kontekster, er en forudsætning for at mennesker kan overleve på et bestemt niveau. Hvis samfundets krav og forventninger ændres, må den menneskelige kompetence ligeledes udvikle sig i takt med dette.

Det at få mennesker til at søge hjælp for sine psykiske plager kan ifølge Mykletun & Knudsen (2009) være en udfordring, da man ser at det er en mindre andel i befolkningen som søger hjælp sammenlignet med antaget forekomst af psykiske lidelser. Dette anvendes som et argument for at der bør gives bedre oplæring til befolkningen i forhold til hvilke symptomer man skal være opmærksom på, og her spiller massemedierne en rolle i formidlingen af information. Man kan f.eks. læse på NRK (Endresen 2013, 28. juni) at mange i dag har psykiske lidelser uden at vide det selv, og Helsedirektoratet har af denne grund udgivet nye retningslinjer for at gøre det lettere at opdage symptomer således at der kan startes et behandlingsforløb. Der er delte meninger om hvorvidt dette er hensigtsmæssigt, da man kan risikere at mennesker bliver overfokuseret på symptomer og sygdom. Rekke (2011, 2. september) forfægter at mennesker udsættes for en form for propaganda om at de fleste er syge og har rettigheder til behandling. Det er alligevel en udbredt opfattelse at mange mennesker slider psykisk, uden at det bliver opdaget eller behandlet. Her dukker en anden udfordring op i forhold til håndteringen af psykiske plager. Man ser en tendens til at friske mennesker overbehandles samtidigt som at syge bliver underbehandlet (Mykletun & Knudsen 2009). De mest brugte behandlinger for psykiske lidelser er i dag psykofarmakologisk behandling (hovedsagligt antidepressiva) og/eller støttesamtaler med fastlægen. Når nogen henvender sig til sin læge med psykiske plager bliver der ofte givet udtryk for ønsket om psykologisk behandling (psykoterapi, kognitiv adfærdsterapi etc.), men dette er som regel

ikke tilgængeligt på grund af tjenesternes organisering og mangelfuld henvisningskapacitet (Mykletun & Knudsen 2009). Der er lange ventelister til psykologbehandling, og de psykiatriske enheder klarer kun at tage imod ca. 20 % af de mennesker som har mentale sundhedsproblemer (Halvorsen & Stjernø 2008). Ifølge Reichborn-Kjennerud & Falkum (2000) er det videnskabeligt bevist at psykoterapi virker. Det vil sige at selv om der findes god behandling for psykiske lidelser, er der udfordringer knyttet til at gøre denne tilgængelig for dem som har mest brug for det (Mykletun & Knudsen 2009).

Både angst og depression har som regel betydelig negativ indvirkning på individets daglige funktion. Hovland (2007) har undersøgt hvilke tankemønstre som er forbundet med disse lidelser ved at tage udgangspunkt i udviklingen af bestemte ikke-bevidste kognitive mønstre (skemaer og overbevisninger), som er en naturlig del af menneskets psykologiske funktion. Stabile tankemønstre gør individet i stand til at tolke omgivelserne meningsfuldt, men de kan samtidigt også medvirke til at opretholde psykiske problemer. I kognitiv terapi forstår man angst som en reaktion på det at forvente og opleve mangelfuld mestring – både i forhold til reelle og fantaserede situationer. Depression forstås som reaktionen på at have oplevet utilstrækkelighed i situationer hvor man ”burde ha vært i stand til å mestre eller endre de faktiske forhold”. Hvis individet bebrejder sig selv for at have fejlet, skabes en vedvarende oplevelse af håbløshed. Svækket mestringsevne er også ofte komplementeret med en tilbøjelighed til at have urealistiske krav og overdrevne standarder som målestok på sig selv, samt med en oplevelse af manglende tilhørighed. Psykoterapeutisk behandling fokuserer på at sætte individet i stand til at ændre disse tankemønstre, ved at give dem værktøj til at håndtere omgivelser og situationer med (Madsen 2010). Det er med andre ord individets kompetence og adfærd som er i fokus, og det handler om at gøre dem i stand til at mestre de krav og forventninger som stilles.

Kolstad & Kogstad (2011) fremhæver at antal mennesker som uførepensioneres på grund af psykiske lidelser er steget drastisk siden slutningen af 1970'erne. I 1977 var tallet 4.315, medens det i 2006 var steget til 101.400 personer. Siden udviklingen af psykiske lidelser i hovedsag er knyttet til individets mestring af omgivelserne er det relevant at belyse hvordan samfundet har ændret sig de sidste årtier. Udbredelsen af psykiske lidelser kan være et tegn på at den individuelle sårbarhed og modstandsdygtighed har ændret sig som følge af samfundsorganiseringen, og at dette blandt andet har skabt en større risiko for at man f.eks. får en oplevelse af manglende tilhørighed og svækket autonomi – hvilket kendetegner det

kognitive perspektiv hos mennesker med angst og depression. Derfor vil jeg starte med at se nærmere på politiske og værdimæssige ændringer, som kan have ført til at mennesker er blevet mere modtagelige for psykisk sygdom. Dette vil jeg knytte op mod mestring af de arbejds- og præstationskrav som stilles til velfærdsstatens samfundsborgere i dag.

3.2 Nedsat arbejds- og funktionsevne – i forhold til hvad?

I løbet af 1980'erne skete der en del ændringer i offentlig sektor, og velfærdsstaten blev udfordret af idéer om effektivisering og økonomisk værdiskabning ud fra en markedspræget ideologi. Fløtten (2007) forklarer dette ud fra at der opstod øgende bekymringer for velfærdspolitikens bærekraft som følge af en international økonomisk krise. Fra den politiske højreside var kritikken mod velfærdsstaten at den indsnævrede individets frihed – medens venstresiden fremhævede statens mislykkethed i forhold til udjævningen af sociale levevilkår. Der er sket et politisk skifte de sidste 25 år hvor fokus i større grad er blevet lagt på menneskers arbejdsformåen og incentivvirkningerne af offentlige ydelser. Omfanget af ydelser og tjenester stiger, men der stilles samtidigt stærkere krav til arbejdsdeltagelse. Ifølge Halvorsen & Stjernø (2008: 41) er det politiske mål at ”maksimere det produktive potentiale hos indbyggerne”. Arbejdslinjen har med dette fået en central plads, også i sundheds- og socialpolitiske spørgsmål.

Kravene til enkeltindividet øger, da modtagelse af ydelser og tjenester også indebærer en regelfæstet medvirkningspligt. Som det fremgår i Folketrygdlovens § 8-8: ”Retten til sykepenger faller bort dersom medlemmet uten rimelig grunn nekter å gi opplysninger eller medvirke til utredning, eller uten rimelig grunn nekter å ta imot tilbud om behandling, rehabilitering, tilrettelegging av arbeid og arbeidsutprøving eller arbeidsrettede tiltak”. Seip (1994) ser dette i sammenheng med utviklingen af en øgende rettighedsbevidsthed i befolkningen, som medvirker til at flytte vægten fra gruppen til individet. Der opstod et behov for at reformulere de forpligtelser folk har over for samfundet, og arbejdslinjen bidrager til at illustrere at der sammen med rettigheder også følger nogle pligter. Man satser med andre ord på en adfærdsændring blandt velfærdsmodtagerne, for at stimulere mennesker til at være længere yrkesaktive og udnytte deres arbejdsevne optimalt (Fløtten 2007). Når velfærdsstaten organiseres ud fra dette princip får arbejde og aktivitet en betydelig plads i menneskers livsverden, og det betragtes af de fleste som en moralsk og religiøs pligt at arbejde og bidrage

til fællesskabet (Ohrem Naper, Van der Wel & Halvorsen 2008). Deltagelse i arbejdslivet er således en almen opfattelse af hvordan man bør leve – og negativ sanktionering ved brud på denne norm anses både som hensigtsmæssigt og acceptabelt af flertallet (Chriss 2007). Det politiske mål om fuld sysselsætning bunder ikke udelukkende i ønsket om at holde de sociale udgifter nede, men også i en tro på den protestantiske kultur. Det er en udbredt opfattelse at deltagelse i arbejdslivet har positive sociale konsekvenser, da det blandt andet giver mennesker mulighed for at bevare den sociale kontakt med andre og bidrager til at øge selvspekten. Arbejdets ”velsignelse” kan af denne grund på den anden side også være en belastning for dem som ikke kan deltage på grund af sygdom. Ifølge Hatland (2011) har princippet bag arbejdslinjen dybe rødder i norsk socialpolitik, og helt siden de første fattiglovene blev indført på 1700-tallet har der været enighed om at det kun er dem som ikke kan forsørge sig selv som har et legitimt krav på offentlige ydelser. Derfor indeholder arbejdslinjepolitikken også elementer af tvang, kontrol og disciplinering, for at kunne forsikre at personer som modtager økonomisk kompensation ved fravær fra arbejdslivet i virkeligheden er berettiget til det. Dette kontrolaspekt ved velfærdsforvaltningen har, som tidligere nævnt, også ført til krav om diagnose for at kunne dokumentere om vilkår er opfyldt f.eks. i forbindelse med modtagelse af sygepenge, arbejdsafklaringspenge eller uførepension.

Ifølge Mæland (2011) er grænsesætningen mellem ”syg” og ”frisk” specielt vanskelig i forhold til psykiske lidelser, blandt andet fordi flere af disse ligger i gråzonen mellem objektive, videnskabeligt anerkendte sygdomme og tilstande som ikke kan betragtes som sygdom. Den biomedicinske model er som nævnt dominerende, og det er lægen som afgør om patientens tilstand kvalificerer for sygemelding. Dette gøres ved at lede efter indikationer på diagnoser, og derefter trække objektive konklusioner ud fra disse fund (Rønning 2011). Diagnoserne fungerer som mærkelapper for at placere en bestemt tilstand ind i den rigtige medicinske kategori ud fra flere forskellige kriterier (varighed, symptomer, ætiologi etc.). Man skiller mellem diagnosen og individets funktionsniveau, da det ikke er en selvfølge at evnen til at arbejde bliver påvirket af den medicinske tilstand. Her kan omgivelsesforhold samt personlige faktorer have en større betydning (jf. risiko- og beskyttelsesfaktorer), og funktionsevnen bliver dermed et udtryk for mere end biomedicinske forhold (Mæland 2011). På samme måde kan funktionsevnen også være nedsat, uden at lægen klarer at stille en specifik diagnose. Disse såkaldte ”grey cases” er ofte problematiske da det kan være svært for lægen at vurdere om en person skal gå på arbejde eller ikke (Tellnes 2011) – men det kan virke til at sygemeldinger bliver brugt i øgende grad. Ny statistik fra NAV viser at flere bliver

sygemeldt på grund af uklare symptomer og plager som f.eks. ”slaphed/træthed” (Brage, Nossen & Thune 2013), hvilket kan være en illustration på at mange ikke oplever at de klarer at leve op til de krav som stilles i arbejdslivet. Det har i denne forbindelse betydning hvorvidt man skal rette opmærksomheden mod arbejdsmarkedets inkluderende evne, eller mod menneskers individuelle sygdomme.

Der er flere som taler for at arbejdslivet er blevet ”brutaliseret” de sidste årtier. Arbejdslivet stiller ændrede krav, f.eks. ved at den fysiske belastning aftager, samtidigt som krav til kundskab, fleksibilitet, tempo og omstillingsvillighed øger. De mennesker som har en uklar diagnose (”grey cases”) er som sagt en mere problematisk gruppe når det gælder vurdering af funktionsevne. Selv om der ikke er klare, objektive forhold som tilsiger at de f.eks. lider af angst eller depression, klarer de ikke at indfri arbejdslivets krav. Bruusgaard (2009) viser hvordan mennesker som tilhører den marginale arbejdskraft, med lavt uddannelsesniveau, ofte er dem som har flest psykiske plager og symptomer (søvnløshed, humørløshed, træthed, angst, ubehag etc.). Ud fra dagens diagnosepraksis kan dette i næste hånd tolkes som sygdom – når det i virkeligheden i stedet kan bunde i oplevelsen af at tilhøre en åbenlys marginal gruppe i forhold til samfundets krav. Dagens medicinske tildelingskriterier kan på denne måde tilsløre de reelle underliggende sociale problemer, og skabe en social sortering baseret på medicinske vurderinger. Lavt uddannelsesniveau, kombineret med arbejdslivets kompetencekrav, kan i sig selv øge sårbarheden for psykiske lidelser (jf. socioøkonomisk position som risikofaktor), og individets oplevede mestringssevne påvirkes af de politiske føringer om arbejde og selvforsørgelse, når dette kombineres med et arbejdsliv der kræver bestemte egenskaber og kompetencer som alle ikke har. Det er ifølge Hatland (2011) veldokumenteret at der er en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og uførepensionering. Det vil sige at visse grupper risikerer at falde uden for arbejdslivet på grund af manglende eller svage ressourcer, og at dette i næste hånd kan blive defineret eller tolket som sygdom.

Statistik giver et vis indtryk af sygeligheden i befolkningen, men der er mange komplekse sammenhænge at tage hensyn til hvis man vil trække nogle konklusioner ud fra foreliggende data. Selv om at man kan pege på flere ændringer i arbejdslivet der kan tænkes at øge menneskers sårbarhed over for psykiske lidelser, er der andre forhold som også kan spille ind. Individualisering er et udviklingstræk som i sig selv kan påvirke måden p-diagnoser anskues på, da individet opfordres til lede efter problemer inden i sig selv frem for i omgivelserne.

3.3 Værdimæssige ændringer i samfundet

Andre strukturelle ændringer mod den moderne samfundsorganisering, som f.eks. urbanisering, massekonsum og kvinders frigørelse, har medført at den traditionelle institutionalisering af menneskelivet i storfamilien og lokalsamfundet er blevet erstattet af en mere individuel levemåde og livsførelse. Dette har givet befolkningen i vestlige lande nye muligheder for at vælge og realisere sig selv gennem bosted, arbejde, uddannelse og nye former for samliv (Madsen 2010). Individet formes ikke længere af socialisering i institutioner, men skal selv vælge sin egen livsstil (Halvorsen & Stjernø 2008). Der er ifølge Madsen (2010) opstået et positivt konnoteret frigørelsesideal, hvor man opfordres til at frigøre sig fra tidligere traditionelle, fastlåsende bånd. Mennesker udsættes på grund af dette for et tab af kollektive meningsstrukturer og fællesskab, som i sig selv kan risikere at skabe en følelse af ensomhed og fremmedgørelse. Ifølge Halvorsen & Stjernø (2008) er samfundet præget af en reflektiv modernitet hvor selvrealisering er kerneværdien, og dette bidrager til at svække de universelle moralske kriterier og forandre solidariteten. Vike (2004: 92) påpeger at velfærdsstaten er blevet et vigtigt redskab for at skabe frihed som individuel uafhængighed, hvor man efterstræber at ”etablere enkeltmenneskets frihed fra potentielt afhængighedsskabende sociale bånd”. Her kan man trække vækkel på Durkheims idéer for at vise hvordan menneskers forståelse af egen livsverden afhænger af samfundet som helhed. Siden den selvforsynende storfamilie er blevet erstattet af et specialiseret arbejdsliv, indrettet mod enkeltpersoner, er samfundsborgerne i praksis blevet stærkt afhængige af hinanden. Men for at sociale bånd skal opstå, må følelsen af afhængighed og oplevelsen af tilhørighed også være til stede (Schultz-Jørgensen 2006). Den individualistiske tidsalder kan således skabe en barriere, når uafhængighed og selvstændighed er stærkt værdsatte værdier i dagens samfund. Da social støtte er en vigtig beskyttelsesfaktor i forhold til psykiske lidelser (Starrin 2009), og oplevelsen af manglende tilhørighed kendetegner kognitive mønstre hos mennesker med angst og depression, er det relevant at fremhæve hvordan de ændrede værdier kan have påvirket menneskers selvfølelse og psykiske tilstand.

Et demokratisk samfund forudsætter i sig selv et fælles sæt med værdier og normer som mennesker og kultur styres ud fra (Bruner 1990). Ifølge Vike (2004) kan velfærdsstaten forklares ud fra en bestemt type moral: I udgangspunktet kræver det at mennesker ofrer sine egeninteresser, og at der findes en fælles opfattelse om at det er en værdi at yde en indsats for fællesskabet. Den ideologiske udvikling i vestlige lande har ført til ændrede værdiopfattelser,

hvor Nafstad, Blakar & Rand-Hendriksen (2009) hævder at etikken om autonomi har fået større indflydelse end etikken om fællesskab. Værdien af solidaritet er blevet erstattet med værdien af frihed som følge af denne udvikling. Det norske velfærdssamfund er bygget op på en idé om at ”vi tager vare på hinanden” (Ringen 2006), og ifølge Hansen & Tjerbo (2003) bygger dette på et kommunitært samfundssyn, hvor borgerne har et fælles ansvar for at ivaretage samfundet man er en del af. Velfærd fra et kommunitært samfundssyn indeholder kollektivistiske værdier om solidaritet, fællesskab og samhørighed, som i vekselvirkning med konteksten har udviklet samfundets institutioner og organiseringen. Ændringer i værdihorisonen kan derfor have afgørende betydning, siden det politiske problemfokus og løsningsalternativer fastlægges ud fra de dominerende værdier (Hellevik 2001). Hvis etikken om autonomi i dag har fået større indflydelse, kan dette med andre ord forklare hvorfor nogle af de miljørelaterede risikofaktorer (social isolation, ensomhed etc.) har fået øget udbredelse i befolkningen som helhed. Individet opfordres til at frigøre sig fra det kollektive fællesskab – selvom social støtte i virkeligheden kunne fungere som en buffer mod psykisk sygdom.

En anden forklaring på øget forekomst af psykiske lidelser kan ifølge Madsen (2010) være, at der er dannet en moderne illusion om at ”alt er muligt” – og at lidelsen opstår på grund af manglende samsvar mellem individets ambitioner og muligheden for at indfri disse. Udbredelsen af p-diagnoser må med andre ord studeres ved at sætte det enkelte menneskes kognitive virksomhed ind i en større sammenhæng, da sociale relationer og følelsen af tilhørighed har afgørende virkninger på menneskers psykiske tilstand (Starrin 2009). Det moderne samfund med nye krav i arbejdslivet, fremherskende individualisering og mindre følelse af tilhørighed til et fællesskab kan være centrale årsagsforklaringer på menneskers øgende sårbarhed over for psykiske plager. Den sociale kontekst gør noget med måden mennesker fortolker sin egen situation på, og kan derfor også bidrage til at skabe flere psykisk lidende i et samfund som kræver mere, eller andre ting, af dets borgere. De politiske, historiske og økonomiske cyklusser kan på denne måde have store indvirkninger på hvordan mennesker tolker sin egen tilstand, både bevidst og ubevidst.

Som jeg har nævnt, er der påpeget adskillige årsager til at flere bliver diagnosticeret med en p-diagnose. Mit perspektiv i denne sammenhæng er måden velfærdsstaten håndterer udbredelsen af lidelserne på. Selv om der f.eks. er klar sammenhæng mellem lav socioøkonomisk status og psykiske plager, anvendes som regel en mere individfokuseret terapeutisk tilnærmelse i problemforståelsen. Hvis man i stedet forstår problemet som effekter

af ændrede værdier og øgende krav om effektivitet og tempo i arbejdslivet får man en bredere forståelse. Ved at tage et kritisk ståsted kan man stille spørgsmål ved hvem det er som definerer grænsen mellem syg og frisk, og om der ligger nogle bestemte interesser bag. Ud fra denne optik bliver det ikke psykisk sygdom, som faktisk fænomen, der studeres – men p-diagnoser mere forstået som sociale konstruktioner. Diagnoser tillægges forskellige meninger i fortolkningen ud fra hvilken teoretisk forståelse som ligger i bund. For at vise dette vil jeg præsentere en alternativ medikaliseringsforklaring på udbredelsen af psykiske lidelser, som peger på at øget diagnosticering handler om en indsnævring af normalitetsbegrebet og en sygeliggørelse af ikke-medicinske problemer.

4. MEDIKALISERINGENS DRIVKRÆFTER

4.1 Medikalisering som et udviklingstræk

”Medikalisering” beskriver en proces hvor ikke-medicinske problemer bliver defineret og behandlet ud fra en medicinsk forståelse. Conrad (2007: 5) forklarer denne proces som ”a problem is defined in medical terms, described using medical language, understood through the adoption of a medical framework, or treated with a medical intervention”. Det starter som regel ved at autoriteter definerer en afvigelse fra normen som uacceptabel eller problematisk, hvilket medfører at det også er et spørgsmål om magt (Rønning 2011). Medikaliseringen kommer blandt andet til udtryk i at almindelige livshændelser og menneskelige følelser, som f.eks. sorg og tristhed, defineres som psykisk lidelse. I følge Horwitz & Wakefield (2007) kan sociale forhold ofte anses som kilden til symptomer, men disse bliver medikaliseret og gjort til individuel sygdom. Medikaliseringen indebærer derfor en individualisering og afpolitisering, siden problemer anskues ud fra den biomedicinske model der leder efter årsager til sygdom i individet frem for i det sociale miljø. Conrad (2007) argumenterer for at denne model har fået hegemonisk status indenfor medicinsk kundskab, hvilket samtidigt har ført til at folk har fået stor tillid til lægevidenskaben og de behandlingsoplæg som foreslås. Medicinens ansvarsområde ekspanderer, både i forhold til kundskaber og arbejdsopgaver, men også i forhold til retten til at definere hvad som skal være sygdom og ikke. Lian (2012a) fremhæver at medikalisering er et typisk træk ved samfundet i dag, men at fænomenet ikke er nyt.

Tidligere forskning på medikalisering har forsøgt at så tvivl om årsags- og virkningsforhold når det gælder psykiske lidelser, men den mest udbredte opfattelse er ifølge Ekeland (2011b) stadig at de objektive forhold har større betydning end de sociale og kontekstuelle forhold. Han fremhæver at der som regel vises til forskning om kemiske ubalancer i hjernen (for eksempel lavt niveau af serotonin), på trods af svag empirisk dokumentation for monoamin-teorien. Det er centralt at vide hvorvidt behandlingen skal rettes mod svigt i kroppen hos individet eller mod dysfunktioner som er skabt af sociale livsbetingelser og samfundsforhold (Kolstad 2004). Så længe depression til eksempel forstås som en kemisk ubalance i hjernen får medikamentbrugen også legitimitet. Brugen af antidepressiva kan for nogen føre til større oplevet kontrol over psykiske smerter, men på den anden side er sorg og tristhed også en

almindelig del af det at være menneske (Horwitz & Wakefield 2007). Mennesker som tidligere blev betragtet som bekymrede, ensomme eller sorgmodige kan relativt let klassificeres som deprimerede ud fra dagens diagnostiske praksis. Brinkmann (2010) benytter begrebet ”patologisering” i betegnelsen af denne type processer – når almindelige menneskelige problemer gøres til en sygdom som kræver medicinsk eller psykoterapeutisk behandling.

Adskillige kritikere af medikalisering har beskæftiget sig med transformationen af hverdagslivets udfordringer til patologier, og hvordan processen blandt andet fører til øget medicinsk social kontrol. Samfundsudviklingen har medført at der i dag er nye pådrivere af medikaliseringsprocesser – heriblandt er de bioteknologiske opdagelser, den farmaceutiske industri og forbrugernes øgende krav centrale bidragsydere til øget medikalisering i dagens samfund (Conrad 2007). Medikalisering er sygeliggørende siden det skaber større afhængighed af sundhedsvæsenet og større efterspørgsel af sundhedstjenester når mennesker selvdefinerer sig som sygdomsofre. Hvis dette er blevet et udviklingstræk, kan man risikere at der skabes en økonomisk skævvridning, når uforholdsmæssigt mange ressourcer bruges på at behandle mennesker for noget som tidligere blev betragtet som almindelige livsproblemer (Brinkmann 2010). Dette kan være problematisk for velfærdssamfundets bærekraft, specielt hvis tjenester og ydelser rettes mod en gruppe mennesker som i udgangspunktet ikke skulle have behov for professionel hjælp eller medicinsk behandling. Mykletun & Knudsen (2009) fremhæver, at der ikke er belæg for at den norske befolkning er blevet mere psykiske syge i løbet af de sidste 15 år. Spørgsmålet er derfor i stedet om medikaliseringsprocesser har påvirket menneskers fortolkning og forståelse af sundhed og psykisk sygdom. For at kunne svare på dette må fænomenet sættes ind i en historisk, kulturel og politisk kontekst, siden dette former de sociale normer om normalitet og ønskelig adfærd.

4.2 Et tilbageblik på diagnosticering og behandling

Haugsgjerd (1970) skiller mellem tre forskellige perspektiver på sindslidelser: Man kan betragte dem som adfærdsforstyrrelser, det vil sige afvigelser fra ”det normale” (grundlagt i sygdomsmodellen), som emotionelle forstyrrelser (grundlagt i psykoanalysen) eller som forstyrrelser i mellemmenneskelige forhold. Hvilket perspektiv som har været dominerende har varieret i forhold til de historiske cyklusser. I psykiatriens historie kan denne kamp om

forståelsesformer illustreres med to centrale aktører, nemlig Kraepelin og Freud. Med udgivelsen af ”Psychiatrie” i 1883 (med flere revisioner frem til 1913) ændrede Kraepelin klassifikationssystemet af psykiske lidelser. Han tog udgangspunkt i den medicinske model, og anså alle psykiske lidelser som fysiske sygdomme med organisk ætiologi. Dette syn blev udfordret efter at Freud præsenterede en teori om det menneskelige sind i 1909, som brød med den medicinske model (Conrad & Schneider 1992). I 1950’erne var psykoanalytisk orienteret terapi den mest brugte behandling ved de fleste psykiske lidelser. Psykoanalysen blev et nyt paradigme for at forstå psykisk sygdom – en alternativ tilnærmelse end den naturvidenskabelige (Hermundstad 1999). Freud bidrog til at skabe et andet syn på menneskers personlighed, blandt andet ved at påpege at mennesker hovedsagligt styres af irrationelle ubevidste kræfter. Hans idéer fik direkte indvirkning på menneskers selvbillede, og psykoanalysen blev et eget kulturelt fænomen (Kringlen 2001). Epistemologisk bidrog Freud med et brud, da han var af den opfattelse at psykiske lidelser skulle forstås ud fra patientens unikke erfaringer dvs. at fokus blev lagt på den syge person frem for selve sygdommen (Ekeland 2011). Man så patienten som et subjekt, i stedet for et objekt for interventioner (Hermundstad 1999).

