

Om psykiatriens sygdomsbegreb og hvad det gør

We want a wide stream, not a mainstream.

Pat Deegan

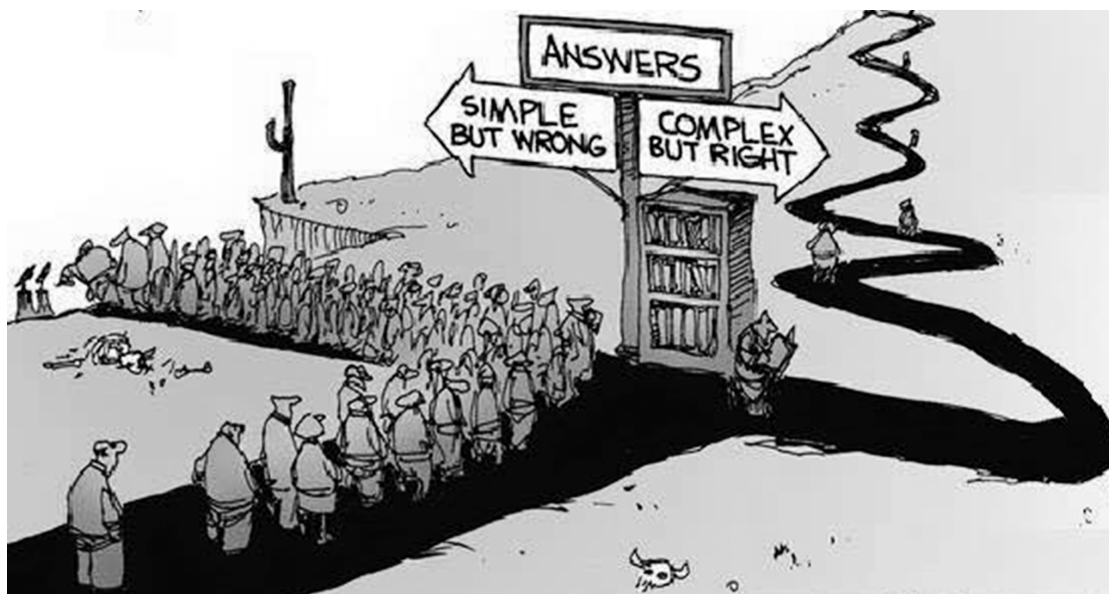
Pernille Mørch Jensen

I dag taler vi om psykisk sygdom og anvender psykiatriske diagnoser med stor selvfølgelighed. Men ord og begreber er ikke ligegyldige, og betydningen rækker langt ud over det sproglige. Sproget både afspejler og skaber vores forståelser, som igen bliver retningsgivende for, hvordan vi møder mennesker. Kan vi derfor spørge, om psykosociale vanskeligheder i disse år er nødt til at blive gjort til sygdom for at blive taget alvorligt? Og om hvilke konsekvenser det har?

Jeg er så gammel, at jeg har arbejdet i Åndssvageforsorgen, på det daværende Ebberødgård, i slutningen af 1970'erne. Her blev det tydeligt for mig, at begreber *betyder* noget; i de år blev 'åndssvag' til 'person med nedsat psykisk funktionsevne' og Ebberødgård blev til Svaneparken.

Denne rent sproglige sanering skete i et behjertet forsøg på at afvaske det stigma og alle de grufulde historier, som knyttede sig til de gamle begreber, men den skete også som et led i en udvikling, der ændrede på fænomenerne. Nogen var måske blevet klar over, at åndssvag ikke var noget, man var determineret til at være, men noget man *blev*? For eksempel, hvis man som spæd, blev overført direkte fra fødeafdelingen til en stor centralinstitution, hvor man vanrøgtedes? Udflytningen og nedlæggelsen af de store anstalter for-

talte i hvert fald nye og anderledes historier, og de og min egen lille andel i dem, blev en del af *min* historie. For psykiatrien har det på samme måde været afgørende at slippe af med det dårlige ry, som navne som dåreklister, kolbøttestanalter og galehuse var forbundet med, i lighed med dehumaniserende praksisser som lobotomi og insulinchok. Ofte hører man 'Gøgereden' brugt som metafor, både for noget som stadig er, og for noget som vi for længst har lagt bag os: "Tror I virkelig, at det stadig er sådan?", spørger man. Og jo, der er sket en masse. I dag får man elektrochok under bedøvelse. Det har også skiftet navn, så det i dag hedder ECT, en forkortelse for Electro Convulsive Therapy. Men da jeg så filmen for nylig – og den er stadig god – var min største overraskelse, hvor meget miljø- og gruppeterapi dengang fyldte.



Jeg vil hverken nedgøre eller underkende de forandringer, der vitterligt er sket. Men jeg starter her for ikke at lægge skjul på, at mit ærinde er kritisk, og at jeg ikke tænker, at dette alene handler om teoretiske forståelser eller forskellige diskurser, men at der også er en bevidsthedsmæssig og materiel realitet på spil. Og at det er uendeligt meget nemmere at få øje på fortidens fejl end at turde se i øjnene, at også vores efterkommere vil se tilbage på meget af det, som vi i dag er en del af, og gyse (Kirkebæk, 2010, p. 194-195).

Som jeg forstår det, indgår sprog og praksis i en kompleks vekselvirkning. Undertiden sker ændringer i sproget som følge af en ændring af praksis, de kan også være redskaber i en bestræbelse på at påvirke og forandre praksis, men den selvsamme bestræbelse kan også tolkes som forsøg på at dække over praksis. Hverken ord, begreber eller deres anvendelse er neutrale og objektive størrelser, og ord kan, med Nils Christies formulering, være 'skadeord', hvis de er skabt før erfaringen, og er monopoliserede og monopoliserende (Christie, 2009, p. 22-24). Begreber og fænomener står i forhold til hinanden og har – eller tillægges – betydning. Det vil jeg se nærmere på ved at forholde mig til (nogle af) sygdomsbegrebets sider og psykiatriens sygdomsbegreb, ved at antyde nogle andre mulige forståelser og endelig ved at spørge, hvem der egentlig ejer sandheden her og om pluralisme overhovedet er en mulighed?

SYGDOMSBEGREBETS SIDER

Når vi taler om *sygdom* i bred forstand, er det langt fra givet at vi forstår det samme ved ordet, fordi selve sygdomsbegrebet er omstridt og komplekst. Sygdom kan forstås medicinsk, men også som noget oplevet/erfaret, og der er, med antropologen Kirsten Hastrups ord, "... ikke nogen én-til-én overensstemmelse mellem de to modeller; 'sygdom' betyder noget forskelligt" (Elsass & Hastrup, 1986, p.27). Samme sted fastslår Hastrup, at vi i vores kultur gennem de seneste hundrede år har favoriseret en bestemt opfattelse af sygdom og sundhed, nemlig den biomedicinske, som efter hendes opfattelse er en specialistmodel, som udelukkende kan arbejde med naturalistiske årsagsforklaringer, hvilket kommer til at stå overfor patientens egen oplevelse og fortolkning af sygdommen (ibid., p. 27).

Sygdom *kan* forstås biologisk essentialistisk, som noget faktisk eksisterende, der kan beskrives objektivt og sandt. Dette er, i forsimplet form, ofte hvad, vi præsenteres for i psykiatrien.

Man *kan* også behandle sygdomsbegrebet og måden at opdele verden i sygt og rask som en social konstruktion. Dette kan – i polemisk øjemed – latterliggøres som at man ikke vil anerkende, at nogen rent faktisk er hårdt ramte og helt klart oplever sig syge. Men ved at gøre opmærksom på det menneske-

skabte – og dermed socialt konstruerede – som gør sig gældende i forhold til hvad, vi betragter som sygdom, og hvordan vi navngiver og afgrænser dem indbyrdes og i forhold til det raske eller normale, får vi også øje på, at sygdommene netop ikke er naturgivne og én gang for alle givne enheder.

