

Diagnosekulturen hos børn og unge



Gruppenummer: S2325625469

Medlemmer:
Hanna Sadat (71393)
Linea Melbye (71388)
Nilay Atan (71429)
Sebastian Perplies Langfrits (71855)
Sofia Ferra (72038)

Vejleder: Yvonne Barnholdt

Dato: 1. Juni 2023

Anslag: 162.144

Abstract

Research has shown that the number of children and young adults in Denmark that gets diagnosed with a mental, behavioral or neurodevelopmental disorder is drastically increasing. The aim of this paper is to investigate and highlight the different and fluctuating perspectives put forth by researchers and professionals in the field of diagnostics and other related areas, in order to better understand the increasing occurrence of mental diagnoses among the youth. Furthermore, WHO has recently announced the launch of the new and revised eleventh edition of their international diagnostic manual ICD (International Classification of Diseases). Therefore, this paper also seeks to illuminate different opinions and viewpoints regarding this upcoming diagnostics manual.

The project and its findings are based on a document study that is later followed up by four phenomenological interviews with three psychologists and a retired former teacher and principal at a school for kids with special needs. In addition, the project primarily draws on sociological theories put forth by Antony Giddens, Anders Petersen and Hartmut Rosa as well as a theory by Steen Wackerhausen from within the field of health promotion. These will be used in order to analyze and discuss the findings from the document study and interviews.

This paper concludes, based on its findings, that despite the different and varying viewpoints put forth by researchers and professionals, a common theme among them all, was a need to help children with problems, the best way possible. In addition, the involved professionals highlighted both positive and negative aspects regarding WHO's new ICD-11.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Indledning	5
1.1 Problemfelt	5
1.2 Problemformulering	6
1.2.1 Arbejdsspørgsmål	6
1.3 Afgrænsning	6
1.4 Begrebsafklaring	7
1.5 Semesterbinding	8
1.5.1 Teknologiske systemer og artefakter	8
1.5.2 Subjektivitet, teknologi og samfund	8
1.5.3 Design og konstruktion	8
Kapitel 2: Metode	9
2.1 Det videnskabsteoretiske ståsted	9
2.2 Kvalitativ metode	10
2.2.1 Dokumentstudie som metode	10
2.2.2 Semistruktureret interview	10
2.2.3 Interviewguide	11
2.2.4 Ethiske overvejelser ved udførelse af interview	12
2.2.5 Transskribering	12
2.3 Analysestrategi	13
2.4 TRIN-modellen	14
2.4.1 Trin 3 og trin 6	14
2.5 Opsamling	15
Kapitel 3: Dokumentstudie	15
3.1 Diagnosekulturen	15
3.2 Perspektiver til stigningen af psykisk stillet diagnoser	17
3.2.1 Er den stigende forekomst af psykiske diagnoser hensigtsmæssig?	17
3.2.2 Er den stigende forekomst af psykiske diagnoser uhensigtsmæssig?	18
3.2.3 Et samfundsmæssigt perspektiv	19
3.2.4 Et forældreperspektiv	20
3.3 WHO ICD-11	20
3.3.1 International Classification of Diseases (ICD)	21
3.3.2 ICD i en historisk kontekst	21
3.3.3 ICD-10 og ICD-11	22
3.4 Opsamling	27
Kapitel 4: Teori	28
4.1 Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme	28
4.1.1 Sundhedsfundamentalisme og sundhedsrelativisme	28
4.1.2 Det åbne sundhedsbegreb	29
4.1.3 Operationalisering af teorien	29

4.2 Individet i det senmoderne samfund.....	30
4.2.1 Aftraditionalisering og individualisering	30
4.2.2 Tillidsbegrebet og eksperter-systemer	30
4.2.3 Operationalisering af teorien.....	31
4.3 Præstationssamfundet	32
4.3.1 Præstation i samfundet	32
4.3.2 Operationalisering af teorien.....	34
4.4 Accelerationssamfundet.....	35
4.4.1 Acceleration af det sociale livstempo	35
4.4.2 Operationalisering af teorien.....	36
4.5 Sammenspil mellem teorierne	36
Kapitel 5: Analyse	37
5.1. Introduktion til informanterne	37
5.2 Psykiske diagnoser.....	38
5.2.1 Generelle holdninger til psykiske diagnoser.....	38
5.2.2 Psykiske diagnoser førhen sammenlignet med i dag	42
5.3 Det samfundsmæssige perspektiv.....	42
5.3.1 Daginstitutioner og skoler.....	42
5.3.2 Et bredere perspektiv.....	44
5.3.3 Individualisering	45
5.3.4 Teknologisk facilitering af individualisme.....	47
5.3.5 Præstation og pres	49
5.3.6 Et tidsperspektiv.....	52
5.3.7 Et samfund i problemer.....	54
5.4 Diagnosticeringsprocessen	55
5.4.1 Subjektivitet i diagnosticeringsprocessen	55
5.4.2 WHO's ICD-11	57
Kapitel 6: Diskussion	62
6.1 WHO's ICD-11's potentielle effekt	62
6.2 Alternative tilgange til diagnosticering	64
Kapitel 7: Konklusion	68

Kapitel 1: Indledning

1.1 Problemfelt

Sundhedsstyrelsen (SST) har offentliggjort, at den mentale sundhed i Danmark er faldende. I forlængelse heraf påpeger SST, at ca. 580.000 mennesker i 2023 har en eller flere psykiske diagnoser, og det forventes i dag, at 40-50% af Danmarks befolkning vil få en psykisk diagnose på et tidspunkt igennem livet (Sundhedsstyrelsen, 2023). Derudover mener SST, at blandt børn og unge vil ca. 15% blive diagnosticeret med en diagnose inden de er fyldt 18 år (ibid.). I den forbindelse tydeliggør Børne- og Ungdoms Pædagogernes Landsforbund (BUPL), at psykiske diagnoser i højere grad er blevet hverdag for børn og unge. Derudover beskriver BULP, hvordan der hvert år sker en stigning i antallet af børn og unge, som får en psykisk diagnose (Prytz, 2022). Tal fra Landspatientregistret viser desuden, at børn og unge fra 2012 til 2021 har fået stillet 113.000 psykiske diagnoser. Dette er en stigning på 30.000 tilfælde, sammenlignet med tallene for tidsperioden 2002-2011, hvilket er svarende til en stigning på ca. 37% (ibid.). Bare alene i 2021 er det samlede antal psykiske diagnoser hos børn og unge steget med 5.000 tilfælde ifølge Sundhedsdatastyrelsen opgørelse (ibid.).

Til trods for dette er der dog ingen, som har et entydigt svar på, hvorfor der i de seneste år er sket en stigning af psykiske diagnoser hos børn og unge. Der findes forskellige perspektiver til denne stigning, og om hvorvidt den er hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig.

Dette projekt tager udgangspunkt i en fænomenologisk arbejdstilgang, hvor igennem formålet er at belyse og forstå fænomenet omkring den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge ud fra forskellige perspektiver. I den forbindelse inddrages synspunkter fra informanter, fagfolk og forskere, og i forlængelse heraf vil et teknologisk perspektiv med fokus på WHO's ICD system ligeledes forekomme. I projektet udarbejdes et dokumentstudie, og på baggrund heraf udføres der ligeledes fire semistrukturerede interviews med tre psykologer og en tidligere skoleleder for at undersøge problemet og de forskellige synspunkter hertil yderligere. Disse perspektiver vil igennem projektet blive analyseret og diskuteret ud fra de inddragede teoretikere, hvilket er Steen Wackerhausen, Anthony Giddens, Anders Petersen og Hartmut Rosa.

På baggrund af det ovenstående er der blevet udarbejdet følgende problemformulering.

1.2 Problemformulering

Hvordan kan den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge forstås ud fra perspektiver fra fagfolk og forskere?

1.2.1 Arbejdsspørgsmål

1. Hvilke konsekvenser kan den stigende forekomst af psykiske diagnoser have for samfundet i fremtiden?
2. Hvilke synspunkter har forskere og fagfolk til WHO's kommende digitale ICD-11 diagnosticeringsmanual?
3. Hvilke perspektiver er der for en alternativ tilgang til psykiske diagnoser, som fokuserer i mindre grad på konkrete diagnoser?

1.3 Afgrænsning

Dette projekt fokuserer på den stigende forekomst af psykiske diagnoser i Danmark. Dermed er det blevet fravalgt at undersøge stigningen i andre lande. Ved at afgrænse undersøgelsen til Danmark, giver det en bedre mulighed for at undersøge de specifikke forhold, som er gældende for landet, herunder at beskrive, hvordan disse forhold kan påvirke den stigende forekomst af psykiske diagnoser. Ydermere vil dette projekt tage udgangspunkt i børn og unge som målgruppe, da nye tendenser og statistikker viser, at psykiske diagnoser primært forekommer og diagnosticeres i denne aldersgruppe.

Dette projekt vil ligeledes beskæftige sig med WHO's diagnosemanual kaldet ICD, da det er det system, der anvendes i Europa, Afrika og Asien. Vi anerkender, at der ligeledes er et tilsvarende diagnose system kaldet DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), som er anvendt og udbredt i USA, Australien og Canada, men dette har vi fravalgt til fordel for WHO's ICD-system, da det er det, vi i Danmark anvender for at stille psykiske diagnoser.

1.4 Begrebsafklaring

For at sikre en fælles forståelse, præsenterer vi her vores definitioner af de begreber, vi anvender, da de kan have forskellige fortolkninger.

Psykisk diagnose

Psykiske diagnoser bruges til at identificere og beskrive symptomerne samt mønstrene af individets psykiske tilstand.

Overdiagnosticering

Begrebet omhandler, at man giver mere end en diagnose, da en diagnose ikke er nok til at dække over individets symptomer. For at dække over alle symptomerne, gives der typisk mere end en diagnose.

Fejldiagnosticering

Fejldiagnosticering indebærer, at en sundhedsprofessionel fejlagtigt identificerer eller klassificerer individets symptomer, som tilhører en bestemt psykisk diagnose.

Inklusionslovgivningen

Inklusionslovgivningen trådte i kraft den 1. august 2012. Formålet er at sikre, at elever med særlige behov ikke bliver adskilt fra resten af skolemiljøet. Inklusion indebærer, at disse elever undervises i den almindelige klasse med passende støtte og hjælpemidler i stedet for at komme i specialklasse (UVM, 2017).

1.5 Semesterbinding

I dette projekt inddrages de tre dimensioner: *'Teknologiske systemer og artefakter' (TSA)*, *'subjektivitet, teknologi og samfund'(STS)* og *'design og konstruktion'(D&K)*. I det følgende afsnit vil der redegøres for, hvorledes disse tre dimensioner inddrages i dette projekt.

1.5.1 Teknologiske systemer og artefakter

Dette projekt forsøger at forstå og belyse fænomenet omkring den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge i nutidens samfund. I den forbindelse fokuserer en stor del af opgaven på at anskueliggøre informanternes, fagfolks og forskeres perspektiver på selve diagnosticeringsprocessen og WHO's kommende diagnosemanual kaldet ICD-11, der for første gang er blevet digitaliseret. Som en del af opgaven vil vi undersøge de forskellige synspunkter til dette og derved analysere denne kommende teknologi. Hertil vil projektet helt konkret inkorporere to trin fra TRIN-modellen, som sammen vores informanternes, forskeres og fagfolks perspektiver, skal bidrage til en analyse af WHO's digitale ICD-11 manual. Dette bliver gjort for at finde ud af, hvordan den nye, reviderede og digitale udgave kan have en effekt på den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge.

1.5.2 Subjektivitet, teknologi og samfund

Hovedfokuset for dimensionen STS omhandler at undersøge relationen mellem mennesker, teknologier og samfund. Dette er relevant for vores projekt, da vi som tidligere nævnt, bl.a. beskæftiger os med forskellige perspektiver til teknologien ICD-11. Derudover er et stort fokus for projektet, hvordan det senmoderne samfund har, og stadig påvirker den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge, hvilket undersøges gennem et dokumentstudie og flere interviews. I den forbindelse inddrager vi ligeledes flere samfundsteoretikere, som er med til at belyse projektets overordnede fænomen, og informanternes udtalelser. Samspillet mellem samfund, mennesker og teknologi er derved en vigtig vinkel for dette projekt.

1.5.3 Design og konstruktion

Design og konstruktion er inkluderet i vores projekt i forbindelse med inddragelsen af WHO's digitale ICD-system. Vi anser dette som en omfattende teknologisk designproces, hvor fagfolks og forskeres erfaringer og perspektiver har haft en betydelig indflydelse på

WHO's reviderede ICD-11. Vi betragter de løbende revideringer af ICD diagnosemanualerne som en iterativ designproces, der er præget af forskellige faktorer og aktører. Den iterative designproces kan illustrere og give en forståelse for, hvordan tilføjelsen af flere diagnoser kan effektivisere datagrundlaget, systematiseringen samt digitalisering inden for sundhedsvæsenet. Designprocessen hjælper med at sikre, at ICD-systemet lever op til de skiftende behov og krav i praksis, og bidrager til en mere effektiv og pålidelig dokumentation og klassificering af psykiske diagnoser hos børn og unge.

Kapitel 2: Metode

Det følgende metodeafsnit vil fremhæve projektets videnskabsteoretiske ståsted. Herefter vil rapportens kvalitative tilgang belyses sammen med de metoder, der er blevet anvendt i projektet. I forlængelse heraf vil afsnittet komme ind på tanker om interviewguiden, etiske overvejelser og transskribering. Til sidst vil der desuden blive gjort rede for projektets analysestrategi for det kommende analyseafsnit.

2.1 Det videnskabsteoretiske ståsted

Dette projekt vil tage udgangspunkt i et fænomenologisk videnskabsteoretisk afsæt. Fænomenologi handler om relationen mellem mennesker og verden, hvori mennesker tager aktiv del i deres forståelse af livsverdenen. I forlængelse heraf, anser fænomenologien ikke subjektet og objektet som værende en dikotomi, men i stedet som to gensidige afhængige aspekter. Objektet opnår sin betydning samt meningsfuldhed gennem individets subjektive bevidsthed (Zahavi, 2003, s. 18). Da det er afgørende, at projektet ikke påvirkes af eksisterende forforståelser, fordomme og unøjagtige konklusioner, vil det udarbejdes gennem den fænomenologiske praksis epoché. På denne måde sørger vi for, at grundantagelser bliver sat i parentes, så de ikke får muligheden for at påvirke projektets indsamling af empiri eller udførelse af metodologi (ibid., s. 21). På baggrund af dette, ønskes der med et fænomenologisk ståsted at undersøge, hvilke perspektiver projektets inddragede informanter, fagfolk og forskere tilkendegiver i forhold til den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge samt til WHO's kommende digitale diagnose manual kaldet ICD-11.

2.2 Kvalitativ metode

Ud fra dette projekts fænomenologiske arbejdstilgang, vil vi gøre brug af den kvalitative metode. Denne metodiske indfaldsvinkel anvendes for at opnå en grundig og dybdegående indsigt i, hvordan specifikke fænomener fremtræder for og opleves af diverse individer (Kristensen & Hussain, 2016, s. 13). Overordnet set passer den kvalitative metode godt med det fænomenologiske videnskabsteoretiske ståsted, som projektet har taget. Dog skal det anerkendes, at der samtidig er visse ulemper ved den kvalitative arbejdstilgang, herunder specifikt ekstern validitet også kaldet generaliserbarhed. De resultater projektet kommer frem til gennem den kvalitative metode vil ikke nødvendigvis være generaliserbare til en større og bredere kontekst. Hvis dette var ønsket, havde den kvantitative metode være mere relevant (ibid.).

2.2.1 Dokumentstudie som metode

Vi har i dette projekt valgt at udarbejde et dokumentstudie, hvilket er en kvalitativ forskningsmetode, hvor eksisterende dokumenter og skriftlige materiale undersøges og analyseres. Formålet med denne tilgang er at opnå indsigt og forståelse i et specifikt fænomen eller en problematik (Kristensen & Hussain, 2016, s. 25).

Dette projekt har ud fra den udarbejdede problemformulering et ønske om at forstå og belyse forskellige perspektiver til den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge. Herudfra har vi udført et dokumentstudie, hvorigennem vi har indsamlet relevant litteratur, med henblik på at forstå og analysere variationerne og diversiteten af forskeres og fagfolks perspektiver, holdninger og erfaringer i relation til det emne, der undersøges. Hensigten med denne metode er at skabe et fundament for projektets analyse og diskussion.

I den forbindelse anerkender vi, at der findes mange forskellige synspunkter på den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge. Projektets dokumentstudie illustrerer derved ikke et fuldkomment billede af de forskellige perspektiver, men har i stedet udvalgt dem, som er fremtrædende og relevante i forhold til projektets målgruppe.

2.2.2 Semistrukeret interview

I dette projekt anvendes den specifikke kvalitative metode kaldet semistrukeret interviews, hvilket som tidligere nævnt tager udgangspunkt i et fænomenologisk perspektiv. Når det kommer til fænomenologi indenfor kvalitativ forskning, påpeger Kvale og Brinkmann, at det

drejer sig om at beskrive verdenen, dvs. det undersøgte fænomen, ud fra ens informaners egne synspunkter, erfaringer, holdninger og oplevelser, da: (...) *den vigtige virkelighed er den, mennesker opfatter* (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 44). For dette projekt vil det omhandle at belyse og forstå fænomenet 'at flere børn og unge får stillet en psykisk diagnose', ud fra de inddragede perspektiver. Dette vil bl.a. gøres gennem semistrukturerede interviews, hvor vi vil interviewe tre psykologer og en tidligere skoleleder. Kontakten til disse personer skete gennem gruppemedlemmernes eget netværk. Interviewene med projektets informanter har til formål at bygge videre på, supplere og eventuelt modargumentere det udarbejdede dokumentstudie og de perspektiver, som bliver præsenteret der.