Tidligere forskning peger ofte på ændrede diagnosepraksisser inden for psykiatrien som en af årsagerne til medikalisering (Horwitz 2002). Den første udgave af diagnosesystemet DSM blev udgivet i 1952, men på denne tid var den psykiatriske behandlingsideologi præget af det psykoanalytiske perspektiv. Man havde en tro på at overgangen mellem normal og syg adfærd var flydende, og at diagnoser af denne grund ikke spillede nogen stor rolle i behandlingen af psykiske lidelser. I slutningen af 1970’erne blev psykiatrien karakteriseret af et kulturskifte, hvor man blev mere optaget af klassifikation og diagnosticering med baggrund i en stigende interesse for empirisk forskning (Kringlen 2001). Ny medicinsk højteknologi og eksplosiv kundskabsudvikling i biologiske fag blev ifølge Ekeland (2011b) en forudsætning for en ”rebiologisering” af psykiatrien, hvor man begyndte at tage afstand fra psykoanalysen. Der opstod et ønske om at anvende videnskabelige data i diagnosticeringen af psykiske lidelser, og den tredje udgave af diagnosesystemet DSM, udgivet i 1980, angav derfor kriterier for både inklusion og eksklusion. Kraepelin havde en forestilling om at psykiske lidelser kan forklares ud fra universelle love, og at sygdommen er et tegn på biologisk betingede fejl. Han blev den mest indflydelsesrige psykiater, specielt i forhold til udviklingen af DSM-III (Kringlen 2001). Horwitz (2002) påpeger at den gamle ætiologiske psykiatri blev erstattet af en ny diagnostisk psykiatri. Tidligere havde man været interesseret i patientens historie og

den sociale kontekst i forståelsen af psykiske lidelsers udtryk og karakter (fokus på årsager). Med udgivelsen af DSM-III blev der skabt et standardiseret klassifikationssystem med beskrivelser af hvilke symptomer, plager og fund som måtte være til stede for at kunne stille en psykiatrisk diagnose (Kringlen 2001). Ifølge Horwitz (2002) får negligeringen af lidelsernes kontekst stor betydning, da psykiatrien ikke længere vurderer hvorvidt et menneskes adfærd og reaktionsmønster er passende eller upassende i en bestemt livssituation. I DSM-III er der i stedet lagt et eksplicit fokus på de biologiske aspekter ud fra symptombilledet, og de psykiske lidelser fremstilles på lige linje med andre somatiske sygdomme.

I den moderne diagnostiske psykiatri er den almindelige medicinske praksis med andre ord blevet et forbillede (Brinkmann 2010). Den første udgave af DSM opererede med 60 diagnostiske kategorier, mens revisionen fra 1994 indeholder 340 psykiatriske diagnoser (Ekeland 2011b). I maj 2013 udkom den nyeste udgave, DSM-V – men ikke uden kritik. Den indeholder blandt andet nye kriterier som gør det lettere at klassificere generthed som social angst, og rummet for ”normal sorg” er blevet indskrænket. Det vil sige at der ikke længere skal lægges lige så stor vægt på omstændighederne omkring et individ ved diagnosticering af depression (Pihlstrøm 2013, 30. maj). Kritikken kommer også fra den amerikanske psykiater, Allen Frances (i Madsen 2013), som selv bidrog til udviklingen af den forrige diagnosemanual i 1990’erne. Han fremhæver at det er problematisk hvis DSM bliver anvendt som Bibelen i psykiatrien, da det hele menneske risikerer at blive reduceret til en ”symptom-checkliste”. Frances viser til en eksplosionsartet udvikling af blandt andet ADHD, hvor der er sket en mangedobling af antal tilfælde efter lanceringen af DSM-IV i 1994. Dette mener han blandt andet skyldes at lægemiddelindustrien har drevet en falsk epidemi frem, for at skabe marked for sine produkter. I et medikaliseringsspektiv er det derfor vigtigt at fremhæve hvordan denne type diagnostiske værktøj i sig selv indsnævrer grænsen for normalitet ved at indlemme flere sygdomme – og ændre kriterierne for at få en diagnose.

Generelt blev neurobiologien på mange måder en videnskabelig kundskabsplatform for den biologisk orienterede psykiatri som igen var opstået, og specielt depression blev underlagt den nye medicinske diskurs. De første antidepressiva, monoaminoxidasehæmmere (MAOI) og tricykliske antidepressiva (TCA), kom på markedet i slutningen af 1950’erne – på en tid hvor depression blev betragtet som en mindre hyppig lidelse. Antidepressiva stimulerer hjernens monoaminer, blandt andet ved at hindre nedbrydningen eller genoptaget af neurotransmittere

(serotonin, noradrenalin og dopamin) i nervecellerne. Ifølge teorien om monoamin er neurotransmitternes funktion nedsat ved depression, og ved at hindre nedbrydningen er der mere monoamin (signalsubstans) til rådighed ved overførelsen af nerveimpulser. Dette kan bidrage til at øge stemningslejet ved depressioner. Med udviklingen af selektive serotonin reoptagshæmmere (SSRI) i 1980'erne skød salget af antidepressiva i vejret. Kringlen (2001) fremhæver at markedsføringen af antidepressiva var interessant, på den måde at det i lige høj grad var markedsføring af nye sygdomme som af medikamenter. I 1990'erne blev antidepressiva markedsført mod flere andre lidelser end depression, som for eksempel angst, social fobi, spiseforstyrrelser og tvangsforstyrrelser. Roksund (2010) beskriver dette fænomen med begrebet "disease mongering", når kommercielle kræfter skaber nye "sygdomme" for at fremme et marked for salg af medikamenter. Lægemiddelindustrien holdt utallige konferencer om psykofarmakas fremragende egenskaber, hvilket samtidigt bidrog til at gøre udbredelsen af disse nye lidelser mere kendt. Ved at overbevise fastlægerne om eksistensen af sygdommene blev de oftere diagnosticeret og behandlet med antidepressiva (Kringlen 2001).

Lægemiddelindustrien har således været en central drivkraft bag medikaliseringen, i kombination med den biologiske tendens i psykiatrien som har påvirket den medicinske diskurs og klassificeringen af psykiske lidelser. Men trods kraftig øgning i salget af antidepressiva de sidste 25 år er der stadig tvivl om medikamenternes effekt. Nyere forskning viser ingen signifikant forskel mellem brugen af antidepressiva og placebo hos mennesker med milde og moderate depressioner. Forskere konkluderer derfor med at der ikke er grund til at anvende denne type medikamenter hos nogen, ud over hos ekstremt deprimerede patienter (Kirsch et al. 2008). Alligevel ser man i dag at antidepressiva ofte benyttes som et standardiseret behandlingsoplæg ud fra det biomedicinske kundskabsgrundlag om depression forårsaget af ubalance i hjernens neurotransmittersystem. Selv om Helsedirektoratets retningslinjer ikke anbefaler antidepressiva som førstevalg ved milde til moderate depressioner, er prævalensraten for medikamentet på 6 % i befolkningen (Kjosavik 2012). I Danmark har man fundet lignende tal, da ny lægemiddelstatistik viser at 8 % af den danske befolkning har købt antidepressiva mindst en gang i 2012. Antidepressiva anvendes stadigvæk ikke kun mod depression, men også mod andre psykiske lidelser som f.eks. angst, social fobi, posttraumatisk stress-syndrom, tvangslidelser og spiseforstyrrelser. Blandt 13-24 årige er der kommet dobbelt så mange nye brugere af medikamentet på de sidste 10 år, og ca. en fjerdedel af alle over 80 år bruger i dag antidepressiva (Statens Serum Institut 2013). Kjosavik (2012) har analyseret brugen af psykofarmaka i perioden 2004-2009, og fundet at fastlægerne spiller

en central rolle siden det er dem som starter behandlingen med antidepressiva i 73 % af tilfældene. På denne måde kan fastlægerne medvirke til at forstærke synet på depression og andre psykiske lidelser som kemiske, biologiske ubalancer og forstyrrelser, ved at starte og vedligeholde behandlingsoplæg med medikamenter. Jeg vil komme nærmere ind på lægernes rolle i mødet med patienten i afsnit 6.5.

4.3 Rettigheder til sundhed

I samme periode som psykiatrien gennemgik en ”rebiologisering” oplevede den vestlige verden en politisk højrebølge som skabte sociale forandringer. Den optimistiske tro på at det var muligt at bekæmpe sygdom og fattigdom blev erstattet med en indsigt i at uanset hvor mange milliarder som spenderes, så kommer man ikke disse problemer til livs. Troen på klasseudjævnende velfærdspolitik sank, og nedskæringer i offentlige budgetter, øgende lønforskelle og reducere af sociale udgifter blev et svar på globaliseringen i et forsøg på at tilpasse sig ny teknologi og markedstænkning (Kringlen 2001). I løbet af 1980’erne blev der sat intensivt fokus på sygefravær, sygemelding og uførepension, da de offentlige udgifter knyttet til sygdom var steget dramatisk. Der blev angivet flere alternative forklaringer på dette: For det første kunne det skyldes demografiske faktorer med en aldrende befolkning og øget indvandring. Det kunne også skyldes at mennesker generelt tolererede mindre svaghed, eller ønskede at udnytte velfærdsordningerne for at slippe at arbejde. En fjerde forklaring gik på at udviklingen af nye lægemidler i sig selv havde skabt et øget pres på sundhedssektoren (Johannisson 2006). I NOU (1997: 7) fremhæves en samfundsbivirkning ved omfattende brug af lægemidler, nemlig at opfattelsen af ”en pille for alt som er ilde” kan forstærkes og øge kravet om enkle løsninger på problemer og bekymringer. Udviklingen indenfor medicinsk kundskab og teknologi giver udvidede muligheder for forebyggelse og behandling af sygdom og lidelser (Lian 2007), men befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet stiger i takt med dette. I rige, vestlige samfund har langvarig økonomisk vækst muliggjort at der kan bruges medicinsk teknologi for stadig mindre alvorlige sygdomme, hvilket også kan være en forklaring på medikaliseringstendenser (Lian 2012a). Med udgivelsen af DSM-III i 1980 blev sygdomsbegrebet udvidet og antal diagnoser steg drastisk. Set i sammenhæng med udbredelsen af nyliberalistisk ideologi, kan dette have påvirket menneskers krav om behandling. Som svar på den øgende udbredelse af p-diagnoser står anvendelsen af psykofarmaka højt, hvilket Askheim (2012) knytter op mod de ideologiske ændringer ved at

henviser til reformbølgen New Public Management (NPM) som har bragt idéer om omkostningseffektivitet og økonomisk værdiskabning med sig. Behandling med antidepressiva giver en hurtigere og mere effektiv gennemstrømning af patienter, sammenlignet med psykoterapi som er langvarende og ressourcekrævende. Antidepressiva er en kortsigtig, økonomisk strategi, og selv om de psykisk lidende ofte efterspørger terapi forårsager organiseringen af tjenester i sundhedsvæsenet at det som regel er medikamentel behandling som bliver anvendt. Ifølge Conrad (2007) er valget i dag hvilken type antidepressiva man ønsker, og ikke om det skal være samtaleterapi eller medicinsk behandling.

Den konkrete politiske baggrund i mange rige vestlige lande hævder Brinkmann (2010) er en velfærdsstat som er i færd med at omforme sig til en konkurrencestat. Politikken i konkurrencestaten er investerende, og menneskers arbejdsformåen bliver sat i fokus når man søger at knytte individet til fællesskabet (jf. arbejdslinjen). En omfattende individualiseringsproces har samtidigt bidraget til at give individet hovedrollen i løsningen af egne problemer (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Der er sket en radikal ændring i forståelsen af sundhed og opfattelsen af nødvendige virkemidler for at forbedre folkesundheden, hvor styrkelsen af enkeltindividet er blevet sat i fokus. Andrews (2003) viser hvordan kontrol over eget liv (inklusive arbejde, bosted, familie etc.) betragtes som nøglen til sundhed, hvilket kan forklares med at kontrol tilfredsstillende et menneskeligt behov for tryghed. Ifølge Brinkmann (2010) er sundhed blevet en overordnet værdi i vestlige samfund, og det at være sund opfattes af mange som "det gode liv" i sig selv. Han påpeger videre at den målrettede sundhedsindsats på individniveau i flere henseender har erstattet det politiske mål om social deltagelse og inklusion, da en sund, driftig og innovativ borger er blevet velfærdsstatens væsentligste aktiv. Dette har samtidigt skabt en hypersensitivitet over for adfærd og egenskaber som truer sundheden, hvilket kan være en forklaring på indsnævringen af grænserne for psykisk normalitet.

Madsen (2010: 25) hævder at nutidens ideal er "det aktivt velgende individ som selv er skaperen af sitt liv og sin identitet". Øget velstand og bedre livsvilkår har ført til et mere individualistisk syn på mål og midler, kombineret med fremvæksten af en større rettighedsbevidsthed i befolkning. Individuelle rettigheder til velfærd påvirker individets relation til det offentlige, da det giver krav til tjenester (Fimreite & Tranvik 2005). Hvis der skabes en udbredt opfattelse af at medikamentel behandling for psykiske lidelser vil kunne

give mennesker højere livskvalitet eller bedre funktionsniveau, vil dette også kunne fæste sig som en ”rettighed” i befolkningen (NOU 1997: 7). Ifølge Svendsen (2006) er ”lykke” ikke længere noget mennesker søger – men er blevet noget man i stedet har ”ret til”, og dermed også krav på hjælp til at opnå ved hjælp af de fremragende teknologiske fremskridt.

Velfærdssystemets principper er, at alt der forbedrer befolkningens livskvalitet skal tilbydes, samtidigt som behandling og omsorg skal være gratis (Thyssen 2010). Staten er forpligtet til at sørge for menneskers sundhed – men hvis sundhed er blevet ensbetydende med lykke kan velfærdsstaten have fået en udvidet forpligtelse. Dermed kan man også risikere at der opstår et gab mellem menneskers forventninger om behandling/støtte fra det offentlige og kapacitetsvæksten i sundhedsvæsenet. Normalitetsgrænsen afhænger af sociale normer og værdier, og det bliver derfor et spørgsmål om hvad mennesker prøver at stræbe efter i bestemte kulturelle kontekster. Hvis lykke og sundhed ikke længere er noget folk efterstræber, men har krav på, bliver relationen til det offentlige ændret.

Sammenfattet kan man sige at samfundet i dag på mange måder fremstår som top-tunet, og at det derfor også stiller andre krav til borgerne. De store strukturelle ændringer har samtidigt ført til en individualisering, og mennesker bliver i højere grad brugt som årsagsforklaring på egen succes eller utilstrækkelighed. Det er med andre ord ikke kun biologiseringen inden for psykiatrien som har medført større fokus på enkeltindividet, men også ændrede værdier i samfundet generelt. Drejningen mod biomedicinske forklaringer på psykiske lidelser kan derimod fungere som ansvarsfraskrivelse for individet, hvilket jeg vil komme nærmere ind på i afsnit 4.5 om diagnosens funktion. Men først vil jeg knytte individbehandlingen yderligere op i mod den kulturelle kontekst, ved at belyse hvordan psy-disciplinerne, psykologi og psykoterapi, har medvirket til at skabe nye selvstyringsidealer.

4.4 Den moderne mentalitet og selvrealisering

Udviklingen inden for psykiatrien har medført at sygdomsbegrebet er blevet udvidet, og den biomedicinske diskurs påvirker måden man forklarer psykiske lidelser på. Diskurs kan defineres som ”et system for dannelsen af udsagn” som er med til at skabe en bestemt forståelse af sociale fænomener (Neumann 1999). Det handler om tankesæt som kan have stor indflydelse på måden mennesker fortolker virkeligheden på, og det er derfor interessant at belyse kontekstens betydning for mennesker forståelseshorisont.

Fugelli & Ingstad (2009) fremhæver ”det moderne” og ”det medicinske” som to hegemoniske, kulturelle sæt med idéer. Det frie individ og troen på fornuft og fremskridt er centrale kendetegn ved den moderne kultur. Det handler om at ”finde sig selv”, specielt ved hjælp af en rationel og naturvidenskabelig baseret tænkemåde. Selvom lægevidenskabens fremskrift og bedre levevilkår har ført til at folkesundheden aldrig har været bedre end den er i dag, opstår det såkaldte ”sundhedens paradoks” fordi enkeltindividet i større grad er optaget af egen sundhed. Jo bedre muligheder som findes for at behandle sygdomme, jo usundere bliver befolkningen (Brinkmann 2010). Som følge af dette øger medicinforbruget og efterspørgselen efter sundhedstjenester. Kroppen betragtes som et objekt som kan formes og kontrolleres gennem livsstilsvalg, hvilket har ført til at begrebet ”risiko” også har fået en afgørende betydning i det moderne samfund (mere om dette i afsnit 6.7). Hellesnes (2004) hævder at sundhed er blevet selve meningen med livet, og sundhedsdyrkelsen (også kaldt ”helsisme”) medfører at menneskers tanker og handlinger rettes mod at maksimere dette. Sundhed gøres til et individuelt projekt hvor ”enhver er sin egen sundhedssmed”, og er dermed et vigtigt element i det moderne menneskes identitet (Fugelli & Ingstad 2009). Samtidigt fører medikaliseringen til at flere aspekter bliver gjort til genstand for medicinsk interesse og behandling. Den kulturelle kontekst påvirker med andre ord menneskers forståelsehorisont, og bidrager til et øget fokus på sundhed og sygdom – samtidigt som individet er fornuftsstyret ud fra videnskabelige tænkemåder, hvor den biomedicinske model sætter fokus på objektive funktionsfejl ved kroppen. Hvis disse fejl kan rettes op ved hjælp af medikamenter, er det måske ikke så overraskende at mennesker vælger denne type enkle løsninger for at opnå bedre helbred og højere funktionsevne.

Ifølge WHO kan sundhed defineres som ”en tilstand af komplet fysisk, mentalt og socialt velvære, og ikke blot fraværet af sygdom eller svageligheder”. Dette sundhedsbegreb er omstridt; Svendsen (2006: 132) pointerer f.eks. at der ud fra definitionen næppe er et eneste menneske som opfylder kriterierne for at være sund. Han fremhæver også at definitionen kan åbne op for medikalisering, da ”det ikke findes et eneste træk ved et menneskes liv som ikke kan sies å være ytterst helserelevant”. På denne måde kan kulturelle opfattelser påvirke menneskers fortolkning ved at skabe en opfattelse af hvad som er ”normalt”. Og siden vi lever i en selvrefleksiv kultur, kan faren for risiko og sygdom i sig selv føre til et større behov for professionel ekspertise.

Madsen (2009) viser hvordan psykologien har været aktivt deltagende i at fremdyrke den kulturelle logik, ved at bygge op under idéen om selvrealisering. Der er opstået en udbredt opfattelse af at mulighederne er uendelige for det frie, fornuftstyrede individ, kombineret med et budskab om at alle mennesker har en pligt til at skabe sig selv. Der må ifølge Durkheim (i Lian 2006) være et rigtigt forhold mellem menneskelige behov og muligheder for at indfri dem – men krav og forventninger øger i takt med stigende velstand. Her påpeger Madsen (2009) at individualiseringsprocesser gør det umuligt at forklare et eventuelt manglende samsvar (mislykkethed) med andet end forhold ved enkeltindividet, så længe psykologien betragter mennesker som kontekstløse væsener. Psykoterapeutisk behandling har hovedvægt på menneskers mestringsstrategier, det vil sige hvordan individet kan sættes i stand til at håndtere omgivelserne (tænke positivt) – og ikke hvordan det kan sættes i stand til at ændre dem. På denne måde kan betydningen af sociale betingelser blive nedtonet, samtidigt som at de individuelle årsager til et problem bliver trukket frem i lyset. Madsen (2010: 63) skriver: ”En størrelse som samfunnet er ikke lenger noe selv må tilpasses, men noe selv må frigjøres fra”. Idealet i nyliberalismen, som politisk styringsstrategi, er at mennesket er autonomt og skal regere sig selv – og det er her Madsen påpeger at psy-disciplinerne har haft en ideologisk og politisk funktion ved at påvirke selvstyringsmekanismerne. Psykologien har udviklet teknologier og redskaber som mennesker kan anvende til at forme sig selv med, for dermed at kunne opnå selvrealisering og frisætte sine potentialer i livet (Brinkmann 2012). Kravet om selvrealisering, i kombination med illusionen om at alt er muligt, kan i følge Madsen (2010) være en årsagsforklaring på udbredelsen af psykiske lidelser, da mennesker får en større byrde lagt på sine skuldre. Disse idéer vil jeg tage med mig videre ind i magt- og interesseanalysen i kapitel 6.

Selv om der åbenbart kan være flere problematiske aspekter ved medikalisering, er det også vigtigt at fremhæve at fænomenet ikke udelukkende er negativt. Det er ikke logisk at betragte folk som ”ofre” for denne type processer, da de fleste mennesker selv bidrager ved f.eks. at efterspørge ny medicinsk teknologi (Lian 2012a). Medikaliseringen har gjort at flere syge får hjælp, og den har også medvirket til at der i dag er mindre stigma knyttet til psykiske lidelser. Derfor vil jeg i næste afsnit benytte et mere funktionalistisk perspektiv på diagnosticering, og belyse p-diagnosers rolle for mennesker ved hjælp af en emotionssociologisk indfaldsvinkel.

4.5 P-diagnosernes funktion i samfundssystemet

Det er ikke tilstrækkeligt at forklare medikaliseringen ved hjælp af ændret diagnose- og behandlingspraksis, lægemiddelindustriens interesser og individualiseringstendensen, da brugerne også selv spiller en central rolle som pådrivere. Psykiatriske diagnoser kan blandt andet tjene en rolle i anerkendelsen af visse grupper ved at knytte mindre skam til psykiske lidelser. Hvis der opstår en udbredt opfattelse af at ”alle” kan få denne type sygdom i løbet af livet, bliver p-diagnoserne i større grad normaliseret. Massemedierne fremstiller f.eks. angst og depression som noget hverdagsligt som de fleste mennesker har risiko for at blive ramt af, og dermed kan det være mindre belastende at få en af disse diagnoser. Stigmatiseringen i forhold til psykiske lidelser er blevet mere ekstensiv, hvilket medfører mindre belastning på enkeltindividet. Hvis en lidelse rammer mange i befolkningen bliver den diagnosticerede mindre marginaliseret – og i tillæg kan vedkommende indlemmes i et fællesskab (Svendsen 2010). Der er ifølge Lihme (2011) opstået et stigende antal patient- og diagnoseforeninger som finder det stigmatiserende ikke at have en diagnose. Derfor er det også relevant at se nærmere på hvad p-diagnoser gør ved menneskers position i samfundet.

Ved at tage udgangspunkt i stemplingsteorien, kan man påpege at adfærd først bliver afvigende i det omgivelserne definerer den til at være det. Ud fra dette perspektiv er psykisk sygdom ikke en egenskab eller en objektiv realitet ved individet, men kan blive stemplet som afvigende gennem andres reaktioner (Månsson 2004). Stemplingsteorien fremhæver med andre ord at afvigelse er et udtryk for sociale konstruktioner – et resultat af definitionsprocesser og sanktionering af adfærd (Jacobsen & Kristiansen 2002), og man må derfor undersøge hvordan positionen som ”psykisk syg” sanktioneres af omgivelserne. Ifølge Conrad & Schneider (1992) har forskning inden for stemplingsteorien hovedsageligt fokuseret på interpersonelle reaktioner, og i mindre grad på de makrosociologiske aspekter. Det som er interessant at undersøge er hvordan ”samfundet” definerer noget som afvigende – hvem det er som definerer, og hvordan de får legitimitet til at gøre det. Dette vil jeg komme nærmere ind på i afsnit 6.6.

I emotionssociologisk optik bliver det centralt at belyse normens udvikling og vedligehold, siden hjælpens omfang og graden af kontrol påvirkes af hvilket syn som er rådende. Det er i denne sammenhæng afgørende hvorvidt individet opfatter sig selv som aktiv samfundsaktør eller som offer for sygdom. Som tidligere nævnt er normalitetsgrænsen blevet

indsnævret af den ændrede diagnosepraksis, hvilket medfører at de fleste mennesker kan anses som potentielt syge. Samfundet er samtidigt præget af en individualistisk tankegang som placerer ansvar og skyld på enkeltindividet, og sygdom kan ud fra dette tolkes som noget skamfuldt. Skam er menneskers ”moralske kompas”; en følelse som hjælper en at styre adfærd efter normer (Scheff & Starrin 2004). Det er i udgangspunktet en naturlig og normal del af det sociale liv, samtidigt som emotionen kan være nedbrydende og ekskluderende (Starrin, Wettergren & Lindgren 2008). Skammen kan have praktiske konsekvenser, da den ifølge Sennett (2001) bidrager til at undergrave gensidig tillid og forpligtelse mellem mennesker, og medfører at mennesker mister handlekraft og initiativ (Starrin 2007). Berg (2012) påpeger at tilbagetrækning er den mest brugte psykologiske strategi over for skam, så hvis psykiske lidelser opleves skamfuldt kan dette have determinerende betydning for den diagnosticeredes selvopfattelse og adfærdsmønster. Tidsepoken påvirker menneskers skamudtryk, og den fremherskende individualisme fører til at man i højere grad i dag selv gøres ansvarlig for hvordan man har det følelsesmæssigt. Hvis man ikke lever op til sundhedsidealet (jf. lykke), og samtidigt selv gøres ansvarlig for sin oplevede psykiske tilstand, er der større risiko for at man tolker situationen som skamfuld og trækker sig tilbage fra sociale relationer.

Den øgende udbredelse af p-diagnoser og medikaliseringen kan på den ene side føre til at flere almindelige livsproblemer, og de medfølgende følelser, tanker og adfærd, bliver stemplet som afvigende – og dermed skabe øget sygelighed i befolkningen. På den anden side bidrager medikaliseringsprocesser også til at reducere omgivelsernes sanktioner over for de lidende, ved at den medicinske model fjerner noget af skammen ved afvigende adfærd. Et eksempel på dette er at man tidligere havde et syn på alkoholikere som ”svage”, ”kriminelle”, ”usamarbejdsvillige”, ”håbløse” etc. I dag er det en udbredt opfattelse at alkoholisme er en sygdom, frem for moralske brist og svagheder ved de mennesker som slider med misbrug. Ifølge Conrad & Schneider (1992) handler det om at der er sket en definitionsforandring, og at dette i næste hånd kan beskytte alkoholikerne mod fordømmelser fra omgivelserne.