Vi møder i vores hverdag meget, som vi kan tale om som oplevet eller erfaret sygdom, men ofte netop som et subjektivt og relationelt begreb (Sundgren, 2005, p. 5). Ofte ses sygdom "... som en forstyrrelse af den *personlige* biografi, snarere end at sættes i forhold til et abstrakt og universelt normalitetsbegreb" (Gannik, 1999, p. 166). Dorte Gannik forklarer sygdom som, at situationer kan producere symptomer, når disse ikke længere kan rummes inden for hverdagslivet: "Sygdom udtrykkes her som et relationelt begreb, indbegrebet af og identisk med en persons interaktive forhold til sine omgivelser..." (ibid., p. 560). Dette klinger fint sammen med den måde den finske psykolog Jaakko Seikkula forstår psykosen som et dybest set relationelt fænomen (Seikkula og Arnkil, 2014).

Det medicinske og det 'erfaredede' sygdomsbegreb er altså ikke det samme, og det forvirrer. I almindelig hverdagsforståelse kan man godt have en kronisk eller længerevarende lidelse – og være sund alligevel. I folkelig tale kan man godt være syg uden at lide af en diagnosticerbar sygdom i medicinsk forstand. Der er dog langt fra vandtætte skotter imellem de to forståelser af sygdom: Vi ser i dag mange, der som patienter tilslutter sig en medicinsk sygdomsforståelse, og bruger dens terminologi, ligesom der er professionelle, der arbejder med et socialt, situationelt og personligt sygdomsbegreb. Virkeligheden er mere mudret end de klare modeller, og sygdomsbegreberne og måden vi bruger dem på er i stadig forandring.

Og der findes, sidst men ikke mindst, ikke én sand og neutral virkelighed, hvorfra man kan bedømme 'sandhedsværdien' af forskellige virkelighedsopfattelser, som fx de forskellige opfattelser af sygdom. Opfattelserne tilhører forskellige kontekster, og deres præmisser og standarder for rationalitet varierer. Denne tankegang kan ifølge Søren Christensen (1996) føre til den relativistiske påstand, at opfattelser som bunder i forskellige meningsverdener slet ikke kan sammenlignes og 'oversættes' til hinanden. Men dette er ifølge Christensen en fejlslutning. Man behøver ikke en neutral virkelighed eller en universel instans for at skabe forståelse eller oversættelse mellem forskellige verdener, kulturer eller sprog (ibid., p. 57-66). Men det, at der *ikke* er en fælles, neutral grund, hvor-

fra man kan betragte de forskellige udsagn og tage stilling til dem, betyder, at der nok er åbent for strid, men ikke for en endegyldig og retfærdig dom: der mangler jo netop et fælles regelsæt at kunne henvise til.

Man kunne så sige, at de forskellige meningssystemer blot skulle lade hinanden være og leve i fred og fordragelighed ved siden af hinanden, men problemet er ifølge Christensen, at de ikke *kan* lade hinanden være. De kommer til at stå i vejen for hinanden. Dette sker især hvis de overlapper hinanden delvist. Det vanskelige er altså begreber eller genrer, som man *ikke kan lade være med* at sammenligne, fordi de kolliderer med hinanden – fordi "de er forskellige, men samtidig alligevel på en vis måde udfylder det samme rum" (ibid., p. 79). Kravet om en almengyldig sandhed kan ikke indfries, men man kan ifølge Christensen tilstræbe hæderlighed: Man kan være enige om, hvad der skal til for at et argument er godt (ibid., p. 80).

Hvis erfaret sygdom og sygdom i medicinsk forstand alene beskrev henholdsvis indersiden og ydersiden af det samme fænomen, med andre ord sygdommen som subjektiv realitet og sygdommen som objektiv realitet, kunne man måske forvente en ret fredelig sameksistens. Men, der er ikke tale om en én-til-én overensstemmelse mellem de to sygdomsbegreber, sygdom *betyder* noget forskelligt. Sygdommen er ikke bare den samme ting, set fra to perspektiver, men det er *heller ikke* noget fuldstændigt forskelligt, og hermed lever begrebsparret fint op til Christensens beskrivelse af genrer, som ikke kan lade hinanden være: Der er *både* et overlap *og* en forskel. Tilsvarende med Ganniks situationelle, sociale og personlige sygdomsbegreb: det er et relationelt og på sin vis altomfattende begreb; det lægger sig ikke pænt til rette ved siden af det medicinske sygdomsbegreb, men det overlapper heller ikke fuldstændigt.

Der er altså her tale om begreber, som tilhører forskellige kategorielle rum, men som søger at udfylde det samme rum og derfor ikke kan lade hinanden være i en tolerant og pluralistisk relativisme. Heraf opstår de uafvendelige og gentagne sammenstød og den aldrig definitivt afgjorte strid, som også recovery-begrebet (stadig) befinder sig i (Jensen, 2004, 2006; Harper & Speed, 2012; Karlsson & Borg, 2013, Beresford, 2015). Fordi det *både* siger noget om veletablerede professionelle begreber (som fx behandling, remission og rehabilitering) og *samtidig* tager udgangspunkt i en ganske anden oplevelses- og erfaringsverden, som går helt på tværs af sådanne begreber. Og når begreber er i konflikt, kommer man ikke uden om spørgsmålet om magt.

MEDIKALISERING OG PATOLOGISERING

Det medicinske sygdomsbegreb har stået stærkt i en årrække, så stærkt at man samfundsmæssigt begynder at stille spørgsmålstejn ved en stigende medikalisering og patologisering, som det fx for nylig¹⁾ blev gjort i Det Ethiske Råds regi om 'diagnosen som det bedste og det værste'.

Med Det Ethiske Råds formulering²⁾ er "... medikalisering (...) udtryk for en samfundsmæssig proces, hvorunder forskellige menneskelige livsproblemer bliver til et medicinsk anliggende" (p.17). Man taler her om medikalisering på tre niveauer:

- **Begrebsligt** som inddragelse af ikke-medicinske tilstande og problemer under medicinsk klassifikation og dermed legitimering af medicinsk behandling.
- **Behandlingsmæssigt** ved at almenmenneskelige tilstande behandles af læger med typisk medicinsk teknologi. Der er mange eksempler på, at udviklingen af medicinsk teknologi medfører behandlingsmuligheder for tilstande, der efterfølgende gøres til medicinske diagnoser.
- **Institutionelt** gennem at adgangen til sociale, pædagogiske, retslige eller administrative ydelser gøres afhængige af medicinsk diagnostik og henvisning. Som vi ser det i store dele af det sociale ydelsessystem, med socialpædagogisk støtte, adgangen til at drive bestemte erhverv eller funktioner og over til tekniske hjælpemidler, retten til adoption, til forsikringsydelser, eller til særlige afstraffelsesformer.

Patologisering som begreb går ifølge Det Ethiske Råd endnu videre, idet udtrykket indebærer, at noget ikke alene er et medicinsk anliggende, men at det direkte opfattes som sygdom. Dette kan fx gælde når sociale problemer, adfærdsmæssige udsving og livets op- og nedture bliver til symptomer på sygdom, når noget, som før blev opfattet som et almindeligt menneskeligt problem, gøres til en sygdomstilstand. Det Ethiske Råd peger med henvisning til Svend Brinkmann (2010, p. 276-284) på tre typer af patologiseringsprocesser af betydning i dag, nemlig stigmatiserende patologisering, selvpatologisering og afpatologisering:

- **Stigmatiserende patologisering** som "... en proces, hvor et individ "brændemærkes" som psykisk

syg af en magtfuld autoritet med henblik på at afskære dette individ fra at opnå bestemte samfundsmæssige positioner eller fordele".