Grunden til, at vi har anvendt semistruktureret interviews i stedet for det alternative almene interview skyldes, at vi ønsker en mere åben samtale med vores informanter (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 44). Vi vil ikke have, at samtalen bliver for rigid og fast struktureret. Vores hensigt er, at interviewene skal kunne gå i forskellige retninger alt efter informanternes individuelle svar og perspektiver. Dette er netop muligt indenfor denne metode, da det byder op til, at man kan stille opfølgende spørgsmål undervejs og forfølge nye interessante vinkler (ibid., s. 144). Dog bliver der stadig nødt til at være en form for struktur i interviewene, så vi fortsat holder os indenfor det overordnede emne. I den forbindelse har vi udarbejdet en interviewguide.

2.2.3 Interviewguide

I forbindelse med de semistrukturerede interviews har vi udarbejdet en konkret interviewguide for at skabe en løs struktur i interviewene og forhindre, at vi ikke kom ud i retninger, der er irrelevante for det overordnede emne (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45).

Hertil har vi gjort brug af nogle redskaber inden for den semistrukturerede interviewmetode. Disse redskaber er: *forskningsspørgsmål*, *interviewspørgsmål* og til sidst *opfølgende/supplerende spørgsmål* (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 151-161). I udarbejdelsen af interviewguiden blev der ligeledes gjort brug af overordnede tematikker for at opdele og kategorisere dens underpunkter (Se bilag 1). I den forbindelse kom vi frem til følgende tematikker: diagnosekulturen, et samfundsmæssigt perspektiv, WHO's diagnosemanualer og alternative tilgange til diagnosticering. Disse punkter blev udvalgt ud fra de fremtrædende og relevante perspektiver i forbindelse med opgavens problemformulering, som blev belyst

igennem projektets dokumentstudie. En anden intention med tematikkerne var desuden at være på forkant med den efterfølgende dataanalyse.

2.2.4 Ethiske overvejelser ved udførelse af interview

En vigtig forskningsetisk overvejelse indenfor projektet omhandler udvælgelsen af interview informanter. I den forbindelse skal det påpeges, at vi bevidst har fravalgt at inddrage børn og unge i interviewene. I stedet valgte vi at kontakte relevante fagfolk, da de efter vores mening kan give mere nuancerede perspektiver til den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge. Dette valg har dannet grundlaget for udvælgelse vores informanter.

Inden vi påbegyndte hvert interview, udførte vi en uformel briefing med vores informanter. I disse korte indledende briefinger gennemgik vi bl.a. det overordnede formål med interviewet sammen med informanterne og informerede dem om, at de til hver en tid kunne trække deres samtykke tilbage, hvis det blev relevant (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 89). I forlængelse heraf blev det ligeledes gjort klart, hvem der ville have adgang til interviewet, og hvor lang tid dette ville blive gemt. Derudover spurgte vi hver informant, om de ville fremstå ved deres fulde navn i opgaven, eller være anonyme (ibid.). Her tydeliggjorde alle fire informanter, at de ikke ønskede at være anonyme.

Gennem bearbejdelsen af interviewene har vi internt i gruppen dog stadig været opmærksomme på, hvorledes nogle af informanternes udtalelser potentielt kunne virke stødende eller ekstreme i et omfang, som hvis det offentliggøres, kunne bringe dem i en svær situation. Derved har der løbende været fokus på ikke at stille vores informanter i en værre situation, efter de har deltaget i undersøgelsen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 89).

2.2.5 Transskribering

Transskribering omhandler processen, hvori man ændrer et mundtligt interview til en nedskrevet tekst i form af udskrifter, da denne struktur er mere overskuelig og håndgribelig at analysere ud fra (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 202).

I vores transskriberingsproces har vi internt i gruppen besluttet at undlade fyldord, da vi mener, at de ikke er nødvendige for at forstå det, vores informanter siger (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 203). Udover dette har vi dog valgt at gengive informanternes udtalelser så ordret som muligt. Derved har vi fravalgt at omskrive og omformulere det til en mere

formel skriftlig retorik (ibid.). Det skyldes, at vi godt vil bibeholde den måde, hvorpå vores informanter direkte formulerer sig, da vi mener, at de taler om projektets emne på en god og forståelig måde. Vi er bange for, at dette potentielt kan gå tabt, hvis vi først begynder at omformulere udtalelserne for meget, og derfor har vi fravalgt at gøre det.

2.3 Analysestrategi

For at bearbejde den indsamlede empiri fra det udarbejdede dokumentstudie og de fire semistrukturerede interviews, har vi anvendt en analysestrategi, hvori vi hovedsageligt har taget inspiration fra Jensen & Kvist (2016) og Poulsen (2019). I den forbindelse har vi på baggrund af projektets fænomenologiske tilgang gjort brug af en kvalitativ analysestrategi. Her har fokuset hovedsageligt været at reducere kompleksiteten af det indsamlede empiriske materiale ved henholdsvis at kode og systematisere de inddragede informanternes, fagfolks og forskeres perspektiver ud fra fælles temaer, mønstre og tendenser (Jensen & Kvist, 2016, s. 51).

Selve kategoriseringen af projektets indsamlede empiri blev foretaget ved hjælp af farvekodning, hvor hver kodningstematik fik tildelt sin egen farve. Disse tematikker var inspireret af projektets udarbejdede interviewguide, hvor vi ligeledes opdelte interviewspørgsmålene i tematikker (Se bilag 1). Kodningstematikkerne blev dog udarbejdet til at være mere specifikke og detaljerede, for at gøre den efterfølgende analyse samt diskussion mere håndgribelig. I den forbindelse formulerede vi eksempelvis kodningstematikker til hver enkelt teori i projektet, til vores informanternes egne perspektiver og erfaringer af, hvordan de forstår fænomenet omkring den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge, og deres synspunkter vedrørende WHO's kommende ICD-11. Bearbejdningen af transskriberingen ud fra kodningstematikkerne har været med til at skabe en overordnet struktur og overblik over den efterfølgende analyse og diskussion, hvilket har været yderst brugbart i dette projekt, som inkorporerer og belyser flere forskellige perspektiver. Det har medført, at vi hurtigt og nemt har kunne finde og inddrage relevante citater og udtalelser og sammenholde disse med hinanden, og de inddragede teorier.

Igennem projektets analysestrategi er den indsamlede empiri blevet bearbejdet for at muliggøre en mere overskuelig analyse og diskussion (Poulsen, 2019, s. 109). Det har været relevant i dette projekt, da det har givet os et overblik og en struktur over de nuancerede perspektiver fra de forskellige informanter, fagfolk og forskere, der er inddraget i denne

opgave. Analysestrategien har desuden dannet grundlag for, at vi har opdelt den efterfølgende analyse i tre dele, hvilket bidrager til at belyse forskellige perspektiver af problemformulering, samt for at sikre en mere omfattende og dybdegående forståelse af psykiske diagnoser.

2.4 TRIN-modellen

Trin-modellen har til formål at inspirere og facilitere analyser af teknologier med et primært fokus på de teknisk-videnskabelige aspekter af teknologierne. Akronymet TRIN står for **Teknologi** og **Radikalt** og **Inkrementelt** design i **Netværk**. Denne model omfatter seks trin, som kan anvendes til at undersøge en given teknologi. I dette projekt har vi valgt at gøre brug af trin 3, som undersøger teknologiers utilsigtede effekter og trin 6, som undersøger teknologier som innovation. Dette er valgt baseret på en vurdering af, hvilke trin som passer bedst til projektets formål og undersøgelsesområde (Jørgensen, 2020, s. 2).

1. Teknologiers indre mekanismer og processer.
2. Teknologiers artefakter.
3. Teknologiers utilsigtede effekter.
4. Teknologiske systemer.
5. Modeller af teknologier.
6. Teknologier som innovation.

Figur 1 viser en oversigt over de seks forskellige trin i TRIN-modellen (Jørgensen, 2020, s. 2).

2.4.1 Trin 3 og trin 6

I dette projekt er trin 3 og trin 6 fra TRIN-modellen blevet anvendt, for at opnå en dybere viden og forståelse af WHO's nye digitale ICD-11 diagnosemanual. Trin 3, der omhandler teknologiers utilsigtede effekter, giver os muligheden for at undersøge de potentielle uønskede konsekvenser af teknologien. Dette er vigtigt, da teknologier ofte kan have uforudsete konsekvenser, der påvirker både individet og samfundet som helhed (Jørgensen, 2020, s. 8). Ydermere vil trin 6, der fokuserer på teknologier som innovation, give os muligheden for at undersøge, hvordan teknologien, som i dette tilfælde er WHO's ICD-11,

kan anvendes på en måde, der skaber værdi for samfundet og bidrager til at løse samfundsmæssige udfordringer (ibid., s. 10).

Samlet set er valget af trin 3 og trin 6 afgørende i dette projekt, da vi ønsker at belyse og forstå projektets informanternes perspektiver til WHO's kommende ICD-11 system, og hvilken effekt, de mener, det potentielt kan have på den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge.

2.5 Opsamling

I det ovenstående metodeafsnit blev der argumenteret for projektets fænomenologiske tilgang. Herefter blev projektets kvalitative arbejdstilgang udfoldet, og i forlængelse heraf blev anvendelsen af semistruktureret interview belyst. Afsnittet kom ligeledes ind på processen omkring udarbejdningen af vores interviewguide, generelle etiske overvejelser ved udførelsen af interviews, og hvordan transskriberingen er foregået. Derudover blev projektets indsamlede empiri anskueliggjort sammen med opgavens analysestrategi. Afslutningsvis blev TRIN-modellens anvendelse i projektet gennemgået.

Kapitel 3: Dokumentstudie

Dette dokumentstudie har til formål at belyse problemformuleringen ved at fremhæve forskellige forskeres og fagfolks perspektiver til den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge. Dette vil senere blive analyseret og diskuteret ud fra projektets valgte teorier. Derudover vil der blive redegjort for begrebet *diagnosekulturen* ud fra Svend Brinkmanns synspunkt. Ydermere vil der blive præsenteret et teknologisk perspektiv, som er WHO's ICD-systemer.

3.1 Diagnosekulturen

Det følgende afsnit vil se nærmere på begrebet *diagnosekulturen*, og dets betydning for det nuværende samfund. Afsnittet bygger hovedsageligt på synspunkter fremsat af den anerkendte Svend Brinkmann, som er professor i almen psykologi på Aalborg Universitet (Brinkmann, u.d.).

I dag er begrebet diagnosekulturen blevet genstand for en intens debat blandt medierne, forskningsverdenen og hos samfundets borgere. I de seneste år har Brinkmann fremhævet debatten og bragt fokus på den stigende forekomst af psykiske diagnoser. Han mener, at dette er et betydeligt samfundsmæssigt problem (Brinkmann et al., 2014, s. 692-696).

Ifølge Brinkmann refererer begrebet diagnosekulturen til den udbredte anvendelse af psykiske diagnoser og kategorier i forskellige sociale kontekster. Derudover omhandler det, hvordan psykiske diagnoser i dag i højere grad anvendes til at forstå og forklare livets udfordringer og udsving i den menneskelige adfærd sammenlignet med førhen. Han tydeliggør, at diagnosekulturen ligeledes vedrører den markante stigning i antallet af psykiske diagnoser, og det stigende behov for psykisk hjælp blandt børn og unge (Brinkmann et al., 2014, s. 692-696). I nutidens samfund er det almindeligt at støde på forskellige diagnoser i dagligdagen. Det er lettere end nogensinde før at blive diagnosticeret, som Brinkmann påpeger i sine udtalelser omkring diagnosekulturen:

"(...) psykiatriske diagnoser og kategorier cirkulerer bredt og ikke alene bruges af fagpersoner (læger, psykologer, psykiatere osv.), men også af lægmænd og offentligheden, til at forstå tilværelsens problemer og menneskelig afvigelse indenfor mange forskellige sociale praksisser" (Brinkmann et al., 2014, s. 693).

Denne definition af begrebet lægger vægt på den brede anvendelse af psykiske diagnoser i sociale kontekster og understreger, at de bruges som et middel til at forstå og forklare livets udfordringer og den menneskelige adfærd. Ifølge Brinkmann, er psykiske diagnoser i stigende grad blevet brugt som en forståelsesramme til at håndtere almindelige hverdagsproblemer, som har ført til en betydelig stigning i omtalen af psykiske diagnoser i medierne (Brinkmann et al., 2014, s. 693). Individuelle personer har i dag mulighed for at tage online tests, der kan give en indikation af, om de oplever symptomer eller nogen form for afvigelse, der er typiske for diagnoser og lignende tilstande (ibid.). Ifølge Brinkmann medvirker diagnosekulturen også til, at menneskers liv og psykiske diagnoser i stigende grad bliver forstået og håndteret gennem brugen af bl.a. diagnostiske kategorier (ibid., s. 692-696). Ifølge Brinkmann er en af årsagerne til, at vi i dag lever i en diagnosekultur, den markante stigning i antallet af psykiske diagnoser, der bliver tildelt.

3.2 Perspektiver til stigningen af psykisk stillet diagnoser

I det følgende afsnit vil der blive præsenteret en række forskellige perspektiver til den stigende forekomst af psykiske diagnoser i Danmark. Her vil der fokuseres på fagfolks og forskeres synspunkter på, hvorvidt de mener, at den stigende forekomst af diagnoser er hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig. I forlængelse af dette vil deres perspektiv til samfundet og forældrenes indvirkning på den stigende forekomst af diagnoser også blive belyst.

3.2.1 Er den stigende forekomst af psykiske diagnoser hensigtsmæssig?

Pernille Darling Rasmussen, speciallæge i børne -og ungdomspsykiatrien, mener at selv om der bliver stillet flere psykiske diagnoser til børn og unge i dag, så ser hun ikke stigningen som et problem. Hun uddyber således: *"Diagnosticeringen er et tegn på, at det psykiatriske system er i forandring til det bedre."* (Rasmussen, 2023). Ligeledes er Rasmussen ikke i tvivl om, at hun gør det rigtige, når hun diagnosticerer individer. Hun siger: *"Når jeg stiller en diagnose, er det ikke for at stemple, men for at hjælpe en person til at modtage den rette støtte"* (ibid.). Dette viser, hvordan Rasmussen mener, at det at give en diagnose kan være til hjælp det enkelte individ, så de kan få den rette hjælp, de kunne have behov for.

Janne Hedegaard Hansen, som er forsknings- og udviklingsleder ved pædagoguddannelsen på Københavns Professionshøjskole, er ligeledes enig med Rasmussen i, at nogle børn og unge faktisk har gavn af at blive diagnosticeret. Hansen mener, at en diagnose kan hjælpe således, at børnenes og de unges omgivelser kan bedre imødekomme dem med en bredere forståelse for deres udfordringer (Prytz, 2022). Derudover påpeger hun, at vi burde acceptere og møde børnene og de unge med deres forskelligheder i stedet for at udpege og udgrænse dem, der er forskellige via diagnoser.

Jens Grund, som tidligere har været chefredaktør for Berlingske, er dog lidt mere skeptisk overfor de psykiske diagnoser end Rasmussen og Hansen. Dog er han enig i, at børn og unge skal have en diagnose, hvis det er tilfældet, men alligevel stiller han stadig spørgsmålstejn ved, hvad der er bedst for børnene og de unge (Grund, 2016). Hertil uddyber han, at: *"Intet må være mere smerteligt end at have et barn, som ikke får den rette hjælp"* (ibid.). Grund mener altså, at børn og unge med en psykisk diagnose skal have den rette hjælp, men at stigningen ikke nødvendigvis skal fortsætte i den retning, den har.

3.2.2 Er den stigende forekomst af psykiske diagnoser uhensigtsmæssig?

Jonas Vennike Ditlevsen, som er psykolog og tidligere ansat i psykiatrien, er overbevist om, at overdiagnosticeringens stigning skyldes psykiatrien (Knudsen, 2022). Ditlevsen udtaler følgende: *"Jeg mener, det er et problem, at der overhovedet stilles psykiatriske diagnoser i dag"* (ibid.). Ligeledes erkender han, at nogle faktisk har det bedst med at få stillet en psykisk diagnose, så de kan identificere sig selv, og dette vil han ikke tage fra dem. Dog mener Ditlevsen ikke, at psykiske diagnoser er vejen frem, for at folk kan leve deres bedste liv (ibid.). Dette stiller ham i en stilling, hvor han både mener, at diagnoser kan hjælpe individet, og hvor han slet ikke tror, at hele diagnosesystemet er den rette vej frem. Hertil lægger han vægt på ønsket om at udfase diagnoser i og med de: *"(...) kan bidrage til en stigmatisering af patienter, en 'unødvendig sygeliggørelse' og potentielt føre til en forkert behandling"* (Knudsen, 2022).

Det er ikke kun Ditlevsen, som anvender begrebet *'unødvendig sygeliggørelse'* til at beskrive den stigende forekomst af psykiske diagnoser som uhensigtsmæssig. Brinkmann benytter ligeledes begrebet sammen med sin tidligere kollega Anders Petersen, som var lektor i sociologi ved Aalborg Universitet, til at beskrive stigningen af psykiske diagnoser (Tulinius, 2022). Brinkmann og Petersen mener, at der er sket en 'usynlig revolution' omkring diagnosestigningen, og at vi i dag tager diagnosers tilstedeværelse og logik for givet (Brinkmann & Petersen, 2015). Derudover mener de også, at psykiske diagnoser er blevet til en proces, hvor det enkelte individ søger svar på spørgsmålet om tvivl ved egen identitet og krop, i stedet for at det forbliver lægers og psykiateres arbejdsredskab (ibid.). De mener, at for mange bliver gjort unødigt syge. Brinkmann og Petersen påpeger at: *"Vi bør reservere begrebet psykisk lidelse til tilfælde, hvor der er noget, der er gået i stykker i personen. Nu bruger vi det, når folk reagerer på noget, der er svært, uden nødvendigvis at være syge."* (Bækbøl, 2018, s. 32). Ligeledes mener de, at diagnoser ikke længere er en betegnelse for en psykisk lidelse, men hvordan diagnosens logik bliver taget for givet og i stedet bruges til at beskrive noget som er svært i livet.