Et andet vigtigt aspekt ved medikaliseringens påvirkning på individets rolle er at den biomedicinske diskurs vægtligger objektive fejl og mangler der ligger uden for menneskers kontrol. Det vil sige at når en tilstand betragtes som ”sygdom” fører dette til tab af autonomi (Horwitz 2002), og brugen af medikamenter reducerer ofte mestringsfølelsen yderligere (NOU 1997:7). Dette kan skabe en opfattelse hos de ramte af at man ikke selv kan gøre noget for at ændre på situationen. Der sker en form for ansvarsfraskrivelse, hvor enkeltindividet

ikke tillægges samme grad af skyld og skam når man i stedet defineres som offer for biologiske eller neurologiske defekter. Ved at få en p-diagnose, og indtage en sygerolle, får mennesker en legitim grund til at blive fritaget fra normale pligter og krav som f.eks. arbejde og uddannelse. Diagnosen fungerer på denne måde som kapital i velfærdssamfundet, da den giver adgang til både økonomiske, medicinske og sociale ressourcer fra det offentlige. Ifølge Conrad (2007) er dette en af grundene til at forbrugerne selv er pådrivere af medikaliseringsprocesser, da diagnosen fratager dem noget af ansvaret i et ellers individualiseret samfund. Det bliver af denne grund et vigtigt kort i kampen om velfærd og rettigheder. Det øgende antal patient- og brugerorganisationer kan også fungere som en drivkraft, ved at kæmpe for at gøre diagnoserne til et udbredt og anerkendt problem som velfærdsstaten bør bruge endnu flere ressourcer på at forebygge, diagnosticere og behandle. Så selv om psykiske lidelser kan føre til en vis grad af stigmatisering og skam, bidrager medikaliseringen til at gøre p-diagnoserne mere alment accepteret i befolkningen. Thyssen (2010) argumenterer for at dette er problematisk, siden en normalisering af lidelserne samtidigt fører til et behov for øget indsats på området. Det er ikke et nyt fænomen at mennesker er deprimerede eller stressede – det nye er at tilstandene ledsages af kravet om en diagnose og professionel hjælp.

Diagnosesystemerne tilbyder kategorier som både velfærdsdiskursen og den biomedicinske diskurs anvender når der skal indledes behandling og tildeles offentlige ydelser. Diagnosen har også essentiel betydning for individet, da den giver mulighed for at forklare lidelsen over for omgivelserne. Den kan til og med blive en kilde til en ny social identitet, hvilket jeg vil komme nærmere ind på i afsnit 6.4. Men først vil jeg kort opsummere hvilke drivkræfter som er centrale for medikaliseringen.

4.6 Mange faktorer påvirker processen

Tidligere forskning på medikaliseringsprocesser har fremhævet adskillige faktorer og aktører i forklaringerne. Som jeg har været inde på, sker processerne både nedenfra og ovenfra, og medikalisering er i høj grad præget af kompleksitet. Det er ikke muligt at komme med en entydig forklaring på hvorfor man ser en øgende udbredelse af p-diagnoser, men jeg vil i dette afsnit prøve at sammenfatte det jeg har været inde på. Processerne kan gå i mange retninger og foregå på forskellige niveauer, hvilket litteraturen om medikalisering bærer præg af.

Rebiologiseringen i psykiatrien og det biomedicinske hegemoni medvirker til at angive årsagsforklaringer som ligger inde i individet, og bidrager dermed til at overse de sociale betingelser. Men det er alligevel ikke tilstrækkeligt at anskue medikaliseringen som et resultat af medicinsk fagimperialisme, da dette blot er en del af forklaringen (Hellesnes 2004). De ændrede ideologiske værdier har haft stor indflydelse på hvordan mennesker opfatter sig selv og målet med livet. Idéen om selvrealisering, at identiteten er noget som kan formes, bliver ledsaget af en fremherskende individualisme som lægger ansvaret for sundhed og lykke på individets skuldre. Dette bliver samtidigt komplementeret med en form for kravinflation, skabt af velfærdsstatens ekspansion, som giver mennesker rettigheder til at modtage hjælp på vejen til at ”finde sig selv”. Velfærdsforvaltningen stiller krav om diagnose for at kunne tage beslutninger om rettigheder til ydelser og tjenester, og diagnosen fungerer dermed også som en indgangsbillet til velfærdssamfundet og en vigtig kapital for den lidende.

Selvom det i udgangspunktet er skamfuldt at have en psykisk lidelse har normaliseringen af f.eks. angst og depression ført til at en meget stor andel af befolkningen diagnosticeres.

Her har lægemiddelindustrien en økonomisk interesse i forhold til salg af medikamenter, men også til at skabe nye brugsområder for disse ved at udvikle nye markeder for produkterne.

Fastlægerne påvirkes af den biomedicinske forskning og kundskabsstatus, og er en nøglepersonen i opstart af behandlinger hos hovedandelen af de mennesker som henvender sig til sundhedsvæsenet på grund af psykiske symptomer. Selvom lægerne har en rolle som ”portvogter”, er lægemiddelindustrien flinke til at promotere over for dem (Conrad 2007).

Lægerne opererer samtidigt inden for bestemte rammevilkår, og deres handlingsrum kan være begrænset af organisatoriske forhold som f.eks. tilgang og henvisningskapacitet til behandling og tjenester. Der er med andre ord flere forskellige drivere og interessenter bag medikalisering, og fænomenet består af mange komplekse og modstridende sociale processer.

Man kan pege på to hovedtendenser i forklaringerne, som kan knyttes til ændringer både på samfunds- og individniveau. Samfundet er i en kontinuerlig udviklingsproces, og man ser at der i dag blandt andet stilles andre krav i arbejdslivet, samtidigt som at arbejde har fået en central plads i menneskers bevidsthed. I tillæg har værdimæssige ændringer medført at individet opfordres til selvrealisering og uafhængighed (frigørelse fra sociale bånd), hvilket også betyder at skyld og ansvar i større grad bliver lagt på den enkelte. De mennesker som ikke klarer at følge de udbredte normer, f.eks. på grund af manglende ressourcer, risikerer at blive genstand for medikalisering – og svaret i dagens psykiske helsearbejde er som regel

behandling. Når almindelige livshændelser og problemer bliver defineret og behandlet som noget medicinsk får det flere konsekvenser. Det som bliver mit omdrejningspunkt i denne opgave er spændingsforholdet mellem disse niveauer, da det er aktuelt at drøfte om behandlingen af p-diagnoser skal rettes mod individet eller konteksten. Medikalisering har ifølge Lian (2012a) flere samfundsmæssige implikationer, først og fremmest ved at ændre kulturelle normer og værdier i forhold til sundhed og sygdom. Hun fremhæver at medikalisering påvirker synet på hvad mennesker er, hvad som er det gode liv og hvordan man bør leve. Denne type processer påvirker også tolerancen for forskellighed, samt generelle holdninger til normalitet og afvig. Det kan med andre ord få utilsigtede konsekvenser hvis tendensen til medikalisering fortsætter, men til trods for dette er det sjældent man ser eksempler på demedikalisering. Ved at tage afsæt i at samfundet i dag er påvirket af sammensatte medikaliserings- og individualiseringsprocesser, som samlet set har betydelig indflydelse på både udbredelse og behandling af p-diagnoser, vil jeg i kapitel 6 diskutere om der ligger skjulte magtinteresser bag. Men først vil jeg præsentere en videnskabsteoretisk position jeg mener kan være et nyttigt udgangspunkt i forhold til problemstillingen. Da jeg ønsker at stille spørgsmål ved dagens håndtering af p-diagnoser, er det relevant at indtage et kritisk perspektiv på de etablerede opfattelser. Kritisk samfundsvidenskab har ikke som ambition at komme med konkrete forslag eller svar på hvordan man skal ændre de sociale forhold, men i stedet give inspiration til videre empirisk forskning. Kritisk teori handler om at skabe bevidsthed om fænomeneres politiske karakter, samt reflektere over den sociale virkelighed som tages for givet (Alvesson & Sköldberg 2008).

5. KRITISK TEORI

5.1 Videnskabsteoretisk grundlag

Medikaliseringsdebatten handler blandt andet om hvilken ontologisk model (syn på virkeligheden) der anvendes i forhold til psykiske lidelser. Objektontologien, som Ekeland (2011a) hævder psykiatrien har identificeret sig med, refererer til psykisk sygdom som noget der eksisterer uafhængigt af os (biologiske dysfunktioner, kemiske ubalancer etc.). Den subjektontologiske model derimod tager udgangspunkt i at lidelserne er skabt af mennesker, blandt andet gennem tolkning og bevidsthed, og at de lidendes forhold til verdenen og sig selv dermed er et centralt forskningsfokus. Her går et skille mellem naturvidenskab og samfundsvidenskab, da sidstnævnte ofte har et andet erkendelsesteoretisk grundlag (Ryen 2002). Målet er ikke blot at beskrive universelle empiriske lovmæssigheder, men også de bagvedliggende regelmæssigheder og mønstre. I samfundsvidenskaben er dette både legitimt og hensigtsmæssigt, da man tager afsæt i at denne type strukturer kan påvirke, kontrollere og skabe observerede dele af virkeligheden (Alvesson & Sköldbberg 2008). I videnskaben sættes også et vigtigt skille mellem kausale og intentionelle forklaringer, hvor de førstnævnte får forrang når man forklarer psykisk sygdom som noget medicinsk. Hvis årsager ligger uden for vores kontrol kan dette samtidigt opleves som fritag for ansvar og skyld (både for individ og samfund), hvorimod intentionelle forklaringer fremhæver ansvar som en mulig kategori (Ekeland 2011b). Ved at benytte intentionelle forklaringer i forhold til udbredelsen af p-diagnoser bliver det i stedet muligt at betragte fænomenet som socialt konstrueret – men som følge af det bliver målet ikke kun at forklare, men også at forstå årsager og mening. Intentionelle forklaringer åbner med andre ord op for muligheden til at studere hvilke interesser og magtforhold der ligger bag, hvilket kan give en supplerende forståelse af et fænomen eller et problem.

Det at forstå forbindelsen mellem ydre forhold og menneskers subjektive oplevelser er en af sociologiens nøgleopgaver: Om det er mennesker som skaber samfundsstrukturer eller vice versa. I dag er der bred enighed om at påvirkningen går begge veje, siden mennesker er autonome, intentionelle og aktivt handlende væsener. Lian (2012b: 235) skriver: ”Vi mennesker forholder oss til oss selv, vi fortolker oss selv og vår plass i verden på en måte som gir mening for oss”. Det vil sige at mennesker træffer valg på basis af kundskab, erfaringer, ressourcer, kompetence etc., og at man ikke kun er passive objekter der sker noget med.

Men selv om mennesker er tænkende og handlende subjekter findes der også nogle regelmæssigheder i det moderne samfund, som er forårsaget af organiseringen og institutionaliseringen af regler og normer. Frihedsbegrebet i betydningen ”gør som du vil” blev affejet af Aristoteles allerede for 2500 år siden, da samfundsorganiseringen danner et rammeværk som forhindrer individet i at være ”frit” ud fra denne definition. Frihed handler i stedet om valgfrihed og autonomi – det vil sige muligheden for at vælge det liv man ønsker. Dette kræver at mennesker reflekterer over, hvad man selv mener er ”det gode liv” (Ringen 2008).

Vekselvirkningen mellem aktør og struktur kan beskrives som en kontinuerlig dialektisk proces, bestående af tre elementer. For det første bidrager mennesker selv til at skabe kulturelle produkter gennem ”eksternalisering” (f.eks. idéen om at en bestemt type adfærd skyldes psykisk sygdom), og disse menneskeskabte strukturer fremstår med tiden som objektive realiteter der tages for givet. Dette sker gennem ”objektivering”, hvor omstændighederne kommer til at fremstå som noget alment accepteret og noget som ikke kan påvirkes. Gennem ”internalisering” (socialisering) lærer vi at gøre den objektiverede verden til vores egen, således at samfundets krav og forventninger bliver dem vi også stiller til os selv (Lian 2012b). Af dette følger det at det ikke er tilstrækkeligt at undersøge menneskers motiver og værdier, da dette påvirkes af mange andre forhold udenfor individets kognitive virksomhed. Der er med andre ord usynlige ”kræfter” som kan have indflydelse på tankevirksomheden og menneskers forståelse af verdenen. Modsat kan man også argumentere for at når virkeligheden er socialt konstrueret af menneskelige handlinger, kan den også ændres af menneskelige handlinger (Conrad & Schneider 1992).

Ved hjælp af en kritisk (atletisk), hermeneutisk tilnærmelse kan man sætte menneskers kognitive fortolkninger ind i en kontekst, og dermed opnå en mere forklarende forståelse for årsagerne til tolkningsprocesserne (Alvesson & Sköldbberg 2008). Dette er afgørende siden indholdet i mening og forståelse bliver bestemt ud fra historisk situerede former for social rationalitet (Rush 2004), og siden menneskers forståelse får praktisk betydning ved at påvirke fremtidig adfærd. Menneskers forståelse af virkeligheden udvikles kontinuerlig, og danner grundlaget for selvreflektion. Det vil sige at en dybere forståelse ideelt set skal føre til at individet kritisk kan reflektere over egen forståelseshorisont og ændre denne ud fra nye kundskaber og erfaringer (Alvesson & Sköldbberg 2008). Udbredelsen af psykiske lidelser handler ud fra en hermeneutisk tilnærmelse blandt andet om menneskers fortolkning af egen

mestringsevne i forhold til de individuelle og samfundsmæssige krav der stilles (Ekeland 2011b), hvilket fordrer at man både medtager aktør- og strukturperspektivet i diskussionen. Man kan gøre et tankeeksperiment her: Hvis man tænker at udbredelsen af psykiske lidelser kan skyldes ”ubevidste”, samfundsskabte værdier, er det først og fremmest aktuelt at undersøge hvordan disse bliver skabt og påvirket – specielt hvis værdierne videre medfører at mennesker stræber efter noget de ikke selv er bevidste på, og bliver syge af dette. En kritisk hermeneutik indebærer således ”en teoretisk rekonstruktion med normative intentioner” (Lysaker 2005: 113). Man må sætte de videnskabelige forklaringer ind i en historisk og politisk kontekst, for at kunne afdække påvirkningerne fra de styrende samfundsideologier på menneskers fortolkning og værdier. Det som er specielt med kritisk teori er at man kan anvende tanker fra denne videnskabelige position til at forsøge at gå et skridt videre; og diskutere potentialet for frigørelse fra eventuelle magtforhold.

5.2 Kritiske briller

Kritisk teori er en teoretisk position som benytter hermeneutisk tolkning til at vise hvordan asymmetriske magtrelationer kan påvirke menneskers forståelse og bidrage til at låse den sociale virkelighed fast. Ved at benytte mistankens hermeneutik til at sætte lys på ideologier og magtforhold som f.eks. bidrager til at øget medikalisering, kan udbredelsen af psykisk sygdom linkes til sociale og politiske forhold som er determinerende for menneskers bevidsthed og selvforståelse. Ambitionen til kritisk teori er at præge den fremtidige forskning ved at sætte spørgsmålstejn ved det som er forudindtaget. Derfor må man både forsøge at fortolke menneskers forståelse af verden – samt hvad der skaber og påvirker fortolkningsfællesskabet (Alvesson & Sköldberg 2008). Det er f.eks. nødvendigt at udvikle en kritisk bevidsthed om hvad medikaliseringen indebærer og hvilke konsekvenser det får.

Mange teoretikere indenfor kritisk teori er præget af en vis kulturpessimisme, mens andre ser muligheden for at frigøre mennesker fra de magtforhold og ideologier som er repressive. Udgangspunktet er at kundskab på flere niveauer i sig selv kan bidrage til emancipation (frigørelse) ved at udvide menneskers forståelse for et fænomen og skabe kollektiv refleksivitet. Man må undersøge hvordan komplekse sociale forhold påvirker individets kognitive mekanismer, ved at sætte hermeneutikken ind i en kontekst. Ifølge Alvesson & Sköldberg (2008) er målet at skabe flere og mere nuancerede offentlige debatter ved at frigøre

mennesker fra gældende opfattelser og tanker om verdenen. På denne måde kan man opnå emancipation fra socialt accepteret kundskab man mistænker, er ”usand” (jf. biomedicinens hegemoni). Kritisk teori indebærer således en ”trippelhermeneutik” der stækker sig ud over tolkningen af tolkende mennesker. Det handler i stedet om at tolke de processer som påvirker de tolkendes måde at tolke på. Dette kan være en nyttig indgangsvinkel til en teoretisk diskussion om hvorvidt det er individet eller samfundet som skal behandles, siden den kritiske forskning sætter lys på kontekstens betydning for menneskers selvforståelse – inklusiv ubevidste processer, magtforhold og dominerende ideologier.

Jeg vil i denne opgave anvende ”kritiske briller” til at problematisere dagens håndtering af psykiske lidelser med. I følge Alvesson & Sköldbberg (2008: 331) kræver dette minimum tre typer teorier: ”En hermeneutisk förståelse av språk och mening, en socialteori om samhället som totalitet och en teori om det omedvetna”. For at undgå subjektivism, at min kritiske agenda påvirker retningen i for stor grad, vælger jeg at præsentere flere alternative perspektiver og vægtligge nødvendigheden af kritisk selvreflektion ved at tænke dialektisk. I stedet for at udelukkende studere udbredelsen af p-diagnoser som et tegn på faktisk sygdom i befolkningen, kan man for eksempel betragte det som et udtryk for ændrede selvstyringsidealer der har påvirket den subjektive mening bag sygdomsbegrebet. Madsen (2010: 185) skriver at: ”Depresjonen er blitt den nye folkesykdommen fordi mennesket må leve med illusjonen om at alt potensielt er mulig”. Man kan ud fra dette argumentere for at velfærdsstatens fremvækst kan have medvirket til udbredelsen af psykiske lidelser, siden menneskers tolkning af egen sundhed påvirkes af de sociale normer. Durkheims sociologi er et relevant udgangspunkt for at belyse hvordan menneskers forståelse af egen livsverden afhænger af samfundets fællesressourcer (Ringen 2008), og hvordan samfundet dermed fremstår som en totalitet. Der må være en balance mellem menneskelige behov og mulighederne for at indfri dem, og på denne måde kan krav om vellykkethed og succes ifølge Lian (2006) skabe depression. Krav og forventninger øger i takt med stigende velstand, hvilket kan være en forklaring på at mennesker opfatter sit eget helbred som dårligere i dagens velfærdssamfund. I Durkheims klassiker ”Selvmordet” (Durkheim, Østerberg & Roll 2001) fremhæves at individets oplevelser og erfaringer genspejler den sociale stemning og dermed er et ekko af samfundstilstanden.

For at bevare en dialektisk tilgang til udbredelsen af psykiske lidelser vil jeg i opgaven både fremhæve en epidemiforklaring (kapitel 3), som påpeger at der er flere som lider af psykiske

sygdomme i dag, blandt andet fordi at samfundet har ændret sig (højere krav til funktion og effektivitet i arbejdslivet etc.), kombineret med at mennesker er blevet mere sårbare og modtagelige for sygdomme. Ved siden af dette fremhæver jeg en alternativ medikaliseringsforklaring (kapitel 4), der i stedet omhandler de ændrede diagnosepraksisser og indsnævringen af normalitetsbegrebet, da dette i sig selv kan påvirke menneskers fortolkning og selvforståelse.

Kritisk teori, som teoretisk position, åbner op for diskussion om denne type komplekse sammenhænge. Ved at indtage en hermeneutisk forståelse af sprog og mening vil jeg videre drøfte den biomedicinske diskurs og den individfokuserede behandling ved hjælp af begreber om magt og kontrol. På denne måde kan man belyse hvordan definitionen af sygdom og afvigelse er en forudsætning for kundskab og magt, ved at påvirke folks selvopfattelse og handlinger samt skabe nye ubevidste selvstyringsidealer. Ved at betragte psykiske lidelser ud fra et andet lys, som tager afstand fra det dominerende objektontologiske perspektiv med individet i centrum, kan man i stedet sætte fokus på samfundet – og spændingsforholdet mellem individ og samfund. Hvis det er sådan at menneskers psykologiske processer bliver kraftigt påvirket af faktorer udefra, er det også afgørende at studere konteksten for at få en bredere forståelse af fortolkningsprocesserne som kan skabe sygdom. For at anvende angst og depression som eksempel, handler disse lidelser som tidligere nævnt om ubevidste tankemønstre som får negativ indvirkning på menneskers fortolkning af egen værdi og mestringsfølelse i forhold til omgivelserne. Spørgsmålet bliver da hvad som skaber samfundssystemets krav og forventninger, og om der ligger nogle skjulte magtinteresser bag.

I næste kapitel vil jeg undersøge dette ved at tage udgangspunkt i en central magtteoretiker, nemlig Foucault. Ifølge Nygren & Øvrelid (2013) handler kritisk forskning om at afdække hvilke værdier og ideologier som er indbygget i mål og midler. F.eks. må man stille spørgsmål ved om samfundet i sig selv virker disciplinerende – og i så fald hvem som definerer normer og regler. Jeg vil anvende teorier om magt til at drøfte hvordan medikaliseringsprocesser kan virke som en form for social kontrol ved at styre individet i ønsket retning. Men først vil jeg tage et mere kritisk blik på udviklingen i psykiatriens historie og synet på de psykisk lidende.

6. MAGT- OG INTERESSEANALYSE

6.1 Forskellige syn på sindslidende

For at skabe kritisk refleksion over psykiatriens samfundsmæssige funktion, må man have kendskab om historien (Hermundstad 1999). Foucault har i ”Galskabens Historie” (Foucault & Sandmo 2000) beskrevet hvordan sindslidende er blevet behandlet op igennem tiderne. Specielt peger han på hvordan almenhospitalet, som blev oprettet over hele Frankrig i løbet af 1600-tallet, ikke var medicinske institutioner men halvjuridiske systemer. Få år efter oprettelsen af almenhospitalet i Paris huset det ca. 1 % af befolkningen, og Foucault stiller spørgsmål ved hvilken virkelighed denne del af befolkningen repræsenterede. Han fremhæver at der havde udviklet sig en social følsomhed som kunne skille en bestemt gruppe mennesker ud som skulle placeres på interneringshus. Ifølge Foucault blev interneringen af fattige, arbejdsløse og uopdragne ungdom i denne periode tillagt en medicinsk betydning, da man ”som filantroper foretrekker å tolke fordømmelse av lediggang som omsorg for de syke” (Foucault & Sandmo 2000: 55). Almenhospitalet havde ingen medicinsk funktion eller behandling. Det handlede ifølge Foucault (2005) i stedet om opbevaring af de mennesker der ikke kan eller får lov til at være en del af samfundet. Almenhospitalet optrådte som en hjælpeforanstaltning, men havde i virkeligheden som opgave at hindre fattigdom og tiggeri (roden til uorden). Man anså at de internerede havde ”forstyrrelser” i forhold til fornuftens, moralens og samfundets orden.

På slutningen af 1700-tallet begyndte man at oprette asyler (psykiatriske institutioner) på isolerede, landlige steder, og fremvæksten af disse bliver ofte fulgt af forestillinger om at man endelig erkendte og behandlede galskaben i pagt med sandheden (en frigørelse og behandling af de syge). Hermundstad (1999) beskriver hvordan psykiatrien blev skabt som følge af renæssancens humanisme – ideen om at de syge skulle have omsorg og behandling. Lægerne fik legitimitet fra den medicinske sygdomsmodel, og der var opstået en tro på at psykiatriske sygdomme er kropslige og kan helbredes. I udgangspunktet var det tænkt at asylerne var til kortvarige behandlingsophold, men det skulle vise sig ikke at blive tilfældet. Der blev gjort utallige forsøg på forskellige somatiske behandlingsmetoder (f.eks. blodtransfusion, hydroterapi, amputering af kropsdele, insulinchok m.m.), men resultaterne udeblev. I stedet blev moralske behandlingsformer (kaldt ergoterapi) udbredt, da man forestillede sig at arbejde

kan få de lidende til at kanalisere sin energi ind i ”sunde” tankemønstre, og af denne grund ønskede man at opdrage patienterne til selvdisciplin og udholdenhed. Dette kunne ifølge Haugsgjerd (1970) f.eks. foregå ved at påskønne de syges adfærd når denne var adekvat, normal og rigtig (arbejde, udvise manerer, spise med kniv og gaffel etc.).

Foucault stiller sig kritisk til fremvæksten af asylerne, da han i stedet mener det handlede om at man ville undgå smitte og at man derfor ønskede at samle ”de gale” på et sted (Foucault & Sandmo 2000). Helbredelse på asylerne var ifølge Foucault (2005) ensbetydende med at genindprente ydmyghed, skyldfølelse, afhængighedsfølelse og taknemmelighed ved hjælp af trusler, straf og ydmygelse. Asylerne var organiseret under en specialuddannet overlæge, og omverdenen havde begrænset indsyn i hvad som foregik. Lægerne kunne derfor anvende de behandlingsmetoder man på denne tid anså som mest rigtige, og der foregik meget eksperimentering. Da Sindssygeloven blev vedtaget i 1848, blev galskaben et formelt medicinsk virkefelt (Foucault & Sandmo 2000). Hermundstad (1999) fremhæver at asylerne udsprang fra en utopisk drøm om det perfekte samfund, og at institutionaliseringen var et led i det modernistiske velfærdsprojekt. Samfundets afvigere skulle have hjælp til at blive funktionsdygtige igen, men da man ikke lykkedes med behandlingen af psykiske sygdomme blev samfundets krav om styring af afvigerne en vigtigere opgave for psykiatrien. Foucault (2005) viser hvordan følsomhedstærskelen for galskab er blevet betragteligt sænket, og at der er sket en ændring i tolerancen over for de sindssyges tilstedeværelse (de er blevet samfundets syndebug). Psykiatrien repræsenterer både ivaretagelse og kontrol, hvor hensynet til forudsigbarhed, oversigt og orden ifølge Foucault (i Hermundstad 1999) er målet for alle. Psykiatriens historie viser anvendelsen af flere bizarre metoder (lobotomi er muligvis det bedste eksempel) for at skabe ro eller tavshed i forhold til protester mod behandling. Det biologiske sygdomsbegreb gav udstødelsen af de psykisk syge legitimitet, og den medicinske diskurs tilslører kontrol- og udstødelsemekanismerne og gør disciplineringen af afvigerne usynlig.

