

Originalartikel

Skidt med årsagen, når bare vi er pålidelige

Psykiatriske diagnoser historiske indhold, udvikling og funktion

Pia Ringø

Aalborg Universitet
ringoe@socsci.aau.dk

Ringø, Pia (2016). 'Skidt med årsagen, når bare vi er pålidelige: Psykiatriske diagnoser historiske indhold, udvikling og funktion', *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 25, 57-72

Hvad er det videnskabelige indhold i de psykiatriske diagnosesystemer? På hvilken måde har psykiatriske diagnoser en eksemplarisk relevans, der afspejler mere grundlæggende økonomiske, politiske og samfundsmæssige transformationsprocesser, og hvad kan vi lære af fortiden? Hvorfor handler uenigheder vedrørende de psykiatriske diagnoser dels om, hvad der bør kendetegne "god" eller "rigtig og sand" viden, men også om moral, værdier og menneske- og samfundssyn? Det er nogle af de spørgsmål, artiklen søger svar på. I artiklen vises, gennem en historisk analyse, hvorledes psykiatriske diagnoser afspejler grundlæggende bevægelser i viden om, og synet på, menneske, samfund og sygdom.

Don't mind the causes, just be reliable: The historical content, development, and function of psychiatric diagnoses

How do shifting psychiatric diagnoses reflect our understanding of humanity and of human problems, illnesses, and unwanted conditions? In what way do psychiatric diagnoses hold an exemplary relevance that transcends the object of research of psychiatry and reflects more fundamental econom-

ic, political, and societal transformation processes, and what can we learn from the past? Why are disagreements concerning psychiatric diagnoses partially about what ought to characterize "good" or "real and true" knowledge, but also about morals, values, and views on society and human nature? These are some of the questions that the article seeks to answer. Through a historical analysis, the article illustrates how psychiatric diagnoses reflect shifting views on society and human nature in a close welfare political and economic interaction.

Indledning

De psykiatriske diagnosesystemer anvendes i det følgende som en eksemplarisk case, der synliggør, hvordan diagnosticeringen af mennesket, menneskets problemer, sygdomme og uønskede tilstande, har undergået markante historiske transformationer. Velfærdspolitikker har historisk haft inklusionsfremmende mål, men man har også i denne bestræbelse udgrænset 'det fremmede', som man frygtede, i forsøget på at konstruere en samfundsmæssig fælles identitet som værende 'det normale' (Foucault 2003a, Foucault 2003b). Eksklusion og indespærring på afsides asyls har historisk markeret grænsen mellem det acceptable og det uacceptable (Helweg 1935). Selvom grænserne mellem normalitet og afvigelse har ændret karakter, udgør diagnosesystemerne stadigvæk en stabil del af den politiske og samfundsmæssige organisering (eller disciplinering om man vil). Diagnosesystemerne definerer og indholdsudfylder de forskellige psykiske lidelser, og er de arbejdsredskaber som social- og sundhedspersonale benytter. Diagnosesystemerne udgør samtidig en konstrueret virkelighed, som repræsenterer bestemte former for viden, forklaringer og forståelser af psykiske sygdommes årsager, opkomst, udvikling og funktion. Forhistorien vidner om, at man i udviklingen af diagnosesystemerne ikke kan tale om en tydelig videnskabelig, epistemologisk, progression. Derimod repræsenterer diagnoserne skiftende videnskabelige paradigmer, skiftende former for viden, sandhed, sygdomsmodeller, forståelser og forklaringer af psykiske sygdomme. Disse videnskabelige paradigmer er historisk blevet udviklet og afviklet i et tæt nationalt og globalt politisk og økonomisk samspil.

Nikolas Rose tydeliggør gennem en historisk fremstilling af psykologiens fremvækst, hvorledes viden kan ses som en del af en styringsmæssig proces, hvor viden, samfundsudvikling og styring hænger uløseligt sammen: "the history of psychology in liberal societies joins up with the history of liberal government" (Rose, 1996:12). I Roses genealogiske fremstilling af psykologiens historie fremstilles, hvorledes en forståelse af videnskab, i dette tilfælde psykologien, ikke kan

betragtes som et autonomt system eller projekt, men derimod som et videnskabeligt program, der langt hen af vejen er institutionelt determineret - ikke epistemologisk. Med et sådan fokus betragtes viden, sandhed, problemforståelser, løsninger og menneskesyn såvel som liberalismens udvikling og styringsidealer som forbundet (Rose, 1999). Det samme gør sig gældende, når vi betragter udviklingen af de psykiatriske diagnosesystemer. I diskussioner om de psykiatriske diagnosesystemers indhold og funktion gemmer der sig flere lag af forskelle; i menneskesynet, i erkendelsesteori, i opfattelsen af virkeligheden (ontologi) og i vores adgang til denne (epistemologi). Det er denne artikels ambition at bidrage til at trække disse underliggende forskelle frem. Artiklens hovedpointe er derfor, at visse former for viden historisk er blevet favoriseret, mens andre former for viden er blevet marginaliseret eller helt ekskluderet i vores diagnosticering, forståelser og forklaringer af de psykiske sygdommes væsen, som det udtrykkes i diagnosesystemerne. Dette er fortællingen om hvordan psykiatriske diagnoser på den ene side afspejler nationale og globale ideer om, hvad der bør kendetegne "god" eller "rigtig og sand" viden, men også er udtryk for bestemte tidsbundne moralbegreber, værdier og menneske- og samfundssyn.