3.2.3 Et samfundsmæssigt perspektiv

Udover de delte perspektiver til, hvorvidt den stigende forekomst af psykiske diagnoser er hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig, er der ligeledes forskellige synspunkter omkring samfundet, og hvilken rolle det har. Her udtrykker Brinkmann, at det er samfundets skyld, at flere og flere får stillet en psykisk diagnose (Rebensdorff, 2015). Han fremhæver, at: *"Det er jo ikke et spørgsmål om, at diagnoser er onde, men det er den status og den magt, de har fået, der har taget overhånd."* (Bækbøl, 2018, s. 32). Dertil påpeger han også, at: *"Psykiatriske diagnose-termer er kommet til at dominere vores sprog, vores selvopfattelse og vores hjælpesystemer"* (Bækbøl, 2018, s. 33). Brinkmann fremhæver i citatet, at psykiske diagnoser fylder for meget, hvilket Rasmussen også mener. Derfor har hun et ønske om, at diskussionen om flere får en psykisk diagnose kommer til at fylde mindre. Hun vil hellere have, at der fokuseres på, at vi har et samfund i forandring, og at fokuset skal ligge på at skabe tryghed for børn og unge, som føler sig uden for fællesskabet (Rasmussen, 2023).

Grund bruger begrebet *diagnosetermer*, ligesom Brinkmann, til at argumentere for, hvordan psykiske diagnoser er gået hen og blevet hverdagsprog, hvilket Grund mener kan medføre en risiko for 'modediagnoser' (Grund, 2016). Her mener Grund, at det kommer til at indsnævre normalitetsbegrebet, dvs. at man er i gang med at sygeliggøre raske børn og unge, fordi de opfører sig anderledes. I mange tilfælde vil disse børn og unge ikke have brug for en diagnose efter Grunds opfattelse (ibid.). Ligeledes mener han også, at hvis man normaliserer diagnosebegrebet, afviger man mere og mere fra det normale. Ud fra Grunds personlige erfaringer, så ender det normale barn med at blive til det unormale, da alle børn og unge i dag skal være unikke (ibid.).

Louise Margrethe Pedersen, pædagogisk-psykologisk uddannelsesrådgiver ved Aarhus Universitet, mener at stigningen af stress, angst og depression blandt unge afspejler hele problematikken omkring diagnosticering. Ifølge hende, skyldes overdiagnosticering en skæv forståelse af, hvad psykiske diagnoser egentlig er (Pedersen, 2018). Hertil er Pedersen ikke enig med Rasmussen i, at diskussionen om diagnosticering skal fylde mindre, men derimod skal der kigges på årsagen til den skæve forståelse af, hvad en psykisk diagnose er. Dog uddyber Pedersen, ligesom Rasmussen, at årsagen bag at give en diagnose skal være for at hjælpe de unge (ibid.). Pedersen undrer sig over: *"Hvad er det lige, vi har gang i som samfund, der skaber denne tilstand hos så mange unge?"* (Pedersen, 2018). Hun synes, det er vigtigt at unge, som bliver diagnosticeret rent faktisk lever op til intentionen om kriterierne

for diagnosen, og ikke prøver at snyde sig til en adgangsbillet til hjælpesystemer, som kan være hele tilfældet med at få en diagnose.

Igennem Pedersens arbejde har hun bemærket, at stigningen af psykiske diagnoser også skyldes curlinggenerationen, som efter hendes mening typisk er den debat, der bliver undladt. Her mener Pedersen, at unges problemer bliver reduceret til at være et resultat af overbeskyttende forældre, som genererer svagelige og forkælede børn og unge, som ikke kan håndtere verdens knubs (Pedersen, 2018).

3.2.4 Et forældreperspektiv

Afsluttende tages der et kig på forældreperspektivet, hvor det både kan være forældre med børn, der har en psykisk diagnose, men også forældre, der ønsker deres barn får ekstra hjælp. Hertil fremhæver Pedersen at: *"Forældre er ikke idioter; de kan godt se, at der ikke er plads til alle ved samfundets bord"* (Pedersen, 2018). I forlængelse heraf udtrykker hun, at forældre vil gøre alt for deres børn, og at de får den bedste hjælp. Grund er enig med Pedersen, da han også mener, at baggrunden for den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge ligger i et højt antal forældre, som kontakter deres børn og unges skoler og daginstitutioner, da forældrene mener, at der skal tages ekstra hensyn til deres børn. Han mener, at hos: *"(...) forældre til børn med 'lettere opmærksomhedsproblemer' kan en diagnose give ro i sindet via hjælp fra det offentlige"* (Grund, 2016). Ifølge Grund, er årsagen til, at forældrene vil have, at deres børn får en diagnose, så de kan få særlig og ekstra opmærksomhed. Her mener Grund, at forældre, der ønsker deres børn får en diagnose, i virkeligheden skal dække over en skæv opdragelse og adfærd. Han mener derfor ikke, at en skæv opdragelse og adfærd skal kategoriseres som en diagnose (ibid.).

3.3 WHO ICD-11

I det følgende afsnit vil der redegøres for Verdenssundhedsorganisationen (WHO)'s internationale diagnosticerings manual kaldet ICD, da det er den, der i Danmark anvendes for at stille psykiske diagnoser. Dermed har den en markant og direkte effekt på, hvordan psykiske diagnoser forstås, hvem der får stillet en, og hvilken type diagnose de henholdsvis får. Derudover vil afsnittet komme ind på, hvordan ICD har udviklet sig gennem tiden, for til sidst at redegøre for den nyeste iteration af systemet kaldet ICD-11, som Danmark begyndte

at implementere i starten af 2022. Det forventes dog først, at ICD-11 er fuldt implementeret i 2025 (Ny diagnostisk manual fra WHO, u.d.).

3.3.1 International Classification of Diseases (ICD)

WHO har siden 1893 udviklet og viderebearbejdet et diagnoseværktøj kaldet 'The International Classification of Diseases' (ICD). Det er et standardiseret klassifikationssystem, som anvendes til rapportering og gruppering af sygdomme samt andre sundhedsrelaterede tilstande. Formålet med systemet var først at give en ensformet systematisk guide til at analysere, fortolke og sammenligne data om dødelighed og sygelighed (ICD-11 Reference Guide, 2022). Ifølge WHO har ICD systemet i dag forskellige overordnede kategorier for sygdomme og lidelser, herunder en underkategori for psykiske diagnoser, hvilket indeholder informationer om andre sundhedsrelaterede tilstande (ibid.). ICD er igennem tiden blevet en vigtig sundhedsressource for epidemiologer, sundhedsforskere og sundhedsorganisationer til at diagnosticere individer, overvåge sygdomsforekomst, planlægge sundhedsydelse og evaluere den generelle sundhedstilstand i forskellige populationer.

3.3.2 ICD i en historisk kontekst

Den første udgave af ICD manualen blev officielt udgivet i 1893, og det havde omkring 161 konkrete diagnoser. Derudover blev det besluttet, at det skulle revideres cirka hvert tiende år, hvilket blev overholdt. Dette kan sættes i relation til en iterativ design proces, hvori WHO jævnligt vender tilbage for at revidere og forbedre deres ICD system. Det blev henholdsvis revideret i årene 1900, 1910, 1920, 1929, og 1938 (WHO, 2021). Disse opdateringer foretog dog ikke nogle betydelige ændringer ud over at tilføje flere og mere specifikke dødsårsager/diagnoser. Det er her værd at notere, at den femte revidering indeholdt cirka 200 officielle diagnoser/dødsårsager, sammenlignet med den første udgave, som havde omkring 161 (ibid.).

Det var først i 1948, da den sjette udgave af the "*International List of Causes of Death*" kom ud, at der for alvor skete forandringer. I denne udgave tilføjede man for første gang en separat sektion til psykiske lidelser (Üstün & Ho, 2017, s. 52-53). I de efterfølgende udgaver af WHO's ICD system er den separate sektion til psykiske lidelser kun vokset og blevet mere gennearbejdet. I den sjette udgave af ICD var der 106 psykiske diagnoser nedskrevet og dokumenteret (ibid.). I WHO's ICD-9, var der noteret 230 psykiske diagnoser (Lunn, 2006, s. 949). Det er en markant stigning. Den samme stigning kan ses mellem sygdoms-kategorierne

i WHO's ICD-8 til ICD-10, hvor der er omkring tre gange så mange i ICD-10, end der før var i ICD-8 (ibid.). Ud fra dette kan det tydeligt ses, at der igennem tiden har været en konstant tendens til at udvide og tilføje flere psykiske diagnoser i hver enkelt ny revidering af ICD systemet.

3.3.3 ICD-10 og ICD-11

ICD-10 er en af de nyeste udgaver af WHO's ICD værktøj, hvilket blev udgivet i 1992 (Raminani, 2023). WHO offentliggjorde først den næste udgave, ICD-11, i 2019, og den er i praksis først blevet tilgængelig for medlemslandene globalt den 1. januar 2022 (Gozi, 2019, s. 11). Det betyder, at til trods for WHO's bestræbelse på at revidere ICD systemet cirka hvert tiende år, så har vi frem til 2022 gjort brug af ICD-10 udgaven i 30 år uden fornyelse, selvom forskning og viden om sundhed og diagnoser har udviklet sig markant gennem årene. WHO har derved haft en længere periode til at arbejde på ICD-11's designproces, og hermed forbedre den næste udgave af deres ICD-system sammenlignet med de tidligere revideringer, hvilket bl.a. indebærer at gøre den digital. Af den årsag er det relevant at undersøge i forhold til vores projekt, hvordan det nye ICD-11 system adskiller sig fra ICD-10, og hvilken effekt disse forandringer potentielt kan have på diagnosekulturen med specifikt fokus på børn og unge og psykiske diagnoser.

3.3.3.1 Overordnede ændringer i ICD-11

ICD-11 har ligesom dens forgænger ICD-10 et separat kapitel udelukkende til psykiske diagnoser kaldet *'Mental, Behavioral or Neurodevelopmental Disorders'* forkortet som MBND. En markant og omdiskuteret ændring i ICD-11's MBND kapitel er tilføjelsen af 15 nye psykiske diagnoser, som ikke var til stede i ICD-10's tilsvarende kapitel (Gaebel, 2020, s. 8 & 10). Nogle af disse er blandt andet en *'prolonged grief disorder'* og en *'gaming disorder'* (Se figur 2). Tilføjelsen af blandt andet disse diagnoser har lige siden WHO annoncerede ICD-11 skabt kontroverser, diskussioner og bekymringer blandt forskere, om hvorvidt det er korrekt at patologisere almene aspekter af livet såsom sorg og gaming (ibid., s. 8). Selv over et år efter ICD-11's implementering i WHO's medlemslande, er der stadig forskellige perspektiver omkring, hvorvidt dette er gavnligt eller i virkeligheden skadeligt for samfundet.

DIAGNOSIS	DESCRIPTION
Catatonia	A syndrome of primarily psychomotor disturbances (no longer regarded as a subtype of Schizophrenia) characterized by the occurrence of several different symptoms including stupor; catalepsy; waxy flexibility; mutism; negativism; posturing; mannerisms; stereotypies; psychomotor agitation; grimacing; echolalia; and echopraxia
Bipolar Type II Disorder	Defined by the occurrence of at least one hypomanic episode and at least one depressive episode
Body Dysmorphic Disorder	Characterized by persistent preoccupation with at least one defect or flaw in one's appearance, unnoticeable or only slightly noticeable to others
Olfactory Reference Disorder	Characterized by persistent preoccupation with the belief that one is emitting a perceived foul or offensive body odor or breath, unnoticeable or only slightly noticeable to others
Hoarding Disorder	Characterized by accumulation of possessions due to excessive acquisition of possession or difficulties discarding them, regardless of their actual value
Excoriation Disorder	Characterized by recurrent picking of one's skin leading to skin lesions, accompanied by unsuccessful attempts to decrease or stop the behavior.
Complex PTSD	Develops following exposure to a threatening or horrific event (or series of events) and is characterized by severe and persistent disturbances in affect regulation, a negative self-concept and difficulties in sustaining relationships in addition to the three core features of PTSD (ie, re-experiencing the traumatic event in the present, avoidance of thoughts and memories of the event, persistent perceptions of heightened current threat)
Prolonged Grief Disorder	Abnormally persistent, pervasive and disabling response to bereavement
Binge Eating Disorder	Characterized by frequent and recurrent episodes of binge eating
Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder	Characterized by abnormal eating or feeding behaviors resulting in the intake of an insufficient quantity or variety of food to meet adequate energy or nutritional requirements
Body Integrity Dysphoria	Characterized by an intense and persistent desire to become physically disabled in a significant way with onset in childhood or early adolescence
Gaming Disorder	A pattern of persistent or recurrent gaming behaviour ("video gaming")
Compulsive Sexual Behaviour Disorder	A persistent pattern of failure to control intense, repetitive sexual impulses or urges leading to repetitive sexual behaviour
Intermittent Explosive Disorder	Characterized by repeated brief episodes of verbal or physical aggression or destruction of property representing a failure to control aggressive impulses
Premenstrual Dysphoric Disorder	Characterized by a pattern of mood symptoms (eg, depressed mood), somatic symptoms (eg, overeating), or cognitive symptoms (eg, forgetfulness) that begin several days before the onset of menses, start to improve within a few days after the onset of menses, and then become minimal or absent within 1 week following the onset of menses

Figur 2 viser en tabel over de 15 nye psykiske diagnoser, der er tilføjet til ICD-11's MBND kapitel (Gaebel, 2020, s. 10).

3.3.3.2 ICD-11's 'Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines' (CDDG)

Udover de overordnede ændringer i ICD-11's MBND kapitel med tilføjelsen af flere diagnoser, er der ligeledes sket en anden markant forandring mellem ICD-10 og ICD-11's kapitel om psykiske diagnoser. Denne forandring omhandler en komplet revidering og optimering af ICD systemets '*Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*' (CDDG), hvilket er de konkrete retningslinjer for ICD-10 og ICD-11's kapitel om psykiske diagnoser. Med andre ord, så er CDDG den reelle information, der står under hver enkelt psykisk diagnose i ICD systemet, samt hvordan de informationer struktureres. Det er ved hjælp af disse retningslinjer, at fagfolk kan kategorisere og diagnosticere psykiske diagnoser (Kulygina, 2019, s. 1). CDDG's hovedfokus er at definere grænsen mellem en reel diagnose og almindelig varieret menneskelig adfærd (Gaebel, 2020, s. 8).

WHO har i ICD-11 forbedret informationen i CDDG retningslinjerne på flere forskellige punkter. Der er bl.a. blevet tilføjet langt mere detaljeret data med flere og mere specifikke beskrivelser under hver enkelt psykisk diagnose i systemet. Sammenligner man de samme psykiske diagnoser under ICD-10 og ICD-11 er det tydeligt, at der er blevet tilføjet en større mængde af informationer i ICD-11 (First et al., 2015, s. 81-83).

Derudover er selve strukturen af ICD-11's '*Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*', også blevet revideret og forbedret. I ICD-10 var der ikke en konkret struktur for CDDG. Det medførte, at formatet og den tilhørende information for hver enkelt psykisk diagnose kunne variere drastisk. Informationen kunne være til stede ved én psykisk diagnose, men mangle ved en anden, hvilket var et stort problem som i sidste ende påvirkede den kliniske anvendelighed af ICD-10 negativt (First et al., 2015, s. 82). ICD-11's CDDG er derfor blevet udarbejdet med en ensformet struktur, som anvendes under alle psykiske diagnoser for at gøre det mere overskueligt for fagfolk (ibid.). Denne struktur kan ses på figur 3 nedenfor.

Category Name
Brief Definition (100 - 125 words)
Inclusion Terms
Exclusion Terms
Essential (Required) Features
Boundary with Normality (Threshold)
Boundary with Other Disorders (Differential Diagnosis)
Coded Qualifiers/Subtypes
Course Features
Associated Clinical Presentations
Culture-Related Features
Developmental Presentations
Gender-Related Features

Figur 3 viser en oversigt over den standardiserede struktur for hver enkelt psykisk diagnose i ICD-11 (First et al., 2015, s. 85).

Flere af punkterne i den nye struktur fandtes ikke i den forrige ICD-10 udgave. WHO har derved foretaget betydelige tilføjelser i ICD-11's reviderede og forbedrede CDDG. De mest interessante og betydningsfulde af disse tilføjelser er henholdsvis punkterne kaldet *essential (required) features*, *boundary with normality* og *boundaries with other disorders and conditions* (Kulygina, 2019, s. 1).

Det første punkt, *essential (required) features*, giver en liste over de symptomer, der forventes at være til stede ved en specifik psykisk diagnose (First et al., 2015, s. 85). Derved kan fagfolk få et overblik over, hvilke symptomer en patient skal udvise for at være berettiget til en specifik diagnose. Et eksempel på dette kan ses på figur 4 nedenfor.

Essential (Required) Features:

- Marked symptoms of anxiety manifested by either:
 - General apprehensiveness that is not restricted to any particular environmental circumstance (i.e., 'free-floating anxiety'); or
 - Excessive worry (apprehensive expectation) about negative events occurring in several different aspects of everyday life (e.g., work, finances, health, family).
- Anxiety and general apprehensiveness or worry are accompanied by additional characteristic symptoms, such as:
 - Muscle tension or motor restlessness.
 - Sympathetic autonomic overactivity as evidenced by frequent gastrointestinal symptoms such as nausea and/or abdominal distress, heart palpitations, sweating, trembling, shaking, and/or dry mouth.
 - Subjective experience of nervousness, restlessness, or being 'on edge'.
 - Difficulty concentrating.
 - Irritability.
 - Sleep disturbances (difficulty falling or staying asleep, or restless, unsatisfying sleep).
- The symptoms are not transient and persist for at least several months, for more days than not.
- The symptoms are not better accounted for by another mental disorder (e.g., a Depressive Disorder).
- The symptoms are not a manifestation of another medical condition (e.g., hyperthyroidism) and are not due to the effects of a substance or medication on the central nervous system (e.g., caffeine, cocaine), including withdrawal effects (e.g., alcohol, benzodiazepines).
- The symptoms result in significant distress about experiencing persistent anxiety symptoms or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning. If functioning is maintained, it is only through significant additional effort.