I 1960’erne begyndte asylerne at miste sin anseelse, og der foregik en udvikling af en kritisk akademisk bevægelse. 1960’ernes psykiatri var præget af mange nye idéer, hvor blandt andet troen på miljøets påvirkning var stor. I denne periode var sygdomsmodellen og psykoanalysen i færd med at vige for et perspektiv som fremhæver forholdet mellem mennesker (Haugsgjerd 1970). Kritikere af Freud påpegede at psykoanalysen i for stor grad fokuserer på patienten som et isoleret individ der skal forandre sig, og dermed negligeres de interpersonelle forhold, omgivelserne og den sociale baggrund. Man anså at mennesker er sociale væsener, og at

personligheden udvikler sig gennem internalisering af de muligheder individet har i de sociale systemer det lever i (Eitinger 1971). Kognitiv psykoterapi, miljøterapi og familierapi er eksempler på behandlingsformer som blev dominerende, og mange forklarede psykiske lidelser ud fra kommunikationssvigt og familiepatologi. Ifølge Kringlen (2001) var der tale om dannelsen af en ”antipsykiatri”, da flere kritiske røster påpegede at psykiatriske diagnoser blot er et udtryk for et system som ikke accepterer afvigende adfærd, og dermed stempler mennesker som syge (jf. stemplingsteorien). Scheff (i Haugsgjerd 1970) viser f.eks. hvordan mennesker styres af utalte normer, og at visse former for regelbrud opfattes som afvig. Tidligere blev disse ”residual-afvig” blandt andet betragtet som besættelse af onde ånder, medens de (efter oplysningstidens opløsning af det religiøse verdensbillede) i dag bliver set på som psykisk sygdom. Hvorvidt adfærd ses på som adekvat eller som afvigende er afhængigt af den kulturelle kontekst. Ifølge Scheff indgår psykiske lidelser i en slags forestillingskreds af hvad som er residual-afvig i dagens samfund. Hvis et individ bliver stemplet som afviger fører dette samtidigt til et sæt af nye krav og forventninger fra omgivelserne. Patienten har selv indbygget de rådende forventninger om hvad psykisk sygdom indebærer, og der findes offentlige fantasiforestillinger om ”de sindssyge” som spiller en central rolle i selvreguleringsprocesserne.

Psykiateren Szasz gik til angreb mod selve begrebet ”psykisk sygdom”, som han mente var en myte – da det i stedet handler om moralske og interpersonelle konflikter dvs. livsproblemer frem for patologier. Der kom også kritik fra en anden vinkel, hvor Laing (i Conrad & Schneider 1992) viser hvordan psykisk lidende mennesker er ofre for ”syge” familiesystemer. Det er ikke individet som er sygt, men det miljø eller de sociale systemer det befinder sig i. Antipsykiatrien som opstod i 1960’erne er et eksempel på hvordan synet på psykisk sygdom afhænger af tidsånd og rådende perspektiv. Foucault var også en central bidragsyder i den antipsykiatriske debat, specielt i forhold til hvordan definitionen af sygdom og afvigelse er en forudsætning for kundskab og magt, og hvordan dette virker disciplinerende på mennesker.

6.2 Kundskab og magt

Foucault reformulerede traditionelle teorier og begreber om magt, og fremhævede nogle kendetegn ved den moderne, liberale magtudøvelse. Det handler om en ”produktiv magt” som søger at fremelske bestemte egenskaber og adfærdstræk hos individet. Dette foregår ved at

påvirke og korrigere individets selvopfattelse, moral og handlinger, blandt andet ved at registrere afvigelser og lede mennesker i retning af en socialt accepteret norm. Den fremherskende individualisme har som tidligere nævnt sat fokus på menneskers autonomi og frie vilje, men dette bliver i Foucaults magtperspektiv kombineret med social kontrol – på den måde at frihed er synonymt med ansvaret for sin egen skæbne. Foucault kalder denne styringsform, hvor mennesker konstitueres som selvbestemmende subjekter, for ”governmentality” (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Den sociale kontrol er afhængig af individets subjektposition, da den lægger tilrette for styring gennem selvstyring. Øvrelid (2007: 177) beskriver hvordan individet i praksis skal gives styrke og kraft til at blive et ”fritt velgende individ – med plikt til selvrealisering”. Magten er produktiv og disciplinerende ved at gøre mennesker i stand til at forme sig selv ud fra givne rammer og normer. Når Foucault beskriver den liberale velfærdsstat viser han således hvordan staten på den ene side fremstiller individet som ukrænkeligt og rettighedsbærende – samtidigt som staten søger at uddanne, afrette, myndiggøre og selvrealisere borgeren (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Ved at rette søgelyset mod den diskursive praksis, kan man undersøge hvordan bestemte forestillinger om individet og dets problemer fremstilles.

I et foucaultperspektiv er der en uadskillig forbindelse mellem magt og kundskab, og det er derfor interessant at tage afsæt i den biomedicinske diskurs. Ifølge Ekeland (2011a: 20) bliver sygdom og behandling inden for dette paradigme forstået ud fra videnskabelige opfattelser af den biologiske, subjektløse krop. Historisk set har biomedicinen frembragt imponerende resultater på sit felt, men begrænsningen opstår ved paradigmets manglende evne til at ”integre ny kunnskab om hvordan nettopp kulturelle og individuelle erfaringer også nedfelles som biologiske uttrykk”. Ekeland (2011a) hævder at biomedicinen er hegemonisk og bidrager til at fortrænge andre forståelsesformer. Den eksplosive kundskabsudvikling inden for biologiske fag har bidraget til at understøtte Kraepelins idéer, og i dagens psykiatri betragtes psykiske lidelser ontologisk set som somatiske sygdomme, og der lægges derfor vægt på de biologiske, hjerneorganiske aspekter. En psykofarmakologisk revolution har samtidigt bidraget til at psykiatere kan fremstå som ”rigtige læger”, og udskrive mediciner mod psykiske sygdomme (Conrad & Schneider 1992). Det problematiske er, ifølge Ekeland (2011a: 24), at biologiske beskrivelser af et fænomen ikke kan slutte til et kausalt og determineret forhold. Han uddyber dette: ”Om den biologiske mekanismen ved depresjon har med serotonin å gjøre (hvilket kan være sannsynlig), kan det hevdes med like stor vitenskapelig tyngde at dette er virkningen av depresjon, og ikke årsaken”. Både Kolstad

(2004) og Horwitz (2002) fremhæver at der også findes forskning som viser at sociale betingelser og miljøforhold kan påvirke neurale funktioner i hjernen og skabe interne dysfunktioner. Men i dagens psykiatri vurderes symptomer ud fra tanker, følelser og adfærd, da det ikke er muligt at påvise p-diagnoser ved hjælp af biologiske markører. Det er med andre ord normative vurderinger af eventuelle afvigelser, i forhold til individets mestring af omgivelserne og samfundets funktionskrav, som ligger til grund for diagnosticering. Symptomer bliver ud fra dette ikke til sygdom før at nogen tolker dem som problematiske, og dermed bundet det i sociale og kulturelle definitioner af psykisk sundhed. Diagnoser reflekterer ifølge Conrad & Schneider (1992) altid sociale betingelser og verdenssyn. Dette er modstridende med den diskursive praksis, hvis denne er stærkt påvirket af biomedicinens hegemoniske status hvor den sociale og kulturelle kontekst som regel forsvinder.

6.3 Hvordan virker magten?

I Foucaults analytiske perspektiv er diskursen afgørende, da den i sig selv har en produktiv karakter ved at tvinge tale og udsagn ind i bestemte regelstyrede praksisser. Mennesker bliver gjort til genstand for viden, og kundskaben er forbundet med sociale og magtmæssige forhold. Den videnskabelige kundskab (jf. biomedicinen) bliver på denne måde en kilde til institutionel magtudøvelse, blandt andet ved påvirke hvad man ser og hvordan man placerer dette i virkelighedsforståelsen (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Så længe den biomedicinske diskurs er dominerende, bliver årsager til sygdom lokaliseret inde i individet – selvom forklaringer kan findes i konteksten (Madsen 2010). Hvis forståelsen af psykiske lidelser er at sygdommene f.eks. skyldes kemiske ubalancer i hjernen, åbner dette samtidigt op for en accept af (eller et ønske om) behandling med psykofarmaka.

Ifølge Foucault spiller bestemte magtteknologier også aktivt ind i diskursen ved at objektivere subjektet. Individet underkastes bestemte former for kontrol og disciplin, og teknologierne søger at afgøre adfærd og mål. I diskursen formes nye styringsobjekter (de sindslidende) som gøres til genstand for kundskab og begrebsdannelse. På denne måde bliver nye subjektpositioner dannet, og disse bliver suppleret med specifikke krav om selvstyring. Ud fra dette perspektiv kan man, som Mik-Meyer & Villadsen (2007: 30) skriver, ”belyse mange former for professionelle samtaler med borgere, klienter og patienter i den moderne velfærdsstat”. Selvstyringen igangsættes ofte af forskellige eksperter, som f.eks. læger,

psykologer eller psykiatere, som tilbyder nogle instrumenter og procedurer (selvteknologier) som individet kan anvende til at forme sig selv med.

Foucault peger på tre områder hvor på mennesker subjektiveres. Individet bliver gjort til subjekt gennem videnskabelig objektivering, gennem ”dividing practices” og gennem selvteknologier. Madsen (2010) knytter psy-fagene op i mod dette, ved at beskrive hvordan de har tilvejebragt metoder til objektivering (institutionalisering) af menneskelige egenskaber, både i form af psykologiske teorier og praktiske teknologier til at kunne måle individuelle forskelle mellem mennesker med. Videre har psykologien tilbudt mennesker en række redskaber som kan anvendes i selvrealiserings- og udviklingsprocessen, hvor de mange konkurrerende psykoterapier kan fremhæves som slående eksempler. I Foucaults optik kan man med andre ord argumentere for at den biomedicinske diskurs, sammen med kundskabsudviklingen generelt inden for psykologi og psykiatri, danner et grundlag for menneskers måde at tolke virkeligheden på. Hellesnes (2004) hævder at ”dyrkning” af normalitet og sundhed er blevet en form for religionserstatning i dagens samfund, og Mchangama (2012) viser til udviklingen af en ”sundhedsfacisme” – hvor forebyggelse af sygdom er blevet en så vigtig målsætning at samfundet bliver indrettet derefter. Sundhed bliver gjort til genstand for individuel styring, samtidigt som subjektet ikke selv erkender dette som kontrollerende eller undertrykkende (Madsen 2010).

Den produktive magt søger at fremelske specifikke egenskaber og adfærd ved at korrigere individets selvopfattelse, og her kan det virke som om at sundhed (både fysisk og psykisk) har fået en position som inkarnationen af ”det gode liv”. Samtidigt tillægges individet selv ansvaret for at følge op på egen sundhed, og sygdom betragtes i flere henseender som et resultat af det autonome individs rationelle valg. Lægerne har en kundskabsmæssig magt som skaber en afhængighedsrelation med patienten, og det er samfundsborgernes pligt at efterkomme de professionelles råd om forebyggelse og behandling (Skolbekken 2000). Den individualiserende og pastorale magt, som Foucault mener kendetegner det moderne liberale samfund, har som formål at bidrage til at give mennesker sundhed, livskvalitet og tryghed – i bedste mening. Dette sammenligner han med den kristne kirkes metoder til at lede mennesker mod frelsen (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Ved hjælp af omfattende analyser af individet, med et stort fokus på eventuelle defekter og fejl, opstår der ifølge Järvinen (2004) subjekt-objektrelationer hvor individet indgår som en villig agent i sin egen disciplinering. Ved at bringe individet til at fremsige sandheden om hvem det er, inklusiv psykiske symptomer,

gøres mennesker til autoritet for bestemmelse af egne afvigelser og undertrykkede potentialer (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Patienten konstrueres som socialt afvigende i forhold til sundhedsidealet (eller vellykkethedsidealet), og dette bekræfter et behov for behandling og professionel hjælp (Järvinen 2004). På denne måde bliver mennesker et produkt af magten, ved at individet formes ud fra kulturelle og historiske praksisser – samtidigt som diskursen konstituerer moralen og danner forestillinger om ”det gode liv” som videre regulerer menneskers selvopfattelse og handlinger (Alvesson & Sköldberg 2008). Når det biomedicinske hegemoni påvirker diskursen om psykiske lidelser, og årsagsforklaringer lægges hos individets biologiske defekter, kan man således risikere at overse det dialektiske samspil mellem individ og samfund.

Foucaults magtperspektiv er nyttigt at anvende i forhold til problemstillingen, da det tilbyder forklaringer på hvordan menneskers selvopfattelse og livsverden påvirkes af rådende diskurser, og også fremhæver sammenhængen mellem kundskab og magt. Disse synspunkter vil jeg tage med mig videre ind i den teoretiske drøftelse af forholdet mellem individ og samfund når det gælder behandlingen af p-diagnoser (kapitel 7). Men først vil jeg præsentere et andet magtperspektiv, som søger at forklare hvordan individets handlinger er underlagt samfundsstrukturelle vilkår.

6.4 Det biomedicinske doxafelt

Bourdieu har en ambition om at overskride aktør-struktur diktomien, ved at fremhæve statens kraftige påvirkning på individets fortolkningsprocesser (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Han opererer blandt andet med begreberne felt, habitus og doxa. Et felt består af et struktureret netværk af relationer som konstitueres af specifikke regler, normer og værdier – og er betinget af historiske, politiske og økonomiske forhold (Bjerger 2005). I et givent felt værdsættes bestemte former for kapital, og enkeltindividet er ud fra tidligere erfaringer blevet udstyret med forskellige kapitalformer. Habitus er egenskaber og dispositioner som er med til at fastlægge vilkårene for individets adfærd i et bestemt socialt felt (f.eks. opvækstvilkår, klassetilhørighed og økonomiske forhold), og habitus kan ifølge Bourdieu i sig selv begrænse individets perception og handlingsrum (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Hvis bestemte forestillinger om fænomener bliver universelle kalder han det for ”doxa”. Forestillingerne danner rammer for ”hvordan der tales om ting, og hvad der ses som relevant på dagsordenen”

(Bjerge 2005: 17). Bourdieu fremhæver at magten kommer til udtryk i en dialektik mellem praksis og forestillinger, hvor doxa styrer praksis og påvirker handlingsrummet uden at de involverede er bevidste på denne proces. Det handler ud fra dette om en usynlig og symbolsk magt, som kan styre og disponere menneskers perception og handlinger uden modstand. Magten opleves som legitim på grund af doxa (Mik-Meyer & Villadsen 2007).

Ved at tage udgangspunkt i biomedicinen som et doxafelt, kan man således vise hvordan forestillinger om psykiske lidelser som "maskinfejl" i individet er blevet et objektivt forhold der ikke længere stilles spørgsmålstegn ved. Bourdieus perspektiv kan bidrage med at vise hvordan disse forestillinger bliver reproduceret. Hvis det tages for givet at sundhed er et centralt element i dagens selvrealisering, og en værdsat ressource i samfundet som helhed, skal medicinske eksperter (læger, psykologer, psykiatere etc.) også bistå individet med at opnå dette. Sundhed er med andre ord en værdsat ressource, og der foregår en kontinuerlig kamp om denne kapital i det sociale felt. Ifølge Brinkmann (2010) er målrettet sundhedsindsats på individniveau blevet et vigtigt socialpolitisk mål, og doxaforestillingen skaber begrænsninger for alternative løsningsmodeller. Når et individ henvender sig til sundhedsvæsenet med psykiske symptomer, bliver forståelsen af p-diagnoser reproduceret hvis fastlægen reagerer med at udskrive en recept på psykofarmaka. Individet får en bekræftelse på at biologiske faktorer er årsagen til symptomer, og der konstrueres en rolle som "patient". Knyttet til denne rolle er der også en social side, da der findes et sæt af uskrevne regler for hvordan man skal opføre sig når man er syg. Ifølge Parsons systemteori (Parson 1951) drejer sygdom sig med andre ord ikke kun om en "tilstand", men også om institutionaliseringen af et forventningssystem som er knyttet til sygerollen. Sygdom legitimerer at man fritages fra dagliglivets forpligtelser (arbejde, uddannelse etc.), samtidigt som den syge må opsøge og samarbejde med lægen (Werner 2011). Patienten er som regel klar over sin rolle og de pligter som følger med positionen, og "den sjuke måste vilja bli frisk och rätta sig efter experters råd och anvisningar" (Ede, Eriksson, Janson & Starrin 2011: 63). Ifølge Parson (1951) bliver det at være syg socialt defineret som noget man ikke selv klarer at frigøre sig fra på egen hånd, hvilket bekræfter et behov for hjælp og behandling. Sygerollen påvirker med andre ord habitus ved at indsnævre individets handlingsrum. Hvis omgivelserne samtidigt har lettere ved at tro på (og acceptere) et fysisk problem end et psykisk problem, er der også risiko for at blive mødt med en vis mistanke. Mange lettere psykiske lidelser er netop det som Tellnes (2011) kalder for "grey cases", hvor der kan være usikkerhed knyttet til vurdering af funktionsevne. Ud fra dette kan man modsat tænke sig at

netop diagnosticering og medicinering, det at sygdommen bliver biologiseret, har den positive effekt at sygdommen bliver legitimeret over for omgivelserne. Uanset, så fungerer lægen som en social kontrolagent, da det er ham eller hende som legitimerer sygerollen og er ”eksperten” som efterstræber at få den syge tilbage til en konventionel social rolle (Conrad & Schneider 1992).

Det doxiske felt (jf. biomedicinen) har betydning for menneskers tanker, følelser og adfærd, og på denne måde habituerer individet sig selv som biologisk syg. Individet underkastes frivilligt feltets normer og forestillinger fordi de opleves som legitime, og dermed samarbejder de med eksperterne om at opretholde doxa. Ifølge Järvinen (2004) kan doxa låse individet fast i en problematisk afmagtssituation. Hvis forståelsen af psykisk sygdom som neurologiske ubalancer i hjernen er blevet en doxaforestilling, medfører dette at forklaringen ligger uden for individets og samfundets kontrol. Når lægen udskriver antidepressiva mod en kemisk ubalance i hjernen, som i udgangspunktet sandsynligvis slet ikke findes, skabes der i stedet en kunstig, kemisk tilstand forårsaget af lægemidlet. I næste hånd kan nedtrapningen af psykofarmaka gøre patienten dårlig, og der kan opstå nye symptomer. Dette mener Gøtzsche (2014, 6. januar) ofte i praksis tolkes som at individet stadigvæk har en psykisk lidelse og brug for videre medikamentel behandling, og dermed gøres patienterne til kronikere. I NOU (1997: 7) fremhæves at sygerollen fører til reduktion af individets mestringspotentiale, hvilket blandt andet kan forklares ud fra påvirkningen p-diagnosen har på habitus. Menneskers adfærd skabes i interaktion med omgivelserne, og selvet kan betragtes som et produkt af disse sociale processer og praksisser.

Igen så afhænger individets reaktion af dets kompetencer og ressourcer. For nogle mennesker kan man tænke sig at det netop er en biologisering af lidelsen som skal til for at de kan føle sig bedre – således at de negative tankemønstre kan årsagsforklares med kemiske ubalancer, og at individet dermed bliver frataget ansvaret for egen utilstrækkelighed (jf. byrden ligger på egne skuldre). Det kan med andre ord betyde at anvendelsen af reduktionistiske kausale forklaringer, ved hjælp af den biomedicinske diskurs, kan have positive effekter på individniveau – hvis individet har forudsætninger til at reflektere over sin egen forståelse og udvikle ny kundskab om årsagssammenhænge. Uanset handler det om samspillet mellem individet og omgivelserne, og hvordan p-diagnosen påvirker menneskers forståelse af sig selv og omverdenen. Hvilken forestilling om en sygdom som er dominerende (hegemonisk

diskurs) har med andre ord betydning for måden folk forstår problemet på, samt for hvilke reaktioner individet får fra samfundet (Rønning 2011).

6.5 Forhandlinger i feltet

En central analytiker inden for det interaktionistiske perspektiv er Goffman. Han viser hvordan en identitet kan udvikles og justeres i forhold til de institutionelle omgivelser, og at mennesker er strategisk handlende væsener i denne kontekst (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Som tidligere nævnt kan en p-diagnose fungere som en indgangsbillet til velfærdssamfundet og det offentlige hjælpeapparat. Menneskers evne til at operere med sygerollen kan derfor være af betydning for graden af hjælp individet får, samt måden omgivelserne sanktionerer adfærden på. Thyssen (2010: 104) fremhæver Marquards begreb ”inkompetenzkompensationskompetenz”, det vil sige ”kompetence til at kræve kompensation for inkompetence”. Når man opsøger sundhedsvæsenet med psykiske symptomer, kræves med andre ord kompetence til at beskrive sin egen tilstand for at kunne få en diagnose. Symptomer skal lægges frem for eksperten for at han eller hun kan vurdere patientens medicinske tilstand. I denne interaktion åbner Goffman op for at mennesker kan agere strategisk og manipulerende, på trods af de strukturerede (magt)forhold mennesker er underlagt i mødet med hinanden. Han fremhæver dermed den menneskelige magt, som kommer til udtryk i individets evne til at tænke og handle intentionelt. Mik-Meyer & Villadsen (2007: 53) argumenterer for at mødet mellem individet og velfærdsstatens institutioner ud fra dette også kan afspejle ”en magtfuld klients strategiske offerspil”. Den sociale orden er magtfuld, hvis mennesker som interagerende deltagere prøver at opretholde den ved at spille sin rolle i en vis subjektposition. At få en p-diagnose kræver indtryksstyring for at fremstå som en troværdig og legitim patient med ret til velfærdsydelser. Dette er, i Bourdieus terminologi, et udtryk for hvordan bestemte kapitalformer forhandles i et felt. Diagnoser kan ud fra disse idéer betragtes som en ressource for et individ i en specifik kontekst, og dette kan danne en forklaring på hvorfor mennesker ønsker at opretholde og reproducere doxaforestillingen om psykiske lidelser som biologiske forankret – siden denne forståelsesform ligger ansvaret uden for individets rækkevidde og dermed skaber mindre stigma.

Thyssen (2010) fremstiller en hypotese om at samfundet har en tendens til at udskille ressourcetsvage grupper som behandlingstrængende psykisk syge, og dermed skabe et nyt classeskille mellem det han kalder for ”arbejdsfolket” versus ”velfærdsfolket”. Disse tanker indebærer at funktionskravet i arbejdsmarkedet i sig selv sætter grænserne for hvem som får, eller ikke får, plads i arbejdslivet. Hvis nogle mennesker bliver diagnosticeret med p-diagnoser som følge af denne type mekanismer, kan det være afgørende for dem at udvikle en type overlevelseshkompetence. Ifølge Nygren og Øvrelid (2013) handler dette om at mennesker skal blive i stand til at få en vis grad af kontrol over bestemte ydre betingelser. Her kan det være aktuelt at drøfte om overlevelseshkompetencen blandt ”velfærdsfolket” kan bestå i evnen til at udlægge egne psykiske symptomer for at få en diagnose. Diagnosen fungerer som adgangsbillet til velfærdsydelse, og individet får en legitim grund til at undslippe et arbejdsmarked – som vedkommende uanset ikke har kompetence til at stå i. Denne type slutninger indeholder flere normative vurderinger, men det kan alligevel være vigtige aspekter at medtage i videre diskussion. Hvorvidt ”velfærdsfolket” bliver betragtes som ofre for arbejdslivets brutalisering eller misbrugere af velfærdsordningerne i den offentlige diskurs er imidlertid et centralt forskningspunkt.

De skjulte magtstrukturer er afhængige af legitimitet for at kunne bestå, og dette får de fra flere forskellige samfundsaktører, hvor fagprofessionerne, politikerne, medierne og patientforeningerne kan nævnes som eksempler. Det vil sige at de sociale definitionsprocesser som finder sted i forhold til at afgøre hvad som er afvigende adfærd også sker på flere niveauer. En ting man kan fremhæve som et fællestræk ved disse samfundsaktører er stadig tendensen til at individualisere forklaringer til sygdom. Som jeg har været inde på, viser forskning tydelige sammenhænge mellem livsvilkår og psykiske lidelser – men hvis udbredelsen i større grad skal betragtes som et socialt problem, skabt af samfundsstrukturer, må interventioner også rettes mod socialpolitiske spørgsmål på nationalniveau frem for individrettet behandling med psykofarmaka eller psykoterapi. Jeg vil fortsætte med at drøfte nogle flere teoretiske forklaringer på at fokus hovedsagligt er individorienteret.

6.6 Tolerance for afvig

Madsen (2010) giver dagens samfund samtidsdiagnosen ”terapisamfundet”. I dette samfund er det individets adfærd, tanker og følelser som sættes i centrum for granskning og intervention.

Furedi (2004) fremhæver hvordan den almene befolkning har taget medicinsk terminologi i brug i hverdags sproget, så når nogen beskriver sig selv eller andre som ”deprimeret”, ”stresset” eller ”hyperaktiv” er det ikke længere begreber som hører til i psykiatriens verden. Diagnosesproget er blevet demokratiseret og en indgroet del af den moderne kulturelle forestilling og sociale virkelighed. Mennesker tenderer til at tro at følelser og adfærd kommer indefra, hvilket Furedi mener skyldes kompleksiteten som præger det moderne samfund. Man har ikke mulighed for at gå rundt og være bevidst på alle de kræfter udefra (politiske og kulturelle institutioner, markedet, globalisering etc.) som kan påvirke tankevirksomheden. I stedet attribuerer mennesker handlinger og valg til sin emotionelle tilstand. I et psykologisk fagsprog omtales dette som ”den fundamentale attributionsfejl”, når individets indflydelse og betydning overdrives – sammenlignet med strukturens og omgivelsernes rolle (Madsen 2014). Dette medfører at psykologien må forstås på baggrund af et kulturelt klima som har gjort individets sind til genstand for massiv medicinsk og social interesse. At samfundet i dag kan beskrives som ”terapeutisk” kommer blandt andet til udtryk ved at terapeutiske løsninger har bevæget sig ud fra psykiaterens behandlingsværelse og ind i folks hjem. Madsen (2010) stiller spørgsmålstegn ved om dette kan være et udtryk for at samfundet er blevet mere sygt, eller om mennesker har fået mindre tolerance for afvig.