- **Selvpatologisering** er omvendt en proces, hvor individer aktivt søger at blive klassificeret som syge. Patientgrupper indgår i en kamp for anerkendelse, hvor oplevet lidelse og funktionshæmning først opfattes som legitim i det øjeblik, hvor den anerkendes som en egentlig patologi, og ikke som udtryk for hypokondri eller et forsøg på at opnå sociale goder.
- **Afpatologisering** er så, igen ifølge Svend Brinkmann, paradoksalt nok en af de vigtigste patologiseringsprocesser i dag. Begrebet bruges om individers eller grupperes forsøg på at få omgjort, hvad de opfatter som uretmæssig patologisering af deres adfærd eller egenskaber. Et eksempel er homoseksualitet, som tidligere indgik i klassifikationssystemerne DSM og ICD som en psykiatrisk diagnose.

Det Ethiske Råd anfører i samme forbindelse, at der for nogle er forskel på "rigtige sygdomme", som er de sygdomme, som nemt lader sig passe ind i den biomedicinske sygdomsmodel, hvorimod andre ser ud til at fordre et bredere sygdomsbegreb. Men selve det spørgsmål, om nogle af disse vanskelige menneskelige erfaringer/oplevelser/tilstande, måske meningsfuldt kunne forstås som *noget andet end sygdom*, stiller man ikke.

Andre, som fx Svend Brinkmann, stiller dog spørgsmålet om "... genuine psykiske sygdomme (er) på forhånd eksisterende objekter (som man kan have eller ikke have), uafhængigt af tilstedeværelsen af diagnostiske kategorier?" eller om det måske snarere kan være tilfældet, "... at sygdommene kommer ind i verden sammen med de diagnostiske kategorier, der udpeger dem?" (Brinkmann og Petersen, 2015, p. 39), og spørger om vi er nødt til at vælge mellem essentialisme og socialkonstruktionisme, og peger på muligheden af en tredje vej.

Mennesker reagerer ofte med krænkelser og med en oplevelse af, at man undervurderer deres aktuelle vanskeligheder, hvis man overhovedet drister sig til at rejse spørgsmålet om det, de gennemlever, måske kunne forstås på andre måder end ved hjælp af en medicinsk sygdomskategori. Så det store spørgsmål er måske, om det for det store flertal i vore dage

overhovedet giver mening at tale om erfaringer og oplevelser, som er besværlige, måske langvarige eller tilbagevendende og i hvert fald periodisk giver personen store vanskeligheder i livet, *uden* at kalde det sygdom? Måske oplever man, at det er en forudsætning for at blive taget alvorligt, for at folk forstår, at man ikke bare er svag, doven, og har brug for at tage sig sammen? For at det ikke er selvforskyldt, men at man er anerkendelsesværdig og værdigt trængende, både i forhold til hjælp og forsørgelse? Det er jo en sygdom, og sygdom er hver mands herre. Her er der ved at være tale om en udvikling, hvor medikalisering og patologisering er blevet en så stor selvfølgelighed, at det kan virke helt akavet at stille spørgsmål ved det.

PSYKIATRIENS SYGDOMSBEGREB

Hvor sygdomme, forstået som en biologisk afvigelse fra en normalitet, i lægevidenskaben generelt forandredes fra at være symptomatisk bestemt til at være opdelt efter årsager, så skete den samme udvikling ikke inden for psykiatrien; her er ætiologien i dag helt forladt i den deskriptive diagnostiske klassifikation, hvor der alene tales om symptomer. Men det betyder ikke, at man har forkastet det, som Juul Jensen har kaldt den medicinske essentialisme eller den biokemiske fundamentalisme (Juul Jensen, i Sundgren, 2005, p. 4), men blot at årsagsforklaringen 'endnu ikke' er fuldt afdækket, som det ofte formuleres. Selv om den moderne psykiatri ofte præsenteres som en eklektisk og inkluderende bio-psyko-social psykiatri (Cullberg, 2001, p. 216), er det biomedicinske perspektiv stadig grundlæggende og altafgørende. Psykiatrien har i nyere tid arbejdet ud fra et naturvidenskabeligt, lægeligt ideal, og den diagnostiske tænkning, som definerer sygdom ud fra "objektive tegn", står centralt heri (Jensen, 1996, p. 64).

Der er grund til at stoppe op og undre sig over den fuldstændige selvfølgelighed som det medicinske sygdomsbegreb er blevet accepteret med i forhold til alvorlige psykosociale problemer, egentlig over en ret kort årrække. Engang – i 1970'erne og 80'erne – havde vi Galebevægelsen, og begreber som sindslidelse eller psykisk forstyrrelse indebar dog en mulighed for andre forståelser. Men i dag er der sygdom på alle hylder, og kun en meget lille minoritet – i hvert fald i Danmark – stiller spørgsmål ved dette. Måske ligger en del af forklaringen i den magt, jeg kort nævnte før, og som bl.a. kommer til udtryk i den institutionelle medikalisering og den tilhørende (nødvendigjorte) selvpatologisering? Og måske er

sygdomsbegrebet ikke bare nemt at gribe for læger og for medicinalindustri, men også bekvemt for den enkelte, familierne og hele samfundet – fordi det på én gang fritager alle for skyld; den enkelte er jo blot 'ramt af sygdom'?

Som allerede Berger og Luckmann (1972) fastslog, har også teorier på det psykiske område en virkelighedsfrembringende evne, som de deler med andre legitimerende teorier. Når en bestemt forståelse vedtages socialt "... har den en tendens til kraftigt at virkeliggøre sig selv i de fænomener, den hævder at tolke" (ibid., p. 205). Den vil med andre ord virke identitetsformende, ikke ved massehysteri eller simulering, men ved at samfundsmæssigt vedtagne og anerkendte kategorier kommer til at præge "... almindelige, fornuftige menneskers individuelle, subjektive virkelighed" (ibid., p. 206).

På samme måde kan man uden tvivl blive syg af en diagnose. Det er ikke nogen ny tanke. Den danske samfundsforsker Nils Jensen (1996) sagde allerede for 20 år siden: "I en eller anden forstand kan man. Diagnosen kan virke selvbekræftende" (ibid., p. 64). Klassifikationer af sygdomme er, ligesom alle andre klassifikationer, menneskeskabte, også selv om de har navne, som leder tanken hen på biologi og naturvidenskab: "De er som nævnt en måde at skabe orden i kaos på. De er med andre ord i bund og grund sociale konstruktioner. Definitionerne eller diagnoserne bliver afhængige af skiftende tiders sociale og kulturelle forhold" (ibid., p. 65).

Udgangspunktet er her den psykiatriske diagnosticering, men noget helt tilsvarende er på spil i den sociale diagnosticering, som Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer (2003) har redegjort for i deres beskrivelser af klientgørelse eller omformningen fra person til "sag". De påpeger her, at billedet af socialarbejderne som nogle, der neutralt kortlægger klienternes problemer, ressourcer og målsætninger, er forenklet og overser, at klienten og hans eller hendes problemer faktisk også *skabes* i kortlægningsprocessen (ibid., p. 18). Samme sted viser de, hvordan den professionelle beskrivelse af klienten bliver opfattet som "hyperreal", altså mere virkelig og rigtig end klientens egen beskrivelse, og at dette dels skyldes magtforskellen og dels at den diagnosticerende institution også er handlingsanvisende. Sammenhængen mellem "... problembeskrivelsen og problemløsningen reflekterer systemets organisering" (ibid., p. 18). Dette afspejler igen den store tilpasning til den sociale lovgivnings kategorier, som har betydning for rettigheder og tildeling af ydelser.

Psykiatriens sygdomsbegreb er med andre ord magtfuldt, virkelighedsfrembringende og har voldsomme

konsekvenser for den enkelte, jf. medikalisering og patologisering. Men begrebet er også meget lidt entydigt, og klassificeringen af sygdomme har ændret sig voldsomt, og gør det fortsat. I de tilfælde hvor man har fundet frem til sygdommens årsager (ætiologi), er de typisk ophørt med at høre til inden for psykiatrien, fx som det gjaldt for syfilis. Andre 'sygdomme' er blevet afskaffet, som fx homoseksualitet, mens mange andre er kommet til. For at antyde hvor 'shaky grounds' vi egentlig bevæger os rundt på, vil jeg give et par eksempler på, hvordan vi lige nu, i dagens Danmark, taler om diagnosen skizofreni.