Data konstruktion, felt og metode

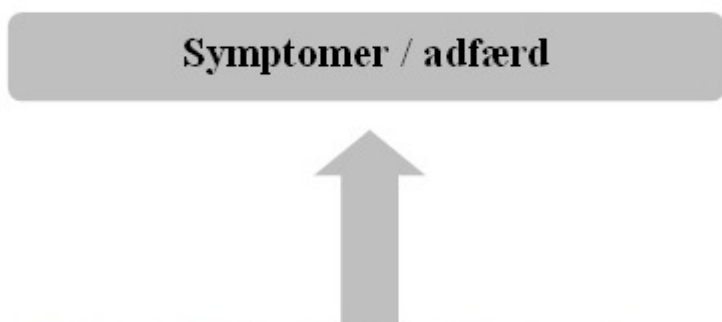
Artiklen tager afsæt i litteraturstudie, dokumentmateriale og et etnografisk feltarbejde, der indgår i et igangværende forskningsprojekt "Menneskesyn i Socialt Arbejde – velfærds politikker, teknologier og viden om mennesket, AAU"¹. Forskningsprojektet udforsker udviklingen i menneskesyn set i lyset af relationen mellem velfærds politikker, teknologier, viden om mennesket og socialt arbejde. I projektet udvikles empirisk viden og teoretiske modeller, der kan belyse kompleksiteten i dette samspil inden for fire delområder; psykiatri- og handicapområdet, børne- og familieområdet, det boligsociale område og beskæftigelsesområdet. I denne artikel præsenteres resultater fra delområdet psykiatri og handicap. Artiklens datagrundlag er baseret på analyser af den historiske udvikling i relationen mellem velfærds politikker, viden om mennesket og de diagnostiske manualer, samt et etnografisk feltarbejde, der studerer det aktuelle menneskesyn og anvendelsen af diagnoser inden for psykiatri og handicapområdet. Analysen af den historiske udvikling består dels af et historisk dokumentstudie hvor der indgår velfærds- og social og sundhedspolitiske dokumenter fra starten af det 20. århundrede, betænkninger, love, vejledninger, planer, faglig litteratur, skrifter

og rapporter samt et litteraturstudie. I litteraturstudiet inden for området psykiatri og handicap, som denne artikels datagrundlag primært baseres på, indgår en gennemgang af det videnskabelige indhold i de psykiatriske diagnose-systemer samt dokumenter og artikler, der behandler udviklingen i denne viden. Artiklen bygger primært på resultater fra litteraturstudiet, hvor det identificeres, hvorledes objektivering af menneskets adfærd i de psykiatriske diagnose-manualer har ændret karakter, videnskabeligt indhold og funktion fra datidens samfund til i dag. Samtidig tydeliggør enkelte steder i artiklen, hvordan denne udvikling er relateret til den overordnede samfundsplanlægning, som den fremtræder i de historiske dokumentstudier. I artiklens afsluttende del danner dokument- og litteraturstudierne baggrunden for en analyse af materiale fra projektets igangværende etnografiske feltstudie vedrørende den aktuelle udvikling og anvendelse af psykiatriske diagnoser i de danske kommuner. Her indgår viden indsamlet gennem interviews (individuelle og gruppeinterviews), deltagende observationer samt indsamlede dokumenter fra især myndighedsfunktionen på psykiatri / handicapområdet. Myndighedsrådgivernes funktion er at foretage funktions- og problemudredninger, kategorisering, diagnosticering og visitering indenfor blandt andet psykiatriområdet. De etnografiske feltstudier giver en indsigt i de politikker, diagnoser, viden og praksisser på feltet, som kendetegner sammenhængen i diagnoser og menneskesyn i dag².

Skiftende sygdomsmodeller i diagnoser og politik: Analyse af historisk materiale

Går vi tilbage til tiden før anden verdenskrig, var den mest udbredte forklaring på menneskets psykiske problemstillinger i Danmark, genetikken og den biologiske arvelighedslære. De biologiske forklaringer havde erstattet de religiøse forklaringer, og 'Gud' var blevet udskiftet som den væsentligste kausale kraft i forklaringen af menneskets sygdom og adfærd (Brante 2014, Rosenberg 2007). De individer, man mente, var sindssyge, blev derimod opfattet som uforbederligt afvigende, og det væsentlige var at sikre, at de uheldige gener ikke spredte sig til den produktive del af befolkningen (Steincke 1920; Kirkebæk 2013; Koch 1996; Baumann 1994). At forvalte og sikre befolkningens produktive standard gennem befolkningsrenselse defineres i eftertiden af Giorgio Agamben og Zygmunt Bauman som selve kernen i moderniteten (Agamben, 1998, Baumann, 1994). Forventninger om individets

forandrings- og udviklingsmuligheder var i denne periode stærkt begrænset af, det man kan kalde biologiske monokausale deterministiske definitioner (Steincke, 1920, Steincke 1933a, Wimmer i Kemp 1951:24).