Figur 4 viser punktet *essential (required) features* i ICD-11 for den psykiske diagnose 'generalised anxiety disorder' (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, u.d.).

Informationen under essential (required) features var af og til også til at finde i ICD-10's CDDG, men det var ikke en garanti. Det varierede fra diagnose til diagnose. Nogle gange stod det blot under den generelle diagnosebeskrivelse, men dette var langt fra så detaljeret, omfattende og overskueligt som det er i den nye udgave af ICD-11's CDDG. Derudover blev det ikke kategoriseret som 'essential' symptomer, men derimod blot almindelige potentielle symptomer, der kunne være til stede (World Health Organization, 1992).

Et andet interessant punkt, som er blevet tilføjet i ICD-11's udgave af CDDG er boundary with normality, hvilket giver diagnostisk vejledning omkring, hvordan man kan differentiere mellem almindelig menneskelig adfærd, som kan minde om symptomerne på en diagnose, med virkelige reelle symptomer (First et al., 2015, s. 86) (Se figur 5).

Boundary with Normality (Threshold):

- Anxiety and worry are normal emotional/cognitive states that commonly occur when people are under stress. At optimal levels, anxiety and worry may help to direct problem-solving efforts, focus attention adaptively, and increase alertness. Normal anxiety and worry are usually sufficiently self-regulated that they do not interfere with functioning or cause marked distress. In Generalized Anxiety Disorder, the anxiety or worry is excessive, persistent, and intense, and may have a significant negative impact on functioning. Individuals under extremely stressful circumstances (e.g., living in a war zone) may experience intense and impairing anxiety and worry that is appropriate to their environmental circumstances. These experiences should not be regarded as symptomatic of Generalized Anxiety Disorder if they occur only under such circumstances.

Figur 5 viser punktet kaldet boundary with normality i ICD-11 for den psykiske diagnose 'generalised anxiety disorder' (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, u.d.).

Ud fra dette kan der argumenteres for, at dette nye punkt potentielt kan bidrage til, at fagfolk har lettere ved at identificere, hvornår de skal udstede en diagnose, og hvornår der er en risiko for at overdiagnosticere og fejldiagnosticere almindelig menneskelige adfærd.

Udover boundary with normality er der ligeledes blevet tilføjet et lignende punkt kaldet boundaries with other disorders and conditions, hvilket giver en liste over andre lignende psykiske diagnoser, som deler symptomer med den pågældende diagnose, der fokuseres på (First et al., 2015, s. 86-87). Dette punkt kan potentielt hjælpe fagfolk med at stille mere præcise psykiske diagnoser, i og med de kan sammenligne forskellige diagnoser, som deler samme symptomer. Det kan således øge sandsynligheden for, at man finder den specifikke diagnose, der passer bedst muligt ud fra en klients symptomer, og dermed mindske risikoen for fejldiagnosticering. Et eksempel på boundaries with other disorders and conditions kan ses nedenfor på figur 6.

Boundaries with Other Disorders and Conditions (Differential Diagnosis):

- **Boundary with Panic Disorder:** Panic Disorder is characterized by recurrent, unexpected, self-limited episodes of intense fear or anxiety. Generalized Anxiety Disorder is differentiated by a more persistent and less circumscribed chronic feeling of apprehensiveness usually associated with worry about a variety of different everyday life events. Individuals with Generalized Anxiety Disorder may experience panic attacks that are triggered by specific worries. If an individual with Generalized Anxiety Disorder experiences panic attacks exclusively in the context of the worry about a variety of everyday life events or general apprehensiveness without the presence of unexpected panic attacks, an additional diagnosis of Panic Disorder is not warranted and the presence of panic attacks may be indicated using the 'with panic attacks' specifier. However, if unexpected panic attacks also occur, an additional diagnosis of Panic Disorder may be assigned.
- **Boundary with Social Anxiety Disorder:** In Social Anxiety Disorder, symptoms occur in response to feared social situations (e.g., speaking in public, initiating a conversation) and the primary focus of apprehension is being negatively evaluated by others. Individuals with Generalized Anxiety Disorder may worry about the implications of performing poorly or failing an examination but are not exclusively concerned about being negatively evaluated by others.
- **Boundary with Separation Anxiety Disorder:** Individuals with Generalized Anxiety Disorder may worry about the health and safety of attachment figures, as in Separation Anxiety Disorder, but their worry also extends to other aspects of everyday life.
- **Boundary with Depressive Disorders:** Generalized Anxiety Disorder and Depressive Disorders can share several features such as somatic symptoms of anxiety, difficulty with concentration, sleep disruption, and feelings of dread associated with pessimistic thoughts. Depressive Disorders are differentiated by the presence of low mood or loss of pleasure in previously enjoyable activities and other characteristic symptoms of Depressive Disorders (e.g., appetite changes, feelings of worthlessness, suicidal ideation). Generalized Anxiety Disorder may co-occur with Depressive Disorders, but should only be diagnosed if the diagnostic requirements for Generalized Anxiety Disorder were met prior to the onset of or following complete remission of a Depressive Episode.

Figur 6 viser punktet kaldet 'boundaries with other disorders and conditions' i ICD-11 for den psykiske diagnose 'generalised anxiety disorder' (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, u.d.).

I ICD-10's CDDG var der i de færreste tilfælde et tilsvarende punkt kaldet *differential diagnosis*. Det forekom dog sjældent og til et så småt antal psykiske diagnoser, at det i praksis næsten var ubrugeligt for fagfolk (World Health Organization, 1992). I ICD-11's reviderede udgave af CDDG har hver enkelt psykisk diagnose punktet boundaries with other disorders and conditions, hvilket gør det til et langt mere pålideligt og anvendeligt redskab i diagnosticeringsprocessen. Derudover er dette punkt mere omfattende og detaljeret, end det tilsvarende differential diagnosis fra ICD-10.

Overordnet set er der blevet tilføjet et markant antal nye punkter i ICD-11's *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, og derfor er det interessant at kigge nærmere på hvilken effekt disse nye tilføjelser har haft på diagnosticeringen af psykiske diagnoser.

3.4 Opsamling

I dette dokumentstudie har vi belyst relevante og vigtig eksisterende viden vedrørende projektets problematik. Først og fremmest er der blevet redegjort for begrebet diagnosekulturen, ud fra Brinkmann synspunkter. Derefter er forskellige perspektiver på den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge blevet anskueliggjort for at illustrere, at det er et område, hvori der ikke er nogle entydige og absolutte svar. Endeligt har afsnittet ligeledes belyst WHO's ICD-diagnosticerings manualer, herunder hvordan den nye

udgave, ICD-11, er blevet revideret og ændret, og hvorledes dette potentielt kan have en indvirkning på den stigende tendens inden for psykiske diagnoser.

Kapitel 4: Teori

I det følgende afsnit vil der redegøres for de forskellige videnskabelige teorier, som er blevet anvendt i dette projekt med henblik på at undersøge og besvare problemformuleringen. Først vil der redegøres for Steen Wackerhausens teori om sundhed, hvorefter Anthony Giddens' teori udfoldes, herunder hans perspektiver på individet i det senmoderne samfund. Dernæst vil Anders Petersens teori om præstationssamfundet belyses, og i forlængelse heraf vil afsnittet ligeledes komme ind på Hartmut Rosas teori om accelerationssamfundet.

4.1 Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme

Steen Wackerhausen er professor ved Aarhus Universitet, og har en uddannelsesmæssig baggrund i psykologi og filosofi. Det følgende afsnit vil omhandle hans teori om, hvilke aspekter, der påvirker sygdom og sundhed. I den forbindelse vil hans tilgange til forskellige typer af sundhedsforståelser introduceres, herunder *sundhedsfundamentalisme*, *sundhedsrelativisme* og *det åbne sundhedsbegreb*.

4.1.1 Sundhedsfundamentalisme og sundhedsrelativisme

Sundhedsfundamentalismen er en tilgang, der anser sundhed som en objektiv tilstand, der kan defineres og måles på en universel måde. Sundhedsfundamentalismen postulerer en entydig og universel forståelse af sundhed og en idealtilstand, som alle mennesker bør søge efter (Wackerhausen, 2000, s. 43). Wackerhausen argumenterer for, hvordan dette sundhedsbegreb kan have sine begrænsninger. Her mener han, at sundhedsfundamentalismen kan føre til en ensidig fokusering på biologiske og medicinske aspekter af sundhed og kan overse sociale og kulturelle faktorer, der også påvirker sundhed (ibid., s. 60).

På den anden side er der sundhedsrelativismen, der betragter sundhed som en subjektiv og kulturelt betinget størrelse. Sundhedsrelativismen mener, at sundhed kun kan forstås i en social og kulturel sammenhæng, og at der ikke kan findes nogen universel definition af

sundhed (Wackerhausen, 2000, s. 45). Ligesom sundhedsfundamentalismen, argumenterer Wackerhausen også for, hvordan tilgange til dette sundhedsbegreb kan have nogle begrænsninger. Sundhedsrelativismen kan føre til en relativisering af sundhed, og kan gøre det svært at handle på sundhedsproblemer på en objektiv og tværkulturel måde (ibid., s. 60).

Da begge forrige nævnte tilgange til sundhed har sine begrænsninger, foreslår Wackerhausen i stedet en tredje tilgang til sundhedsbegrebet, som han kalder det åbne sundhedsbegreb (Wackerhausen, 2000, s.69). Det åbne sundhedsbegreb vil derfor blive udfoldet yderligere, da det vil blive brugt til at forstå de forskellige inddragede perspektiver og informanternes synspunkter på diagnoser ud fra et komplekst sundhedsperspektiv.

4.1.2 Det åbne sundhedsbegreb

Det åbne sundhedsbegreb betyder ikke, at der er en fælles forståelse af sundhed, men til gengæld, at denne forståelse skal være åben og fleksibel, og tage højde for forskellige perspektiver og kontekster (Wackerhausen, 2000, s. 55). Wackerhausen mener, at det åbne sundhedsbegreb kan hjælpe med at undgå både sundhedsfundamentalisme og sundhedsrelativisme ved at anerkende, at sundhed kan forstås på mange forskellige måder, og kan påvirkes af mange forskellige aspekter (ibid., s. 45). Ifølge Wackerhausen anerkendes det, at sundhed er komplekst, og det påvirkes af flere forskellige aspekter såsom biologiske, sociale og kulturelle. Det åbne sundhedsbegreb forsøger at forstå sundhed i en bredere sammenhæng (ibid., s. 69).

4.1.3 Operationalisering af teorien

Operationalisering af Wackerhausens tre tilgange til at forstå sundhed, sundhedsfundamentalisme, sundhedsrelativisme og det åbne sundhedsbegreb er væsentlige for at belyse projektets informanternes forskellige perspektiver på den stigende forekomst af psykiske diagnoser blandt børn og unge. Disse forskellige forståelser af sundhed skal være med til at fremhæve, om psykiske diagnoser er hensigtsmæssige eller uhensigtsmæssige, da hele forståelsen af psykiske diagnoser er et komplekst sundhedsperspektiv.

4.2 Individet i det senmoderne samfund

Anthony Giddens er en britisk sociolog, der er kendt for sine bidrag til diverse teorier om samfundet og individet. Hans specifikke teori om det senmoderne samfund indebærer, at individet i dag er blevet mere selvstændigt, hvoraf de har friere rammer til at tage egne valg og beslutninger. De traditionelle værdier og normer som et samfund typisk er præget af, er ifølge Giddens, ikke længere indgående og fasttømrede. Det giver individet bedre mulighed for at reflektere over eget liv og deraf træffe beslutninger, der passer til deres egne personlige præferencer og behov. Med dette mener Giddens, at individet indgår i en reflektiv proces (Giddens, 1996 s. 18-40). I sin teori kommer han med flere forskellige kernebegreber, som er med til at illustrere hans pointer. Disse begreber er henholdsvis aftraditionalisering, individualisering, tillidsbegrebet og ekspertsystemer, som det følgende afsnit vil komme ind på (Beyer, Frederiksen, & Kureer, u.d.).

4.2.1 Aftraditionalisering og individualisering

Ifølge Giddens oplever individet i det senmoderne samfund en række udfordringer og usikkerheder, som skyldes den øgede kompleksitet og forandring i samfundet (Giddens, 1996 s. 49-57). I den forbindelse tydeliggør han begrebet aftraditionalisering, som han bruger til at beskrive dekonstruktionen af det traditionelle samfund herunder de traditionelle værdier og normer (ibid.). I takt med, at der er sket denne aftraditionalisering i det senmoderne samfund, er der ikke længere faste retningslinjer for, hvordan individet bør leve sit liv. I forbindelse med dette kendetegnes det senmoderne samfund ligeledes ved, at der er opstået en høj grad af individualisering. Giddens udtrykker, at individet i dag i højere grad end tidligere er nødt til at forholde sig refleksive i forhold til egen eksistens og livssituation, da man netop ikke længere er bundet af de samme rammer som førhen blev dikteret af traditionelle normer og værdier. Hertil hævder han, at aftraditionaliseringen i det senmoderne samfund har gjort individet mere autonomt samt selvbevidst og, at individet derfor står til ansvar for sit eget liv og selv aktivt skal deltage i at forme sin identitet og livsretning (ibid., s. 88-99).

4.2.2 Tillidsbegrebet og ekspertsystemer

Giddens fremhæver i sin teori vigtigheden af begrebet tillid, både i forhold til individet og i relation til systemer og institutioner i det senmoderne samfund. Ifølge Giddens, er refleksivitet afgørende for at hjælpe individet med at opbygge tillid til mennesker og

institutioner. Han påpeger, at begrebet tillid kan sættes i relation til individets psykologiske sikkerhed. Giddens' opfattelse er, at ny viden ikke altid fører til mere sikkerhed, men i stedet tvivl og usikkerhed. Hertil mener han, at der konstant kommer ny forskning på diverse områder, som kan medføre, at individet tvivler på, hvilke valg der skal træffes i en given situation. Afviger den nye viden fra ældre viden, kan det være med til at skabe en usikkerhed i den reflektive proces, som individet gennemgår (Giddens, 1996 s. 30-32).

På baggrund af dette anvender Giddens begrebet ekspertsystemer til, at beskrive professionelle systemer og institutioner, hvilket udfører ekspertfunktioner i samfundet, såsom uddannelsesinstitutioner og hospitaler, der hver især besidder ekspertviden og tekniske færdigheder. Han udtrykker i sin teori, at ekspertsystemer spiller en væsentlig rolle i det senmoderne samfund, i og med de bidrager til at opretholde social tillid i samfundet. En vigtig faktor ved ekspertsystemerne er, at der skal opretholdes en tillid mellem dem og de enkelte individer i samfundet. Derved kan man sige, at det altafgørende ved tillidsbegrebet, ifølge Giddens, er selve tilliden mellem det institutionelle og personlige niveau. Man kan forstå dette således, at individer skal forholde sig til allerede produceret viden, men dog forsøge at gøre sig bekendt med det i forhold til ny viden, hvor de selv skal vurdere, om den gamle viden ikke kan bruges længere. Dette er med til at skabe en mistillid, da individet ikke kan gøre andet end at stole på eksperternes vurdering samt anbefaling uden at forstå dem fuldt ud. Hertil hævder Giddens, at dette aspekt kan føre til en oplevelse af magtesløshed hos individet, hvori de kan føle, at de ikke længere har kontrol over deres eget liv (Giddens, 1996, s. 18-32).

4.2.3 Operationalisering af teorien

Giddens teori vil helt konkret bruges som en forståelsesramme for at analysere de usikkerheder og udfordringer, som børn og unge kan stå over for i dagens samfund. Her vil vi gennem projektets perspektiver undersøge, hvordan børn og unge oplever en øget kompleksitet og forandring i samfundet, hvor traditionelle normer og værdier er blevet aftraditioniseret, og mennesket er blevet mere reflektivt og selvstændigt. Ydermere kan teorien hjælpe med at belyse, hvordan projektets inddragede perspektiver mener at børn og unge i dag oplever en høj grad af individualisering, og hvordan de er nødsaget til at tage ansvar for deres eget liv, og hermed aktivt deltage i at forme deres livsretning og identitet.

Derudover vil teorien gennem de inddragede perspektiver give en forståelse af, hvordan børn og unge oplever en usikkerhed i forhold til de valg og beslutninger, som de træffer, da den konstante strøm af ny viden og forskning kan skabe tvivl i den reflektive proces.

4.3 Præstationssamfundet

Anders Petersen var en anerkendt dansk sociolog, forsker og forfatter, som i mange år var ansat på Aalborg Universitet (Tulinius, 2022). Han har udarbejdet en teori om det, som han definerer som et *præstationssamfund*, hvilket har til formål at forklare, hvordan det nuværende samfund i Danmark har udviklet nye tendenser, normer og sociale regler, som presser individer til konstant at præstere bedre. På baggrund af dette vil Petersens overordnede teori om præstationssamfundet belyses i det følgende afsnit.