Menneskelige følelser og karaktertræk bliver i dag redefineret i medicinske termer, hvilket f.eks. medfører at generthed, sorg og træthed kan blive diagnosticeret som social fobi, posttraumatisk stress-syndrom og kronisk træthedssyndrom. Behandlingen af denne type tilstande går ifølge Lian (2006) hovedsagligt ud på at kontrollere individets uønskede følelser og kropslige svar på disse f.eks. med psykofarmakologisk behandling. Siden fastlægen som regel er den første man møder ved henvendelse til sundhedsvæsenet, er det også ofte ham eller hende som har magten til at definere i hvilken grad følelser er unormale eller problematiske, og om patienten ud fra dette har en diagnose. Når individet henvender sig til lægen må vedkommende fremlægge sin subjektive, private oplevelse af de uønskede følelser, og lægen skal ud fra denne fortælling vurdere om der er tale om en psykiatrisk diagnose ud fra foreliggende videnskabelige kriterier (jf. DSM). Selvom lægen har en kundskabsmæssig magt, bliver individets egen subjektive mening i konsultationen ofte accepteret (Rønning 2011). I de tilfælde hvor sygdom ikke er åbenlys (i gråzonen), eller at der er tvivl om diagnosen, kan der skabes mistillid eller manglende vilje til at hjælpe. Tellnes (2011) argumenterer for at ”grey cases” ofte netop drejer sig om lettere psykiske lidelser, der opstår fra langvarige, negative, subjektive oplevelser. Hvis dette skyldes personlige problemer f.eks.

knyttet til livsvilkår, sorg eller kriser, og lægen diagnosticerer tilstanden som depression, opstår en risiko for at medikaliseringen medfører at individet får en tro på at han eller hun har en reel sygdom. Mennesker konstruerer kulturelle forestillinger om at bestemte følelser eller adfærd er forårsaget af mentale lidelser, og disse kan fremstå som en objektiv realitet for individet (Rønning 2011). Man bliver ifølge Tellnes (2011) gjort til en behandlingstrængende ”patient”, der føler sig dårligere efter lægekonsultationen end før. Patientens kognitive perspektiv forandres i mødet med lægen, selv om de underliggende årsager til uønskede følelser og adfærd er uændrede. Og når lægen har givet individet en diagnose, påpeger Tellnes (2011) at kundskaben om at man har en psykisk lidelse kan føre til eksistentielle bekymringer og dermed gøre situationen endnu mere kompleks. Diagnosticeringen af subjektive, kulturskabte meninger om egen psykiske tilstand er på denne måde sygeliggørende, samtidigt som at diagnosen kan være en svar på en identitet for det selvrealiserende menneske (Hallerstedt 2006).

Et vigtigt aspekt ved ovenstående er hvordan sociale afvigelser i øgende grad bliver medikaliseret. En tilstand bliver først gjort til genstand for medicinsk intervention når den genkendes eller defineres som en sygdom, og man kan ifølge Conrad & Schneider (1992) argumentere for at psykiske lidelser udelukkende handler om kulturelle opfattelser af afvigelser fra normen/standarden. Samfundet er i stadig bevægelse, og grænserne for normalitet varierer med de dominerende opfattelser af hvad som er acceptabelt eller ikke. Tidligere så man f.eks. på alkoholisme som en synd eller moralsk svaghed, hvor man i dag betragter det som en psykisk sygdom. Szasz (2008) understreger at psykiatriske diagnoser ikke er lig med sygdomme, men i stedet er sociale konstruktioner som fejlagtig bliver fremstillet som om at de er baseret på somatiske fænomener. Han indtager en kritisk holdning til psykiatrien, som han beskriver som ”an unalterable social fact and unquestionable moral good” (Szasz 2008: 116). Szasz peger på at medikaliseringen er et aspekt ved samfundets sekularisering, på den måde at den terapeutiske basis har erstattet det teologiske. Livet består af et uendeligt antal valg og livsproblemer, og siden mennesker i det moderne samfund ikke længere har en Gud (eller en anden transcendent orden), transformeres valgene til medicinsk-tekniske problemer som kan løses ved hjælp af medicinsk behandling. I terapifundamentet tilhører man ikke længere et større symbolsk rammeværk, men overlades i stedet til sig selv og sine laster (Madsen 2014). Hvis man tager forkerte valg, eller bliver udsat for personlige kriser, frembringer medicinen en måde at få det menneskelige ansvar overdækket. Lian (2006: 64) fremhæver flere af de samme aspekter som Szasz. Der findes en tro på at ”medisinsk

ekspertise og teknologi tilbyr en sikker og lettvindt vei til et langt liv, god helse, ungdommelighet og lykke”. Det er dette jeg tidligere har fremhævet som en form for ”helsisme”; at sundhed er blevet en central værdi, og en form for religionssubstitut.

Ifølge Hellesnes (2004: 48) kan sundhed have erstattet meningen med livet for mange mennesker, og han påpeger at det før i tiden var omvendt hvor ”det å finne livet meningsfullt gav eit poeng til det å ta vare på helsa”. Der findes kulturelle normer for sundhed, udseende og levemåde i rige vestlige lande – og forventninger om at man skal fremstå som ”en succes”. Lykke er ifølge Lian (2006) ikke længere et valg, men et krav om hvordan man bør leve. Og hvis man ikke er lykkelig har man både ret og pligt til at henvende sig til sundhedsvæsenet for at få hjælp til at forbedre sin funktionsevne. I kombination med at samfundet er blevet terapeutisk anlagt, og emotioner har fået en afgørende betydning, er den moderne mentalitet også præget af troen på videnskabelige fremskridt, instrumentel rationalitet samt forventninger om øget velstand og velfærd.

6.7 Risiko og forebyggelse

Medikaliseringen er derfor også knyttet til overvågning, forebyggelse og risikoproblematik (Lian 2006). Risikoforestillinger anvendes som en styringsteknologi i moderne, vestlige samfund, ved at individet konstant bliver mindet på at det er ”potentielt syg” – noget som blandt andet fremstilles i massemedierne. Når halvdelen af den norske befolkning forventes at få mindst en psykisk lidelse i løbet af livet, kan denne høje risiko være konstituerende for hvordan individet begriber sig selv. Kulturelle opfattelser om ”sundhed” etablerer sig i bevidstheden, og manglende forsøg på at reducere risikoadfærd kan opfattes som irrationelt i en nyliberal diskurs. Skellet mellem normalisering og behandling bliver udvisket hvis alle betragtes som ”potentielt syge”, hvilket medvirker til at skabe flere afvigere og større efterspørgsel efter sundhedstjenester. Som et eksempel på dette anvendes ofte debatten om blodtrykket. I en kronik i Aftenposten fremhæver Vogt & Roksund (2013, 17. juni) at overdiagnosticering og overbehandling er et stort problem. Let forhøjet blodtryk defineres i dag som blodtryk mellem 140/90 og 160/100. Det vil sige at dem som ved lægekonsultation får målt blodtrykket til at være inden for denne kategori også som regel får tilbud om blodtryksmedicin. Det som Vogt og Roksund fremhæver som problematisk er at personen muligvis ikke længere føler sig lige frisk, på grund af beskeden om at der er noget galt – og at

dette videre kan tænkes at påvirke livskvaliteten. Variationer i blodtryk er en naturlig del af livet, men medicinsk kundskab har omdefineret dette til en risikotilstand som også er behandlingskrævende. Det omtvistelige er at forskning har vist at blodtryksmedicinere ikke har nogen effekt, men at behandlingen i stedet giver forholdsvis mange bivirkninger. Dette har lægerne vidst i årevis, men det har alligevel været en udbredt praksis at udskrive blodtryksmedicinere, for en sikkerheds skyld. Forfatterne af kronikken peger på at denne type problemstillinger kan bunde i en intellektuel interessekonflikt, hvor lægerne overvurderer og udvider sine ansvarsområder. Dette gælder ikke kun for blodtryk, men også for f.eks. bensværighed (osteoporose) og højt kolesterol. Holmen (2000) fremhæver at det er en generel kulturel tendens, og han forudsiger at der i fremtiden vil dukke endnu flere risikofaktorer op som også kan behandles med medikamenter. Risiko for sygdom er ifølge Skolbekken (2000) i sig selv blevet en sygdom, og dermed forsvinder skillet mellem frisk og syg. Dette gør at sundhedsvæsenet bliver nødt til at udvikle strategier for at kunne prioritere de som har størst medicinsk behov, hvilket Holmen (2000: 50) mener er afhængigt af etableringen af tilstrækkelige styringsmekanismer fra politiske myndigheder. Han skriver at blodtryksdebatten også er ”en debat om hvordan det moderne samfund skal møde en høYTEKNOLOGISK MEDISINSK udvikling uden at overordnede hensyn blir tapt av syne”. Også her flyder sundheds- og socialpolitiske spørgsmål sammen, da det handler om at bruge samfundsressourcerne til at hjælpe de mennesker som har mest brug for det. Hvor grænserne skal gå bliver ifølge Vike (2004) udelukkende et spørgsmål om politiske beslutninger.

Risikofokus og overbehandling sker på samme tid som den nyliberale velfærdsstat i højere grad fokuserer på hvad individet selv kan gøre for at forbedre sin situation, da samfundsborgeren behandles som en aktiv partner man antager ønsker at leve sundt (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Mchangama (2012: 89) hævder at dette kan anskues som en form for umyndiggørelse af individet, når staten ”blidt, men bestemt skubber borgeren ned ad fornuftens og sundhedens smalle sti”. Det at fremme sundhed betyder samtidigt at reducere risiko – hvilket igen betyder sund mad, motion og observant symptomregistrering. Mennesker er autonome og ansvarlige for sin egen sundhed, men når samfundet på gruppeniveau ønsker at reducere risiko fører dette til flere undersøgelser og behandlinger, samt en stærkere medikalisering af kroppens biologiske processer. Det problematiske, ifølge Nessa (2000), er at individet ikke klarer at skille mellem virkelig og indbildt risiko, og at det derfor ofte er en subjektiv, individuel og kulturskabt angst for sygdom mange patienter lægger frem når de henvender sig til sundhedsvæsenet. Lægens rolle er som sagt at lede efter indikationer på

diagnoser og trække objektive konklusioner på baggrund af individets forklaringer om sin oplevede tilstand. Hvis lægen konkluderer med at vedkommende har en diagnose, at adfærden er afvigende eller dysfunktionel, kan diagnosen blive en objektiv realitet individet accepterer (Rønning 2011). Skolbekken (2007) påpeger at mennesker således lettere tager medicinske interventioner ind i livet, når livet dannes ud fra risikokalkulationer. Menneskers instrumentelle rationalitetsopfattelse gør at risikoen bliver en realitet for individet, støttet af evidensbaseret medicinsk forskning og eksperternes råd.

Terapisamfundet fokuserer først og fremmest på individets problematiske adfærd, og behandling rettes derfor mod enkeltpersoner. Magtforhold i samfundet kan, som nævnt, forklare nogle af grundene til at fokus bliver lagt på individet i behandlingen af p-diagnoser. Men det er ikke tilstrækkeligt at vise til udviklingen af hegemoniske diskurser og doxaforestillinger, siden processerne er mere kompliceret end som så. For at medicinske tiltag skal være legitime, må dét som før i tiden var naturlige følelser eller adfærd først defineres som unormalt og uønsket (Lian 2006). Indsnævringen af normalitetsgrænsen påvirker menneskers fortolkningsprocesser, men dette sker i et dialektisk samspil mellem individ og samfund. Magtgrundlaget for definitionsprocesser af hvad som er afvigende, unormalt og sygt hænger nært sammen med de dominerende ideologiske værdier, hvor nyliberalismen, som Madsen (2010) forfægter, kan have skabt nye selvstyingsidealer og påvirket idealet for samfundsborgeren. Der findes ifølge Haugsgjerd (1970) dybere funktionelle forklaringer på at den klassiske sygdomsforestilling (og Kraepelins klassificering) er sejlivet: Den teknologisk-positivistiske ideologi gennemsyrrer vestlige samfund, da de naturvidenskabelige tænkemåder samsvarer med kapitalistisk økonomi og industrialiseringsniveauet. Der er opstået et behov for en form for ”formel rationalitet” (jf. Weber) som kan øge effektiviteten maksimalt inden for en givet ramme af betingelser – men uden at stille spørgsmål ved selve rammen. Det kan virke som om at sundhed og vellykkethed er udbredte og værdsatte værdier i samfundet i dag, men spørgsmålet er om dette er noget som folk flest selv har valgt og er bevidste over. Hvis udbredelsen af p-diagnoser, som jeg har vist, kan have en sammenhæng med det værdisæt man styres efter, så er det aktuelt at undersøge om udviklingen går i den retning samfundet ønsker. Som udgangspunkt for en videre diskussion vil jeg først præsentere nogle tanker og idéer fra Habermas.

7. INDIVID VERSUS SAMFUND

7.1 Værdiers forankring

Habermas fremstiller tre typer erkendelsesledende interesser, for at vise hvordan der kan ligge forskellige interesser bag forskellige typer kundskab. Den første er en teknisk kundskabsinteresse som er grundlagt i målet om at kunne styre og regulere en virkelighed (jf. naturvidenskaben) – medens den hermeneutiske kundskabsinteresse baserer sig på fortolkninger i dialog. Den tredje interesse Habermas opererer med er en frigørende kundskabsinteresse, der ifølge Nygren & Øvrelid (2013) tager sigte på at fremskaffe indsigter hos mennesker som kan anvendes til at frigøre dem, f.eks. fra undertrykkelse eller ved at sætte dem i stand til at forandre sin livssituation. Habermas er af den opfatning at selv om folk opnår bred enighed om noget, betyder det ikke nødvendigvis at dette er en ”sandhed”. Han tager derfor afsæt i mistankens hermeneutik for at rette opmærksomheden mod antagelser som tages for givet og afsløre skjulte usandheder (Alvesson & Sköldbberg 2008). Hvis indholdet i menneskers forståelse bliver bestemt ud fra gældende social rationalitet (Rush 2004), kan man også forestille sig at personlige værdier er forankret i noget som for det enkelte individ ikke fremstår som en subjektiv sandhed. For at sætte lys på det som påvirker menneskers fortolkningsprocesser og adfærd, må man benytte forskellige teoretiske referencerammer.

Nordby (2009) fremhæver at værdier er formet af kulturelle og sociale praksisser, og er forankret i fællesskabet. I den moderne bevidsthedsfilosofi er det en grundlæggende antagelse at man kan anvende psykologiske forklaringer på menneskelige handlinger, hvis man har en forståelse for motiverne bag handlingerne. Motiver drejer sig ofte om ønsker eller opfattelser som individet tror er ”sande” (rationelle). Nordby forklarer ved hjælp af handlingsfilosofien at mennesker ud over opfattelser og ønsker også kan have personlige værdier – og at disse har en mere subjektiv natur. Menneskers værdier (subjektive præferencer) er noget man oplever at have ”ret til”, og han argumenterer for at værdier kan forstås som social kapital ud fra en definition af begrebet som ”enhver sosial struktur som skaper samarbeid og tillit uten å være formalisert” (Nordby 2009: 151). For at eksemplificere disse tanker med noget mere konkret, kan man forestille sig at mennesker handler ud fra værdien om sundhed. At man skal spise sundt, motionere mindst tre gange om ugen, have et lavt alkoholforbrug og ikke ryge er

kendte anbefalinger for at kunne leve et langt liv. Det er ikke svært at forestille sig at der kan ligge politiske og ideologiske magtinteresser bag dette, siden sunde arbejdstagere er mere effektive og holder et højere tempo. Når mennesker holder sig sunde og friske vil presset på sundhedstjenesten i udgangspunktet også kunne blive reduceret på grund af lavere forekomst af livsstilssygdomme. Hvis man da ikke som Mchangama (2012) vender dette om, og fremhæver at omkostningerne ikke bliver mindre da alle vil leve længere og dermed have brug for omsorg i alderdommen. Uanset vil de fleste mennesker sandsynligvis ikke gå rundt og tænke på at motivet for at holde sig fysisk og psykisk sund er fordi at man skal kunne være effektive arbejdstagere og ikke være en belastning for samfundet. I terapisamfundet sætter individet, som tidligere nævnt, egne tanker og emotioner i fokus. Man oplever at det bliver en værdi i sig selv at holde sig sund, blandt andet da det er en ”sandhed” at f.eks. træning, ikke-rygning og mådehold i forhold til alkohol vil gøre at man får livet forlænget med flere år, man får mere overskud og bedre psykisk sundhed. Dette er en udbredt opfattelse i befolkningen, som også understøttes af forskning som viser til teknisk kundskab om disse sammenhænge. Ud fra det rationelle aktørperspektiv kan dette forklares med at mennesker kalkulerer omkostninger og fordele – og vælger det alternativ som er mest nyttemaksimerende ud fra sine opfattelser (Scott 2000). Ifølge Andrews (2003) findes der et grundsyn i forebyggende helsearbejde om at mennesker er rationelle aktører, og at man ved at appellere til fornuft og intellekt kan få mennesker til at vælge en sund livsstil. Men så kan man stille spørgsmålstejn ved hvorfor der stadigvæk findes mennesker i Norge som f.eks. ryger, hvis alle er enige om at rygning er sundhedsskadeligt. Og hvorfor folk med lavere socioøkonomisk status er overrepræsenteret i denne gruppe (Lund & Lund 2005). Siden det kan være svært at umiddelbart se nogle rationelle fordele ved at ryge, må der ligge andre opfattelser, præferencer eller værdier til grund.

Det rationelle aktørperspektiv forklarer denne type sammenhænge ved at individets handlingsvalg påvirkes af sandsynligheden for at nå et mål – og at dette har sammenhæng med menneskers ressourcer og kompetencer (Scott 2000). Ergo kan den sociale baggrund og miljøet (jf. habitus) være en begrænsning i forhold til individets muligheder for at lykkes med rygestop. Eller det kan være et hinder i forhold til individets kognitive evner til at forstå hvilke skadelige virkninger rygning har. En umiddelbar løsning er at udforme rygestopkampagner, som gøres så let forståelige at de ”når frem” til hele befolkningen, inklusiv den gruppe som har lav kompetence. Bag dette ligger flere typer kundskabsinteresser; den tekniske kundskabsinteresse forsøger at regulere og styre virkeligheden ud fra en

dominerende rationalitetsopfattelse, hvor forskning viser at rygning er ekstremt sundhedsskadeligt. Der kan være en hermeneutisk interesse ved at opfordre rygerne til at gå i dialog med sundhedsvæsenet for at få hjælp til at stoppe – og den frigørende kundskabsinteresse prøver at hjælpe folk til at forandre en livssituation. Her ser man tydeligt den produktive, liberale magtudøvelse Foucault fremhæver er karakteristisk ved det moderne velfærdssamfund. Kundskab og forskning er ikke værdineutralt, men prøver at påvirke og korrigere individets handlinger i ”rigtig” retning, mod en social norm (jf. sundhed). Individet konstitueres som et subjekt der bliver genstand for intervention, og man søger at give individet en bredere forståelse for det problem han eller hun har, således at individet kan styre sig selv inden for fastlagte rammer. At rygning er et problem, er ikke noget man længere stiller spørgsmålstejn ved – og den nyeste udgave af DSM, som udkom i maj 2013, har nu også inkluderet ”tobacco use disorder” som en psykisk lidelse.

7.2 Kritisk refleksion og frigørelse

Det jeg vil frem til med ovenstående er at hvis man som forsker ønsker at fremskaffe frigørende erkendelsesledende kundskab, må man være varsom i forhold til at reflektere over hvad man ønsker at frigøre mennesker fra og hvad man vil frigøre dem til. Her må man konkretisere hvem som kan have interesse for hvilken type kundskab (Nygren & Øvrelid 2013). Det er ikke sikkert at endnu mere teknisk kundskab om rygningens skadelige virkninger kan ”frigøre” rygerne fra deres usunde vaner (ud fra velfærdsstatens bedste intentioner) – men det er heller ikke sikkert at rygerne overhovedet har interesse i at blive frigjort. I et liberalt politisk perspektiv kan dette virke ulogisk, da det betyder at nogen ”vælger” at leve usundt. Ved at anvende det rationelle aktørperspektiv i forklaringerne tages der ikke i lige stor grad hensyn til værdier og normative forpligtelser, det vil sige forhold som påvirker menneskers kognitive virksomhed uden at dette kan forklares som rationelle handlingsvalg ud fra bevidste motiver. Det kan tænkes at rygning ikke handler om et rationelt valg, men i stedet om tilhørighed til et socialt fællesskab som rygerne ubevidst værdsætter højere end sundhedsværdien. På samme måde kan alkoholafhængighed og stofmisbrug også forklares ud fra bestemte værdier og social tilhørighed. Misbrug kan bunde i trangen til at flygte fra virkeligheden, og til at dæmpe oplevelsen af uforholdsmæssig høje krav og forventninger fra omgivelserne man ikke oplever at mestre. Ved at betragte værdier som social kapital kan man forklare hvordan menneskers subjektive præferencer er forankret i den

sociale kontekst som omgiver dem, og at de sociale praksisser påvirker forståelseshorisonten. Nordby (2009) understreger at social kapital derfor ikke nødvendigvis er noget positivt, da den kan bidrage til at opnå gale mål (set i andres øjne). Men det bliver uanset en normativ vurdering i det øjeblik nogen begynder at veje rygningens skadelige effekter op imod fordelene ved den sociale tilhørighed som rygerne måske oplever at have – eller vurdere om rygning kvalificerer til en psykiatrisk diagnose. Ifølge Andrews (2003: 39) reflekteres der sjældent over de normative opfattelser som ligger til grund i forebyggende helsearbejde, da man f.eks. ikke stiller spørgsmål ved frihedsbegrebet: ”At frihet til å ta egne valg også innebærer frihet til å ta usunne valg”.

Kritisk forskning har ikke ambition om at give svar på hvad som er rigtigt eller forkert, men i stedet løfte problemstillinger op til en bredere politisk eller etisk diskussion (sætte sager på dagsordenen). Habermas mener at menneskers evne til at tage stilling til denne type spørgsmål er blevet svagere, da tilværelsen i dag er præget af en snæver økonomisk og teknisk tænkemåde som videre har påvirket menneskers uafhængige værdier (Alvesson & Sköldbeg 2008). Habermas (1974) fremhæver hvordan videnskab og teknik er blevet en ”ideologi” i sig selv, og at denne ideologi er præget af instrumentelle handlingsmålestokke. Han anser trods dette at der er muligheder for at ændre udviklingen til en mere progressiv retning. Hvis normer og værdier er forankret i fællesskabet, åbner dette op for at der kan forhandles om disse i den offentlige diskurs. Habermas fremsætter en idé om kommunikative handlinger, hvor man kan benytte supplerende teoretiske forklaringer til at afsløre ”forstyrrelser” i kommunikationen. Han har som ideal at der kan skabes ”herredømmefrie dialoger” hvor alle mennesker (uanset baggrund, socioøkonomisk status, uddannelse etc.) har samme mulighed for at deltage med velbegrundede argumenter. Dette viser at Habermas bevarer troen på menneskers evne til kritisk selvreflektion, og at man i fællesskab kan bidrage til udviklingen af samfundets organisering.

For at vende tilbage til Bourdieus tanker om habitus, er der flere hindringer i forhold til at opnå dette ideal. Individets frie handlingsmuligheder afhænger af den sociale kontekst, siden værdierne er forankret i denne. Dette medfører at man må tænke ud over mikroniveauet – også i forhold til Habermas’s idé om herredømmefrie dialoger, for at komme uden om enkeltindividets svage reflektionskompetencer. Fra et systemperspektiv må man i stedet vise hvordan mennesker er afhængige af hinanden (jf. Durkheim), også i forhold til udviklingen af værdier og normer. Det som optager Habermas er at man må prøve at overkomme de

forudantagelser der ofte præger offentlige diskussioner, og stimulere mennesker til at reflektere over legitimiteten i egen autonomi (Alvesson & Sköldberg 2008).

Jeg har i magtanalysen forsøgt at afdække nogle bagvedliggende interesser for medikalisering og behandling på individniveau, som kan genspejle at der findes sociale strukturer som fastlåser mennesker i en afmagtsposition – i en forståelse af psykiske lidelser som individuelle biologiske eller psykologiske dysfunktioner. Der findes adskillige komplekse forklaringer på hvorfor og hvordan denne udvikling har fundet sted, men det som er vigtigt at bemærke er det dialektiske samspil mellem individ og samfund. Horwitz (2002) påpeger, at symptomer på p-diagnoser ikke er ensbetydende med at individet har en dysfunktion, da årsagen med stor sandsynlighed kan findes i relationen mellem individet og omgivelserne. Men på trods af dette er tendensen, når det gælder håndteringen af p-diagnoser, at individet bliver sat på psykofarmakologisk behandling for at kurere dysfunktionerne. Hvis psykiske lidelser er stærkt knyttet til livsvilkår og sociale betingelser, kan man argumentere for at det ikke giver mening at fortsætte individbehandlingen. Det handler om hvor ansvaret for sociale problemer bliver lagt, hvor samfundet i dag tenderer at anvende individuelle forklaringsmodeller og kontekstafhængige årsagsforklaringer. På denne måde skjuler individualiseringen det faktum at samfundet i selv kan være problemskabende, hvilket kan være ekstra problematisk i forhold til behandlingen af p-diagnoser da dette som regel omhandler forholdet mellem mennesker. Lav social støtte er ifølge Bang Nes & Clench-Aas, (2011) associeret med en mangedoblet risiko for psykiske helseproblemer for enkeltindividet – men også for psykiske plager på samfundsniveau. Det betyder at social- og velfærdspolitikken som føres kan have en afgørende betydning for udviklingen, også i forhold til udbredelsen af p-diagnoser. Siden psykiske lidelser handler om mestring af omgivelserne findes der argumenter for at en bedre løsning muligvis vil være at behandle samfundet frem for individet.