Figur 1: Biologisk monokausalitet

Fra begyndelsen af det 20. århundrede og især efter anden verdenskrig steg antallet af diagnoser og behandlingen med psykofarmaka eksplosivt, efterhånden som den medicinske videnskab udvikledes. Perioden var samtidig kendetegnet ved benzodiazepinernes udbredelse og popularitet. Præparaterne³ blev betragtet som løsningen på en række ikke-specifikke symptomer, herunder angst, anspændthed, depression og stress. Studier fra denne tid viser, at en stor del af de beroligende midler blev givet som reaktion på diffuse symptomer og psykosociale problemstillinger (Cooperstock & Lennard 1979). Efter 2. verdenskrig udvikles forklaringsmodellerne og synet på menneskets mentale og sociale problemer langsomt. Sociologiske, sociale og psykoanalytiske traditioner vandt indpas i den psykiatriske udrednings- og diagnosticeringspraksis (DSM-II fra 1968 - ICD-9⁴). De psykiatriske manualer fokuserede på de underliggende ubevidste mekanismer, som, man antog, havde betydning for udviklingen af psykiske reaktioner og symptomer. Et eksempel herpå er diagnosen *hysterisk neurose* fra diagnosesystemet DSM-II i 1968:

"Hysterical neurosis is characterized by an involuntary psychogenic loss or disorder of function. Symptoms characteristically begin and end suddenly in emotionally charged situations and are symbolic of the underlying conflicts" (American Psychiatric Association 1968:40).

Depression, der udelukkende var en mindre diagnose i klassifikationssystemerne på dette tidspunkt, beskrives ligeledes som værende et resultat af indre konflikter eller ydre omstændigheder:

"This disorder is manifested by an excessive reaction of depression due to an internal conflict or to an identifiable event such as the loss of a love object or cherished possession" (American Psychiatric Association 1968: 41).

Teoretiske og ikke-lineære årsagsforklaringer ætologi vandt frem, og mennesket med psykiske funktionsproblemer blev set som 'dybt' med et indre usynligt rum, hvor det psykologiske liv udfolder sig, og hvor adfærden formes i et samspil mellem intrapsykologiske processer og ydre omstændigheder (Rosenberg 2007, APA 1968). Sociologiske overvejelser vedrørende betydningen af den sociale kontekst for udviklingen af sygdom bredte sig ligeledes som ramme for de politiske overvejelser (Rold Andersen 1966, Maxwell 1971).

Videnskabsteoretisk kan menneskesynet, eksemplificeret ved de psykiatriske diagnoser på denne tid, beskrives med afsæt i kritisk realismes skelnen mellem forskellige domæner af virkeligheden - en såkaldt stratificeret ontologi opdelt i: det *empiriske*, det *faktiske* og det *reale* domæne (Harré og Madden 1975).

| Domæne | Indhold |
|---------------|--|
| Det empiriske | Erfaringer og observationer |
| Det faktiske | Begivenheder og fænomener |
| Det virkelige | Strukturer, mekanismer, kausale potentialer og tilbøjeligheder |

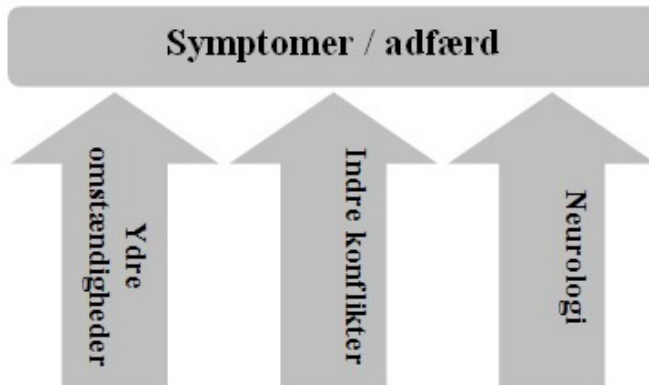
Tabel 1: Virkelighedens tre domæner (Buch-Hansen og Nielsen: 2005: 24).