4.3.1 Præstation i samfundet

Anders Petersen tydeliggør i hans teori, at samfundet er blevet til det han kalder for et præstationssamfund, hvori det enkelte individ mere end nogensinde før pålægges ansvaret for at være aktiv, og at 'selvet' skal være modstandsdygtigt, produktivt, effektivt og opnå social og samfundsmæssig succes (Petersen, 2016, s. 15). Petersen tydeliggør dette således: "*I præstationssamfundet tilskyndes individet til at optimere sig selv som produktivkraft og føre sig lækker over for (arbejds)markedet, hvorved det pålægges at internalisere en særlig vindermentalitet*" (ibid., s. 75). Disse forventninger og normative krav, udsætter det enkelte individ for et enormt pres, hvilket Petersen argumenterer for, kan gøre mennesker sårbare over for psykiske diagnoser. Petersen tydeliggør desuden flere vigtige og fremtrædende aspekter vedrørende præstationssamfundet, som er relevante at komme ind på (ibid., s. 75).

4.3.1.1 Præstationskulturen

I Petersens teori om præstationssamfundet spiller *præstationskulturen* en stor rolle. Det minder på mange punkter om sportens verden, hvori der altid har eksisteret en form for præstationskultur, som hylder og fejrer store bedrifter. Her anses det som rimeligt, at vinderen fejres med trofæer, anerkendelse og status, hvorimod taberen intet opnår (Petersen, 2016, s. 60). I sportens verden er det ikke ualmindeligt, at flid og hårdt arbejde er vejen frem for at opnå et godt resultat (ibid., s. 61). Petersen argumenterer for, at præstationskulturen fra sportens verden har arbejdet sig ind i samfundets kredsløb. Det at præstere er blevet en primær social kompetence og et grundlæggende socialiseringsparameter i samfundet (ibid., s.

62). Præstationskulturens udvikling og den præstationsindordning nutidens mennesker skal indrette sig efter, er det som Petersen overordnet set betegner som præstationssamfundet (ibid.).

4.3.1.2 Nye udviklingstendenser: Selvansvar og det 'at kunne'

Petersen argumenterer for, at befolkningen i præstationssamfundet karakteriseres ved, at de har med nye og anderledes normer samt sociale regler at gøre med end førhen (Petersen, 2016, s. 63). Dog betyder det ikke, at disse er nemmere at efterleve og tilgå, tværtimod er de svære at overholde. Disse nye normer og sociale forventninger er ifølge Petersen en væsentlig årsag til opblomstringen af f.eks. den psykiske diagnose depression (ibid., s. 64-65).

Petersen påpeger, at de normative idealer, krav og forventninger til individer i præstationssamfundet er blevet demokratiseret, ophøjet til sociale regler og har bredt sig ud over samtlige samfundslag, hvilket har konsekvenser for alle (ibid., s. 68). Ethvert individ i samfundet skal opfinde sig selv og udvikle deres egne personlige kompetencer. For at gøre dette skal individet, ifølge Petersen, vedvarende præstere noget, som udmærker dem i forhold til andre (ibid., s. 68). Ansvar for det falder på det enkelte individs egne skuldre, og derfor mener Petersen, at præstationssamfundet ”(...) gennemsyres af tanken om *selvansvarliggørelse*” (ibid., s. 68). Dermed er der i præstationssamfundet opstået en ny udviklingstendens omkring selvansvarliggørelse, og det kan siges, at individet i højere grad er blevet sin egen herre. Med andre ord er det enkelte individ selv ansvarlig for deres egen livssituation (ibid., s. 69). Samfundet er nået dertil, at hvis et individ skal have held med at præstere godt og have et godt liv, så skal de bruge 'deres eget selv', som det primære værktøj (ibid., s. 68).

Der er ligeledes sket en anden betydelig udviklingstendens i forbindelse med præstationssamfundet, hvilket indebærer præmissen 'at kunne' (Petersen, 2016, s. 70). Præstationssamfundet er ifølge Petersen præget af en tankegang om, at alting potentielt set kan opnås, så længe et individs indsats og motivation er tilstrækkeligt høj (ibid., s. 67). Præmissen 'at kunne' er koblet stærkt sammen med begrebet *vedvarende aktivitet* på den måde, at individet i præstationssamfundet konstant skal holde sig i gang for at opnå det, de stræber efter. Det kræver med andre ord kontinuerligt arbejde, og hvis individet arbejder hårdt og længe nok, så kan alt opnås. Petersen påpeger ligeledes, at det er gennem

vedvarende aktivitet, at individer undgår pinslen ved at stoppe op og gå i stå eller i værste tilfælde at falde bagud, og dermed blive en taber (ibid., s. 70).

4.3.1.3 Konkurrence, usikkerhed og risici

Et andet vigtigt karaktertræk inden for Petersens teori omhandler konkurrence, usikkerhed og risici. Ifølge ham er en af de store konsekvenser ved konkurrence, at det fører til usikkerhed og risici for det enkelte individ i præstationssamfundet. For at imødekomme dette skal de lære sig selv at stå imod og opbygge beskyttelse mod de usikkerheder og risici, der truer dem (Petersen, 2016, s. 76). Petersen påpeger, at det vigtigste er et individs potentiale og udviklingsparathed. Han uddyber dette ved at sige: ” (...) *præsentationsselve* skal opfattes som et råstof, der kan udvindes mere og mere af. Og tørrer kilden til råstoffet ud, opstår problemet: Så er udviklingspotentialet dødt” (ibid., s. 82). I forlængelse heraf påpeger Petersen, at det netop er den konstante konkurrence, der holder dette i live. Derfor mener Petersen, at individer i præstationssamfundet konstant skal holde sig i gang, præstere og udvikle sig, ellers ender udviklingspotentialet med at forsvinde. Derved pålægges et voldsomt pres på præstationsindividets eget ansvar for at kunne håndtere den permanente forøgelse af konkurrencedygtiggørelse (ibid., s. 87). Afsluttende mener Petersen, at præstationsindividet skal holde sig for øje at: ”*Du skal hele tiden præstere bedre. Du skal hele tiden blive en bedre version af dig selv. Du skal hele tiden holde dig udviklingsparat.*” (ibid., s. 91).

4.3.2 Operationalisering af teorien

I dette projekt vil Anders Petersens teori om præstationssamfundet være med til at forstå den stigende forekomst af psykiske diagnoser. Med udgangspunkt i projektets inddragede perspektiver vil vi gennem dem bruge teorien til at forstå, hvordan børn og unge i dag bliver presset til at yde deres bedste. Herigennem vil perspektiverne bruges til at undersøge, om det både er skolen, forældrene og samfundet, der presser børn og unge til at præstere bedre, eller om der kan være tale om andre perspektiver. Derudover vil vi bruge Petersens teori til at undersøge, hvordan nye normer og sociale regler, udsætter børn og unge til at præstere bedre, og at de faktisk hurtigst muligt skal tage det rette valg, særligt vedrørende deres fremtid.

4.4 Accelerationssamfundet

Dette afsnit kommer til at introducere perspektiver fra Hartmut Rosas teori om accelerationssamfundet med henblik på at belyse og forstå fænomenet omkring den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge. Denne teori kan give et indblik i de kontekstuelle betingelser og vilkår, som psykiske diagnoser kan skabes i og forstås ud fra.

Hartmut Rosa er en tysk sociolog, der er kendt for sin kritisk teoretiske tilgang og sit arbejde om accelerationssamfundet. Ifølge Rosa, er acceleration en vigtig og bemærkelsesværdig funktion af det moderne vestlige samfund. Denne acceleration bevæger sig i mange retninger, og kan defineres som en stigning i hastigheden af oplevelser, en stigning i forventningernes pålidelighed og indsnævring af det tidspunkt, som kan defineres som nutid (Rosa, 2014, 21-26). Rosa mener, at acceleration kan anses i tre overordnede typer: *den teknologiske acceleration*, *socialforandringsacceleration* og *accelerationen af det sociale livstempo* (ibid., s. 21-26). Det følgende afsnit vil præsentere accelerationen af det sociale livstempo, da dette projekt tager udgangspunkt i denne type.

4.4.1 Acceleration af det sociale livstempo

Rosas accelerations type, acceleration af det sociale livstempo, karakteriseres som en: ” (...) *forøgelse af handlinger eller erfaringer per tidsenhed* ” (Rosa, 2014, s. 26), hvilket resulterer i, at individet føler sig konstant tidspresset. De føler sig presset til at følge med udviklingshastigheden i den sociale samt den teknologiske verden, for ikke at gå glip af evt. værdifulde muligheder eller kontakter. Denne accelerations type fokuserer primært på kulturaccelerationen og nødvendigheden i at sænke farten. Her er der både en subjektiv og objektiv side, hvor den subjektive side omhandler accelerationen af livstempoet, som har en tendens til at påvirke individets opfattelse af tid (ibid., s. 27). Dette resulterer i, at mennesker opfatter tiden som knap, og føler sig konstant stresset, presset og underlagt af stort tidspres. Individet vil oftest føle, at tiden går hurtigere end tidligere og beklager sig over, at alt skal foregå i et stærkt tempo (ibid., s. 27).

I den objektive side kan accelerationen af livstempoet derimod betragtes som et mål på to måder. Den objektive side leder til måling af forsnævringen af tiden, som er blevet brugt på at definere handlingsepisoder f.eks. at spise, lege og sove, eftersom accelerationen kræver, at der bliver foretaget mange handlinger på kortere tid. Den kan lede til en måling af den sociale

tendens til at sammenpresse oplevelser og handlinger f.eks. at gøre eller opleve flere ting indenfor et bestemt tidsrum (ibid., s. 28).

Ifølge Rosa, kan en person, der lever i et accelerationssamfund, nå sine mål og drømme på halvt så lang tid, og hermed kan individet opnå dobbelt så meget i sin levetid. Her er det vigtigt at understrege, at det dog ikke er alle som kan følge med, hvor denne acceleration betyder en manglende fornemmelse af en bevægelse, som er vild og uden retning, hvilket skaber passivitet. Rosa fremhæver, at samfundets stigende acceleration kan skabe 'fremmedgørelse', hvor forholdet mellem individet og verden forværres samt individets placering i verden bliver forstyrret. Rosa karakteriserer fremmedgørelse som: "*(...) en følelse af 'ikke rigtig at ønske at gøre, hvad man gør', selvom man for så vidt handler efter egen fri vilje*" (Rosa, 2014, s.102). Her er der en risiko for, at det 'moderne' menneske bliver fremmedgjort for ting, egne handlinger, tiden, rummet og sig selv eller andre. Det kan skabe negative konsekvenser for samfundet og individet som helhed (ibid., s. 96).

4.4.2 Operationalisering af teorien

Dette projekt anvender Rosas teori om accelerationssamfundet til at undersøge konsekvenserne af det høje livstempo, der kendetegner det moderne samfund. Projektet vil belyse den stigende forekomst af psykiske diagnoser og forsøge at forstå den ved at fokusere på det tidsmæssige pres, Rosa mener, der findes i samfundet i dag. Ved at anvende denne teori kan der opnås en mere nuanceret forståelse af projektets problematik. Rosas begreb omkring fremmedgørelse kommer ligeledes til udtryk i projektet ved at undersøge de unges forhold til det moderne samfund. Ved at undersøge disse aspekter, kan projektet bidrage til en dybere forståelse af, hvordan fremmedgørelsen påvirker børn og unges mentale sundhed.

4.5 Sammenspil mellem teorierne

I følgende afsnit vil der blive redegjort for, hvordan projektets udvalgte teorier vil supplere hinanden, samt hvordan de kan danne grundlag for en analyse og diskussion.

Vi vil gennem Giddens' kernebegreber aftraditionalisering, individualisering, tillidsbegrebet og ekspertsystemer forstå, hvilke usikkerheder og udfordringer vores informanter udtrykker, at børn og unge kan stå overfor, i det senmoderne samfund. Dernæst er Petersen inddraget, hvortil han skal være med til at belyse, hvordan samfundet modsat Giddens' teori, i højere grad er styret af omgivelsernes pres i form af normer og regler. Denne teori skal være med til

at fremhæve vores informanternes, fagfolks og forskeres forskellige perspektiver, som ligeledes påpeger presset hos børn og unge. Både Giddens og Petersen er enige i, at det nuværende samfund er præget af individualiseringen, dog påpeger Petersen at individet mere end nogensinde før, bliver presset af omgivelserne samt styret af normer og regler som modstrider Giddens kernebegreb om aftraditionalisering. Rosas teori om accelerationssamfundet skal være med til at supplere Petersens teori i form af, hvordan pres hos børn og unge kan være med til at skabe et forhøjet livstempo, samt hvordan pres kan være med til at føre til begrebet fremmedgørelse. Afsluttende vil Wackerhausens forskellige sundhedsbegreber sundhedsfundamentalisme, sundhedsrelativisme og det åbne sundhedsbegreb hver især belyse det komplekse sundhedsperspektiv. Dette vil anvendes for at belyse, hvordan de ovenstående teorier samt perspektiver fra de inddragede fagpersoner, kan forstås ud fra forskellige sundhedsperspektiver i forhold til den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge.

Kapitel 5: Analyse

Det følgende analyseafsnit vil give et indblik i forskellige perspektiver på psykiske diagnoser fra de inddragede informanter, fagfolk og forskere. I projektet har vi besluttet at opdele vores analyse i tre dele, hvor hver del fokuserer på en specifik tematik. Her vil vi analysere udtalelser fra de inddragede perspektiver, som bl.a. kommer ind på institutioner, individualisering, teknologisk facilitering, præsentation, pres og tidsperspektiv. Til sidst analyseres forskellige perspektiver på diagnosticeringsprocessen og tilgangen af diagnosticering fra informanterne. Her vil vi ydermere analysere deres synspunkter på WHO's nye diagnosemanual ICD-11, samt dets potentielle indvirkning på stigningen af psykiske diagnoser. Analysen vil være baseret på centrale begreber og teoretiske overvejelser præsenteret i vores teoretiske afsnit.

5.1. Introduktion til informanterne

Maria Dressler er uddannet psykolog og har arbejdet i denne branche i 20 år. Hun er indehaver af virksomheden HAFU (Helt Almindelig Fucked Up) institut for liv.

Oliver Henriks er nyuddannet psykolog og arbejder for virksomheden ASF. Han har tidligere arbejdet for en specialskole, hvor han var behandlingsansvarlig og psykolog.

Flemming Bang Rasmussen er tidligere sygeplejerske, men blev færdiguddannet psykolog for 20 år siden. Han arbejder som psykolog i en psykiatrisk klinik.

Karsten Lange er en pensioneret skoleleder, som har 40 års erfaring med børn og unge som har haft ”adfærdsproblemer”.

5.2 Psykiske diagnoser

I dette afsnit får vi et indblik i informanternes og fagfolkenes forskellige perspektiver om psykiske diagnoser samt diagnoser førhen sammenlignet med i dag.

5.2.1 Generelle holdninger til psykiske diagnoser

De forskellige perspektiver og holdninger fra projektets informanter, fagfolk og forskere har givet os en bredere og mere nuanceret forståelse af problematikken. Vores informant Flemming udtaler f.eks.:

”Diagnoser er mange forskellige ting. Vi har jo at gøre med et værktøj som gør, at fagfolk kan tale sammen (...). Det er jo også adgangsbilletten til ydelser eller til hjælp (...). Så er det jo også noget, som folk bruger til at tale sammen om, at det jeg fejler er sådan, og derfor kan jeg måske bedre forstå mig selv eller ikke forstå mig selv ” (Bilag 6, s. 64).

Flemming ser diagnoser som et værktøj, der letter kommunikationen mellem fagfolk og bidrager til en bedre forståelse af psykiske diagnoser. Hans udtalelse refererer til den praksis, hvor diagnosticering er nødvendig for at få adgang til forskellige former for støtte og ressourcer f.eks. økonomisk hjælp. Louise M. Pedersen, som er pædagogisk-psykologisk uddannelsesrådgiver, uddyber dette yderligere ved at tilkendegive, at der er en risiko for, at individer søger psykiske diagnoser specifikt for at få støtte og hjælp fra staten. Pedersen siger supplerende: *”Og ikke prøver at snyde sig til adgangsbilletterne til hjælpesystemer, som nogle gange kan være hele tilfældet med at få en diagnose.”* (Jf. afsnit 3.2.3). I Flemmings citat foroven fremhæver han ligeledes, at diagnoser kan være forskellige og bruges til diverse formål, og understreger vigtigheden af en fælles forståelse.

I løbet af interviewet kommer det ligeledes til udtryk, at Flemming har en ambivalent holdning til diagnoser, da han erkender, at de kan være gode til forståelsen og behandlingen af visse tilstande. Han mener, at psykiske diagnoser kan hjælpe med at identificere udfordringer og finde passende løsninger:

“Der er jo rigtigt mange gode ting ved, at vi kan tale om, at der faktisk er noget vanskeligt her og der (...) Men problemet med diagnoser er jo også, at det er menneskeskabte ting, det er jo ikke vor herre, der har skabt diagnosesystemet” (Bilag 6, s. 65-66).

Hans udtalelse afspejler Wackerhausens teori om det åbne sundhedsbegreb, hvilket kan relateres til Flemmings erkendelse af, at diagnoser er menneskeskabte og dermed ikke baseret på en entydig sandhed. Det åbne sundhedsbegreb belyser at sundhed er kompleks, og at det er vigtigt at have en bredere forståelse af sundhed, der tager højde for individuelle forskelle, sociale faktorer og kulturelle perspektiver.

I Flemmings ovenstående citat tilkendegiver han ligeledes et socialkonstruktivistisk synspunkt på psykiske diagnoser i og med han siger 'at det er menneskeskabt'. Han er dermed enig med Svend Brinkmann, som også baserer sine perspektiver på et lignende videnskabsteoretisk ståsted (Jf. afsnit 3.2.2). Samtidig med at Flemming påpeger, at diagnoser er menneskeskabte, udtrykker han ligeledes, at grænsen mellem 'rask' og 'syg' kan være arbitrær. Dette underbygger endnu et af Brinkmanns perspektiver: *“Vi bør reservere begrebet psykisk lidelse til tilfælde, hvor der er noget, der er gået i stykker i personen. Nu bruger vi det, når folk reagerer på noget, der er svært, uden nødvendigvis at være syge.”* (Bækbøl, 2018, s. 32).