7.3 En opsummering

Ved at have et mere kontekstuel perspektiv i forståelsen af psykiske lidelser, må man forstå individet og dets tolkningsprocesser i lys af den historiske, kulturelle og politiske udvikling – og i lys af de dominerende værdier og normer samfundet er præget af. Samfundssystemer danner en kontekst for individets livsverden, og påvirkningerne går begge veje.

For at starte med at fremhæve nogle politiske aspekter, er der som jeg har været inde på flere tegn på ideologiske forandringer der har påvirket menneskers værdihorisont. Værdien af frihed og autonomi står stærkt i dagens samfund, hvilket i sig selv har bidraget til at lægge vægten på individet frem for samfundet som helhed. Nyliberalistiske idéstrømninger om omkostningseffektivitet og økonomisk værdiskabning har samtidigt medført at markeds kræfter har fået større indflydelse både politisk og i menneskers hverdag. I dette ideologiske standpunkt betragtes individet ofte som et nyttemaksimerende væsen med selvorienterede holdninger, og der opstår en øget rettighedsbevidsthed generelt i befolkningen. Gennem socialisering og internalisering af værdier og normer påvirkes individets forståelse af hvad ”det gode liv” indebærer. I en markedsbaseret konsumkultur har penge, forbrug og magt fået en dominerende plads, hvilket samtidigt har skabt en bekymring for opportunistisk adfærd. Selvforsørgelse er en pligt, og det forventes at alle gør det de kan for at være aktive på arbejdsmarkedet. Problemet opstår når folk ikke klarer at leve op til denne norm, da velfærdsydelse i Norge ligger på et relativt højt niveau og man derfor frygter ”gratispassagerer”. Der ligger en bekymring i risikoen for at disse mennesker tilpasser sig en passiv og afhængig livsstil (Vanebo 2005). Arbejdsloven er af denne grund blevet tydeliggjort gennem NAV-reformen, og bekymringen for misbrug af ordningerne har skabt et større behov for kontrol og dokumentation i forbindelse med modtagelse af offentlige ydelser. Kort sagt, så har arbejde fået en central plads – både for individet (forbrug og status) og for samfundet (økonomisk værdiskabning og global konkurrenceevne). Og ifølge Madsen (2010) er det ikke længere et reelt alternativ at gå imod forbrugersamfundets værdier. Frihed i dagens velfærdssamfund vurderer Øvrelid (2010: 54) til at være synonymt med ”individuel ansvar for egen skjebne innenfor de posisjonene samfunnet har bestemt som de foretrukne”. Disse grove linjer i samfundsudviklingen er afgørende at forholde sig til hvis man vil forstå individets tolkning af virkeligheden, da ændrede samfundsværdier som sagt også påvirker det enkelte menneskes livsverden. Det er f.eks. ikke socialt accepteret at have en værdi om at være fattig, arbejdsløs og ulykkelig i dag. Samtidigt har den ideologiske udvikling også understreget hvor ansvaret for individets liv ligger; for at henvise til det liberale ordsprog om at ”enhver er sin egen lykkes smed”. Dette er en illustration på hvordan mennesker selv bliver tillagt ansvaret for at være rige, lykkelige og uafhængige.

I Foucaults magtperspektiv sættes individets adfærd i fokus, hvilket indebærer en form for social kontrol og disciplinering. Hvis man ikke klarer at leve op til standarden for hvad det vil sige at være ”en kompetent samfundsborger”, bliver individets adfærd defineret som

afvigende og problematisk. I mødet med velfærdsstatens institutioner må enkeltmennesket kunne forklare årsagen til dets ”utilstrækkeligheder”. Det at f.eks. ikke klare at stå i indtægtsgivende arbejde, kræver en dokumenteret grund som kan lægges frem for NAV. Arbejdsuførhed som klart skyldes sygdom eller skade giver ret til sygepenge (Folketrygdlovens § 8-4), hvorimod sociale eller økonomiske problemer ikke udløser rettigheder. Fastlægerne fungerer som ”portvogtere” i den medicinske vurdering af om mennesker klart har en sygdom eller ikke, og diagnosen kan i denne optik sammenlignes med en indgangsbillet til velfærdssamfundet. Hvorvidt individet ”reelt” har en psykisk lidelse, er ikke det mest interessante i denne forbindelse. Men som jeg har forklaret ved hjælp af medikaliseringensbegrebet, er grænserne for normalitet på nogle områder blevet indsnævret, og man ser en tendens til at almindelige livsproblemer og normale reaktioner på sociale stressorer bliver omdefineret til psykiske lidelser og dysfunktioner. Det som er relevant at drøfte videre er derfor hvordan samfundskonteksten påvirker menneskers tolkning og forståelse af egen sundhed og sygdom.

Psykiske lidelser går ikke på det somatiske aspekt, men udelukkende på funktionsevnen. Psykiatri handler om mestring af sit eget liv og omgivelserne, hvor arbejdslivets krav om effektivitet, tempo, kundskab, omstillingsevne etc. kan have betydning for individets oplevelse af mestring. Og det er ikke kun i arbejdslivet der stilles store krav og forventninger, men generelt fra alle de sociale systemer individet befinder sig i. Man skal helst være ”en succes” både på arbejde, hjemme, på skolen, i forbindelse med fritidsaktiviteter etc. Og siden idealet er at være et frit og uafhængigt individ (med pligt til selvrealisering), kan man tænke sig at der er blevet mindre rum for at vise bekymring eller sorg. Der ligger ud fra dette et stort pres på mennesker om at kontinuerligt udvikle sig. Siden udvikling tager tid, kan det synes som en mere hurtig og effektiv løsning at anvende psykofarmaka mod uønskede tanker eller følelser – da man ved at tage en pille kan slippe det tidskrævende arbejde det ofte er at danne relationer med andre mennesker. Reduktionen af brugen af terapi i psykiatriske konsultationer kan fremstilles som et vidne om denne tendens (Madsen 2013). Bleidvin (2013, 22. maj) fremhæver i sin kronik, at det kan virke til at udviklingen i lægemiddelindustrien er kommet så langt at der i dag produceres mediciner for at øge menneskers præstationsevne (når man har brug for en ”opkvikker”). Man kan ud fra dette også pege på risikoen for udviklingen af en kosmetisk psykofarmakologi, hvor f.eks. antidepressiva udskrives som et forebyggende middel i risikosamfundet, for at hindre mennesker i at blive ulykkelige eller føle ubehag. Vilhelmsson (2011) fremhæver hvordan sundhed og velbefindende er blevet en rettighed, og

at dette kan medføre en overfortolkning af symptomer og plager. Hvordan mennesker fortolker sin egen psykiske tilstand, sammenlignet med andres, har derfor stor betydning for om individet opsøger hjælp. Forskning på bedringsprocesser viser at de subjektive erfaringer i en hverdagslivskontekst er grundlæggende. De fleste ønsker at være ”normale” og betragte sig selv som almindelige samfundsborgere med bolig, arbejde, familie, venner etc. (Borg 2009). Hvad man betragter som standarden for livsførelse er præget samfundsudviklingen, og internaliseringen af normer og værdier påvirker i høj grad menneskers vurdering af egen situation og helsetilstand. Ifølge Russell (i Madsen 2014) er det et paradoks at man i den vestlige verden finder udpræget utilfredshed blandt individer, når nu de fleste mennesker har alle sine primære behov dækket. De sociale bånd har ændret sig, og selv om at de fleste mennesker i dag deltager i mange fællesskaber på flere arenaer indebærer dette samtidigt krav om at fremstå som ”en succes”. En følelse af mislykkethed, usikkerhed og modløshed (manglende mestring over for omgivelserne) opstår lettere i denne kontekst, hvilket den øgende udbredelse af p-diagnoser kan være en illustration på. Hvis den udbredte opfattelse er at ”alle” er sunde, glade og lykkelige i dag, bliver udholdenhedsgrænsen for hvad det enkelte individ oplever som et problem også sænket. Til sidst kan man få en opfattelse af at behandling med psykofarmaka er nødvendigt for at leve op til normen i samfundet. Conrad (2007) hævder at individet kan få en følelse af at han eller hun skulle kunne præstere bedre og derfor søger hjælp hos sundhedsvæsenet.

7.4 Skal vi behandle samfund eller individ?

Selvom de ovenstående afsnit muligvis kan være at sætte ting lidt på spidsen, kan dette være nødvendigt for at vise nogle vigtige sammenhænge som skal medtages i den videre diskussion. Siden angst og depression er forbundet med ubevidste tankemønstre om mangelfuld mestring og utilstrækkelighed (Hovland 2007), handler det om dannelsen og internaliseringen af de krav og forventninger som er skabt ud fra dominerende samfundsværdier. Sociale og politiske forhold kan virke determinerende for individets bevidsthed og selvforståelse, og forskning viser at lav socioøkonomisk status er en risikofaktor for psykiske lidelser. Kolstad & Kogstad (2011) argumenterer for at dette kan bunde i at mødet med velstanden i vestlige lande intensiverer negative følelser for ressourcetsvage mennesker. Medikaliseringsprocesser bidrager til at sygeliggøre disse følelser, og kundskabsudviklingen inden for biomedicinen og udbredelsen af en teknisk-rationel

tænkemåde kan medføre at sociale problemer bliver individualiseret. Lægerne bidrager i denne proces med at indskrænke rammer for funktionsdygtighed ved at sygemelde dem der f.eks. ikke lever op til arbejdslivets krav og forventninger (Kolstad 2011). Dermed rettes behandlingen mod individet i stedet for samfundet, selv om årsagen kan bunde i fattigdom og marginalisering. Som jeg har drøftet i magtanalysen ligger der forskellige interesser bag måden at fortolke problemerne på, men siden p-diagnoser oftest handler om mestring af omgivelserne og relationer mellem mennesker virker det i nogle sammenhænge meningsløst at behandle individet. Psykiske lidelser er en skjult form for funktionshæmning, som skiller sig fra somatiske sygdomme ved at de opstår i samspillet mellem individ og samfund. Traditionelt har begrebet funktionshæmning været knyttet til en medicinsk forståelse og er blevet betragtet som en konsekvens af sygdom eller biologiske afvig (en tragedie som rammer enkeltmennesket). Dette syn er blevet udfordret på baggrund af kritik som påpeger at det i lige stor grad handler om barrierer i miljøet, samt de situationer mennesker kommer i. I offentlige dokumenter har man i tråd med dette anvendt en relationel forståelse de sidste årtier (NOU 2001: 22). I St. meld. nr. 34 (1996-1997) defineres funktionshæmning som et ”misforhold mellem individets forudsætninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlig for etablering av selvstendighet og sosial tilværelse”. I denne politiske definition vægtes relationen mellem individet og dets omgivelser, og fokus sættes derfor heller ikke kun på ”den funktionshæmmede” – men også på samfundet. Den relationelle forståelse har fået stor tilslutning, men det har i praksis vist sig at være vanskeligt at holde fast i dette perspektiv. Selvom adskillige forskningsprojekter tager udgangspunkt i denne forståelse af funktionshæmning, ser man at det ofte ender med beskrivelser og analyser af individets egenskaber (NOU 2001: 22). Den biomedicinske model fremhæver kroppens biologiske og psykologiske dysfunktioner, det vil sige menneskers funktionsnedsættelse frem for relationen mellem individet og omgivelserne. Hvis man betragter psykisk sygdom som en funktionshæmning ud fra en relationel forståelse må man belyse misforholdet mellem individets forudsætninger og samfundets krav, normer og forventninger. I denne optik kan man argumentere for at det i stedet drejer sig om samfundets evne til at inkludere alle. I NOU (1997: 7) fremhæves at medikamentel behandling øger risikoen for at mennesker indtager en sygerolle, og der argumenteres for at anvende en definition af sundhed som understreger betydningen af mestring: ”Helse er et overskudd i forhold til hverdagens krav”. Hvilke funktionskrav som stilles i kulturen og arbejdslivet handler om politiske og økonomiske samfundsperspektiver frem for forhold ved individet.

Så længe diskursen om psykiske lidelser er domineret af individuelle forklaringsmodeller, vil forståelsen af udbredelse og behandling også blive mere snæver. For at konkretisere dette med et par eksempler, så vil man ud fra et rationelt aktørperspektiv kunne fremhæve at mennesker generelt er blevet mere dovne eller arbejdssky. Den kraftige øgning i sygemeldinger knyttet til symptomer og plager (Brage, Nossen & Thune 2013), vil ud fra et liberalt politisk perspektiv kunne forklares ved at det i dag er lettere at gå til lægen ”og få en sygemelding”, og at det i virkeligheden handler om at folk udnytter sygemeldingsordningerne for at få fri med løn. Dette perspektiv genspejler bekymringen for opportunistisk adfærd, og når denne opfattelse spreder sig i samfundet risikerer man mindre opslutning om velfærdsordningerne. Et tegn på at dette er fremme i dagens offentlige diskurs ses blandt andet i diskussioner om lægers sygemeldingspraksis og indføring af normeret længde på sygemelding ud fra diagnose. Ud fra Goffmans interaktionistiske perspektiv kan man give denne opfattelse støtte, da individet kan agere som strategisk og manipulerende (ud fra nyttemaksimerende egeninteresser). Her kan behandlingen nødvendigvis heller ikke være af medicinsk art, men mere i form af opdragelse f.eks. ved at ændre incentivstrukturer i sygepengeordningen. Hvis man modsat forestiller sig at mennesker rent faktisk har fået flere symptomer og plager, og er blevet mere syge, kan man her pege på ændringer i risikofaktorer som f.eks. at arbejdslivet er blevet brutaliseret og at ideologiske værdier har fået mennesker til at løsrive sig fra sociale bånd og dermed være mere udsat for psykisk sygdom. I dette perspektiv er det i udgangspunktet ikke aktuelt at diskutere hvorvidt mennesker prøver at udnytte velfærdsordningerne, da individet oplever sygdommen som objektiv og reel i sin livsverden. Individet opsøger en ekspert med kundskab på området, og i mødet med lægen bliver det i stedet et spørgsmål om diagnosticering og behandling – ofte hvilken type psykofarmaka som ønskes, siden denne behandlingsform er bedst tilgængelig. Det som kan være problematisk er at diagnosen i sig selv begrænser individets autonomi, da han eller hun risikerer at blive afhængig af velfærdsstatens institutioner. Brugen af medikamenter reducerer mestringsfølelsen, og individet indtager en sygerolle som begrænser handlingsrummet.

Ved at sætte disse to eksempler op imod hinanden, kan diskussionen også handle om anerkendelse af de syge og deres diagnoser – hvilket er problematisk for velfærdssamfundets bærekraft da man, som Thyssen (2010) argumenterer for, risikerer at sygeliggøre mennesker som i virkeligheden ikke er syge i medicinsk forstand. Hvis dem som bliver marginaliseret fra arbejdslivet på grund af manglende forudsætninger i forhold til de krav og forventninger som stilles bliver defineret som psykisk syge, fraskrives politikerne ansvaret til at gøre noget ved

arbejdslivets inkluderingssevne. Derfor må man nødvendigvis afsløre de magtinteresser som ligger bag denne type sociale processer, og drøfte mulighederne for at komme frem til frigørende kundskab som ikke er præget af de dominerende diskurser.

Hvis man går ud over forståelsen af menneskers handlinger som intentionelle (jf. Foucault), kan man få en bredere forståelse for hvordan positioner bliver skabt diskursivt gennem styringsteknikker, praksisser og kundskabssyn. Samtidigt er der risiko for at man degraderer mennesker til passive objekter for kræfter udefra, hvilket igen viser vigtigheden af at medtage det dialektiske samspil. Mennesker formes både af kræfterne ude fra, samt af de konkrete fortolkninger og sociale praksisser man har som aktive individer (Nygren & Øvreliid 2013). For at vende tilbage til Habermas, er der med andre ord også mulighed for at ændre på udviklingen ved hjælp af kommunikative handlinger.

Ved at tage stilling til at noget bør ændres, tager man også et værdistandpunkt i diskussionen. Ud fra en kritisk gennemgang af litteratur på området, kan det argumenteres for at det i nogle tilfælde er mere hensigtsmæssigt at behandle samfundet frem for individet. Når forskning viser at halvdelen af befolkningen får en psykisk lidelse kan dette i lige stor grad være et tegn på at samfundet ikke længere har plads til alle, som at det er et tegn på at flere slider med psykiske problemer. Årsagerne er komplekse og sammensatte, men individualiseringen i kombination med ændrede værdier har haft stor betydning. Ved at tage afsæt i antagelsen om at individualiseringen og medikaliseringen skjuler og usynliggør vigtige årsagsforklaringer i forhold til udbredelsen af p-diagnoser, bliver næste spørgsmål om der findes nogle modkræfter til disse magtforhold og sociale processer. I næste afsnit vil jeg vise til et alternativt syn på behandlingen af psykiske lidelser som er knyttet til idéen om sociale klasser, hvilket er et eksempel på en type modkræft som i større grad er grundlagt i et samfundsperspektiv.

7.5 Et alternativ – inspireret af marxismen

Habermas's tre kundskabsinteresser kan også anvendes i forhold til de forskellige perspektiver på psykiske lidelser. Når man f.eks. forstår depression som en adfærdsforstyrrelse fordrer dette at man skaffer teknisk kundskab om de naturvidenskabelige årsager til sygdommen (kemiske ubalancer, genetiske anlæg etc.). Ud fra synet på depression som en emotionel forstyrrelse vil det i stedet dreje sig om hermeneutisk kundskab om

individets følelser og tanker (jf. psykoanalysen). Det sidste perspektiv på psykisk sygdom, som fremhæver at det handler om forstyrrelser i mellem menneskelige forhold, vil nødvendigvis indebære en frigørende kundskabsinteresse, der i stedet peger på socioøkonomisk status og livsvilkår som en årsag til udbredelse af sygdom. Ifølge Haugsgjerd (1970) er der en modstand mod at indrømme at psykisk sygdom har noget med sociale lag at gøre. Fokus sættes på det symptombærende individ, i stedet for at rette indsatsen mod familie, naboskab eller den socioøkonomiske gruppe individet tilhører. Han mener at det kan være nyttigt at anvende Marx for at få en helhedsforståelse af samfundet.

Den historiske udvikling drives frem af nogle bestemmende kræfter som vil finde produktionssiden ved samfundslivet, og drivkraften bag vækst er arbejde. Forskellige klasser står i forskellige forhold til produktionsmidlerne, og der findes altid en herskende klasse og en kæmpende klasse. Haugsgjerd (1971) viser til overhyppigheden af psykiske lidelser blandt lavstatusgrupper, og mener derfor at udbredelsen af p-diagnoser kan ses som et resultat af levevilkår. Han anvender forskning på påvirkningen den socioøkonomiske status har på familiestrukturen, og hvordan dette påvirker personlighedsudviklingen, til at forklare sammenhængen. Videre fremhæver han at det ikke kun er individets stilling i den sociale struktur som har betydning, men også lokalsamfundet mennesker er en del af. Samfundsgrupper forhold til hinanden gennem produktionsprocessen skaber grundlæggende interessekonflikter, og ifølge Haugsgjerd (1971: 156) bliver det afgørende at give den hjælpesøgende indsigt i sin egen livssituation. Han sammenligner den terapeutiske proces med en frigørelsesproces (inklusiv politisk bevidstgørelse), som handler om at klargøre at individets position er et resultat af ”menneskelig samhandling innenfor sociale strukturer hvor noen har makt over andre”. Gennem denne type indsigt får individet mulighed for at bryde samfundets quasi-lovmæssigheder (usynlige kræfter) og forandre fremtiden. Hvis kapitalismen medfører at visse grupper i samfundet får forringede levevilkår, mener Haugsgjerd med andre ord at psykiatrien må hjælpe de undertrykkede med at gøre oprør.

I psykiatriens historie findes der eksempler på opgør mod klasseforskellene og kampen for en mere demokratisk psykiatri. F.eks. udgav Franco Basaglia og hans gruppe i Gorizia (Italien) bogen ”L’istituzione Negata” i 1968. De påpeger (i Haugsgjerd & Engelstad 1976) i lighed med Foucault at de psykiatriske institutioner er funktionelle for et klassesdelt samfund, og at volden i institutionerne bliver skjult bag psykiatrien som en medicinsk videnskab. Mange patienter er indlagt fordi at de ikke har andre steder at være (kan ikke sælge sin arbejdskraft

længere), og dermed skjuler psykiatriske mærkelapper de sociale problemer som ligger bag. De ønskede at sprede kundskaben om sammenhænge mellem psykodynamiske forstyrrelser og menneskers klasse- og familiesituation således at dette blev alment kendt for befolkningen. Dette gjorde de ved at oprette organisationen Demokratisk Psykiatri, som kunne have kontakt med politiske myndigheder, partier og fagforeninger. Det var et formål at beskytte psykiatere og andre fagfolk som ønskede at stille sig på de undertrykkedes side, og organisationen repræsenterede således en form for teknisk og medicinsk modmagt. I Italien opstod denne bevægelse efter at Basaglia og hans gruppe havde vist til erfaringer med omorganiseringen af det psykiatriske sygehus i Gorizia til et ”terapeutisk samfund”. Dette indebærer at institutionen organiseres på en måde som gør at alle kan udtale sig på lige fod og være medbestemmende – med et mål om at nedbryde de hierarkiske forhold.

I Norge blev Ullevål afdeling 6 B den første psykiatriske afdeling som blev omorganiseret til et terapeutisk samfund. Det blev gjort af Herluf Thomstad i 1959. Afdelingen blev organiseret ud fra kundskaben om mellem menneskelige forholds betydning for udvikling og vedligeholdelse af psykisk sygdom. Derfor var patientens familie og miljø også en naturlig del af behandlingen, og man så på individet i et mere langvarigt perspektiv (det handler også om livet efter indlæggelsen). Der findes ikke en bestemt opskrift på ”terapeutiske samfund”, men der er flere grundlæggende fællestræk. Man anså for det første at psykiske lidelser er en måde at overleve mellem menneskelige livskriser på, og at personen er uadskillelig fra sin livshistorie og miljøet. Centrale værdier i behandlingen er åben kommunikation, fællesskab og delt ansvar. Alle har krav på samme behandling, samme personlige solidaritet og på at blive hørt (jf. den herredømmefrie dialog). Ingen har autoritet sammenlignet med andre, og patienten er hverken mere eller mindre end et menneske (Haugsgjerd 1970). Terapeutiske samfund er ikke en kopi af samfundet uden for, og det handler derfor heller ikke om at tilpasse patienterne til normer og standarder – i stedet er målet at hjælpe mennesker til at blive frie og autonome for at være i stand til at forandre sine omgivelser. Ifølge Thomstad (1971) bragte det terapeutiske samfund med sig noget nyt: Det fungerer som en ramme for individuel frihed og ansvar i en ikke-hierarkisk struktur. I stedet for at blive et opbevaringssted, eller et direkte behandlingssted, er det et sted hvor patienten får social godkendelse af muligheden for at arbejde med sig selv. Den vigtigste ”behandling” er individets læring og oplevelser i samvær med de andre i miljøet. Den terapeutiske miljøbehandling placerer Haugsgjerd (1970) som et led i et samfundsmæssigt arbejde med at klargøre interesse modsætninger for at overvinde klasseforskelle. Behandlingen er til for de lidende, og ikke for samfundsapparatet.

Haugsgjerd mener at psykiatrien kan bidrage til frigørelsesprocesser ved at systematisk indsamle erfaringer om de konsekvenser samfundsudviklingen og den førende politik får for befolkningens psykiske helse, og videreformidle dette til masserne – specielt til lavstatusgrupper som har mest at vinde ved at forandre samfundet. Dette fordrer at fagprofessioner (læger, psykiatere, psykologer, forskere) involverer sig i politisk arbejde med et mål om at gøre situationen bedre for de undertrykkede (en frigørende kundskabsinteresse).

Ud fra litteraturgennemgangen kan det synes som om at psykiatrien ikke har fungeret som en modkræft ud fra de tanker som blev præsenteret i starten af 1970'erne. På denne tid så man tendens til en mere samfundsorienteret holdning til psykiske lidelser, men dette blev igen udfordret af rebiologiseringen af psykiatrien som præger dagens diskurs.

7.6 Etablering af modmagt

Når man snakker om magt og modkræfter i dag dukker begrebet ”empowerment” op. Askheim (2007) fremhæver at dette begreb som regel skaber positive associationer – da det handler om at styrke udsatte grupper og individer for at hjælpe dem ud af (eller frigøre dem fra) en afmagtsposition. Som jeg tidligere har været inde på, er dette ikke helt uproblematisk. Man må træde varsomt i forhold til at afgøre hvad det er mennesker bør eller skal frigøres fra og til, hvilke interesser der ligger bag frigørelsen, samt hvad gruppen/individet selv ønsker ud fra sine subjektive værdier. Mange forskere fremhæver derfor nødvendigheden af at være ydmyg over for menneskers egne erfaringer, for at undgå arrogance og magtforhold (Nygren & Øvrelid 2013). Ifølge Freire (1999) opfatter afmægtige grupper ikke selv systemets ”orden”, da de har gjort samfundets meninger om dem til sine egne (jf. internalisering og habituering). Generelle krav og forventninger i samfundet fremstår som en objektiv realitet for mennesker, og man opfatter ikke at disse er skabt af udenforstående kræfter. Det som er målet med radikalt empowermentarbejde er at frigøre undertrykkede mennesker ved hjælp af handling og refleksion, således at der skabes en bevidsthed om de strukturer og magtforhold der bidrager til at låse virkeligheden fast (Askheim 2007). Dette skal ifølge Freire (1999) ske i samarbejde med de undertrykkede, for at undergå paternalisme. Freire giver udtryk for at det ikke er logisk at definere mennesker som afvigere, da det er den samfundsstruktur de lever indenfor som har gjort dem til det de er. Ud fra dette handler det ikke om at ændre på individet (psykofarmaka og psykoterapi), men i stedet om at omforme strukturen.