Kritisk realismes videnskabsteoretiske fokus beskriver mekanismer, der genererer hændelser, fænomener og begivenheder på det empiriske og faktiske niveau. Den videnskabelige opmærksomhed rettes således mod at identificere de mekanismer, der producerer eller muliggør hændelserne - og ikke blot hændelserne i sig selv (Harré og Madden 1975, Danermark et al. 1997). Mekanismebegrebet er samtidig et opgør med empiristers horisontale kausalitetsforståelse (når begivenhed A, så

følger B) til fordel for et multikausalt verdensbillede, hvor den grundlæggende opgave for videnskaben er, at finde iboende mekanismer, som genererer hændelser på det nederste 'virkelige' niveau - eller det, der også defineres som det intransitive niveau (Harré og Madden 1975). De tidlige udgaver af diagnosesystemerne DSM-I fra 1952 og DSM-II fra 1968 udtrykte delvist sygdomsmodeller, der inddrogede teoretiske refleksioner vedrørende de underliggende ubevidste mekanismer. For eksempel fremgik det af DSM-II's definition af neuroserne, at:

"Anxiety is the chief characteristic of the neuroses. It may be felt and expressed directly, or it may be controlled unconsciously and automatically by conversion, displacement and various other psychological mechanisms. Generally, these mechanisms produce symptoms experienced as subjective distress from which the patient desires relief" (American Psychiatric Association 1968:39).

De psykiske lidelser blev betragtet som udifferentierede og generelle lidelser, der havde rod i det enkelte menneskes livsomstændigheder, og diagnoserne udtrykte i overvejende grad disse underliggende ubevidste mekanismer (Horwitz 2002), som det ligeledes fremgår af tabel 1.



Figur 2: Et fokus på generative, intransitive mekanismer

Politiske og sociale bevægelser

I slutningen af 1970erne bredte kritikken af samfundets ekspertsystemer sig langsomt. Velfærdssamfundets institutioner og professionelle blev i stigende grad

opfattet som paternalistiske, og deres indsats blev i bedste fald opfattet som klientliggende og passiviserende (Goffmann 1961, Foucault 2003a). Goffmans og måske især Foucaults forskning, der rettede sig mod vilkårene på de psykiatriske hospitaler, blev i denne periode et udtryk for en erkendelse, der bredte sig i samtiden. Periodens 'sociale kritik' med fokus på strukturelle forudsætninger for menneskets trivsel faldt igennem 1970'erne i baggrunden i forhold til en kritik, der rettede sig mod det institutionelle bureaukrati, umyndiggørelse, klientliggende indsatser og paternalisme (Boltanski & Chiapello 2005, Carleheden 2011). Nye idealer om autonomi, frigørelse og autenticitet opstod (Petersen 2007). Hvad man overså, var måske, at decentraliseringen af psykiatriens institutioner og opgøret med eksperter og ekspertsystemerne også lagde kimen til nye diagnosesystemer i 1980 (DSM-III) samt et nyt samfunds- og menneskesyn, der ikke længere i samme grad inddragede teoretiske refleksioner vedrørende indre, eller bagvedliggende generative mekanismer i sygdomsmodellerne, i problembestemmelserne og i diagnoserne.

Udviklingen var forbundet med afviklingen af de store psykiatriske statshospitaler samt idealer om øget indflydelse til det enkelte individ og et historisk opgør med tendensen til at betragte professionelle som eksperter, der kunne rådgive og tilrettelægge tilbuddet for deres 'klienter' (Ringø og Høgsbro 2015). I slutningen af 1970'erne kom den psykiatriske professions legitimitet som videnskabelig disciplin ligeledes under pres. De uklare ætiologiske refleksioner og psykodynamiske betragtninger gjorde det ikke muligt på overbevisende vis at sikre psykiaternes fagprofessionelle legitimitet. Det blev uklart, hvorfor psykiatere, i modsætning til andre fagprofessionelle: socialrådgivere, psykologer, socialarbejdere og sygeplejesker, skulle have faglig patent på udredning, diagnosticering og behandling af de psykiske sygdomme (Cooper et al 1972, Horwitz 2002). Opretholdelsen af en psykiatrisk autoritet i slutningen af 1970'erne synes at være afhængig af udskiftningen af DSM-II's klassifikationssystem.

Nye diagnosesystemer – En videnskabelig sejr?

I 1980 offentliggør American Psychiatric Association APA et nyt klassifikationssystem, DSM-III. Overgangen fra DSM-I og DSM-II til DSM-III i 1980 blev ud fra empiristiske idealer om videnskabelig klarhed og pålidelighed (reliabilitet) defineret som en 'videnskabelig sejr', hvor viden sejrede over ideologi, og hvor den 'tidligere psykiatris' abstrakte ætiologiske teorier og refleksioner blev erstattet med sikker

viden og facts (Klerman, Valliant, Spitzer & Michels 1984:539, Sabshin 1990:1272, Mayes & Horwitz 2005).