SKIZOFRENI-DIAGNOSEN SOM EKSEMPEL

Skizofreni er selve arketyper på en alvorlig, kronisk, psykisk sygdom. Som *dementia praecox*, som var det første navn, den tyske psykiater Emil Kraepelin satte på den, var det endda helt integreret i diagnosen, at den var kronisk – på den simple måde, at hvis patienter kom sig og blev raske, så konkluderede han, at de måtte have fejlet noget andet (Topor, 2003, p. 32, Read, 2013, p. 21).

Man antog – og mange antager den dag i dag – at der er tale om en organisk betinget psykisk sygdom, men det har, på trods af intensiv og mangeårig forskning, ikke været muligt at lokalisere den organiske årsag. Det hedder sig jævnlige, at vi er lige ved at være der, men sådan har man sagt længe (Brinkmann & Petersen, 2015, p. 356).

Men selv ved denne, i manges forståelse, absolut 'genuine' psykiske sygdom, er der ikke ligefrem begrebsmæssig, definatorisk eller forståelsesmæssig enighed. Her kommer blot et par aktuelle eksempler, fra henholdsvis SINDs, den største og ældste danske psykiatريفorenings hjemmeside, og fra Sundhed.dk, som er vores officielle indgang til viden om sundhed og sygdom.

Hos SIND kan man læse:

"Skizofreni er en *hjernesygdom*³⁾, som i vekslende grad rammer tænkningen, følelseslivet, sans- og bevægeapparatet, humør, initiativ og interesse for omverdenen." (SIND.dk⁴⁾)

På sundhed.dk er man enig, man skriver således:

"Skizofreni er en hjernesygdom, som i mange tilfælde grundlægges ved en fejludvikling i hjernen" (Sundhed.dk⁵⁾),

men fortsætter så i en lidt anden boldgade med:

"Skizofreni er en psykisk sygdom. Egentlig er det en *gruppe psykologiske forstyrrelser*, der omfatter vrangforestillinger, hallucinationer, taleforstyrrelser og påfaldende adfærd. Tilstanden kan synes forvirrende – også for sundhedsfaglige."

Og lidt senere, samme sted, så er den psykiske sygdom skizofreni, alligevel måske noget andet:

"Skizofreni er per definition et syndrom, det vil sige en samling af forskellige sygdomstræk - symptomer. Skizofreni er således ikke en klart afgrænset sygdomstilstand. Sandsynligvis er skizofreni flere forskellige sygdomme med vidt forskellige fremtidsudsigter." (Sundhed.dk)

Og hvor "vidt forskellige fremtidsudsigter" jo er en rimelig håbefuldst formulering, så kommer man hurtigt ned på jorden, hvis man læser på SINDs hjemmeside:

"Sygdommens forløb er som regel meget langvarigt – typisk med gode og dårlige perioder – men selv efter mange års sygdom kan den gå i ro." (SIND.dk)

På SINDs hjemmeside får vi også forklaret, hvorfor medicin er nødvendig for at regulere hjernesygdommen:

"Hvis man har skizofreni er det oftest nødvendigt at tage medicin for at fjerne eller dæmpe symptomerne på sygdommen. Hensigten med medicinen er at regulere de biokemiske processer i hjernen ..." (SIND.dk)

Men igen, er teksten på Sundhed.dk noget mere åben:

"Årsagerne til skizofreni er genstand for en intens forskning. Både arv og miljø har stor betydning. Forløbet ved skizofreni varierer meget. Omkring 25 % har kun én sygdomsepisode, mens 25 % får et kronisk, livslangt forløb. De resterende 50 % har et forløb mellem disse to yderpunkter." (Sundhed.dk)

Helt tilbage i 1968 kaldte den britiske psykolog Don Bannister skizofreni-diagnosen for en disjunktiv kategori og en semantisk Titanic (Read, 2013, p. 49). Der består en række sejlivede myter, bl.a. om hjerneanomalier og om forekomst (Read, 2013, p. 63), men de har en forbløffende ringe forklaringskraft og kritikken af diagnosen vokser internationalt så stærkt, at mange begynder at tvivle på, om den holder til næste revision af den amerikanske diagnostiske manual DSM. Aktuelt er der indledt en egentlig kampagne for at afskaffe diagnosen med den hollandske psykiatri-professor Jim van Os i spidsen, bl.a. med et debatindlæg i British Medical Journal med titlen "Schizophrenia" does not exist' (van Os, 2016). Han tager her indholdsmæssigt afstand fra diagnosen, men tilføjer, at den *derudover* også er stigmatiserende og behæftet med ødelæggende konnotationer, og foreslår, at man, i stedet for at give patienter en skizofrenidiagnose, bør placere deres lidelse på et spektrum af psykoser. Typisk er det i en dansk kontekst især diagnosens stigma man hæfter sig ved, og

som aktuelt får bl.a. professor Merete Nordentoft fra Region Hovedstadens Psykiatri til også at gå ind for at afskaffe diagnosen⁶⁾.

EN SYGDOM SOM ALLE ANDRE?

Et af de stærke argumenter for sygdomsbegrebet har været, at det vil medvirke til en ligestilling, også økonomisk, med somatisk sygdom, og at det vil modvirke stigmatisering. Det har ført til en sprogbrug, der sammenligner diagnoser som skizofreni eller depression med diabetes og anfører, at lige som diabetikeren skal tage insulin, så skal den hjernesygge tage medicin, som kan rette op på den kemiske ubalance, eller tilføje de signalstoffer som den syge mangler. Analogier som er meget lidt evidensbaserede, men som kommunikationsmæssigt står stærkt.

Her hjemme har der de seneste mange år været kørt en omfattende kampagne med titlen 'En af os⁷⁾', en overskrift som giver mig lyst til at spørge, hvem der *ikke* er en af os, og hvem 'vi' egentlig er? Kampagnen har, alle dens gode intentioner ufortalt, først og fremmest lært danskerne at sige sygdom, sygdom, sygdom⁸⁾, og at det vigtige er, at folk kommer tidligt i behandling, og at vi derfor skal lære at spotte tegn, så vi kan hjælpe folk den rette vej. Jeg synes det er sørgeligt så lidt udenlandske erfaringer (Read, Haslam and Magliano, 2013, p.157-177) har fået lov til at informere den danske kampagne, om hvilke konsekvenser sygdoms-narrativet faktisk har i forhold til den stigmatisering, som det er kampagnens mål at reducere. Ikke bare én, men mange undersøgelser fra hele verden dokumenterer, at jo mere offentligheden er oplært i en sygdomsforståelse, jo mere utryk er den over for de diagnosticerede personer og jo mere afstand har den lyst til at holde.

DEN NYE DARLING

Midt i retorikken om 'en sygdom som alle andre' dukker så et andet begreb op, som umiddelbart lyder tilforladeligt, nemlig 'psykisk sårbarhed'. Dette er på få år blevet det nye yndlingsbegreb, dog for nylig måske suppleret med robusthed, som et eller andet sted jo må være modsætningen til sårbarhed. Jamen, er det ikke et fint og ikke-stigmatiserende begreb, og kan vi nu ikke, for én gangs skyld, være tilfredse? Jeg bliver ærligt talt irriteret over den intellektuelle dovenskab og bekvemmelighed som jeg synes den brede tilslutning til dette nye begreb vidner om. Måske er der et eller andet sted en

sammenhængende argumentation for, hvorfor dette begreb er værd at overtage og hvad det i det hele taget dækker over? Jeg er bare ikke stødt ind i den endnu.