Derudover fremhæver Flemming, at en bredere accept af forskellighed og en mindre ensidig tilgang til sundhed kan gavne samfundet:

“(...) men kunne vi nå frem til en bredere accept af, at vi alle ikke skulle ligne hinanden, og der må gerne være en lidt større forskellighed også selvom man ikke lige passer ind i det forventede, så skulle der nok være plads til os alle alligevel.” (Bilag 6, s. 71).

Maria er enig med denne udtalelse fra Flemming. Hun udtaler: *“Personligt synes jeg det er negativt. Det synes jeg, fordi jeg mener, at det er ærgerligt, at vi ikke har skabt en verden, hvor der er plads til, at man kan være forskellige, uden vi behøver at give det navne.”* (Bilag 3, s. 19). Maria mener, at det er vigtigt, at vi skaber et samfund, hvor alle bliver forstået og mødt med kærlighed samt omsorg uanset deres forskelligheder. Hun fremhæver også,

ligesom Flemming, at det er et meget holdningsbaseret spørgsmål, da nogle af hendes kollegaer vil sige: ”(...) *at psykiske diagnoser altid har været der, vi er bare blevet bedre til at spotte dem, vi skal fange dem og diagnosticere dem så tidligt som muligt.*” (Bilag 3, s. 24). Maria er uenig og mener i stedet, at måden man diagnosticerer på i Danmark, er relativt konservativt. Yderligere påpeger hun også, at Danmark har rekorden i antallet af børn og unge, som får stillet en diagnose sammenlignet med andre lande. Maria ser nemlig diagnoser som en begrænsning, da hun mener, at de medfører en unødvendig kategorisering af mennesker.

Speciallægen Pernille D. Rasmussen, er meget uenig med Maria og Flemming. Hun udtaler: ”*Når jeg stiller en diagnose, er det ikke for at stemple, men for at hjælpe en person til at modtage den rette støtte*” (Rasmussen, 2023). Hun mener, at det at give en diagnose kan være til gavn, da det kan hjælpe individet med at få den rette hjælp og støtte. Oliver er delvis enig med Rasmussen, da han udtrykker, at han ser både negative og positive sider ved diagnoser. Han udtaler: ”*Både og, det kommer an på hvordan man vælger at bruge den*” (Bilag 5, s. 52). Oliver har set eksempler på, hvordan nogle mennesker føler sig begrænsede på grund af deres diagnose, mens andre bruger diagnosen som en mulighed for at finde alternative måder at fungere på. Vores informant Oliver tilkendegiver en anden forståelse, da han er bekymret over den stigende forekomst af diagnoser, og sætter spørgsmålstejn ved de underliggende årsager til denne udvikling. Han spekulerer på, om den øgede diagnose praksis skyldes en tendens eller en trend. Han udtaler følgende:

”(...) *synes jeg det er blevet for voldsomt med mængden af diagnoser, der er at finde. Og det interessante som fagperson er jo det - om det er en trend, eller er det fordi man bliver bedre til at fange det, eller er det simpelthen fordi, at vi generelt mistrives*” (Bilag 5, s. 50).

Samtidig erkender Oliver værdien af diagnoser, han fremhæver vigtigheden af at bruge diagnoser som et redskab til at fremstille den rigtige hjælp, som kan imødekomme de individuelle behov. Herunder er Oliver også opmærksom på risikoen for, at diagnoser kan bruges som en ‘undskyldning’ for både børn og deres forældre: ”*Jeg syntes den kan virke ansvarsfralæggende for rigtig mange, at så har man ligesom en undskyldning for ikke at prøve, (...) så er det en ansvarsfralæggelse at kunne sige jamen det er også fordi - Autisme, eller adhd osv.*” (Bilag 5, s. 50). Dette kan medføre, at et barn med en diagnose ikke tager ansvar for deres handlinger.

Maria har dog en mere kritisk tilgang til diagnosticering og påpeger, at diagnoser er et udtryk for, at samfundet ikke giver tilstrækkelige vilkår til børn og unges mentale sundhed. I den forbindelse udtrykker hun, at børn og unge oplever en manglende kærlig forståelse fra hjemmet og daginstitutioner, hvilket ifølge hende, er en faktor, der påvirker den nuværende diagnosticeringskultur. Hun mener at:

”Når der er nogle børn, som får det skidt, når de holder op med at gå i skole, når de begynder at skære i sig selv, (...) så kommer vi til at tænke, at der bor noget inde i dem, i stedet for at tænke Gud gad vide, hvad de reagere på” (Bilag 3, s. 19).

Hun argumenterer for en bredere forståelse af de faktorer, som påvirker børn og unges udvikling og trivsel. Dette afspejler Wackerhausens teori om det åbne sundhedsbegreb, da han mener, at det åbne sundhedsbegreb erkender, at sundhed er en kompleks størrelse, der kan forstås på mange forskellige måder og påvirkes af forskellige aspekter.

Udover de tidligere nævnte synspunkter mener tidligere skoleleder Karsten, at diagnoser: *”(...) er blevet mere og mere omfattende, mere og mere specifik og mere præcist”* (Bilag 4, s. 42). Her understreger han, at diagnoser har udviklet sig gennem tiden, og de er blevet mere konkrete i deres beskrivelse og identifikation. Hans synsvinkel fokuserer på denne udvikling og påpeger behovet for at kunne håndtere den øgede kompleksitet. Karstens perspektiv om, at diagnoser i dag er blevet mere omfattende og præcise giver udtryk for behovet om en objektiv og entydig forståelse af sundhed, herunder diagnoser. Denne tilgang til sundhed kan sættes i relation til Wackerhausens teori om sundhedsfundamentalisme, da den søger efter en mere specifik identifikation og beskrivelse af psykiske diagnoser. Karsten fremhæver yderligere, at: *”(...) der skal uddannes flere psykologer eller udreder, og så skal der være penge nok”* (Bilag 4, s. 43). Her tydeliggør han vigtigheden af at tiltrække ressourcer og specialiseret hjælp til at imødekomme de mere specifikke diagnoser.

På baggrund af informanternes perspektiver, er der ikke en entydig overensstemmelse om den stigende forekomst af psykiske diagnoser er hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig. Maria og Flemming er mere kritiske og stiller spørgsmålstegn ved diagnosernes nytte og de potentielle negative konsekvenser, som de kan have. De mener, at det er vigtigt at skabe et samfund, hvor forskelligheder accepteres, og mennesker ikke behøver at blive diagnosticeret for at få støtte og forståelse, hvilket afspejler Brinkmanns kritik. Rasmussen er ikke tvivl om, at hun gør det rigtige, når hun giver en diagnose, hvor Oliver har en mere nuanceret tilgang og erkender både positive og negative aspekter ved psykiske diagnoser.

5.2.2 Psykiske diagnoser førhen sammenlignet med i dag

Projektets informanter præsenterer forskellige synspunkter på udviklingen af psykiske diagnoser og deres betydning førhen sammenlignet med i dag. Flemming giver udtryk for, at der tidligere var færre valgmuligheder, hvilket gjorde det mere ligetil at håndtere mennesker, der ikke fungerede optimalt. Han påpeger, at det moderne samfund har haft en stor indflydelse på diagnosticeringsprocessen, da det presser de unge for meget (Bilag 6, s. 70).

Maria udtrykker ligeledes et perspektiv om, at diagnoser er blevet en måde at skabe mening på i den nuværende tid. Hun fremhæver, at der har været en udvikling i faget: ” (...) for 20 år siden, der fik man én diagnose, men i dag får man stort set aldrig kun en diagnose.” (Bilag 3, s. 21). Maria fremhæver ligeledes, at diagnoserne i dag ikke længere er lige så stigmatiserede som tidligere: ”For 20 år siden, når man f.eks. fik en ADHD diagnose, så var det på en måde det samme som, at man endte i fængsel og blev narkoman osv.” (Bilag 3, s. 21). Hun mener, at diagnoser i dag er mere accepteret, da bl.a. flere kendte mennesker har diagnoser, hvilket har udvidet kategorien og skabt større muligheder for individuel udvikling. En diagnose kan være med til at give dem en afklaring om dem selv, og danne et fællesskab med nogle andre, som også har det svært. Derimod mener Karsten, at: ”Vi er i dag blevet meget bedre til at udrede disse børn, og hvordan man skal diagnosticere dem” (Bilag 4, s. 44). Ydermere er det relevant at kunne afdække og diagnosticere børn og unges vanskeligheder for at kunne give dem de rette tilbud og støtte. Han understreger betydningen for at imødekomme børns særlige behov i henhold til lovgivningen.

5.3 Det samfundsmæssige perspektiv

Det følgende afsnit vil analysere udtalelserne fra projektets informanter og samtidig inddrage perspektiver fra forskere samt fagfolk fra dokumentstudiet. Her vil der fokuseres på at analysere deres synspunkter på, hvilke samfundsmæssige perspektiver, som de mener spiller en vigtig rolle i forhold til den stigende forekomst af psykiske diagnoser.

5.3.1 Daginstitutioner og skoler

Maria påpeger vedrørende stigningen af psykiske diagnoser hos børn og unge, at: “(...) de vilkår vi giver til børn og unge for at udvikle sig, for at lære og for at føle, at de passer godt ind i verden, de er for dårlige” (Bilag 3, s. 19). Hun uddyber denne udtalelse yderligere ved at sige: “Det er jo også et udtryk for, at der er mange børn og unge, som ikke får tilstrækkelig

kærlig forståelse, ikke så meget derhjemme, men i skoler og daginstitutioner” (Bilag 3, s. 19). Maria lægger hermed specielt fokus på daginstitutionerne, herunder skoler og børnehaver, som værende et kritisk punkt for den stigende forekomst af psykiske diagnoser, da børn og unge tilbringer en stor del af deres hverdag her. I den forbindelse mener Maria, at personalet og ressourcerne i sådanne institutioner er altafgørende: *“(…) personalsituationer bliver meget afgørende for, hvor mange børn, der i virkeligheden kan trives, og hvor stor bredde der er”* (Bilag 3, s. 23). Karsten er enig med Maria, i det han tilkendegiver at: *”Ekspertisen til at tage sig af de børn er ikke til stede i hvert klasserum, og i hver klasse er der jo 3-4 stykker, der kravler på væggene og ligger på jorden osv.”* (Bilag 4, s. 39). Han mener derved, at det almindelige personale i daginstitutioner og skoler ikke har færdigheden og erfaringen til at håndtere børn med special behov, og dette kan skade og påvirke børnene negativt. Ud fra både Karstens og Marias perspektiv kan der argumenteres for, at det derfor er vigtigt, at der er tilstrækkeligt med voksne til stede, og at de har ekspertisen til at skabe et stabilt og behageligt miljø for børnene, der tilgodeser deres individuelle behov. I den forbindelse tydeliggør Maria ligeledes, at de ansatte bør stræbe efter at møde børnene med tålmodighed og forståelse for, at vi kan være forskellig fra individ til individ, uden vi behøver at give det navne. Et lignende perspektiv fremtræder også hos Janne H. Hansen, som er forsknings- og udviklingsleder ved pædagoguddannelsen. Hun mener ligesom Maria, at man bør acceptere og anerkende børn og unges forskelligheder frem for at udpege og udgrænse dem fra de andre via diagnoser (Jf. afsnit 3.2.1). For at imødekomme Marias og Hansens perspektiver, kræver det, at de ansatte i daginstitutioner har overskud, tid og lyst til at være der for alle børn og unge. Dette er dog i praksis svært og problematisk. Maria tydeliggør f.eks., at der kommer flere og flere vikarer ud i folkeskolerne, specielt i hovedstadsområdet, da de mangler arbejdskraft og ressourcer. I forlængelse heraf siger hun ligeledes: *”Skolesystemet har det f.eks. skidt, da det er svært at få kompetente lærere og pædagoger”* (Bilag 3, s. 33).

Ud over dette mener Maria, at de fleste ansatte i daginstitutionerne og skolerne i de seneste år, har fået en tro på, at det bedste de kan gøre for børnene, hvis der er mistanke om en diagnose, er at informere dem til forældrene med det samme. Hun siger, at de mener, at det er deres opgave, som fagperson at finde ud af det så hurtigt som muligt, og derved 'hjælpe' børn og unge med at blive udredt. Det mener de, er en dygtig form for faglighed (Bilag 3, s. 22). Sådanne tanker og holdninger blandt de ansatte i daginstitutionerne og skolerne, mener Maria er med til at påvirke den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge. Hvis de ikke opfører sig 'normalt', så er der en tendens til, at de ansatte meget hurtigt spekulerer over,

om de fejler noget, og tankerne falder, ifølge Maria, hurtigt på diagnoser, i stedet for hvilken baggrund børnene kommer fra, og den situation de står i. Denne tankegang hos de ansatte i skoler og institutioner kommer ifølge Maria fra samfundet af. Karsten kommer med et eksempel på dette fra folkeskolen, som underbygger Marias pointe: *"Det står jo også i vores folkeskoles lov, at børn med særlige behov skal tilgodeses, og gives et tilbud der modsvarer de vanskeligheder, som de oplever i folkeskolen."* (Bilag 4, s. 44). Dette kan ligeledes påvirke de ansatte i folkeskolens arbejdstilgange og hurtige fokus på diagnoser, hvis børn opfører sig 'unormalt' eller problematisk.

Samfundets overordnede perspektiv kan dermed påvirke de ansatte og deres tanker om, hvad der er bedst for børnene. De sætter en standard for, hvad det vil sige for de ansatte at være gode pædagoger, skolelærer osv. Det indebærer på nuværende tidspunkt at finde adfærdsbørn hurtigst muligt og udrede dem for diagnoser i en tidlig alder, da det belaster samfundet mindst muligt. Ud fra Marias og Karstens synspunkter kan det være ét perspektiv på, hvorfor flere og flere børn og unge får stillet en psykisk diagnose.

5.3.2 Et bredere perspektiv

I løbet af interviewet pointerer Maria: *"Så har vi også en sundhedsstyrelse i Danmark, som f.eks. anbefaler medicinsk behandling til børn og unge"* (Bilag 3, s. 27). Det betyder, at vi i Danmark har et højt antal af mennesker, som er på medicin. Hun siger ligeledes: *"Vi har aldrig før haft så mange børn og unge, der er medicinerede som i dag"* (Bilag 3, s. 27). I forbindelse med dette argumenterer Maria for, at der er et større og bredere perspektiv på den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge i Danmark. Hun siger f.eks.: *"Der er store penge i medicinalindustrien, og det skal man slet ikke underkende betydningen af. Der er nogle rigtig stærke økonomiske interesser på spil"* (Bilag 3, s. 27). Der kan dermed argumenteres for, at der eksisterer en specifik interesse inden for industrien om at bibeholde diagnoser, da det er den direkte forretningsmodel for flere store virksomheder. Der er med andre ord et behov for, at børn og unge får stillet psykiske diagnoser, så store medicinalvirksomheder kan sælge deres produkter og tjene penge. Jo flere diagnoser der bliver stillet, jo flere produkter sælges der. Maria påpeger ligeledes: *"De bliver selvfølgelig altid solgt i de godes tjeneste, for så kan børnene sidde stille i skolen, og så kan de sove, som de skal"* (Bilag 3, s. 27). Det er dog blot det fine formål udadtil. I sidste ende er det økonomiske perspektiv det vigtigste, og det som er altafgørende for virksomheders succes. Flemming kommer med et lignende bredt perspektiv på stigningen af psykiske diagnoser hos

børn og unge. I stedet for medicinalindustrien, nævner han dog specifikt spilindustrien. Han har gennem sit arbejde som psykolog selv set: "(...) unge mennesker som har siddet 10 og 20 år i 14, 16 og 18 timer om dagen og spillede Counter Strike eller noget andet, og det bliver man altså ikke noget godt menneske af" (Bilag 6, s. 69). I forlængelse heraf uddyber han, at: "Der er jo et eller andet der, at kræfterne i f.eks. spilindustrien er så stærke og firmaerne optimerer dem mere og mere, fordi de giver bedre omsætning." (Bilag 6, s. 69). Dette mener Flemming kan påvirke børn og unge negativt. Han siger: "Det ødelægger rigtig mange." (Bilag 6, s. 69). Ud fra Marias og Flemmings udtalelser kan det være ét andet perspektiv på den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge i Danmark.

5.3.3 Individualisering

Igennem vores interview kom flere af vores informanter ind på det samme perspektiv, at børn og unge har fået pålagt mere ansvar. Dette er et af deres synspunkter på, hvorfor der i de seneste år er sket en stigende forekomst af psykiske diagnoser. Maria tilkendegiver et perspektiv om, at dette hænger sammen med, at der i de seneste år er sket en stigende individualisering hos børn og unge. Hun uddyber dette yderligere ved at sige: "(...) *et udtryk for, at vi kommer til at lægge rigtig meget af ansvaret hos børnene.*" (Bilag 3, s. 19). Heraf mener hun, at der er lagt et stort ansvar over på børn og unge, hvor de kan og skal træffe deres egne beslutninger. Dette kan ses i sammenhæng med Giddens' begreber om aftraditionisering og individualisering, hvor individer har fået bedre muligheder for at reflektere over deres eget liv og friere rammer for egne valg og beslutninger (Jf. afsnit 4.2.1).