Med DSM III ændrede det psykiatriske og sociale arbejdes videnskabelige grundlag karakter i retning af et mindre fokus på at forstå sociale- og psykiske reaktioner som indre konflikter - eller i en samfundsmæssig, kulturel og social kontekst, til et fokus på deskriptive kategorier (Spitzer 1981, Spitzer & Wakefield 1999). De ætiologiske refleksioner, der vedrørte årsagerne til menneskets symptombillede og adfærd, opgives. Kritikere af DSM-III pointerede, hvorledes diagnosesystemerne nu medførte en diagnostisk praksis, der primært interesserede sig for symptombilledet eller problemdefinitioner 'på overfladen', hvor det forventedes, at den aktuelle sygdom (sociale og psykiatriske problem) kunne specificeres diagnostisk på en måde, som eliminerer personlige, ideografiske og sociale særtræk ved individet fra selve 'sygdommen' (Andreasen 2007, Folgerø Johannesen 2004, Gannik 1999). Dette videnskabssyn er baseret på den logiske empirismes antagelse om, at beskrivende kategorier kan stå i uformidlet relation, til det vi kan observere (Hempel 1965). Kritikken rettede sig ligeledes mod det forhold, at der i den kliniske praksis ikke forudsættes en indsigt i, hvad de psykiske reaktioner, eller psykiatriske symptomer om man vil, er udtryk for for at iværksætte psykiatrisk udredning, diagnosticering og behandling (Ringø 2013). Med diagnosesystemerne ICD-10 og DSM III forsvandt ambitionen om at forstå, hvorvidt de observerede og klassificerede psykiatriske symptomer var udtryk for adaptive strategier og reaktioner på kaotiske miljøbetingelser eller opvækstvilkår som kommunikative fænomener, der udspiller sig på gruppeniveau som udtryk for sociale- og samfundsmæssige transformationsprocesser og dermed som et kulturelt og socialt fænomen, der finder sted på samfundsniveau, eller som lidelser, der udspringer af og kan identificeres som et mentalt eller biologisk fænomen, der derfor skal behandles som sådan (Rosenbaum, 2004; Sadler, Wiggins & Schwartz: 1994). Det blev ligeledes pointeret, at diagnosesystemernes fokus på at sikre høj reliabilitet fra 1980 medførte et iøjnefaldende fravær af en grundlagsteoretisk refleksion, der kunne besvare førnævnte spørgsmål, der omhandler *relevansen* af diagnoserne og de foretrukne (medicinske/kognitive) behandlingsvalg - for eksempel: *Hvad* det, man ønsker at klassificere, er, og hvad den mest relevante behandling set i lyset heraf burde være.

Den efterfølgende diskussion af diagnosesystemerne kom til at dreje sig om spørgsmålet om de videnskabelige kategoriers reliabilitet. Fra kritikernes side blev det pointeret, at høj reliabilitet intet siger om gyldigheden (validiteten) af de konstruerede diagnoser (Ekeland 2003). Diskussionen handlede om, hvorvidt

man i den videnskabelige konstruktionsproces havde glemt, at verden ikke nødvendigvis er opdelt sådan, som vi vælger at dele den op, og afledt heraf: man havde glemt at reflektere over, hvorvidt vi forveksler kortet (epistemologi) med terrænet (ontologien) (Ekeland 2003). De diagnostiske klassifikationssystemer åbnede således fra 1980 op for en diskussion om, om de psykiatriske diagnoser gav et retvisende billede af den virkelighed, de beskrev.



Figur 3: Fra dybde perspektiver til overfladebestemmelser

Diagnosesystemet blev delvist revideret i 1987 (DSM-III R), i 1994 (DSM-IV) og igen sidst i 2013 (Harris 2014). DSM-V, der blev offentliggjort i 2013, indeholder en ændring i principperne for klassifikation af mentale problemstillinger, men lægger fortsat ikke op til en inddragelse af årsagsforklaringer eller teoretiske overvejelser i sine bestemmelser. DSM-V holder fast ved den mere pragmatiske tilgang, hvor lidelserne primært bestemmes ved deres kombinationer af symptomer.

Diagnosernes anvendelse i dag

I forbindelse med det igangværende forskningsprojekt "Menneskesyn i Socialt Arbejde" er der gennemført et omfattende etnografisk feltarbejde. På psykiatriområdet har især myndighedsfunktionen på psykiatri / handicapområdet været interessant i kraft af dennes funktion som den instans, der foretager funktions- og problemudredninger, kategorisering, diagnosticering og visitering. Her fremtræder anvendelsen og omsætningen af de psykiatriske diagnoser særlig tydeligt som både problembestemmende og som praktisk arbejdsredskab. Resultaterne peger på følgende generelle forhold.