For det første får jeg lyst til at spørge: Hvem er psykisk sårbar? Og er der nogen, der i sig selv og bare sådan, *ikke* er sårbare? Nogle er så sårbare, at de er potentielt syge og andre igen er så robuste, at de ikke vælter, uanset hvad de udsættes for? Selv om man måske meningsfuldt kan tale om, at nogle mennesker er psykisk *sårrede* og måske derfor har en erhvervet sårbarhed, hvor meget kan vi så egentlig vide om det, og hvilke implikationer giver det, at vi på forhånd udpeger nogle som sårbare? Det kommer meget nemt til at blive et på én gang meget diffust og ekstremt individualiseret begreb, som også – i den almene forståelse af begrebet – kommer til at cementere en opfattelse af, at de der bliver syge, nok har været sårbare helt fra starten.

Det bringer os næsten automatisk over til stress-sårbarhedsmodellen (Zubin & Spring, 1977) og den biopsiko-sociale model (Cullberg, 2001, p. 216). Jeg husker, hvordan jeg for snart ti år siden prøvede at få en psykiater til at undre sig lidt sammen med mig over, at der var så mange på det botilbud, hvor jeg dengang arbejdede og som han betjente, der havde voldsomt traumatiske historier. "Lille ven", sagde han, "nu skal jeg forklare dig noget. Skizofrene får lige så mange knubs på livets vej som alle os andre, de kan bare ikke tåle det." Så var der orden i kategorierne igen, beboerne på bostedet og jeg hørte ikke til i den samme; de var syge, han og jeg var raske. Selv om vi var blevet misbrugt, vanrøgtet, havde oplevet omsorgssvigt, vold og overgreb, så ville det ikke kunnet have drevet os ud i vanvid, disse mennesker led af en hjernesygdom. Det er groft sagt sådan, jeg oftest får udlagt stress-sårbarhedsmodellen – at der er en tilgrundliggende biologisk sårbarhed, som kan udløses af stressorer. Eller som det på Sundhed.dk forklares om skizofreniens årsager:

"En kombination af arv og uheldige faktorer i fosterlivet eller ved fødslen medfører en fejludvikling af hjernen. Dette medfører igen en psykisk sårbarhed. Denne sårbarhed gør, at skizofrene meget lettere vil reagere med en psykose, hvis de udsættes for psykiske belastninger."⁹⁾

Ofte får vi at vide, at psykiatrien arbejder efter den biopsiko-sociale model, og at det er en integreret model. Kan vi så ikke snart være tilfredse? Selv om netop medikaliseringen peger væk fra det integrerede, så er det en model, som er bredt godtaget i psykiatrien herhjemme, men som i den mest udbredte anvendelse netop fasttømmer biologien som grundlaget, som *årsagen*, mens psykologiske og sociale faktorer kan være anledninger,

'triggere', og fremme eller hæmme sygdomsudviklingen. Jeg véd godt, at der er psykiatere, der forholder sig langt mere nuanceret, men mener at have solidt belæg for, at dette fortsat er det dominerende billede, og at det kan beskrives som en biologiens kolonisering af det psykologiske og sociale (Read, Mosher and Bentall, 2013, p. 4).

Hvor ekstremt det kan være fremgår af en tekst¹⁰ fra en aktuell temadag, som tilbyder socialrådgivere at lære de psykiatriske diagnoser at kende: "Psykiisk sygdom og psykiske forstyrrelser er forbundet med karakteristiske ændringer i følelsesliv, tænkning og adfærd. Derfor *præsenterer* psykiisk sygdom på overfladen sig ofte som et socialt problem." På temadagen tilbydes "... et indblik i psykiatriens verden sammen med psykiater Lars Søndergaard¹¹...", hvor sagsbehandlere kan lære, hvordan man "... skelner mellem svær psykiatrisk sygdom - herunder sindssygdom - og mindre psykiske vanskeligheder".

Psykiatrien har en lang tradition for at se bort fra det sociale og, hvis det tages med, så alene tænke det som en kontekst udenom det egentlige. Viden om levevilkår, traumer osv. fylder stadig uhyggeligt lidt i den fremherskende psykiatri, på trods af, at vi ved at faktorer knyttet til livsvilkår og livshistorie har enorm betydning for, hvem der ender med en diagnose. Man kan, med den engelske psykolog og stemmehører Eleanor Longden¹² og mange flere, spørge: Hvad ville der ske, hvis vi begyndte at spørge folk, hvad der var *sket*, i stedet for, hvad der var *galt* med dem? Og hvilke spørgsmål til praksis stiller det, hvis vi for alvor skal begynde at spørge sådan, ikke kun i den etablerede psykiatri, men også de af os, der møder mennesker i den sociale sektor, i terapirummet og i alle mulige andre sammenhænge?

At være syg er ikke det samme som at have en sygdom



Foreningen og bladet *Outsideren* "ser psykiatrien indefra" (*Outsideren.dk*). Foreningens langtidsholdbare og sprælske blad *Outsideren* er drevet af frivillige "med psykiatrisk patienterfaring." Ikke overraskende har bladet flere gange sat de psykiatriske diagnoser til debat, bl.a. i marts nummeret 2012 med casen Anders Behring Breivik på bladets forside.

dom i medicinsk forstand. Det *kan* være en metafor, som gør det muligt at tale om noget meget alvorligt for det enkelte menneske. Men det kan også være en besnærende og farlig metafor, der nemt leder én ind på det patologiserende og medikaliserende spor. De opfattelser af og antagelser om psykiisk sygdom, som er dominerende i samfundet i dag, er ikke endegyldige sandheder. De er historisk og kulturelt bestemt, og de er forbundet med institutionel magt. Og selv om man ikke kan sætte sig ud over den historie og den kultur, der har formet den aktuelle forståelse, kan man forsøge at problematisere de opfattelser, som i dag præsenteres som naturlige og uomgængelige uden nødvendigvis at være det. Ord og begreber er ikke uskyldige, og det er ikke et spørgsmål om 'poli-

tical correctness' om vi snakker om psykisk syge, skizofrene eller om mennesker, der oplever alvorlige psykosociale vanskeligheder. For mig er det ikke et spørgsmål om at vælge et bestemt begreb som det rigtige, men om at få øje på det, som allerede Grundtvig så, når han sagde, at 'ordet skaber hvad det nævner'; at begreberne *har* en virkelighedsfrembringende karakter.

ANDRE MULIGE FORSTÅELSER

Selv om det biomedicinske perspektiv på psykisk sygdom magtmæssigt indtager en privilegeret stilling, er det ikke mere 'sandt' end de andre, alternative perspektiver, som findes i det kulturelle repertoire. Man kan for mig at se få øje på supplerende og kompletterende forståelser, men man kan også få øje på udfordrende og alternative. For at knytte en tråd til indledningen om sygdomsbegrebet, så kan man tale om forskellige forståelser, som til dels slås om den samme bane, og hvor man er nødt til at træffe valg. Man kan godt lade de forskellige opfattelser stå side om side, men man kan ikke ignorere, at de hver for sig har konsekvenser, så det kan ikke bare være et fedt, hvad vi kalder det, vi møder.