Oliver kommer med et lignende perspektiv vedrørende individualiseringen. Han påpeger, at mange børn og unge tænker på, hvad alle andre tænker om én, men også at de selv styrer og bestemmer, hvor individualiseret de vil være. Ligeledes mener han, at: "(...) *man kan selv vælge hvor meget man inddrager andre, og tænke på hvad andre tænker på.*" (Bilag 5, s. 55). Dette afspejler Giddens' begreb om den reflektive proces, som individet indgår i, når de træffer egne beslutninger efter eget behov. Alligevel erkender Oliver, at den reflektive proces ikke altid bliver opnået hos børn og unge, og de i stedet stresser og får følelsen af: "(...) *'ej jeg kunne ikke klare det, men det kunne alle andre'*." (Bilag 5, s. 55). Det at børn og unge afspejler sig i hinanden, er efter hans opfattelse et synspunkt, der spiller ind i den stigende forekomst af psykiske diagnoser.

Ud fra Marias perspektiv har man pålagt børn og unge: *"(...) et meget stort ansvar for at lykkes (...)"* (Bilag 3, s. 20). Maria tilføjer, at hun igennem sit arbejde har erfaret, at individualiseringen blandt børn og unge er blevet til en selvfølge. Hun udtrykker: *"Hvis børn og unge ikke klarer sig godt, så skal de jo bare motivere sig selv, for muligheden er der jo."* (Bilag 3, s. 32). Marias perspektiv illustrerer ligeledes Anders Petersens begreb selvansvarliggørelse. Det betyder, ifølge Petersen, at individet i større grad er blevet sin egen herre og dermed selv er mere ansvarlig for deres egen livssituation. Maria mener dog ikke, at individualisering er den rette tankegang at have til børn og unges måde at kunne motivere dem selv. Hun mener i stedet, at det udløser følelsen af ikke 'at kunne', og man i stedet: *"(...) søger derhen, hvor der er plads til en, og hvor man kan føle, at her hører jeg til(...)"* (Bilag 3, s. 32). Hun påpeger, at diagnoser er ét sådant sted. Maria mener ud fra egne erfaringer, at dette kan være et perspektiv på den stigende forekomst af stillede psykiske diagnoser.

Flemming har et lignende synspunkt, da han fremhæver, at: *"(...) individualisering, tænker jeg, gør at ensomheden bliver meget større (...)"* (Bilag 6, s. 72). Børn og unge oplever i større grad, at hvis noget ikke lykkes, er det med til at skabe en usikkerhed om, hvorvidt man er god nok, hvilket ifølge Giddens skyldes den øgede kompleksitet og forandring i samfundet. I dette tilfælde forstås den øgede kompleksitet og forandring, som individualiseringen hos børn og unge. Flemming pointerer, hvordan vi har tilrettelagt et nyt samfund, hvor der lægges stor vægt på at være individualiseret, hvor vi forlanger for meget af os selv (Bilag 6, s. 63). Ligeledes spørger han undrende, hvor dette kommer fra, hvor han selv svarer: *"(...) det kommer jo fra os selv og alt det omkringliggende."* (Bilag 6, s. 63). Dette er således Flemmings perspektiv på, hvordan individualiseringen ikke har nogen god indflydelse på børn og unge.

Maria understreger: *"Hele diagnosekulturen er jo, kan man sige, et produkt af individualismen."* (Bilag 3, s. 31). Flemming har ligeledes gennem sit arbejde konstateret, at flere børn og unge bukker under for individualiseringen, og hos mange udløser det en selvopfattelse af, at de ikke kan klare det (Bilag 6, s. 70). Han siger: *"Så individualisering tænker jeg er rigtig, ødelæggende for mange ting (...)"* (Bilag 6, s. 72). Flemming synes derfor ikke, at den individualisering, som børn og unge pålægges i dag, er den rigtige vej fremad. Han er dermed enig med Maria om, at individualiseringen ikke har en god effekt på børn og unge, og det blandt andet resulterer i den stigende forekomst af psykiske diagnoser,

da børn og unge ifølge Giddens forventes at kunne tage egne valg og beslutninger (Jf. afsnit 4.2.1).

5.3.4 Teknologisk facilitering af individualisme

Psykologerne Flemming og Maria tydeliggør begge et fælles perspektiv, som kan være med til at forstå den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge. De siger, at når et individ henvender sig til dem i dag, så udtrykker de ofte selv en bekymring for, at de har en bestemt psykisk diagnose, hvilket typisk er baseret på deres egen research eller observationer af deres symptomer. Flemming tilkendegiver f.eks. dette i sin udtalelse:

“Der er rigtig mange, som kommer og siger: 'Jeg tror, jeg fejler det her'. Og når jeg så i øvrigt laver en udredning, så siger jeg: 'Det svarer faktisk ikke til, at du har en diagnose'. Så både unge og ældre har den der forestilling om, at: 'Vi ved godt hvad diagnoser er'. Men måske er det mere et udtryk for, at de bare har det svært, og så kalder de det noget andet “
(Bilag 6, s. 62).

I løbet af interviewet med Maria belyser hun ligeledes den samme problematik som Flemming. Hun påpeger dog yderligere, hvordan teknologien faciliterer dette:

”(...) jeg møder ikke et ungt menneske her i min virksomhed, der ikke kommer ind og siger, jeg tror selv, jeg har det her, eller jeg har googlet mig frem til det her, eller jeg har set på TikTok en tjekliste, omkring hvorvidt man har ADHD” (Bilag 3, s. 25).

Maria udtrykker her, at den nye selvdiagnostisering tendens hos individer hovedsageligt kommer fra teknologiens indtog i samfundet. Ifølge hende, er det i dag blevet nemmere, end nogensinde før, at finde evidens på, at der er noget galt med en, selvom det måske ikke er tilfældet. Hvis man har lidt krudt i røven, eller ikke helt kan sidde stille til undervisningen, kan man hurtigt via enten Google eller TikTok finde digitale tjeklister for potentielle diagnoser, og så tror man pludselig, man har ADHD. Meget af den information på nettet er, ifølge Maria, ukorrekt eller pålidelig: *“Jeg ved ikke om I selv har prøvet at være inde og tage sådan nogle online diagnosetests, men det har jeg i hvert fald, og ifølge dem har jeg mange diagnoser.”* (Bilag 3, s. 26). Ud fra hendes egen fagprofessionelle mening fejler hun dog ikke noget. Psykologen Svend Brinkmann understøtter denne pointe fra Maria. Han påpeger også, at et stigende antal individer i dag, via de nye teknologiske muligheder i samfundet, opsøger online diagnose tests for at undersøge, om deres afvigende adfærd kan være et tegn på en

psykisk diagnose. Det mener Brinkmann er en uhensigtsmæssig udvikling, som er med til at facilitere den stigende forekomst af psykiske diagnoser i samfundet (Jf. afsnit 3.2.2).

Der kan derved argumenteres for, at de nye teknologiske muligheder i samfundet kan være med til at påvirke den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge. Det skyldes, at individer i dag har en tendens til at søge efter diagnoser, der kan give dem en forklaring på deres udfordringer eller symptomer, og derigennem hjælpe dem med at konstruere deres identitet.

Situationen som både Maria, Flemming og til dels Brinkmann beskriver om, at individer i dag selv undersøger, hvad der er galt med dem, og hvilken bestemt psykisk diagnose de har. Dette kan anses som værende en konsekvens af den øgede refleksivitet og individualisering, som Giddens fremhæver, der findes i det senmoderne samfund. Han tydeliggør, at individet i dag i langt højere grad skal forholde sig refleksivt og selvbevidst til deres egen identitet og livssituation. Der kan argumenteres for, at det netop er det Maria og Flemmings klienter gør i citaterne foroven ved på forhånd at have tænkt og reflekteret over, hvad de fejler, samt hvilke diagnoser de vil have stillet. Som Flemming dog påpeger i sin tidligere udtalelse, så sker der ofte det, at han må sige til klienten, at det de tror de fejler i virkeligheden ikke er en diagnose. Det mener han, er hans ansvar som en god psykolog: *”Og så er det jo os som psykiatri eller som gode og ansvarlige psykologer, der har ansvaret for at sige, 'men det tror vi faktisk ikke, der er behov for'.”* (Bilag 6, s. 65). Her er Giddens to kernebegreber tillidsbegrebet og ekspertsystemer relevante. Individet og klienten skal efterfølgende selv tage stilling til, hvorvidt de har tillid til psykologen og den ekspertviden, vedkommende baserer deres vurderinger på. Specielt når psykologens vurdering går imod individets egen, som de på forhånd er kommet frem til. Her påpeger Flemming dog, at tilliden langt fra altid er til stede: *”Problemet er jo, at der så er nogle, der bliver endnu mere inciterende, og så tager man jo bare til et andet sted. Man kan jo altid få nogle til at tage en ind, hvis det er”* (Bilag 6, s. 65). Herudfra kan der argumenteres for, at der er nogle, som ikke tror på eller stoler på psykologer, når de fortæller dem, at det de troede var en diagnose, ikke alligevel er det. Faktisk påpeger Flemming, at de bliver endnu mere stædige af det i stedet for at tage vurderingen, som er baseret på ekspertviden, til sig. I den forbindelse udtrykker han ligeledes, at de blot kan søge behandling hos en anden psykolog, hvis de er utilfredse eller ikke fik stillet den diagnose de gerne ville have (Bilag 6, s. 65). I den forbindelse kan der argumenteres for, at hvis de er ihærdige nok, kan individer i Danmark altid fortsætte med at søge vurderinger blandt psykologer, indtil der endelig er en, der giver dem, hvad de vil have.

Dette kan, ifølge Flemming, være et perspektiv på den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge.

5.3.5 Præstation og pres

Flere af vores informanter, fagfolk og forskere påpeger et fælles perspektiv om, at børn og unge i dag konstant udsættes for forventninger og pres, hvilket for nogle kan resultere i en psykisk diagnose. Maria udtrykker:

”Vi har skabt et samfund, som presser rigtig mange ud over kanten. Vi har skabt et børn og ungdomsliv, hvori der er alt for mange uspecifikke succeskriterier, og hvor rigtig meget handler om, at være en vinder eller en taber.” (Bilag 3, s. 30).

Hun mener, at vi befinder os i et præstationssamfund, hvor: *” (...) der sindssyge mange ting, vi skal leve op til som børn og unge”* (Bilag 3, s. 20). Karsten er enig med Maria i, at der stilles for mange krav til, at børn og unge kan være modstandsdygtige over for omgivelsernes pres. Han udtrykker, at disse krav kan komme mange steder fra, men også at: *” (...) Det kan både være faglige krav og dispenseret krav, som skolen kan stille.”* (Bilag 4, s. 46). Den konstante forventning om at gøre det rigtige, har en stressende effekt på børn og unge, og hertil mener Maria, at de: *”(...) rent udviklingspsykologisk kan have svært ved at honorere det.”* (Bilag 3, s. 27). Maria påpeger, at følelsen af at skulle præstere mere og mere, får børn og unge til at blive stresset: *”(...) hvilket resulterer i (...) en diagnose”* (Bilag 3, s. 27).

Ligeledes mener Oliver også, at presset i det nuværende samfund bliver for meget for børn og unge, da de aldrig kommer i mål. Derfor mener han, at: *” (...) de så føler, at de vil præstere mere”,* hvilket *”gør at de bliver stresset.”* (Bilag 5, s. 55). Petersen kalder disse krav for normative, da de udsætter individet for pres, som de ikke kan holde til. Derfor argumenterer Petersen for, hvordan normative krav kan gøre individer særlig sårbare for psykiske diagnoser (Jf. afsnit 4.3.2).

5.3.5.1 Begrebet 'at kunne' og skolen og uddannelse

Oliver fremhæver, hvordan han mener, vi i dag lever i et præstationssamfund, hvor der er forventninger til børn og unge. Han deler sin erfaring om, at forventningerne ikke stopper, medmindre man selv vælger at trække sig tilbage (Bilag 5, s. 56). Oliver påpeger, at det ikke

er nemt at tage en pause, da det kræver selvsikkerhed, selvtillid og et tilstrækkeligt selvværd for at sige til sig selv 'jeg gider faktisk ikke dette' (Bilag 5, s. 56). Han mener også, at de mange forventninger får børn og unge til at præstere mere, da det kræver meget at trække sig fra samfundet (Bilag 5, s. 56). Ifølge Oliver, kan en manglende evne til at trække sig være ét perspektiv til den stigende forekomst af psykiske diagnoser. I forlængelse heraf mener Petersen, at individer konstant skal genopfinde sig selv for at kunne præstere bedre end andre. Han bruger begrebet 'at kunne' til at uddybe, hvordan individet skal opretholde en vedvarende aktivitet. Dette betyder, at børn og unge i præstationssamfundet konstant skal være aktive og stræbe efter at opfylde forventningerne og presset. Oliver nævner, at hvis man trækker sig, så er der risiko for, at: "*(...) du bliver glemt eller falder ud. (...)*" (Bilag 5, s. 55). Petersen påpeger også, at der er individer, der falder bagud eller stopper op, hvilket han betegner som tabere. Maria og Flemming er dog uenig med Oliver, om at kunne trække sig. Maria mener i stedet at: "*I vores samfund i dag tænker man hele tiden, at der skal noget mere udvikling til. Vi stopper aldrig (...)*" (Bilag 3, s. 30). Ligeledes uddyber Flemming at: "*Det ville man nok i mindre grad acceptere i dag. Der er nogle forskellige forventninger til, hvad man skal.*" (Bilag 6, s. 69). Det er derfor ikke muligt for børn og unge at trække sig væk fra de konstante forventninger, de står over for.

Skole- og uddannelsessystemet spiller også en rolle i dette pres. Maria beskriver, hvordan dette pres har ændret sig fra hendes egen skoletid til i dag, hvor et barn: "*(...) selv skal kunne strukturere og holde styr på rigtig mange opgaver fra en tidlig alder (...)* Rent udviklingspsykologisk er det også først en kompetence, vi udvikler relativt sent, men det tager skolesystemet sig ikke så meget af" (Bilag 3, s. 27). Maria udtrykker gennem citatet, hvordan der forventes mere af børn og unge end, hvad de rent faktisk kan håndtere i forhold til deres alder. Det hænger også sammen med, at Petersen mener, at individet konstant skal være effektivt og produktivt (Jf. afsnit 4.3.2).

Flemming mener, at unge der oplever pres for at vælge den rigtige uddannelse, men ikke gennemfører den ofte har en tendens til at sidde med en følelse af ikke at passe ind i samfundet. Han uddybede yderligere, at: "*(...) vi har indrettet en uddannelseskultur som er med til at gøre det svært at tage valg.*" (Bilag 6, s. 70). Flemming mener derfor, at vi har foretaget: "*(...) nogle fornuftige holdninger til at folk skal blive en del af vores samfund og levere til fællesskassen. Men er vi kommet til at puffe for mange, for langt ud og for hurtigt?*" (Bilag 6, s. 69). Maria er enig med Flemming om, at uddannelseskulturen påvirker de unge

negativt, og dette kan være med til at forstå, hvorfor flere unge får en psykisk diagnose. I forlængelse af dette mener Maria, at man har for travlt med at sætte forventninger op til børn og unge. Hun mener: *"(...) at man sådan halser af sted, og aldrig rigtig når til det endelige mål."* (Bilag 3, s. 30). Børn og unge når ikke at følge med, og får dermed følelsen af, ikke at nå de forventninger, som der er til dem. Dette har en betydning for, hvordan børn og unge føler sig presset til at præstere.

5.3.5.2 Forældre perspektivet

De forventninger og det pres børn og unge skal kunne leve op til i præstationssamfundet, kommer ikke kun fra skolen, omgivelserne og samfundet. Børn og unges forældre har også en stor indflydelse. Dette er et perspektiv flere af vores informanter, fagfolk og forskere også bruger til at belyse den stigende forekomst af psykiske diagnoser blandt børn og unge.

Forældrenes pres omhandler, hvordan de som forældre har ansvaret for, at deres børn præsterer godt. Forældre må derfor finde en løsning på, at få deres børn til at præstere godt eller finde årsagen til, at de ikke kan. Maria forklarer, hvordan hun oplever at:

"(...) børn bliver sådan nogle omvandrede facitlister, der skal vise, at forældrene gør det godt nok (...) og hvis børnene så bliver sådan nogen, der slår eller bliver bange og får angst osv. så falder det tilbage til de voksne, som der næsten ikke kan bærer ansvaret (...)" (Bilag 3, s. 20).

Petersen beskriver dette ved begrebet selvansvarliggørelse, hvilket betyder, at hvis individet ikke præsterer godt, så faldet ansvaret tilbage på individet selv (Jf. afsnit 4.3.2.2). I denne sammenhæng falder ansvaret for børn og unges præstation dog tilbage på forældrene.

Ligeledes har Flemming også et perspektiv på, hvordan børn og unges forældre kan have indflydelse på den stigende forekomst af psykiske diagnoser. Flemming anser forældres pres som en måde, hvorpå de føler, de kan hjælpe deres børn, som har det svært. Ud fra Flemmings egen oplevelse som forældre, tilføjer han, at de kun ønsker deres børn det bedste og er villige til at gøre meget for at hjælpe, fordi man som forældre mener, det er det rette for ens barn: *"Og nogle gange er det måske gavnligt, og nogle gange er det måske ikke."* (Bilag 6, s. 65). Flemming mener derved, at man som forældre nogle gange kommer til at presse lidt for meget, hvilket kan være et perspektiv på den stigende forekomst af psykiske diagnoser.

Karsten fremhæver ligesom Maria og Flemming også et synspunkt omkring, hvordan forældrepresset kan have en effekt på, at flere børn og unge får en psykisk diagnose. Han har

gennem sit arbejde som skolelærer og skoleleder erfaret, at *"Børn med adfærdsproblemer, utilpassede og ustabile familier (...) har svært ved at klare opgaverne (...)"* (Bilag 4, s. 39). Karsten uddyber dette yderligere ved at udtrykke, hvordan samspillet mellem forældre og deres børn kan være med til at forstå den stigende forekomst af psykiske diagnoser. Karsten påpeger, at hvis ikke der er et samspil, så presser forældre mere på, da de ønsker det bedste for deres børn. Han siger: *"(...) det er en afgørende faktor i samspillet mellem forældrene og børnene, også for hvordan eventuelle diagnoser udvikler sig."* (Bilag 4, s. 45).