Psykiatriske diagnoser spiller, i lighed med andre diagnoser i sundhedsvæsenet og i det sociale arbejde, fortsat en stor rolle for måden, vi betragter lidelser, sygdomme og sociale problemer. Diagnoser spiller samtidig en stor faglig, økono-

misk og velfærdspolitisk rolle. Samspelet mellem diagnoser, den social- og sundhedspolitiske udvikling og de indsatser, der tilbydes mennesker med psykiatriske diagnoser, har undergået store forandringer. Aktuelt ses en politisk bevægelse væk fra anvendelsen af diagnostiske kategorier i den kommunale myndigheds- og visitationspraksis. I stedet ses et større fokus på funktionsniveaumålinger som grundlag for visitation og adgangen til bestemte sociale ydelser. Klassifikationssystemet for funktionsniveau ICF (WHO 2001: *International Classification of Functioning, Disability and Health*) og den danske *Voksen Udrednings Metode*, VUM (Socialstyrelsen 2011), er centrale udredningsredskaber i denne sammenhæng. Logikken bag ICF og VUM er, ligesom logikken bag diagnosemanualerne fra ICD-10 og DSM-III og frem, at når de samme internationale klassifikationer anvendes til systematisering af data, er det muligt at foretage systematiske, entydige sammenligninger nationalt og internationalt. WHO's intention med ICF er i tråd med DSM-III og ICD-10, at leve op til videnskabelige pålideligheds-(reliabilitets) kriterier og dermed skabe international konsensus om en forståelse af funktions- evne og funktionsnedsættelse (Bonflis og Olsen 2014). ICF er således baseret på samme kriterier for videnskabelig klarhed, som diagnosesystemerne. I DSM diagnosemanualerne defineres adfærd og funktionsproblemer således alene ved deres symptomer og forløb, og det er dette princip, man fastholder ved indførelsen af blandt andet ICF (WHO 2001: *International Classification of Functioning, Disability and Health*).

I den aktuelle praksis ses samtidig en bevægelse væk fra et kronicitets- og invalidebegreb, der tidligere var forbundet med visse psykiatriske diagnoser som blandt andet skizofreni og sværere personlighedsforstyrrelser, og som historisk har haft betydning for tildelingen af forskellige former for retssikret støtte og sociale foranstaltninger. Aktuelt ses spirende nye rehabiliteringsbegreber i kommunerne. Ressourcer, kompetenceudviklende strategier, men også menneskets forpligtelse til at udvikle sig og anvende de ressourcer de har, har fået en ny og markant betydning. Udviklingen kommer aktuelt til udtryk i form af systematiserede rehabiliteringsforløb, der tilrettelægges ud fra menneskets funktionsniveau og ikke ud fra diagnose eller handicap. I de systematiske rehabiliteringsforløb inddeles mennesket efter funktionsniveau; ud fra hvad de kan, og hvilke udfordringer de har. Fælles for forløbene er, at de er udviklet til at gå på tværs af de gamle opdelinger i psykiatri, handicap og ældre (Velfærdskommissionen 2006, Holmgaard 2015). En systematisk vurdering af niveauet af funktionsnedsættelse ser således ud til at få en større betydning for kommunernes visitation til støtte, kompenserende foranstaltninger og kompetenceudviklende kurser end en even-

tuel psykiatrisk diagnose. Det nye er, at for diagnosernes såvel som for funktionsniveaumålingernes vedkommende, er de teoretiske overvejelser, der vedrører årsagerne til menneskets tilstand, afløst af empiricistiske deskriptive kriterier og målinger samt et kontinuerligt individuelt fokus på individets udvikling og rehabilitering. Det betyder i praksis, at mens kravene til udvikling og rehabilitering af det enkelte menneske med en funktionsnedsættelse (diagnose) øges, så reduceres de videnskabelige muligheder for at inddrage viden om de generative mekanismer, der har betydning for selvsamme menneskes sygdoms opkomstbetingelser, udvikling, funktionsniveau og (manglende) trivsel. Udviklingen kan beskrives som en videnskabelig, politisk, styringsteknologisk og sociokulturel udvikling fra dybde-perspektiver til overflade-bestemmelser, fra årsager til symptombeskrivelser og fra gyldighedskriterier i klassifikationen (validitet) til et fokus på pålidelighed (reliabilitet) i problembestemmelserne (Ringø 2013, 2016).

Dét, der kan udledes af de analyser, der er præsenteret i denne artikel, er, at diagnoser historisk har indeholdt forskellige former for viden om mennesket i form af forskellige forståelser og forklaringer af menneskets lidelse, problemer og adfærd. Enhver form for viden vil repræsentere et afgrænset blik på virkeligheden. Biologiske forklaringsmodeller har historisk givet anledning til indførelse af en række bio-medicinske behandlingsmetoder, eksklusion og et syn på psykiske sygdomme som kroniske og uhelbredelige tilstande. På den anden side har biologiske kronicitets betragtninger givet anledning til nødvendige former for retssikret støtte og kompenserende foranstaltninger (Steincke 1920,1933). De konstruktivistiske tilgange til psykiatriske diagnoser har været populære de senere år, men de kan metodologisk udelukke, at vi etablerer en kritik, der gør os klogere på de psykiske lidelsers årsager og eksistens (Ringø 2016). Et fokus på indre- eller bagvedliggende generative mekanismer i problembestemmelsen kan omvendt etablere ekspertsystemer, der fratager brugeren selvbestemmelse og definitionsmagt, mens de aktuelle diagnosesystemer og funktionsniveaumålinger, der holder sig empiricistisk til observationer 'på overfladen' for at sikre reliabiliteten af kategorierne, kan reducere forståelsen for menneskets og sygdommens opkomstbetingelser og hermed udelukke en forståelse for funktionsproblemernes dialektiske samspil med den omverden, de er en del af.