Ifølge Madsen (2010) bliver mulighederne for at arbejde frem mod ændringer af strukturelle eller politiske årsager forværret så længe individet opfordres til at ”arbejde med sig selv” (i en kultur med accept for selvrealisering). I psykoterapeutisk individbehandling ligger der en antagelse om at individet kan frigøres fra sine begrænsede muligheder, og blive styrket i så stor grad at det bliver sat i stand til at mestre sit eget liv. Denne form for empowerment beskriver Askheim (2007) som en liberal styringsstrategi, hvor der ligger forskellige typer magtinteresser bag (jf. Foucault). Empowerment på samfundsniveau handler i stedet om bevidstgørelse, kritisk refleksion og frigørelse fra det som låser den sociale virkelighed fast. Det problematiske med medikaliseringen er at det bidrager til at skabe selvidentifikation som hjælpeløse ofre, og dermed også større afhængighed af sundhedsvæsenet. Dette begrænser i sig selv muligheden for empowerment på individniveau, da man ved at betragte sine problemer som sygdom oplever øget magtesløshed og passivitet (Ågren 2011). Empowerment (som etablering af modmagt) kan blandt andet ske i form af demedikaliseringer. For eksempel var ”homofili” en psykiatrisk diagnose frem til revideringen af DSM i 1973. Her anvender Madsen (2013) tanker fra videnskabsfilosofen Hacking, for at illustrere hvordan diagnoser kan forsvinde ud af psykiatriens magt og blive redefineret af dem som omfattes af den. Homofili har ændret sig fra at være noget skamfuldt til at være en essentiel identitetsmarkør for mange mennesker. Ifølge Starrin (2007) kræver denne type processer en ændring i menneskers emotionelle energi. Skam fører i udgangspunktet til flugtreaktioner (tilbagetrækning) snarere end kampreaktioner, hvilket fordrer at der først skabes et bevidstsøgende niveau således at man bliver klar over at homofili handler om definitionsprocesser frem for afvigelse. Derfor er en kollektiv bevidsthed om årsagerne til psykiske lidelser et centralt udgangspunkt for eventuel frigørelse. Så længe adfærd stemples som afvigende, og man forstår dette som sygdom, skabes der barrierer i forhold til udviklingen af alternative forståelser.

Hellesnes (2004) peger på et lyspunkt i medikaliseringdebatten, nemlig at det er blandt medicinerne man kan finde den største kritik mod sundhedsfikseringen (at medikalisering af livsproblemer og risikotænkning i sig selv er et sundhedsproblem). Modkræfter findes med andre ord i forskersamfundet, hvis man på tværs af forskellige fagdiscipliner kan blive enige om at udviklingen ikke er hensigtsmæssigt for samfundet som helhed. Det vil nødvendigvis indebære at visse værdier må ligge til grund for et samarbejde. Det kan være svært at undgå indslag af moralske og normative vurderinger – men det er vigtigt at bevare troen på at man

kan få værdierne fra de grupper som forskes på frem i lyset; at det er forskning som kommer de rigtige mennesker til nytte dvs. de ressourcetrængende velfærdssamfundet er opbygget for at skulle hjælpe. Et eksempel på dette er oprettelsen af ”Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse”, som er finansieret af Helsedirektoratet og har som mandat at samle kundskab fra brugere og pårørende. På kompetencecenteret forsøger man at skabe ligeværd mellem erfaringskompetence og fagkundskab, hvilket kan være et vigtigt skridt på vejen mod denne form for samarbejde. Ifølge Alm Andreassen (2007) må man understrege vigtigheden af at medtage almindelige menneskers kundskab, og hun argumenterer for at Habermas’s idéer kan anvendes som en normativ standard for medvirkningsprocesser.

7.7 Findes der modkræfter?

For at vende tilbage til udgangspunktet for opgaven, så handler det om at fokusere på de bagvedliggende årsager til p-diagnoser, frem for at fortsætte med somatisk symptomreducing ved hjælp af psykofarmaka. Det handler om social fungering, arbejdslivets inkluderende evner og værdierne som ligger til grund for samfundets kultur og normer. Den socialpolitiske diskurs påvirkes af tidsånden, hvor den fremherskende individualisme har medført større fokus på fejl og mangler ved enkeltindividet frem for strukturelle samfundsforhold. En forståelse af at mennesket er et socialt væsen har ikke længere tidsånden med sig (Hellesnes 2004), hvilket kan være en form for fastlåsnings i sig selv. At nutidens ekvivalent til ”frelse” er blevet jagten på psykisk sundhed og velvære, hævder Lasch (i Madsen 2014) skyldes en kollektiv forestilling om at fremtiden er gået tabt. Mennesker risikerer at miste sin utopiske forestillingsevne, hvis man udelukkende opfordres til at finde svar inden i sig selv. I stedet for at deltage i kollektive bevægelser for at skabe ændringer, er det moderne menneske henfaldet til ”det indre liv”. Dette kan ifølge filosofen Mills (i Madsen 2014) begrænse individets opfattelse af muligheden for at kunne ændre de betingelser man lever under.

Frigørelse fra fastlåste, sociale strukturer kan ske gennem refleksion og handling i forhold til tilværelsen, og ifølge Askheim (2007) er dialog den vigtigste metode. Debatten om medikamentel behandling mod psykiske plager er blusset kraftigt op efter NRK Brennpunkts dokumentar ”Bare en pille til” blev vist den 5. november 2013. Dokumentaren handler om en

ung pige, som tog sit eget liv efter en årelang kamp mod tilbagevendende depressioner. De to sidste leveår fik hun op imod 15.000 doser med stærke psykofarmaka præparater, og hendes forældre er nu gået til kamp mod overmedicinering og fejlmedicinering i psykiatrien (Silje Benedikte Stiftelsen 2013). Den 11. december 2013 blev der afholdt et møde i Stortinget, hvor repræsentant Karin Andersen (SV), med udgangspunkt i dokumentaren, tog problemstillingen op. I dette møde (Stortinget 2013-2014) blev der understreget at lægemidler kan være en vigtig del af behandlingen, så længe det er brugt i forsvarlige doser. Diskussionen handlede i stor grad om at det er bekymringsfuldt at fastlægenes udskrivelsespraksis varierer betydeligt, samt at der ikke findes gode alternative behandlingsmetoder. Lægemidler er i mange tilfælde knyttet til forskellige livskriser; det kan være et nødvendigt hjælpemiddel i en vanskelig situation – men ikke erstatte mellemmenneskelige og terapeutiske relationer. Helse- og omsorgsminister Bent Høje (H) fremhævede på mødet at det må være et mål at begrænse sygdommene ved at fremme mestring. Som løsningsforslag blev der også drøftet udbygning af lavtærskeltilbud, flere psykologer ansat i kommunerne, tættere opfølgning af dem som har (eller kan udvikle) sårbarhed for sygdom, samt øget indsigt i og kontrol af udskrivelsespraksissen. Det er interessant at se hvordan en dokumentar om et forældrepar tab af en datter, og fremstillingen i massemedierne i kølvandet af dokumentaren, kan sætte ting på den politiske dagsorden og dermed bidrage til øget bevidsthed om en problemstilling på flere samfundsplan. Til trods for dette kan man ud fra et radikalt empowermentperspektiv hævde at diskussionen hovedsageligt bevæger sig på ”overfladen”. Den nytiltrådte præsident i ”World Psychiatric Association”, Dinesh Bhugra, angriber dette fra en anden vinkel – ved at stille spørgsmål ved hvorvidt man bør fokusere på symptomreducing eller social fungering (Strudwick 2013, 27. november). Dette er et punkt i debatten som ikke bliver rørt i lige så stor grad som selve behandlingsmetoderne og behandlingens tilgængelighed. Karin Andersen er så vidt inde på spørgsmålet angående om samfundet i dag egentlig har tid til folk som slider med psykiske problemer, eller om det er blevet sådan at man da skal tage en pille for at komme på benene igen og rejse på arbejde. Bagvedliggende magtinteresser har en tendens til at forsvinde i offentlige diskussioner, og der stilles ikke i lige stor grad spørgsmålstejn ved hensigtsmæssigheden af at møde og forstå livskriser ud fra en medicinsk model.

Ud fra det jeg så langt har drøftet i opgaven, vil eventuelle modkræfter først og fremmest dreje sig om en kollektiv bevidstgørelse i forhold til de forestillinger som tages for givet. For at anvende Bourdieus terminologi er doxa med til at styre den sociale praksis, og dagens diskussion handler stadigvæk mest om symptomreducing og individuel mestring frem for

social fungering. Men der findes eksempler på modkræfter blandt brugerbevægelserne. Her kan man f.eks. nævne den internationale organisation "World Network of Users and Survivors of Psychiatry" (WNUSP). Termen "psykiatrisk overlevende" er, i følge Volden (2014, 27. februar), med til at understrege alvoret i det engagement organisationen har. Det drejer sig om brud på grundlæggende menneskerettigheder, hvis psykiatrien udøver magtovergreb mod de psykisk lidende. Til forskel fra antipsykiatrien i 1960'erne, som hovedsageligt blev ledet af kritiske fagpersoner, er denne bevægelse udviklet og styret af brugerne selv. Organisationen udfordrer tendensen til medikalisering af symptomer, blandt andet ved at pege på at "galskab" og ængstelse ikke kun er begrænset til en afvigende gruppe, men er en iboende tilstand hos mennesker. WNUSP har ikke kun som mål at forandre positionen til de "sindslidende" som gruppe, men i stedet udfordre den sociale undertrykkelse og de magtovergreb som finder sted. Bevægelsen stiller sig kritisk til psykiatriens tendens til at være optaget af årsager, samtidigt som brugernes følelser og legitimitet bliver fornægtet. F.eks. forsøger de at redefinere det at "høre stemmer" til ikke-medicinske termer. Tidligere blev dette defineret og behandlet som et symptom på alvorlig psykisk sygdom, hvor WNUSP i stedet opfordrer sine medlemmer til at lytte til, forstå og acceptere stemmerne (Beresford 1999). Ifølge den norske bruger- og interesseorganisation "We Shall Overcome" (WSO) vil et fællesskab med andre som bliver diskrimineret være et vigtigt skridt i kampen for et mere inkluderende samfund. Man kan med andre ord antyde at der findes potentiale for frigørelsesprocesser blandt brugerne selv, men at dette kræver at man i større grad tager disse bevægelser på alvor og hører på deres budskab.

7.8 Hvor langt skal udviklingen gå?

Direktør i Helsedirektoratet, Bjørn Guldvog, udtaler i forbindelse med dokumentaren på NRK at psykofarmaka har god virkning i forhold til at folk kan få sin dag til at fungere (Hofgaard 2013, 2. december). Ifølge Gøtzsche (2014, 6. januar), som har forsket på antidepressiva lægemidler i flere år, er det en myte at psykiske lidelser skyldes en kemisk ubalance i hjernen. Videre påpeger han også at psykofarmaka er svært afhængighedsdannende, det skaber kroniske sygdomsforløb og har alvorlige bivirkninger for patienterne. Gøtzsche hævder i sin kronik at mange psykiatere er klar over dette, men at de af hensyn til egen karriere ikke tør at bryde med de officielle holdninger. Hvis det blev en udbredt kendsgerning at psykiatrien ikke med sikkerhed kan forklare årsags- og virkningsforhold i forhold til psykisk sygdom, og dermed heller ikke har oversigt over effekten af behandlingen med psykofarmaka, vil faget

fremstå som utroværdigt og i krise. Men ifølge Lihme (2011) behøver psykiatrien ikke nødvendigvis at være forankret i et naturvidenskabeligt paradigme, som søger at forklare denne type forhold. Hun mener at den professionelles opgave i stedet burde være at ”forstå” patienten, inklusiv det sociale liv. Hvis man, som Gøtzsche (2014, 6. januar) forestiller sig, anvender åben dialog frem for medikamenter, vil man have mulighed for at afdække de egentlige årsager til psykiske symptomer. Han hævder at mennesker med p-diagnoser ville være bedre stillet, hvis alle psykofarmaka blev fjernet fra markedet. Ørstavik (2002) fremhæver at det kan have stor betydning for brugerperspektivets vilkår, hvorvidt eksisterende behandling opleves som effektiv og vellykket.

En barriere i forhold til dette er magten til den farmaceutiske industri, og påvirkningskraften denne har på forskning og kundskabsudvikling. Lægemiddelindustrien udbetaler store summer med penge til læger og psykiatere, blandt andet for at holde foredrag om nye medikamenters virkning. Det er problematisk hvis en magtfuld industri hindrer de praktiserende psykiatere i at stå frem med ”sandheden”. I følge Nygren & Øvrelid (2013) er det vigtigt at politiske myndigheder ikke overgiver mere til markedet, og dermed fraskriver sig styringsmuligheder. Man kan risikere at lægemiddelindustriens økonomiske interesser i kombination med frie markedskræfter kan få fatale konsekvenser for de mennesker som slider, hvis der findes adskillige bivirkninger og utilsigtede konsekvenser ved anvendelsen af psykofarmaka. Den 7. oktober 2013 blev Høyre og Frp’s regeringsplatform lagt frem i Stortinget. I denne fremgår det at: ” Regjeringen vil legge til rette for en sterk utvikling i norsk legemiddelindustri med sikte på et bedre tilbud til pasientene, økt verdiskaping og flere trygge arbeidsplasser” (Politisk plattform, 2013, 7. oktober). Dagen efter udtaler direktøren for Legemiddelindustrien til Dagens Medisin at det blev en historisk dag for farmaceutisk industri: ”Nå kan vi bli en medspiller og partner som kan sitte ved bordet i viktige diskusjoner” (Bordvik 2013, 8. oktober). Ud fra dette kan man antyde at udviklingen ikke går mod at tage mere afstand fra medicinbrugen – tværtimod. Hvorvidt dette gælder i forhold til psykofarmaka genstår det at se. På mødet i Stortinget den 11. december 2013 (Stortinget 2013-2014) var der bred enighed om at etablere alternative behandlingsmuligheder i kommunerne (gøre samtalerapi bedre tilgængelig), men fortsat sættes fokus på individet frem for samfundet. I stedet for at undersøge hvad det egentlig er som gør folk syge, drøfter man behandlingsalternativer.

Hvis man skal begynde at ”behandle” samfundet frem for individet, må man gå ud over individuelle tiltag. Dette kræver strukturelle ændringer og andre måder at tænke på, blandt andet i forhold til forebyggende arbejde. Forskning viser at risikofaktorer er knyttet til samfundsforhold på nationalt og regionalt niveau, og at udjævning af social og økonomisk ulighed i sig selv vil kunne være et effektivt præventivt tiltag. I forebyggende arbejde fordres det at man ser på årsager og strukturer, og dermed kan samfundets inkluderingssevne i sig selv være et fokus. At skabe et samfund med plads til alle vil sandsynligvis være en utopisk drøm. Men der findes gruppe- og netværksorienterede tiltag som vil kunne virke både som forebyggelse og behandling af psykiske lidelser (Dalgard et al. 2011). Ifølge Kogstad (2011) hviler bedringsprocesser på kvaliteten i sociale relationer, og det behøver ud fra dette ikke nødvendigvis at være helsepersonel som hjælper mennesker i vanskelige situationer. En hypotese er at folk med lettere psykiske lidelser får det bedre bare ved at snakke med andre mennesker – med nogen som har lyst til at investere tid i en social relation. Dette er blandt andet bekræftet af effekten af flere sociale støttegrupper og selvhjælpsgrupper (f.eks. Liv Laga i Lofoten). Ved at sammenligne kognitiv gruppeterapi og selvhjælpsgrupper har man fundet omtrent samme effekt på depressive symptomer (Dalgard et al. 2011). Men samfundets udvikling har forårsaget en form for rationalisme, og man har i dag ”eksperter” til alt. Det sociale netværk omkring brugerne (inklusive de pårørende) kan ud fra ovenstående betragtes som en ubrugt ressource. Netværket skaber ofte tryghed for sårbare mennesker, og den sociale kapital kan i mange henseende anvendes til at beskytte individet mod p-diagnoser. For at kunne trække pårørende ind i behandlingen må denne ressource forstås og anerkendes af personalet i psykisk helseværn, hvilket individfokuseringen kan være et hinder for. Men der findes eksempler på behandlingsoplæg som trækker netværket aktivt ind i terapeutiske processer, og som værdsætter den erfaringskundskab som patienter og pårørende besidder. Med udgangspunkt i dialog, ligeværdighed og netværk har den finske professor Seikkula vist hvordan man kan skabe et tværfagligt behandlingsteam i et åbent ”netværksmøde”. Hans arbejde blev blandt andet en inspiration for ”Valdresprosjektet 1999-2001”. Ifølge Andreassen (2004) handler det om at skabe et rum hvor alle får oplevelsen af at de deltager i et fællesskab. Det må være et rum for anerkendelse af glæde, sorg og bekymringer. Anvendelse af netværksmøder i behandlingen af psykiske lidelser udfordrer organiseringen af det lokalbaserede psykiske helsearbejde, da flere aktører må tages med på råd i alle beslutninger. Dette stiller krav om opmærksomhed på varsomhed og ydmyghed, hvilket også fordrer en ændring i de professionelles holdninger og behandlingsideologi. Åben dialog i netværksmøder er ikke en metode eller teknik, men i stedet et tankesæt i forhold til hvordan man skal møde

mennesker. Denne tilnærmelse indebærer, i lighed med Habermas's idéer, at alle stemmer i rummet skal blive hørt og tillægges lige stor betydning. Møderne afholdes i brugernes hjem, og det er brugeren selv som vælger hvem som skal deltage; familie, venner, naboer, kollegaer, fagpersoner mv. (Heskestad & Rosengren 2012). Som sagt afhænger brugerperspektivets vilkår af hvorvidt den eksisterende behandling opleves som virkningsfuld, og man kan ud fra dette forespejle at dagens kritik mod psykiatrien kan give mere plads til alternative tilnærmelser. Ifølge Ørstavik (2002) må man dog være varsom i forhold til risikoen for at øget medvirkning i sig selv kan blive en form for ansvarsfraskrivelse – ved at lægge ansvaret for bedringsprocesser på brugerne selv og deres netværk. Psykiske lidelser kendetegnes af tilbagetrækning, isolation og angst, hvilket kan være en hindring for individets deltagelse (f.eks. i netværksmøder og brugerbevægelser). Der er meget som tyder på at det ikke er tilstrækkeligt at holde sig på mikroniveau (inkluderet patientens netværk) i forhold til etablering af modkræfter, da det drejer sig om samfundsstrukturens påvirkning på menneskers fortolkning og situation.

Hvis udviklingen, som Madsen (2014) påpeger, har medført at mennesker har mistet troen på egne evner til refleksion over livet (sin utopiske forestillingsevne), må man arbejde frem imod at udvikle sin egen og hinandens forståelseshorisont ved hjælp af samhørighed og dialog i sociale kontekster. Det er afgørende at man begynder at snakke med hinanden om de krav og forventninger man oplever der stilles, for at kunne reflektere over legitimiteten i disse. Hvad er det som gør at man føler sig utilstrækkelig? Hvad er standarden for ”det gode liv”? Har ”alle” andre kapacitet til at leve op til denne standard – eller er det samfundet som gør dette til en umulig opgave? Frigørelse fra eventuelle magtrelationer sker ideelt set under disse processer, hvor man forsøger at opnå enighed ved hjælp af hermeneutisk tolkning. Det vigtige er med andre ord at hermeneutikken bliver sat ind i en kontekst, for at mennesker skal kunne problematisere tolkninger om det der regnes som naturligt og selvfølgelig i samfundet. I forhold til udbredelsen af p-diagnoser vil dette kræve at man udfordrer de ekspertstyrede modeller og kundskabshierarkiet. Så længe problemer ansues som forårsaget af sygdom bliver mennesker mere passive og får en følelse af magtesløshed. Individualismen kan på denne måde skabe barrierer for psykisk helse. Ved at i stedet se på sammenhængen mellem udbredelsen af psykiske lidelser, medikaliseringsprocesser, indsnævringen af normalitetsgrænsen, værdimæssige ændringer, spredningen af psykologiske ideologier (selvrealisering), teknikker for social kontrol (medicinens rolle som afvigskontrollør), samt

socialiseringen i forhold til disse ting (sætte processen i en politisk og historisk kontekst), kan man fremsætte en mere nuanceret forståelse for fænomenet.

Hvis man opnår bred enighed om at individbehandlingen af p-diagnoser kan betragtes som en kritisk udviklingstendens, og at flere magtforhold bidrager til at låse den sociale virkelighed fast og overse vigtige årsagsforklaringer, må man i kritisk teoris ånd efterstræbe at få folk til at reflektere over udviklingen. Dette kan ikke gøres ved blot at forklare menneskers tolkningsprocesser – man må også belyse årsagen til disse. Udbredelsen af lettere psykiske lidelser kan f.eks. skyldes en stræben efter selvrealisering i en velfærds kontekst.

Velstandsudviklingen skaber visse rammer for mennesker subjektive oplevelser af egen livssituation, hvilket påvirker vurderinger af egen mestring. Alle har ikke samme typer potentialer og ressourcer, men kravene og forventningerne fra sig selv og omgivelserne er i høj grad de samme. Derfor handler det om at skabe et samfund hvor mennesker oplever tryghed, tilhørighed og velvære med de ressourcer man har tilgængelig. Lykke er ifølge Marcuse (i Rush 2004) en opfyldelse af alle potentialer hos individet, og frihed er forudsætningen for dette. En liberal velfærdsstat har som opgave at skabe denne frihed, men det kan ud fra ovenstående ikke være ensbetydende med frihed fra sociale relationer. Der må være plads til forskellige typer mennesker i et samfund, hvilket øget diagnosticering med p-diagnoser kan være en illustration på at der ikke længere er. Her kan man igen trække vekslen på Foucaults "Galskabens Historie", da han påpeger at interneringen af visse grupper i udgangspunktet skyldtes at de ikke kunne følge det kollektive liv (f.eks. manglede arbejdsevne). Det kan virke som om at man i dag må være godt udrustet mentalt for at kunne følge med, og at skylden stadigvæk lægges på det enkelte menneske hvis dette ikke er tilfældet.

8. KONKLUSION

Som præsenteret indledningsvis er der meget som tyder på at diagnosticeringsmagtens betydning øger for tildelingen af offentlige ressourcer. Der er opstået et behov for dokumentation og kontrol, for at sikre at de som ikke klarer at leve op til normen om arbejde og selvforsørgelse i virkeligheden er berettiget til at modtage ydelse fra NAV. Arbejdslinjen er blevet tydeliggjort, og regelværket udformes i højere grad ud fra incentivvirkninger og stiller krav til medvirkning (også i forhold til medicinsk behandling). Velfærdssamfundets bærekraft fremstilles ofte som truet, og det er af denne grund nødvendigt at undgå opportunistisk adfærd og misbrug af ordningerne. I næste hånd fører dette også til et behov for medicinske diagnoser for at kunne skille de syge fra de friske. Psykiatrien identificerer sig med den samme biomedicinske model som anvendes i somatisk medicin, og denne model har fået hegemonisk status. Diskursen påvirkes således at p-diagnoser hovedsagligt forstås og årsagsforklares som neurobiologiske defekter eller individets psykologiske dispositioner. Dette bliver suppleret med en opfattelse af at man kan behandle sygdommene med psykofarmaka. Selv om forskning f.eks. viser svag effekt af behandling med antidepressiva, går 6 % af befolkningen på medikamentet. Der findes flere årsager til at anvendelsen af psykofarmaka opretholdes, blandt andet at lægemiddelindustrien påvirker kundskabsudviklingen og udskrivelsespraksissen ved at promotere medicinernes virkning, samt markedsføre medikamenter mod adskillige andre (og nye) sygdomme. Hvis det skulle blive alment kendt at psykofarmaka ikke har så god effekt som antaget, vil psykiatrien som fagfelt kunne komme i krise. Den biomedicinske model bidrager til at individualisere årsagerne til psykiske lidelser, og der tales ikke i lige stor grad om de sociale aspekter ved udbredelse af sygdom.

Individualiseringen kan også knyttes op mod ændrede værdier i samfundet, da man ser at selvstændighed og uafhængighed er blevet et ideal for livsførelse. Mennesker opfordres til selvrealisering, og dette kombineres med en udbredt opfattelse af at ”alt er muligt”. Man er blevet skaber af sit eget liv, og har fået ansvar for egen sundhed og lykke. Dette er problematisk siden nære og trygge relationer kunne være en buffer for psykiske lidelser. Samtidigt har ideologiske ændringer også skabt en større rettighedsbevidsthed, som fører til holdninger om at man har ”krav” på hjælp til at opnå bedre sundhed. Tankemønstre ved de mest udbredte psykiske lidelser, angst og depression, er præget af en oplevelse eller forventning om mangelfuld mestring eller utilstrækkelighed, suppleret med overdrevne

standarder som målestok på sig selv. Det er med andre ord omgivelsernes krav og forventninger som er centralt ved udviklingen af lidelserne. Disse er blevet ændret de sidste årtier, blandt andet ved at arbejdslivet stiller krav om kundskab, tempo og fleksibilitet. Menneskelig kompetence må udvikle sig i takt med de samfundsstrukturelle ændringer, og der må være en balance mellem behov og muligheder for at indfri dem. Hvis dette ikke er tilfældet er der større risiko for at man ikke oplever mestring. For dem som ikke klarer at leve op til de krav som stilles, kan en p-diagnose fungere som kapital i velfærdssamfundet ved at give rettighed til fritag fra samfundslivets pligter (jf. arbejde og selvforsørgelse). Når halvdelen af befolkningen forventes at få en psykisk lidelse i løbet af livet, skabes der samtidigt risikoforestillinger om at alle er potentielt syge. Dette medfører at grænsen mellem frisk og syg flyttes, hvilket kan forklare at flere henvender sig til sundhedsvæsenet for at få hjælp og behandling. Ved at forklare psykisk sygdom ved hjælp af den biomedicinske model, lægges årsag hos individet i stedet for hos samfundet.