Hvis de mennesker, som kommer i berøring med psykiatrien, skal føle sig hørt og anerkendt med deres oplevelser og erfaringer, også når de *ikke* er i overensstemmelse med det medicinske, psykiatriske perspektiv, så er der behov for at skabe plads til andre 'betydningsrum'. Det kræver et brud med en snæver, totalitær definitionsmagt, hvis der skal blive plads til, at de fortolkninger, som i dag udgrænses som meningsløse, respekteres som meningsfulde og betydningsgivende. Pointen er jo, at disse forskelle i virkelighedsopfattelse faktisk eksisterer, og at de har betydning. 'Den private sandhed', som giver det enkelte menneske mening både bagud og forud i livet (Topor, 2001, p. 174), er kulturelt situeret og socialt konstrueret, og muligheden for at skabe forklaringer er ikke uafhængig af den institutionelle magt, som psykiatrien har. Derfor oplever man, som det også dokumenteres i mange undersøgelser, der i blandt den danske 'Projekt Recovery-Orientering' (Jensen, 2006, p. 41), skiftende og varierende strategier, der spænder fra fuldstændig tilpasning og accept af en bio-medicinsk sygdoms-model til afvisning, benægtelse og modstand. Derfor oplever man, at nogen beskriver diagnosen som en lettelse, mens andre gør oprør; at nogen slås for at få en sygdom, andre for *ikke* at få den. Og ofte lever de to perspektiver et kompliceret og ambi-

valent liv side om side hos den enkelte, eller de dominerer på skift: Mennesker bruger sideløbende forskellige sygdomsopfattelser. Derfor kan man heller ikke tale om, at der eksisterer én opfattelse eller forståelse blandt de mennesker, som psykiatrien møder som patienter. De tilslutter sig, ligesom alle andre mennesker, forskellige forklaringsmodeller, og laver ofte deres egen 'hjemmestrikkede' forklaring, hvor de trækker på forskellige sygdomsbegreber og forståelsesformer. Sådan gør vi mennesker, vi er kreative og vi trækker på de repertoarer, der er tilgængelige, som vi har brug for og som vi kan få til at passe med vores værdier og vores erfaringer.

Jeppé Oute og Agnes Ringer præsenterede i en vigtig artikel (2014) en model med tre konkurrerende stemmer, som et forsøg på at indkredse de forskelle som gør en forskel i vores måde at anskue mennesker med psykosociale vanskeligheder:

- Den første stemme tager et klart afsæt i sygdomsbegrebet og formulerer sig som 'patienten *er* skizofren'.
- Den anden stemme gør ikke op med sygdomsbegrebet, men formulerer sig på en måde som understreger at 'personen *har* skizofreni', og 'er' andet og mere end sin diagnose.
- Den tredje stemme foreslår at betragte det, som personen oplever som noget helt andet end sygdom, og formulerer sig fx som 'personen oplever problemer' eller 'personen hører stemmer'.

Som Oute og Ringer beskriver det, er de to første stemmer fortsat dominerende, men at de også har alvorlige konsekvenser i form af fastlåsnings af identitet og handlemuligheder. Der er efter deres opfattelse behov for et paradigmeskift, som den tredje stemme kan befordre, hvor "... det er muligt og legitimt at åbne op for refleksion og kritisk selvansøgelse over de fastlåste forståelser af psykisk lidelse, som hæmmer udviklingen af en mere menneskelig psykiatri" (ibid., p. 81).

I andre sammenhænge præsenteres vi for en lang række andre forståelser og forklaringsmodeller; psykologiske, psykodynamiske, systemiske, relationelle, sproglige, sociokulturelle og varierende kombinationer af disse. I øjeblikket er der et stærkt voksende fokus på traumer, og ikke mindst på hvor underbelyst disse har været, men måske også en risiko for at traume-klaringen etableres som en ny og endimensionel sandhed. Som kloge folk peger på, så er forklaringer nok multifaktorielle, og der er meget der tyder på, at der er en

stærk dose-respons-sammenhæng (Read, 2013, p. 249-275). Med andre ord: 'bad things happen and can drive you crazy' (Read, Magliano and Beavan, 2013, p.143), forstået som, at en kombination af mange svære ting – omsorgssvigt, overgreb, fattigdom, livskriser, manglende netværk, mobning, rusmidler og mange, mange andre ting i vidt forskellige kombinationer, kan gøre dig så 'ude af dig selv' at du i vores samfund vil blive betragtet som psykisk syg.

HVEM EJER SANDHEDEN ELLER ER PLURALISME MULIG?

Så hvordan ser det ud med 'de psykosociale forståelser' ude i praksis? Der er nok en stigende accept af en snæver sygdomsopfattelse, også blandt lægmand, men også en hel del, der intuitivt støtter en forståelse der mere ligner den, jeg netop har beskrevet kort ovenfor. Eller, som en af respondenterne i Projekt Recovery-Orientering udtrykte det: Man bliver ikke syg af ingenting (Jensen, 2006, p.189). De, der forsøger at udfordre eller nuancere den bio-medicinske dominerende fortælling, prøver i disse år især at bringe en forståelse ind, som forklarer det, som normalt beskrives som symptomer på sygdom, som meningsfulde svar på livsomstændigheder, som de nævnte, faktorer i den sociale virkelighed omkring personen – over tid og aktuelt – og som i høj grad er blevet underbelyst og negligeret. De anklages så for ikke at være balancerede, men måske er det også for meget at kræve? Måske giver det mening at se modsvarerne som *balancerende*?

Psykiatrikritik, og ikke mindst kritik af brugen af psykofarmaka, som den bl.a. er fremført af Robert Whitaker (2013) og Peter C. Gøtzsche (2015), affærdiges stadig pr automatik som antipsykiatri, hvilket er en effektiv dialogstopper. Det er nok i grunden helt klassisk: Opponenternes modstand ses som aggressiv og voldelig, mens den strukturelle vold og de mange mikro-aggressioner i den herskende diskurs og praksis er så selvfølgelig, at de er blevet næsten usynlige. Som dråber af vand langsomt og umærkeligt kan udhule en sten.

Hvis vi kigger på den sociale sektor og den del af den, som i Danmark stadig ofte benævnes socialpsykiatri, så tror jeg ikke det er herfra vi kommer til at opleve de store verbaliserede, balancerende modsvar til sygdoms-diskursen. Dels er de ansatte i denne sektor lige så forskellige i deres opfattelser som alle andre, og dels er der også et stort ønske om at bevare den gode stemning og ikke at udfordre psykiatrien. Der kan også være tale om et direkte mindreværd over for psykiatriens faglighed - måske en parallel til det mindreværd, man nogen

gange fornemmer i psykiatrien over for somatikken?

Man kan – i hvert fald i en dansk kontekst – måske ligefrem spørge i hvor høj grad definitions-magten i forhold til psykisk sygdom overhovedet anfægtes? Svend Brinkmann og andre (Brinkmann & Petersen, 2015) skaber ganske vist rum for en diskussion af den omfattende og stærkt voksende diagnostisering og af selve diagnosekulturen – og stor tak for det. Men måske bliver deres kritik også lidt ufarlig, fordi den i ret lille omfang adresserer psykiatriens 'kerneområde', de *rigtigt* syge, 'de bipolare' og i særdeleshed, de uforståelige og skræmmende 'skizofrene'? Dem, som diagnosticeres med de 'genuine' sindssygdomme, psykiatriens oprindelige og egentlige domæne? I modsætning til alle dem der i disse år diagnosticeres med ADHD, angst, depression, og andre af tidens accelererende utilpasheder, som vi helst skal passe på med at sygeliggøre?

'MANGLENDE SYGDOMSINDSIGT' OG 'FALSK BEVIDSTHED'

Fra psykiatrien kender mange af os talen om 'mangelende sygdomsindsigt'. Når mennesker i psykiatrien har opponeret mod hjernesygdomsmodellen og ideen om dem selv som bærere af en genetisk defekt eller en kemisk ubalance, og har insisteret på, at det handlede om noget andet, typisk noget der havde fundet sted og måske stadig foregik i deres liv, så kunne de få at vide, at de manglede sygdomsindsigt, og det var i øvrigt ligefrem et af de kendte tegn på skizofreni. At dette efterlader folk vrede og afmægtige, er åbenlyst.

Men hvad så med de patienter som *er* samarbejdsvillige og kompliance – og som tager diagnosen på sig? Der har jeg flere gange, fra helt anden side, mødt den noget paternalistiske opfattelse, at de ligger under for 'falsk bevidsthed'. Det er sådan noget, som man i 70'erne anklagede de arbejdere for, der ikke ville være med til at lave revolution, men hellere ville vaske folkevognen og tage på charterferie. Da medlemmer af en feministisk gruppe på Facebook for nylig insisterede på at være stolte af, at kalde sig 'schizophrenics' og netop ikke 'people with schizophrenia', var der én i tråden, som lige præcis anklagede dem for 'lack of insight'. Det er paradoksalt, men nok ikke mærkeligt, at man i kampen mod én dominerende og undertrykkende diskurs, risikerer at blive lige så firkantede i sit modsvar, som dem, man bekæmper.