I diskussioner om de psykiatriske diagnosesystemers indhold og funktion gemmer der sig således flere lag af forskelle; i menneskesynet, i erkendelsesteori, i opfattelsen af virkeligheden (ontologi) og i vores adgang til denne (epistemologi). Det har været denne artikels ambition at bidrage til at trække nogle af disse underliggende forskelle klart frem. Diagnosesystemernes vidensgrundlag

repræsenterer forskellige handlemuligheder for praksis, forskellige menneskesyn og forskellige politiske krav og forventninger til mennesket. Diskussioner om de psykiatriske diagnosers videnskabelige afgrænsning og indhold bliver derfor andet og mere end teoretisk interessante for de involverede aktører. Det er blandt andet dette, der er grunden til, at diskussionen mellem professionelle, politikere, forskere, pårørende og borgere ofte afspejler uenigheder, konflikter og interessemodsatninger. Uenighederne handler dels om, hvad der bør kendetegne "god" eller "rigtig og sand" viden, men også, på et dybere mere grundlæggende niveau om etik, moral, værdier og menneske- og samfundssyn.

Noter

¹ Projektet tager udgangspunkt i den forskningsmæssige problemstilling, at relationen mellem velfærds politikker, teknologier, viden om mennesket, socialt arbejde og menneskesyn er teoretisk uafklaret. Derfor foretager projektet dybdegående studier af denne relation. Det sker for det første med fokus på praktisk socialt arbejde på tværs af forskellige områder. For det andet sker det med fokus på udviklingen i menneskesyn over tid. Gennem disse studier udvikler projektet ny empirisk viden, der danner afsæt for udvikling af teoretiske modeller. Projektet er støttet af VELUX og VILLUM Fonden. Læs mere om projektet på www.menneskesyn.aau.dk

² Feltarbejdet er i skrivende stund fortsat i gang og indeholder pt. ca. 62 interviews (individuelle og gruppeinterviews), 61 deltagende observationer af udvalgte møder og heldagsobservationer af praksis i socialt arbejde, samt dokumenter der udtrykker politikker, teknologier, viden og praksisser på feltet, og som indikerer eller har betydning for udviklingen i menneskesyn. På psykiatriområdet dækker det etnografiske feltarbejde tre større danske kommuner og disse kommuners arbejde med udvikling og anvendelse af diagnoser, implementering af funktionsniveaumålinger, nye strukturer, psykiatri- og handicapplaner.

³ Rolling Stones sang fra 1965 "Mother's Little Helpers" giver et billede af datidens forbrug af benzodiazepiner: "What a drag it is getting old - 'Kids are different today,' I hear ev'ry mother say - Mother needs something today to calm her down - And though she's not really ill - There's a little yellow pill - She goes running for the shelter of a mother's little helper - And it helps her on her way, gets her through her busy day - 'Things are different today,' I hear ev'ry mother say (Rolling Stones 1965)

⁴ DSM-II er en forkortelse for *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd ed.*, og er det amerikanske diagnose- og klassifikationssystem for psykiske forstyrrelser og de kriterier, der skal være opfyldt, for at hver enkelt diagnose kan stilles. I Danmark er det officielle diagnosesystem WHO's ICD, men ligesom i andre lande foretrækkes DSM til forskningsformål og i visse andre tilfælde. ICD-9 er en forkortelse for *International Classification of Disease, 9th Revision*.

Referencer

- Agamben, Giorgio (1998). *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*. Stanford University Press
- American Psychiatric Association (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. Washington American Psychiatric Association (1995). Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5. Washington: APA.
- Andreasen N.C. (2007). *DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences*. In *Schizophrenia Bulletin* 33: 108-112.
- Buch-Hansen, H & Nielsen, P. (2005) *Kritisk Realisme*, Roskilde Universitets forlag
- Bauman, Z. (1994). *Modernitet og Holocaust*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Boltanski, L, Chiapello, E (2005) *The new spirit of capitalism*. Random House Inc
- Bonflis, I.S & Olsen, L. (2014) »ICF-klassifikation – balancegang eller glidebane?« i *Handicapforståelser mellem teori, erfaring og virkelighed*. Akademisk Forlag
- Brante, T (2014) *Den professionella logiken Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*. Stockholm. Liber
- Carleheden, M. (2011). »Om den moderna samhällskritikkens historiske förändring« in *Fronesis, Kritik* nr 36-37
- Cooperstock, R & Lennard, H. (1979). Some social meanings of tranquilizer use. *Sociology Of Health and Illness*, 1 (3): 331-347
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11007101>
- Danermark, B. et al (1997) *Att förklara samhället*. Lund. Studentlitteratur
- Ekeland, Tor-Johan (2003): »Ein diagnose av psykiatri diagnoser« in *Impuls* nr 1
- Foucault, M. (2003a): *Galskabens historie i den klassiske periode*. Frederiksberg. Det Lille Forlag
- Foucault, M. (2003b): *Overvågning og straf*. Frederiksberg: Det Lille Forlag
- Folgerø, Johannessen, Birte (2004): *Ledelse og evidens I det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*. Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnsstudier. Universitetsforskning. Bergen
- Goffman E. (1961): *Asylums. Essays on the Social Situation and Mental Patients and other Inmates*. Anchor Books.
- Helweg, H. (1939) *Den Retslige Psykiatri i kort Omrids*. Kbh
- Hempel, C.G. (1965): »Fundamentals of taxonomy« In: Hempel (ed.): *Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*. Free Press. New York.
- Harré, R & Madden, E.R. (1975) *Causal Powers – A theory of natural necessity*, Basil Blackwell, Oxford