Medikaliseringsprocesser medfører en ændring af normalitetsgrænserne f.eks. ved at sygeliggøre almindelige menneskelige følelser. Diagnosepraksissen har ændret sig, og dette gør at sorg lettere bliver til depression og generthed til social angst. Ønsket om at anvende videnskabelige data og empiri i diagnosticering har ført til en negligering af konteksten. For at kunne stille spørgsmål ved det som er forudindtaget, er det relevant at benytte kritisk teori til at sætte menneskers fortolkninger ind i en kontekst – siden sociale og politiske forhold er determinerende for hvordan folk forstår sig selv. Der findes ”ubevidste” samfundsskabte værdier som mennesker stræber efter, og det bliver derfor også et spørgsmål om hvordan disse skabes og påvirkes. Foucault viser hvordan internering af mennesker som ikke klarer at følge samfundets regler og normer (samfundets ”afvigere”) har fundet sted siden 1600-tallet. Behandlingen af psykisk syge er blevet forklædt som omsorg, selv om det i virkeligheden kan handle om kontrol for at bevare samfundets orden. Det handler om en produktiv magt som gør mennesker i stand til at styre sig selv inden for givne rammer, ved at velfærdsstaten uddanner, afretter og selvrealisere borgerne. Den biomedicinske diskurs påvirker virkelighedsforståelsen, og der formes nye styringsobjekter (”patienten”) som bliver genstand for begrebs- og kundskabsdannelse. Selvstyringen sættes i gang af eksperterne (læger, psykologer, psykiatere), og individet bliver villig agent for egen selvdisciplinering da det betragter sig selv som sygt. Ved at anvende Bourdieu kan man også forklare dette ved at biomedicinen er blevet en universel doxaforestilling, og at dette videre påvirker hvordan der tales om ting og hvad som er relevant at sætte på dagsordenen. For at eksemplificere dette kan

man se nærmere på den offentlige debat om behandlingen af psykiske lidelser, og hvordan denne bærer præg af at fokusere på udskrivelsespraksis, behandlingstilbud, kapacitet på psykiatriske institutioner mv. Der stilles ikke spørgsmål ved hensigtsmæssigheden af at anvende den medicinske model, og social fungering bliver sjældent nævnt.

Når et individ får en p-diagnose, kan sygerollen påvirke habitus ved at indsnævre handlingsrummet. Menneskers evne til at operere med sygerollen (være en troværdig patient) kan også være en form for magt, da det handler om at få ret til velfærdsydelser hvis man ikke er i stand til at forsørge sig selv.

Da forskning viser at psykiske lidelser er overrepræsenteret blandt socialt udsatte grupper, er det også relevant at fremhæve levevilkår som en vigtig faktor. I så fald handler det om at frigøre mennesker fra en afmagtsposition ved at give dem styrke til at omforme den sociale struktur. Habermas fremhæver at der er mulighed for at komme frem til frigørende kundskab ved hjælp af kommunikative handlinger, men at det er afgørende at have de udsatte med i processen for at undgå paternalisme. Individualiseringen er i sig selv en hindring for empowerment, da skyld og ansvar lægges på enkeltpersonen – og psykoterapi ligeledes opfordrer individet til at ændre sig selv frem for omgivelserne. I psykiatriens historie findes der eksempler på frigørelse fra dominerende opfattelser, og flere fagpersoner har forsøgt at præge debatten om behandling med psykofarmaka. Hvis psykiatrien i sig selv skal fungere som en modkraft, kræver det at de udsatte grupper bliver bevidstgjort sammenhængen mellem deres situation og politiske føringer. Ved at skabe en kollektiv refleksivitet angående kontekstens betydning og menneskers fortolkningsprocesser vil man kunne få en mere nuanceret debat om hvorvidt det er individ eller samfund som skal behandles. Man må få frem at det handler om forstyrrelser i mellem menneskelige forhold, og begynde at være mere kritisk til de dominerende normer, krav og forventninger som medvirker til at skabe psykisk sygdom i velfærdssamfundet.

Jeg håber at jeg ud fra en gennemgang af litteratur på området har vist at brugen af psykofarmaka kan ses som et samspil mellem forskellige kræfter. I dag sættes fokus hovedsageligt på individet, mens det i andre perspektiver kan argumenteres for at det er mere hensigtsmæssigt at betragte udbredelsen af p-diagnoser fra en mere kontekstuel vinkel. Mangelen på empiriske undersøgelser er en begrænsning i opgaven, men dette ville kræve flere ressourcer end det som er muligt at gennemføre i et masterprojekt. Med denne opgave ønsker jeg at vise vigtigheden af at studere menneskers fortolkningsprocesser, og hvordan

kulturelt definerede normer og værdier påvirker livssituation og psykisk helsetilstand.

Opgaven kan muligvis bære præg af at være på et lidt for teoretisk og abstrakt plan, men gennem arbejdet har dette faldt mig naturligt ud fra problemstillingen. Det er et komplekst fagområde, men jeg mener ikke at kompleksiteten skal hindre videre undersøgelser. Jeg ønsker at bevare min egen utopiske forestillingsevne, inklusiv troen på at brugerne kan få øget indsigt og forståelse i de sociale årsager til lidelse. Hvordan man konkret skal lykkes i forhold til dette, mener jeg man må komme frem til gennem et tværfagligt samarbejde.

9. REFERENCER

- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Alm Andreassen, T. (2007). Når brukerne ikke blir tatt på alvor. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 10 (1), s. 3-14.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2. udgave). Lund: Studentlitteratur
- Andreassen, R. (2004). Nettverksmøter – en arena for lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, s. 26-35.
- Andrews, T. (2003). ”Nytt” ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 6 (1), s. 30-42.
- Askheim, O. P. (2007). Empowerment – ulike tilnæringer. I Askheim, O. P. & Starrin, B. (red.). *Empowerment – i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bang Nes, R. & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger* (Rapport 2011: 2). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Beresford, P. (1999). Towards an empowering social practice: Learning from service users and their movements. I Shera, W. & Wells, L. M. (red.). *Empowerment Practice in Social Work*, s. 260-277. Toronto: Canadian Scholar's Press Inc.
- Berg, G. (2012). Skammens kompass: Fire retninger i en skamproduserende tid. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, s. 360-364.
- Bjerge, B. (2005). *Empowerment og brukerinddragelse i praksis: Mellem forestillinger og det muliges kunst. En antropologisk analyse af forestillinger om ”godt” socialt arbejde i relation til praksis blandt svagtstillede metadonbrugere*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning.
- Bleidvin, I. (2013, 22. mai). Dagen derpå-samfunnet. *NRK*. Hentet fra: <http://www.nrk.no/ytring/dagen-derpa-samfunnet-1.11030668>
- Bordvik, M. (2013, 8. oktober). En historisk dag for legemiddelindustrien. *Dagens Medicin*. Hentet fra: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/-en-historisk-dag-for-legemiddelindustrien/>
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (5), s. 452-459.

- Brage, S., Nossen, J. P. & Thune, O. (2013). Flere blir sykmeldt for symptomer og plager. *Arbeid og velferd*, 2, s. 76-86.
- Brage, S., Nossen, J. P., Kann, I. C. & Thune, O. (2012). Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000-2011. *Arbeid og velferd*, 3, s. 24-37.
- Brante, T. (2006). Den nya psykiatrin: eksemplet ADHD. I Hallerstedt, G. (red.). *Diagnosens makt: om kunnskap, pengar och lidande*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Brinkmann, S. (2010). Patologiseringstesen: Diagnoser og patologier før og nu. I Brinkmann, S. (red.). *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Brinkmann, S. (2012). Truslen fra fortiden: Om psykologiens nye kritiske historiografi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49 (8), s. 753-758.
- Bruner, J. (1990). *Mening i handling*. Århus: Forlaget Klim.
- Bruusgaard, D. (2009). Uførepensjonering – medisinsk vurdering eller sosial sortering? *Michael*, 6, s. 425-429.
- Chriss, J. J. (2007). *Social Control. An introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. & Schneider, W. (1992). *Deviance and medicalization. From Badness to sickness*. Philadelphia: Temple University.
- Dalgard, O. S., Schjelderup Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. *Rapport 2011: 1*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Dostal, R. J. (2002). Gadamer: The Man and His Work. I Dostal, R. J. (red.). *The Cambridge Companion to Gadamer*. Cambridge: University Press.
- Durkheim, E., Østerberg, D. & Roll, H. (2001). *Selv mordet: En sosiologisk undersøkelse / Emile Durkheim ; utvalg og innledning ved Dag Østerberg ; oversatt av Halvor Roll* (3. udgave). Oslo: Gyldendal.
- Ede, L., Eriksson, U.B., Janson, S. & Starrin, B. (2011). *Sjukskrivning – sociala orsaker och innebörder. Rapport om sjukskrivning i Sverige (ØF- rapport nr.: 04/2011)*.
- Eitinger, L. (1971). De lettere sinnslidelser. I Astrup, C., Dalgard, O. S., Noreik, K. & Sundby, P. (red.). *Psykiatrien på skilleveien*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag.
- Ekeland, T. (2011a). Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. *Erfaringskompetanse.no 2011:1*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

- Ekeland, T. (2011b). Medikalisering – epistemologiske forutsetninger. I Kolstad, A. & Kogstad, R. (red.). *Psykologisering av sosiale problemer; Medikalisering av psykiske lidelser*, s. 31-52. Haugesund: Alpha Forlag.
- Endresen, C. H. (2013, 28. juni). Mange har psykiske lidelser uten å vite det. *NRK*. Hentet fra: <http://www.nrk.no/helse-forbruk-og-livsstil/1.11103293>.
- Fimreite, A. L. & Tranvik, T. (2005). Konsekvenser av velferdsrettigheter. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 8 (4), s. 202-214.
- Fløtten, T. (2007). Den reformerte velferdsstaten – en ny samfunnskontrakt. I Dølvik, J. E., Fløtten, T., Hernes, G. & Hippe, J. M. (red.). *Hamskifte. Den norske modellen i endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folketrygdløven. *LOV 1997-02-28 nr. 19: Lov om folketrygd*. Hentet fra: <http://www.lovdatabank.no/all/hl-19970228-019.html>
- Fosse, R. (2009). Ingen gener for psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (6), s. 596-600.
- Foucault, M. (2005). *Sindssygdhet og psykologi* (2. utgave). København: Hans Reitzels Forlag.
- Foucault, M. & Sandmo, E. (2000). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder / Michel Foucault ; oversatt av Fredrik Engelstad og Erik Falkum ; med et innledende essay av Erling Sandmo*. Oslo: Gyldendal.
- Freire, P. (1999). *De undertrykkes pedagogikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk. God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gøtzsche, P. C. (2014, 6. januar). Psykiatri på afveje. *Politiken*. Hentet fra: <http://politiken.dk/debat/kroniken/ECE2174657/psykiatri-paa-afveje/>
- Habermas, J. (1974). *Vitenskap som ideologi*. (2. udg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hallerstedt, G. (2006). Introduktion. Lidandets uttryck och namn. I Hallerstedt, G. (red.). *Diagnosens makt: om kunnskap, pengar och lidande*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Halvorsen, K. & Stjernø, S. (2008). *Work, oil and welfare. The welfare state in Norway*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, T. & Tjerbo, T. (2003). Politisk engasjement, borgerroller og sosial kapital. *Makt- og demokratiutredningens rapportserie*. Hentet fra: <http://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapp2003/rapp062/>.
- Hatland, A. (2011). Trygd og arbeid. I Hatland, A., Kuhnle, S. & Romøren, T. I. (red.), *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Haugsgjerd, S. (1970). *Nytt perspektiv på psykiatrien* (3. udgave). Oslo: Pax Forlag.
- Haugsgjerd, S. (1971). Psykiatrien og de sosiale verdikonfliktene. I Astrup, C., Dalgard, O. S., Noreik, K. & Sundby, P. (red.). *Psykiatrien på skilleveien*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag.
- Haugsgjerd & Engelstad (1976). *Seks samtaler om psykiatri: samtaler med Mario Alvisi, Paolo Serra, Paolo Tranchina, Helm Stierlin, Janine Chasseguet-Smirgel, Luce Irigaray, Alfred Lorenzer, Serge Leclaire*. Oslo: Pax Forlag.
- Hellesnes, J. (2004). Helse og normalitet som religionserstatning. I Indrebø Hovland, B. & de Cuzzani, P. (red.). *Normalitet og norm i medisinsk forskning. En seminarrapport* (Publikasjon nr. 5 - 2004). Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin NEM.
- Hellevik, O. (2001). "Velstandsvekst og verdiutvikling". I Baldersheim, H., Hagtvedt B. & Heidar, K. (red.). *Statsvitenskapelig utsyn. Politiske tema og tenkemåter i en oppbruddstid*, s. 257-266. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Hermundstad, G. (1999). *Psykiatriens historie*. Oslo: Gyldendal.
- Heskestad, S. & Rosengren, U. (2012). *Rapport 2012:2 Åpen dialog. Om relasjons- og nettverksarbeid på Romerike*. Romeriksprosjektet, Akershus universitetssykehus HF. Hentet fra: <http://www.psykiskhelsearbeid.no/attachment.ap?id=818>
- Hofgaard, T. L. (2013, 2. december). Vi må tenke nytt for å få pillebruken ned. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <http://www.dagensmedisin.no/blogg/tor-levin-hofgaard/vi-ma-tenke-nytt-for-a-fa-pillebruken-ned/>
- Holmen, J. (2000). Kampen om blodtrykket. I Swensen, E. (red.). *Diagnose: Risiko*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Horwitz, Allan (2002). *Creating Mental Illness*. University of Chicago Press.
- Horwitz, A. & Wakefield, J. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Hovland, O. J. (2007). Grunnleggende overbevisninger, angst og depresjon i en poliklinisk pasientgruppe. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 (7), s. 878-886.
- Huxley, A. (1982). *Vidunderlige nye verden*. Oslo: Aschehoug.
- Jacobsen, M. H. & Kristiansen, S. (2002). *Erving Goffman. Sociologien om det elementære livs sociale former*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M. (2004). Hjælpens univers – et magtperspektiv på mødet mellem klient og system. I Meeuwisse, A. & Swärd, H. (red.). *Perspektiver på sociale problemer*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T. J. & Johnson, B. T. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *Plos Medicine*, 5 (2). Hentet fra: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050045#abstract2>
- Kjosavik, S. R. (2012). *Prescribing and Prescribers of Psychotropic Drugs in Norway. A population based pharmacoepidemiological study*. Dissertation for the degree philosophiae doctor (PhD) at the University of Bergen.
- Kogstad, R. (2011). Tvangsmedisinering og (manglende) rettssikkerhet. I Kolstad, A. & Kogstad, R. (red.). *Psykologisering av sosiale problemer; Medikalisering av psykiske lidelser*, s. 173-187. Haugesund: Alpha Forlag.
- Kogstad, R. & Kolstad, A. (2011). Forbruket av psykofarmaka: antidepressiva, antipsykotika, beroligende medisiner og ADHD-medisiner, i Norden. I Kolstad, A. & Kogstad, R. (red.). *Psykologisering av sosiale problemer; Medikalisering av psykiske lidelser*, s. 123-145. Haugesund: Alpha Forlag.
- Kolstad, A. (2004). Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1, s. 14-27.
- Kolstad, A. (2011). Psykologisering/individualisering av sosiale og strukturelle problemer. I Kolstad, A. & Kogstad, R. (red.). *Psykologisering av sosiale problemer; Medikalisering av psykiske lidelser*, s. 123-145. Haugesund: Alpha Forlag.
- Kolstad, A. & Kogstad, R. (2011). Psykologiserings- og medikaliseringsprosesser. I Kolstad, A. & Kogstad, R. (red.). *Psykologisering av sosiale problemer; Medikalisering av psykiske lidelser*, s. 7-30. Haugesund: Alpha Forlag.
- Kringlen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kuhnle, S. & Ervik, R. (2011). Velferdsstatens politiske grunnlag. I Hatland, A., Kuhnle, S. & Romøren, T. I. (red.), *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Legemiddelstatistikk (2012:2). *Reseptregisteret 2007-2011*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Lian, O. S. (2006). Den moderne eos-myten om medikalisering som modernitetsfenomen. *Sosiologisk tidsskrift*, 1, s. 64-87.
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten* (2. utgave). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Lian, O. S. (2012a). Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner. I Tjora, A. (red.). *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*, s. 38-61. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lian, O. S. (2012b). Å iscenesette en fortelling om helse: Vitenskapssosiologiske refleksjoner. I Tjora, A. (red.). *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*, s. 231-250. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lihme, B. (2011). Historiens skæve gang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4, s. 368-370.
- Lund, K. E. & Lund, M. (2005). Røyking og sosial ulikhet i Norge. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 125 (5), s. 560-563.
- Lysaker, O. (2005). Eksistensiell erfaring og moralsk handling. *Norsk filosofisk tidsskrift*, 2 (40), side 99-115.
- Madsen, O. J. (2009). Psykologi, samfunn og etikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46 (2), s. 144-152.
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2013, 11. januar). Mens vi venter på nye diagnoser. *Morgenbladet*, s. 17.
- Madsen, O. J. (2013). Mens vi venter på DSM-V. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50 (1), s. 42-43.
- Madsen, O. J. (2014). "Det er innover vi må gå" – en kulturpsykologisk studie av selvhjelp. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mchangama, J. (2012). *Fri os fra friheden. En dansk historie om frihed i forfald*. København: Gyldendal.
- Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2007). *Magtens former. Sociologiske perspektiver på statens møte med borgeren*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. *Rapport 2009: 8*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Mæland, J. G. (2011). Sykdom og helse i et sosialmedisinsk perspektiv. I Mæland, J. G., Haug, K., Høyer, G. & Krokstad, S. (red.). *Sosialmedisin*, s. 27-42. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Månsson, S. (2004). Interaktionistiske perspektiver på studiet af sociale problemer – processer, karrierer og vendepunkter. I Meeuwisse, A. & Swärd, H. (red.). *Perspektiver på sociale problemer*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nafstad, H. E., Blakar, R. M. & Rand-Hendriksen, K. (2009). Individualisme og fellesskapsverdier i dagens norske samfunn. I Nafstad, H. E. & Blakar, R. M. (red.). *Fellesskap og individualisme*, s. 149-163. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Nessa, J. (2000). Si scienta, unde malum? Et essay om risiko. I Swensen, E. (red.). *Diagnose: Risiko*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Neumann, I. B. (1999). Diskursanalyse av politikk: Forutsetninger og metodeproblemer. *Statsvetenskaplig Tidskrift*, 102 (2), s. 163-181.
- Nordby, H. (2009). Verdier som sosial kapital. I Rønning, R. & Starrin, B. (red.): *Social kapital i et velferdsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nordby, H., Rønning, R. & Tellnes, G. (2011). Research on long-term sickness absence: The need for a wide methodological approach. I Nordby, H., Rønning, R. & Tellnes, G. (red.). *Social aspects of illness, disease and sickness absence*. Unipub forlag.
- NOU (1997: 7). *Piller, prioritering og politikk. Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn?* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: www.regjeringen.no.
- NOU (2001: 22). *Fra bruker til borger*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet. Hentet fra: www.regjeringen.no.
- Nygren, P. & Øvrelid, B. (2013). *Vitenskap i teori og praksis. Dialoger om kompetanse, makt og evidens i helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ohrem Naper, S., Van der Wel, K. & Halvorsen, K. (2008). Arbeidsmarginalisering og fattigdom. I Harsløf, I. & Seim, S. (red.). *Fattigdommens dynamikk. Perspektiver på marginalisering i det norske samfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Parson, T. (1951). *The Social System*. London: The Free Press of Glencoe.
- Pihlstrøm, L. (2013, 30. maj). DSM-V og diagnosenes filosofi. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <http://www.dagensmedisin.no/blogg/lasse-pihlstrom/dsm-v-og-diagnosenes-filosofi/>
- Politisk plattform for en regjering utgått av Høre og Fremskrittspartiet (2013, 7. oktober). Hentet fra: <http://www.hoyre.no/filestore/Filer/Politikkdokumenter/plattform.pdf>
- Reichborn-Kjennerud, T. & Falkum, E. (2000). Grunnlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 120, s. 1148-1152.
- Rekve, M. (2011, 2. september). Overflodens lidelser. *Dagbladet*. Hentet fra: <http://www.dagbladet.no/2011/09/02/kultur/debatt/kronikk/sykdom/mening/17933149>
- Ringen, S. (2006). Introduction to the transaction edition. I Ringen, S.: *The Possibility of Politics. A Study in the Political Economy of the Welfare State* (2. udgave). London: Transaction Publishers.
- Ringen, S. (2008). *Hvorfor demokrati?* Oslo: Koloritt forlaget.
- Roksund, G. (2010, 26. juni). *En pille for enhver ille?* Hentet fra: <http://www.fastlegen.no/fastlegens-refleksjoner/En+pille+for+enhver+ille%3F.12193.cms>

- Rush, F. (2004). Conceptual foundations of early Critical Theory. I Rush, F. (red.). *The Cambridge Companion to Critical Theory*. Cambridge: University Press.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønning, R. (2011). Sickness absence as a social construction: A theoretical perspective. I Nordby, H., Rønning, R. & Tellnes, G. (red.). *Social aspects of illness, disease and sickness absence*. Unipub forlag.
- Scheff, T. J. & Starrin, B. (2004). Skamfølelse og sociale bånd – om social underordning og langvarige konflikter. I Meeuwisse, A. & Swärd, H. (red.). *Perspektiver på sociale problemer*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Schultz-Jørgensen, P. (2006). Solidaritet. Utopi og nødvendig handling. *Nordisk Sosialt Arbeid*, 4, 353-364.
- Scott, J. (2000). Rational choice theory. I Browning, G., Halcli, A. & Webster, F. (red.). *Understanding Contemporary Society. Theories of the present*. London: SAGE Publications.
- Seip, A. (1994): *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-1975*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Sennett, R. (2001). *Det fleksible mennesket. Personlige konsekvenser av å arbeide i den nye kapitalismen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Silje Benedikte Stiftelsen (2013). *Forside*. Hentet fra: <http://www.siljebenediktestiftelsen.no/index.htm>
- Skolbekken, J-A. (2000). Risiko for sykdom – vår tids epidemi? I Swensen, E. (red.). *Diagnose: Risiko*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skolbekken, J-A. (2007). Unlimited medicalization? Risk and the pathologization of normality. I Petersen, A & Wilkinson, I. (red.). *Health, Risk and Vulnerability*. London: Routledge.
- Strudwick, P. (2013, 27. november). Dinesh Bhugra: Psychiatry needs a broader focus. *The Guardian*. Hentet fra: <http://www.theguardian.com/society/2013/nov/27/dinesh-bhugra-psychiatry-mental-illness>
- St. meld. nr. 34 (1996-1997). *Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*. Oslo: Arbeidsdepartementet. Hentet fra: www.regjeringen.no
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: www.regjeringen.no

- Starrin, B. (2007). Empowerment som livsinnstilling – kan vi lære noe av Pippi Langstrømpe? I Askheim, O. P. & Starrin, B. (red.). *Empowerment. I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Starrin, B. (2009). Sosial kapital og helse. I Rønning, R. & Starrin, B. (red.): *Social kapital i et velferdsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Starrin, B., Wettergren, Å. & Lindgren, G. (2008). Känsloernas återkomst i socialvetenskaperna. I Wettergren, Å., Starrin, B. & Lindgren, G. (red.). *Det sociala livets emotionella grunder*. Malmö: Liber.
- Statens Serum Institut (2013). *Igen i år er der lidt færre brugere af antidepressiv medicin*. Hentet fra: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Analyser%20og%20rapporter/Lagemiddelforbrugsanalyser/Laegemiddelgrupper/Antidepressiva.aspx>
- Stortinget (2013-2014). *Stortinget – Møte onsdag den 11. desember 2013 kl. 11*. Sak nr. 5 [15:09:15]. Hentet fra: <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2013-2014/131211/5/>
- Svendsen, L. Fr. H. (2006). Patologiseringen av menneskelivet. *Samtiden. Tidsskrift for politikk, litteratur og samfunnsspørsmål*, 1, s. 131-139.
- Svendsen, L. Fr. H. (2010). Patologisering og stigmatisering. I Brinkmann, S. (red.). *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Szasz, T. (2008). *Psychiatry. The Science of Lies*. New York: Syracuse University Press.
- Sæterdal, I., Pike, E., Ringerike, T. & Gjertsen, M. K. (2007). *Effekt og sikkerhet for SSRI og andre nyere antidepressive legemidler ved depresjon hos voksne* (Rapport nr. 17 - 2007). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Tellnes, G. (2011). Aspect of sickness certification and work ability. I Nordby, H., Rønning, R. & Tellnes, G. (red.). *Social aspects of illness, disease and sickness absence*. Unipub forlag.
- Thomstad, H. (1971). Utover det terapeutiske samfunn. I Astrup, C., Dalgard, O. S., Noreik, K. & Sundby, P. (red.). *Psykiatrien på skilleveien*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag.
- Thyssen, O. (2010). Jens Vejmand på rettigheder. I Brinkmann, S. (red.). *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Vanebo, J. O. (2005): Modernisering av velferdsstaten – utfordringer, metoder og dilemmaer. I Stene, M. (red.): *Kunnskapsbasert praksis – et knippe nordtrøndersk forskning* (s. 47-62). Steinkjer: Sekretariatet for Forskningsdagene 2005 i Nord-Trøndelag.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.

- Vilhelmsson, A. (2011). Medikalisering – forståelse av psykisk hälsa/uhälsa som socialt fenomen. I Kolstad, A. & Kogstad, R. (red.). *Psykologisering av sosiale problemer; Medikalisering av psykiske lidelser*, s. 7-30. Haugesund: Alpha Forlag.
- Vogt, H. & Roksund, G. (2013, 17. juni). Hjertemedisin på bristepunktet. *Aftenposten*.
- Volden, O. (2014, 27. februar). De fornøyde brukerne. *NAPHA*. Hentet fra: <http://www.napha.no/content/7109/De-fornoyde-brukerne>
- Werner, A. (2011). Et sosiologisk perspektiv på legekonsultasjonen. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 131, s. 2032 -2034.
- WSO (2014). *CRPD – Ny FN-konvensjon, på vei mot et ikke-diskriminerende samfunn*. Hentet fra: <http://www.wso.no/?s=2&id=21>
- Ørstavik, S. (2002). Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse. I Norvoll, R. (red.). *Samfunn og psykiske lidelser*, s. 145-159. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Øvrelid, B. (2007). Etikk og brukerreting: - frihet og styringsteknikk? *Nordisk Sosialt Arbeid*, 27 (3), s. 170-181.
- Øvrelid, B. (2010). Empowerment er svaret, men hva var spørsmålet. I Askheim, O. P. & Starrin, B. (red.). *Empowerment. I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ågren, G. (2011). Medikalisering och folkhälsa. I Kolstad, A. & Kogstad, R. (red.). *Psykologisering av sosiale problemer; Medikalisering av psykiske lidelser*, s. 7-30. Haugesund: Alpha Forlag.