Der bliver ikke særlig god plads til nuancerne. Til

hende, som siger, at medicinen hjalp hende. Til ham, for hvem diagnosen var en lettelse og gav ham en forklaring, som han kunne leve med – og komme videre fra. Vi får heltehistorierne, om de oprørske, de non-kompliante, og jeg har selv, i mit arbejde med *recovery*-begrebet gennem mere end 15 år, været med til at formidle disse historier, og fortryder det ikke et sekund. Men heltehistorierne kan ikke kun indgyde håb i mennesker og inspirere. De kan også opfattes som en hån, som billeder på alt det, man ikke selv har magtet og ikke kan. Og hvis velmenende pårørende og professionelle og vellykkede og super-seje 'psykiatri-overlevere' tager disse historier frem som beviser for, at det *kan* lade sig gøre, hvis man virkelig vil, så har man lagt i ovnen til at nogen må føle sig som tabere i forhold til de ofte meget individualistisk tonede succeshistorier, som i øvrigt alt for ofte ser bort fra samfundsmæssige vilkår og social ulighed og kun alt for godt passer ind i den neoliberale dagsorden (Harper & Speed, 2012, p.15; Beresford, 2015, p.19).

De forklaringer, som tilbydes fra behandlingssystemets side, *kan* være brugbare byggeklodser i den skabende proces, som hvert menneske indgår i, når det gælder at finde mening i sit livsforløb. Men, hvis en persons opfattelse divergerer voldsomt fra psykiatriens sygdomsopfattelse, kan det blive uhørt vanskeligt at finde frem til forklaringer, som er kulturelt acceptable i en bestemt behandlingssammenhæng. Man kan vist roligt antage, at systemer, som tilbyder en meget enstrengt og rigid forklaringsmodel, skaber tilsvarende stor modstand og støder mennesker fra sig. Omvendt vil en mere åben og pluralistisk tilgang skabe bedre betingelser for, at mennesker med deres vidt forskellige opfattelser kan finde sig selv og bruge i hvert fald dele af de forklaringsmodeller, som tilbydes.

Et udgangspunkt – både demokratisk og etisk - for at forbedre mulighederne for at opleve at få hjælp, kunne være at stille spørgsmål ved, at én bestemt form for virkelighedsopfattelse eller sygdomserkendelse overhovedet kan være et legitimt adgangskrav.

Der er meget der tyder på, at 'compliance' ikke i sig selv er en indikator for et godt forløb, men at modstand mod en forklaringsmodel, som man ikke kan godtage, eller mod en behandling, som man oplever, er skadelig, kan være vigtige skridt i forhold til at komme sig. Følelser som vrede og had, og egenskaber som mod, stædighed og ukuelighed (resiliens) indgår ofte som afgørende og positive elementer i beretningerne om at komme sig (Jensen et al., 2004, p.240).

Så spørgsmålet er, hvordan vi får erstattet de professionelle hyperreale beskrivelser – de psykiatriske eller sociale diagnoser – med en kulturel mangfoldighed af forståelsesformer og fortolkninger, som selvfølgelig inkluderer den enkeltes ret til at benævne sig selv?

PÅ VEJ TIL MERE PLURALISME?

Kan vi overhovedet bevæge os væk fra dikotomierne, både i sprog og praksis? Kan man forestille sig en psykiatri, der er (mere) løsrevet fra en medikaliseret og patologisk forståelse? Kan man have en kompleksitetsorienteret praksis? Eller måske snarere en praksis som åbner for den kompleksitet, der *er* og inviterer flerstemmigheden og de forskellige forståelser indenfor?

Der har ganske vist i de senere år været en voldsom og stigende kritik af psykiatriens praksis og fokus på alternativer, både konkret og forståelsesmæssigt (Lihme, 2015; Karlsson, 2016). Men kan vi få øje på, hvor det har bragt os hen i dag – og i hvor høj grad kan vi danne os et fælles billede af det? Nogen vil se hjælp til ned- og udtrapning af medicin, åben dialog, peer support, bæltfrie afdelinger, patientstyrede senge, *recovery*-skoler, kriseplaner, akuttilbud og meget mere som betydningsfulde tegn på, at vi er på vej. Andre vil se det som symbolpolitik eller 'tokenism', med pæne, veltilpassede peers, som alibier eller som dække for en udvikling, der på mange andre måder går den stik modsatte vej: mod øget centralisering, specialisering, pakkeforløb, og fortsat medikalisering.

Ideen om at skabe mere pluralisme eller mangfoldighed, er ikke noget som er opstået i år. For 10 år siden, da vi afsluttede Projekt *Recovery Orientering* (2003-06), skrev vi i vores afsluttende anbefalinger:

"... der også skal være adgang til behandling og hjælp, der bygger på andre forståelsesformer end den biomedicinske. Det indebærer i psykiatrien et skift fra psykiaternes monopol på behandlingsansvar til et flerfagligt behandlingsansvar. Dette stiller krav om strukturelle og ledelsesmæssige forandringer..."¹³⁾

Det var et fromt ønske, som vi næppe kan siges at være kommet i mål med i løbet af de sidste 10 år. Jeg har ikke noget svar på, hvordan udviklingen vil gå de næste 10 år. Jeg tror, vi kommer til at se inspirerende alternativer, ikke nødvendigvis som anti-psykiatri, men måske som post-psykiatri eller ikke-psykiatri (Bracken & Thomas, 2001; Dillon, Bullimore, Lampshire and Chamberlin, 2013, p. 305), trojanske heste, hvor man søger at skabe forandring inde i psykiatrien, som bl.a. Pat Deegan vedholdende argumenterer for, og masser af forskellige hybrider og mix. Men jeg har svært ved at tro på en

'mainstream psykiatri' som virkelig forandrer sig i retning af øget mangfoldighed og pluralisme.

Jeg ser en fortsat manglende (virkelig) dialog. Og jeg får lyst til at spørge, om der reelt er et ønske om dialog, eller om 'kampen om sandheden' bare fortsætter, i det åbne eller i hvert fald i de lukkede rum og selskaber og hvor vi – hver for sig – bekræfter hinanden? Kan en virkelig dialog overhovedet komme i stand, hvis begge sider fordrer at besidde sandheden? Når den ene side er uendelig magtfuld og har meget på samvittigheden - og den anden naturligt nok er præget af vrede og desperation og har svært ved at se nuancer? Og er problemet med ideen om pluralisme og mangfoldighed måske også, at vi hver især foretrækker at se vores egen forklaringsmodel som den sejrende – og at vi ikke bare har brug for at have lov til at have (hver) vores egen forklaringsmodel, men at vi helst også vil have andre til at 'se lyset' og bakke den op?

Mit ærinde her har mest været kritik og dekonstruktion. Der er efter min mening fortsat stærkt brug for at udfordre den rådende og meget hegemonistiske diskurs og praksis. For at give plads til alternative, og efter min mening, mindst ligeså valide fortællinger. Give plads til, at disse opfattelser *ikke* fortsat gøres til en del af patologien, men respekteres som det de er: meningsfulde forklaringer, der blot henter deres forståelser andre steder end i medicinen og sygdoms sproget. Men det er også en mangfoldighed af fortællinger, hvor det er vigtigt at give plads til dem alle og ikke vedtage nogle nye, og helt bestemte fortællinger, som den nye sandhed, den 'passende' fortælling, som efterlader andre mindreværdige og nemme at overse. Og det er ikke nogen let opgave.

Artiklen bygger på et oplæg holdt d. 29.02. 2016 ved Forskernetværket Samfund og Psykosociale problemers seminar om det psykiatriske sygdomsbegreb – perspektiver, positioner og kritiske tilgange.