- Harris J.C. (2014). »New classification for neurodevelopmental disorders in DSM-5«. *Current Opinion in Psychiatry* 27 (2): 95-97.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000042>
- Horwitz, A.V. (2002): *Creating Mental Illness*. University of Chicago Press. Chicago.
- Høgsbro, K. (2004): »Forskning vedrørende sindslidendes forhold i samfundet« i Høgsbro (ed): *Socialpsykiatriens kompleksitet*, Samfundslitteratur
- Kirkebæk, B. (2013). »Det historisk flyttelige handicapbegreb«. I: I.S. Bonfils, B. Kirkebæk, L. Olsen & S. Tetler (red.). *Handicapforståelser*. 17-34. København: Akademisk Forlag.
- Koch, L. (1996). *Racehygiejne i Danmark 1920-56*. København: Gyldendal.
- Maxwell, J. (1971). *Socialpsykiatri i praksis: begrebet terapeutisk fællesskab*. København: Gyldendals pædagogiske bibliotek.
- Mayes, Rick & Allan V. Horwitz. (2005): »DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness« in: *Journal of the History of Behavioral Sciences* (Vol. 41): in press.
<https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- Petersen, A. (2007): »Depression – vor tidsalders vrangside« Doktoravhandling Örebro *Studies in Sociology* 10
- Ringø, P (2016) »Konstruktivisme og realisme i eksemplarisk metode« I: Hansen. B. og Ingemann. J. *At se verden i et sandkorn* Samfundslitteratur
- Ringø, P og Høgsbro, K (2015): »Funktionsproblemer og rehabilitering i et nyt perspektiv« In Harder M & Nissen, A. (Ed.), *Socialt arbejde i en foranderlig verden* (1. udgave ed.) Kbh. : Akademisk Forlag
- Ringø, P. (2013). *Dybder og overflader i styring, viden og praksis i det sociale og psykiatriske arbejde med sindslidende : En undersøgelse af det sociale og psykiatriske arbejdes ontologiske modeller og historiske og aktuelle vilkår for begrebsdannelse og praksis*. Ph.d afhandling Aalborg Universitetsforlag
- Rold Andersen, B. (1966) *Socialpolitik i velfærdssamfundet*. København: Munksgaard
- Rose, N. (1996): *Inventing Our Selves. Psychology, Power and Personhood*. Cambridge University Press. Cambridge.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511752179>
- Rose, N. (1999): *Governing the soul: The shaping of the private self* (2nd ed)
- Rosenbaum, B. (2004): »Psykiatriens aktuelle videnskabelighed« i: Aagaard, Lars and Brock, Steen. *Videnskabens ansigter*. Forlaget Philosophia. Aarhus. P.78-95
- Rosenberg, C.E. (2007). *Our present complaint: American Medicine, Then and Now*. John Hopkins University Press: Baltimore
- Sadler, J.Z, O.P. Wiggins & M.A. Schwartz (1994): *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. John Hopkins University Press. Baltimore.
- Shorter, E. (1997): *A history of psychiatry*. New York: John Wiley & sons.
- Spitzer, R.L (1981): »DSM III Casebook«, American Psychiatric Publications, Spitzer, R.L, & J.C. Wakefield (1999): »'DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: Does it help solve the false positives problem?'« *American Journal of Psychiatry*, 156 (12)
- Steincke, K.K. (1920) *Fremtidens forsørgelsesvæsen*
- Steincke, K. K. (1933) *Socialreformen, en kortfattet oversigt*. Kbh
- Socialstyrelsen (2011) *Voksenundretningsmetoden, Metodehåndbog*
- Velfærdskommissionen (2006) *Fremtidens velfærd – vores valg*, Finansministeriet.

- Villadsen, K (2006): »Genealogi som metode - fornuftens tilblivelseshistorier« i: Bjerg.O. og Villadsen, Kaspar (Ed.) (2006): *Sociologiske metoder: fra teori til analyse i kvantitative og kvalitative studier*. Samfundslitteratur
- WHO (World Health Organisation) (1996): *International Statistical Classification of Diseases 10 rev, Vol 1*, WHO. Geneva
- WHO (2001). *ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organisation.