Pernille Mørch Jensen (før: Pernille Jensen) er cand.pæd. og arbejder som udviklingskoordinator i Bo- og Rehabiliteringsstilbudet Orion i Hillerød.

NOTER:

1. Ved en debatdag d. 26.01.2016, se <http://www.etiskraad.dk/etiske-temaer/diagnoser> og find her bl.a. de publikationer, som jeg efterfølgende refererer fra.
2. I en baggrundstekst med titlen 'Diagnosen som begreb og praksis', Det Etiske Råd, 2016, se link ovenfor.
3. Min kursivering – her og fremover.
4. <http://www.sind.dk/skizofreni1>, hentet d.24.04.2016.
5. <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/psyke/sygdomme/skizofreni/>, hentet d.24.04.2016.
6. <http://videnskab.dk/krop-sundhed/forskere-skizofreni-bor-afskaffes-som-diagnose>, hentet d.18.04.2016.
7. <http://www.en-af-os.dk/>, hentet d.24.04.2016.
8. Selv om man enkelte gange, måske for afvekslingens skyld, bruger udtrykket 'psykisk lidelse', så er 'psykisk sygdom' det helt gennemgående begreb, også i kampagne-sloganet 'Psykisk sygdom kureres ikke med tavshed'.
9. <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/psyke/sygdomme/skizofreni/skizofreni-aarsager/>, Hentet d. 21.04. 2016.
10. <http://www.livakurser.dk/kurser/forsta-psykiatriske-diagnoser-framistanke-til-diagnose-kobenhavn-copy>, hentet d. 18.04. 2016
11. Lars Søndergaard huskes fra Glostrup-sagen om overmedicinering. Styrelsen for Patientsikkerhed har i februar i år forbudt ham at udøve faglig virksomhed inden for det psykiatriske speciale med den begrundelse, at han "...i en række tilfælde har ordineret på uforsvarlig måde og herved udgjort en ikke uvæsentlig fare for patientsikkerheden i forbindelse med sin behandling af psykiatriske patienter. På trods af at have været i et længere supervisorsforløb har han ved flere lejligheder behandlet patienter på en måde, der ikke er faglig forsvarlig, idet han fx i sin anvendelse af meget høje doseringer ikke i tilstrækkelig grad afventer effekten af tidligere administrerede stoffer, ligesom han ikke sikrer sig at patienterne ikke efterfølgende udvikler alvorlige bivirkninger." Citeret fra Autorisationsregisteret, <https://autregweb.sst.dk/Autorization.aspx?id=00Q0K>, hentet d. 18.04. 2016.
12. <http://www.intervoiceonline.org/3721/news/2013-press-release.html>, hentet d.24.04. 2016.
13. En bedre hjælp til at komme sig, 15 forslag, LAP og Bedre Psykiatri, 2006, se <http://www.recovery-orientering.dk/artikler.htm>, hentet d.18.04. 2016.

LITTERATUR:

- Beresford, Peter (2015). From 'recovery' to reclaiming madness. *Clinical Psychology Forum*, 268, April 2015, p.16-20.
- Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (1972). *Den samfundsskabte virkelighed. En videnssociologisk afhandling*. København: Lindhardt og Ringhof.
- Bracken, Patrick & Philip Thomas (2001). Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ*. 2001 Mar 24; 322(7288): 724-727.
- Brinkmann, Svend (red.) (2010). *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Aarhus: Klim.
- Brinkmann, Svend og Anders Petersen (red.) (2015). *Diagnoser – perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Klim.
- Christensen, Søren (1996). *Fakticitetens ironi. Facetter af kulturrelativismens idéhistorie*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Christie, Nils (2009). *Små ord for store spørgsmål*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cullberg, Johan (2001). *Psykosser. Et humanistisk og biologisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Dillon, Jaqui, Peter Bullimore, Debra Lampshire and Judi Chamberlin (2013). The work of experience-based experts. I: J. Read & J. Dillon (red.) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*. East Sussex: Routledge (2nd edition), p. 305-318.
- Elsass, Peter og Kirsten Hastrup (red.) (1986). *Sygdomsbilleder. Medicinsk antropologi og psykologi*. København: Gyldendal.
- Gannik, Dorte Effersøe (1999). *Situationel sygdom. Fragmenter til en social sygdomsteori baseret på en undersøgelse af rygglidelser*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Gøtzsche, Peter C. (2015). *Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse*. København: People's Press.
- Harper, David & Ewen Speed (2012). Uncovering Recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience. *Studies in Social Justice*, volume 6, issue 1, p.9-25.
- Jensen, Nils (1996). *Verdener til forskel. Otte kapitler om natur, psykiatri og kultur*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Jensen, Pernille et al. (red.) (2004). *Recovery på dansk*. Århus: Systime Academic.
- Jensen, Pernille (2006). *En helt anden hjælp. Bruger og pårørende perspektiver på at komme sig*. København: Akademisk Forlag.
- Juul Jensen, Uffe (1983). *Sygdomsbegreber i praksis. Det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori*. København: Munksgaard.
- Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer (red.) (2003). *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Karlsson, Bengt (red.) (2016). *Det går for sakte ... i arbejdet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal.
- Karlsson, Bengt og Marit Borg (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sociale perspektiver og praksisser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkebæk, Birgit (2010). *Almagt og afmagt. Specialpædagogikkens holdninger, handlinger og dilemmaer*. København: Akademisk Forlag.
- Lihme, Benny (2015). *Det sociale betydning for mennesker med sindslidelse*. København: Akademisk Forlag.
- Oute, Jeppe og Agnes Ringer (2014). Psykiatrien i krise – en kamp om definitioner. *Sygeplejersken*, nr. 7, s. 78-82.
- Read, John (2013). Childhood adversity and psychosis: from heresy to certainty, I: J. Read & J. Dillon (red.) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*. East Sussex: Routledge (2nd edition), p. 249-275.
- Read, John (2013). The invention of 'schizophrenia'. Kraepelin and Bleuler, I: J. Read & J. Dillon (red.) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*. East Sussex: Routledge (2nd edition), p. 20-33.
- Read, John (2013). Does 'schizophrenia' exist? Reliability and validity, I: J. Read & J. Dillon (red.) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*. East Sussex: Routledge (2nd edition), p. 47-61.
- Read, John (2013). Biological psychiatry's lost cause: The 'schizophrenic' brain, I: J. Read & J. Dillon (red.) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*. East Sussex: Routledge (2nd edition), p. 62-71.
- Read, John & Jacqui Dillon (red.) (2013). *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*. East Sussex: Routledge (2nd edition).
- Read, John, Nick Haslam and Lorenza Magliano (2013). Prejudice, stigma and 'schizophrenia': The role of the bio-genetic ideology, I: J. Read & J. Dillon (red.) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*. East Sussex: Routledge (2nd edition), p. 157-177.
- Read, John, Loren Mosher and Richard Bentall (2013). 'Schizophrenia' is not an illness, I: J. Read & J. Dillon (red.) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*. East Sussex: Routledge (2nd edition), p. 3-8.
- Topor, Alain (2003). *Recovery. At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Topor, Alain (2005). *Fra patient til person: Hvad hjælper mennesker med svære psykiske problemer?* København: Akademisk Forlag.
- Seikkula, Jaakko og Tom Erik Arnkil (2014). *Åben dialog i relationel praksis. Respekt for anderledeshed i øjeblikket*. København: Akademisk Forlag.
- Sundgren, Magnus og Alain Topor (red.) (2005). *Social Psykiatri*. Stockholm: Bonnier Utbildning.
- van Os, Jim (2016). "Schizophrenia" does not exist. *BMJ* 2016;352:i375
- Whitaker, Robert (2013). *Den psykiatriske epidemi: Illusionen om mirakelpillen*. Søborg: Psykovision.
- Zubin, Joseph and Bonnie Spring (1977). Vulnerability: A New View on Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.