Fagfolkene Jens Grund og Louise M. Pedersen er enig med Flemming, Maria og Karsten om, at forældre ønsker det bedste for deres børn (Jf. afsnit 3.2). Dog mener Grund og Pedersen, at for mange forældre tager det for vidt med hensyn til at søge hjælp til deres børn. Grund tilføjer yderligere, at: *"(...) et højt antal forældre som kontakter deres børns skoler og daginstitutioner, er fordi forældrene mener, der skal tages ekstra hensyn til deres børn"* (Grund, 2016). Dette afspejler, hvordan forældre forsøger at finde en løsning til deres børn ved at få dem diagnosticeret, men uden selv at tage del af ansvaret for barnets afvigende adfærd. Ligeledes påpeger Grund og Maria, at forældre vil have deres børn diagnosticeret, så de kan få hjælp til offentlig støtte fra staten, som deres børn har behov for. Hertil er Flemming enig med Maria og Grund om, at psykiske diagnoser i dag bliver set som en argumentation for, at forældrene kan forklare, hvorfor deres børn har det svært (Bilag 6, s. 68). Grund udtrykker derfor, at man i dagens samfund har en tendens til at sygeliggøre raske børn og unge. Det påpeger han i forbindelse med, at det er forældrene, som presser sundhedsvæsenet med at få en diagnose til deres barn. I henhold til dette udtrykker Grund, at: *"det kommer til at indsnævre normalitetsbegrebet"* (Grund, 2016).

5.3.6 Et tidsperspektiv

Et gennemgående perspektiv i de fire interviews, der er blevet foretaget i projektet, omhandler det nye tempo, som vi alle lever under i det moderne samfund. Maria tydeliggør f.eks. dette i følgende udtalelse: *"Så vi har et samfund, hvor tempoet er hurtigt"* (Bilag 3, s. 22). I forlængelse heraf påpeger hun ligeledes, at samfundet og individets liv heri, i dag er præget af: *"(...) en rigtig høj fart"* (Bilag 3, s. 20).

Det høje tempo og farten i samfundet kommer, ifølge Maria, specielt til udtryk i antallet af aktiviteter og opgaver, som moderne mennesker foretager sig hver dag: *"(...) og vi skal generelt bare alt muligt konstant. Det gælder for voksne, men det gælder lige så meget for*

børn og unge" (Bilag 3, s. 33). Dette citat kan ses i sammenhæng med Rosas accelerations type, acceleration af det sociale livstempo, herunder dens objektive side, hvilket omhandler, at individer i accelerationssamfundet generelt set skal foretage flere aktiviteter på samme eller kortere tid (Jf. afsnit 4.4.1). I sin udtalelse foroven erkender Maria ligeledes, at samfundets stigende hastighed og fart påvirker både voksne, børn og unge. I den forbindelse uddyber hun, at det specielt er børn og unge, der lider under det stigende tempo i samfundet. Voksne mærker det selvfølgelig også, men ifølge hende, kan de sygemelde sig eller holde en 'pause' på andre måder, hvilket ikke er tilfældet hos børn og unge. Her siger Maria: "*Børn og unge får slet ikke i samme grad lov til eller mulighed for at sygemelde sig. De kan ikke sige, puha jeg er stresset, så jeg har lige brug for en pause.*" (Bilag 3, s. 33). Ud fra dette kan der argumenteres for, at børn og unge står i en værre situation sammenlignet med de voksne, når det kommer til det høje tempo i samfundet, da de ikke har de samme muligheder for at 'tage en pause' ved at sygemelde sig over en længere periode.

Flemming er enig i Marias udtalelser omkring samfundets overordnede tempo. Dette kommer til udtryk, hvori han påpeger: "*Jeg tænker også, at vi har et samfund med en meget høj hastighed, altså folk har ualmindeligt travlt, og jeg kan ikke rigtig forstå, hvad det er, vi alle har så skide travlt med*" (Bilag 5, s. 63). Flemming er desuden 59 år gammel og har derved erfaringer både med, hvordan samfundet er i dag, men også hvordan det var for 20-30 år siden. I ovenstående citat tilkendegiver han, at folk har 'ualmindeligt travlt' i dag. Herudfra kan der argumenteres for, at Flemming mener, at tempoet og farten i vores nuværende samfund er u hensigtsmæssig og ualmindelig sammenlignet med, hvordan det har været førhen. Ifølge ham, er det dermed en unaturlig samfundsmæssig tilstand. Flemming fremhæver dog også noget u håndgribeligt og uforståeligt ved samfundets stigende tempo, i det han simpelthen ikke kan forstå, hvad det er, der gør, at alle har så travlt i dag sammenlignet med førhen.

Maria og Flemmings ovenstående udtalelser har på flere punkter fællestræk med Rosas teori om accelerationssamfundet, hvori det konstant handler om at nå mere på kortere tid. Rosa mener ligesom Maria og Flemming, at det overordnede tempo i samfundet er steget drastisk, hvilket Rosa specifikt opstiller i en af sine tre underkategorier af acceleration kaldet acceleration af det sociale livstempo. Ifølge ham leder denne accelerationstype til, at individer føler sig tidspresset og stressede i hverdagen. I praksis opleves dette oftest som, at tiden pludselig går hurtigere end førhen. Ud fra dette kan der argumenteres for, at det helt

specifikt er denne type acceleration, der kommer til udtryk i Maria og Flemmings udtalelser foroven om den stigende forekomst af psykiske diagnoser.

I løbet af interviewene tilkendegiver Maria ligeledes, at ud fra hendes egne erfaringer og oplevelser, især med børn og unge, så er den høje hastighed og den konstante fart i samfundet en dårlig ting. Hun udtrykker dette således: *“Det er usundt det med, at man aldrig rigtig kan hvile”* (Bilag 3, s. 30). I den forbindelse kan der argumenteres for, at denne 'usunde' tilstand af ikke at kunne hvile, men derimod konstant at være i gang i et højt tempo kan lede til, at specielt børn og unge får stillet psykiske diagnoser. Denne påstand kan yderligere uddybes ved hjælp af Rosas teori om accelerationssamfundet og hans begreb fremmedgørelse. Individet, som lever i et samfund med et højt tempo, har ifølge Rosa en risiko for at blive fremmedgjort. Med fremmedgjort menes der, at verden opleves som kold og grå. Her bliver et individs forhold til verden forværret drastisk. Det kan siges, at verden ikke længere taler til dem. Individet har mistet den meningsfulde indre forbindelse. Ud fra dette kan der argumenteres for, at følelsen af fremmedgørelse kan føre til, at børn og unge udvikler psykiske diagnoser. Derved kan det overordnet siges, at Rosa er enig med Maria i, at det stigende tempo i samfundet er 'usundt', da det kan føre til fremmedgørelse, hvilket yderligere kan føre til psykiske diagnoser hos individer.

5.3.7 Et samfund i problemer

Igennem udførelsen af interviewene blev flere konsekvenser af den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge tydeliggjort. Maria påpeger f.eks. i hendes interview, at forøgelsen af psykiske diagnoser hos børn og unge medfører et stadigt voksende antal, som ikke kan gå i almindelige skolesystemer til trods for inklusionslovgivningen. Karsten tydeliggør også følgende om inklusionslovgivningen: *“(...) den fungerer ikke. Den fungerer simpelthen ikke”* (Bilag 4, s. 41). I den forbindelse udtrykker Maria, at mange børn og unge med psykiske diagnoser stadig bliver visiteret til specialområdet, hvilket ifølge hende, er yderst problematisk. Det uddyber hun ved at sige, at: *“(...) 80% af de unge, der afslutter skolen fra specialområdet hverken er i gang med en videregående uddannelse eller har et arbejde fire år efter.”* (Bilag 3, s. 28). Disse tal illustrerer, ifølge Maria, at vi ved den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge samtidig får skabt en større og endnu stigende kategori af fremtidige voksne, som på en eller anden måde ikke fungerer godt nok til at være en aktiv del af samfundet. Hvis denne udvikling fortsætter, betyder det, at det danske samfund får færre arbejdsdygtige voksne, samtidig med at der bliver flere mennesker,

som kræver støtte og hjælp fra staten. Maria uddyber dette ved at sige: *"I takt med at denne kategori vokser, kan man ud fra et samfundsmæssigt perspektiv forestille sig, at det vil være en kæmpe økonomisk belastning"* (Bilag 3, s. 28). Hun specificerer ligeledes, at dette kun vil blive værre ude i fremtiden:

"Hvis der har været en fordobling af børn og unge, som har fået stillet psykiske diagnoser indenfor de seneste 20 år, og der så kommer til at ske endnu en fordobling ude i fremtiden og hvis tallene holder stik med at 80% af dem ikke kan deltage ude i samfundet som voksne, det kan jo ikke lade sig gøre. Det kan samfundet ikke bære." (Bilag 3, s. 34).

Ud fra ovenstående perspektiver er den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge, ifølge Maria og Karsten, et stort samfundsmæssigt problem, som har en enorm risiko for at blive langt værre ude i fremtiden, hvis ikke der gøres noget ved det nu.

5.4 Diagnosticeringsprocessen

I dette afsnit vil vi analysere vores informanternes, fagfolks og forskeres forskellige perspektiver på diagnosticeringsprocessen og deres tilgang til diagnosticering. Hertil fremhæves deres synspunkter til WHO's nye diagnosemanual, og dets potentielle indvirkning på den stigende forekomst af diagnoser. Her vil vi analysere informanternes udtalelser for at vurdere deres opfattelse af, hvordan implementeringen af ICD-11 kan påvirke denne udvikling.

5.4.1 Subjektivitet i diagnosticeringsprocessen

Der er en betydelig variation i, hvordan forskellige psykologer foretager diagnosticering. Heraf fremhæver Flemming følgende: *"Det er jo vores problem i forhold til psykologien og psykiatrien. Hvad fanden er vores genstand? Hvad er det egentlig, vi arbejder med? Og det er jo ret diffust og ret fluffy (...)"* (Bilag 6, s. 68). Han mener, at denne individuelle tilgang inden for psykologien og psykiatrien udgør et problem. I den forbindelse stiller han spørgsmålstejn ved psykologers genstandsområde, deres forståelse af det vi arbejder med, og den diffuse og tvetydige karakter af det. Flemming påpeger, at på trods af den fælles omfattende uddannelse, ender psykologer alligevel forskellige steder og har forskellige opfattelser. Han udtrykker, at en konsekvens af denne mangfoldighed er, at nogle klienter ikke føler sig hørt, når de opsøger en psykolog. Dette gælder både for dem, der opfører sig markant anderledes, og for dem, der har mere almindelige adfærdsmønstre. Han nævner også,

at der er klienter, der føler, at de ikke bliver hørt og forstået hos en psykolog med en modsatrettet tilgang. Endvidere erkender han, at den uspecifikke karakter af diagnosticering muligvis har visse fordele. Flemming påpeger, at det er u hensigtsmæssigt, at beslutningerne som psykologer træffer kan variere betydeligt, selv når vi arbejder med det samme område indenfor det, vi kalder en videnskab (Bilag 6, s. 68).

Flemmings udtalelse: *”Det er jo vores problem (...) Det er faktisk ikke særlig rart.”* (Bilag 6, s. 68), understreger vigtigheden af at tydeliggøre den individuelle tilgang til diagnosticering. Det er et udtryk for den kompleksitet og usikkerhed, der eksisterer indenfor psykologien og psykiatrien. For at forbedre denne situation er der behov for øget klarhed, konsistens og enighed blandt psykologer om, hvordan de forstår og håndterer psykiske udfordringer. Dette vil bidrage til en mere sammenhængende og tryk oplevelse for klienterne (Bilag 6, s. 68).

Den subjektive vinkel på diagnosticering er også fremtrædende hos Oliver, der beskriver sig selv som en “omvendt psykolog”. I den forbindelse forklarer han, at han tænker på det omvendt i forhold til traditionel diagnosticering:

”Jeg er blevet kaldt en omvendt psykolog, fordi jeg tænker på det omvendt. Jeg tænker ikke på, hvilken diagnose du har, og hvilken støtte har du så brug for. Jeg tænker på, hvilken støtte har du brug for. Punktum.” (Bilag 5, s. 59).

Han fremhæver, at hans fokus ikke er rettet mod at fastlægge en specifik diagnose og bestemme, hvilken støtte klienten har brug for. Olivers perspektiv på psykiske udfordringer som omstændigheder snarere end sygdomme kan ses som en refleksion af Wackerhausens tilgang til det åbne sundhedsbegreb. Ifølge Wackerhausen er sundhed og sygdom relative begreber, der afhænger af individuelle perspektiver og kontekstuelle faktorer. Oliver ser ikke behovet for at fokusere på diagnoser, men derimod på individets specifikke behov for støtte og trivsel. Han understreger vigtigheden af at acceptere sin situation og finde måder at indgå bedst muligt i samfundet baseret på individets individuelle omstændigheder.

Oliver understreger, at uanset hvilken udfordring klienten står over for, er det vigtigt at fokusere på at gøre dagen i dag lettere at håndtere med den overbevisning, at hvis de kan opnå dette, kan morgendagen også blive lettere. Han betoner, at det er ligegyldigt, hvad der ligger bagved, og at målet er at arbejde med tendenser og mønstre, der kan bidrage til at forbedre klientens oplevelse af nuet (Bilag 5, s. 59) Dette synspunkt fremhæver Olivers subjektive tilgang til diagnosticering, hvor han prioriterer klientens aktuelle behov og trivsel

over at fastlægge en formel diagnose. Hans fokus er at skabe en bedre hverdag for klienten og arbejde med de faktorer, der kan have indflydelse på klientens velbefindende, uanset hvad der har skabt disse udfordringer tidligere (Bilag 5, s. 59).

Ud fra de ovenstående udtalelser fremhæver Flemming og Oliver vigtigheden af at skabe en klarhed og enighed blandt psykologer i forståelsen og håndteringen af psykiske diagnoser. Dette vil ud fra informanterne bidrage til en mere sammenhængende og en mere tryk oplevelse for individerne, hvor deres individuelle behov og trivsel prioriteres.

5.4.2 WHO's ICD-11

På baggrund af den individuelle karakter af diagnosticeringsprocessen blandt psykologer, kan deres perspektiver på WHO's kommende ICD-11 system variere.

5.4.2.1 Generelle perspektiver på ICD-11

I interviewet med Maria udtrykker hun følgende om WHO's kommende ICD-11 diagnosesystem: *"(...) man kan stille spørgsmålet, om det vi kalder psykiatri, dvs. om psykologiske og psykiske vanskeligheder i virkeligheden passer ind i sådan et sundhedsfagligt design, altså ICD-11 systemet (...)"* (Bilag 3, s. 34). I dette citat udtrykker hun en kritik af, hvorvidt det kommende ICD-11 system vil passe ind i det danske sundhedsvæsen som et design. Hendes udtalelse antyder, at hun ikke er tilhænger af de udvidelser, der er blevet foretaget. Denne kritik kan sættes i relation til trin 6 i TRIN-modellen om teknologier som innovation. Maria påpeger, at implementeringen af ICD-11 ikke muligvis vil være forenelig med det danske sundhedsvæsen, hvilket indikerer, at det ikke skaber værdi for samfundet og ikke bidrager til at løse samfundsmæssige udfordringer, såsom den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge. Dette bringer også trin 3 i TRIN-modellen om utilsigtede effekter i perspektiv i forhold til Marias kritik. Herudfra kan der argumenteres for, om implementeringen af ICD-11 i det danske sundhedsvæsen, kan have en utilsigtet effekt ved ikke at forbedre diagnosticeringsprocessen for psykologerne. I forbindelse med dette påpeger Maria dog: *"Men altså helt overordnet set så er det at skifte diagnosesystem jo helt almindeligt. Det er bare noget man gør. Der går 8-10 år nogle gange (...) og så får man et nyt system og så skifter man det gamle ud"* (Bilag 2, s. 35). På trods af Marias kritik af ICD-11, mener hun alligevel, at det er ret almindeligt at skifte diagnosesystemer ud, og dette kan læne sig op ad, at det er en del af samfundets udvikling at inddrage nye perspektiver i diagnosticeringsprocessen.

I henhold til dette påpeger Oliver, at han har bemærket, at ICD-11 er under en udvikling, hvor mange af diagnoserne er blevet gjort bredere og mere overordnet. I forbindelse med dette udtrykker han, at det er kritisk, fordi det kan resultere i en mere ensartet klassificering af individer, i stedet for at man tager hensyn til individets unikke egenskaber, omstændigheder og behov. Oliver udtrykker, at det er væsentligt at anse individet som helhed, og dertil tage højde for deres specifikke karakteristika og behov i stedet for at placere dem i en generisk kategori (Bilag 3, s. 57). Hans udtalelse kan relateres til trin 6. Ved at udvide diagnoserne, kan det ses som en bestræbelse på at indføre forandringer og tilpasse nye perspektiver inden for diagnosticering. På den anden side udtrykker Oliver sin bekymring over denne udvikling og argumenterer for, at en mere ensartet klassificering af individer kan være udfordrende, hvilket kan ses som en utilsigtet effekt under trin 3. Implementeringen af en bredere og mere overordnet kategorisering kan utilsigtet føre til, at individets unikke egenskaber, omstændigheder og behov ikke tages højde for, ifølge Oliver. Det understreger vigtigheden af at se individet som en helhed og tilpasse diagnosticeringsprocessen til netop deres individuelle karakteristika og behov, hvilket er i tråd med trin 3.

Flemmings perspektiv på ICD-11 er dog lidt anderledes end Marias og Olivers. Han udtaler følgende: *"(...) Men ideelt set, når vi får ny viden og laver et tilpasset diagnosesystem, så synes jeg det er meget godt. På den anden side set 'får vi så bare noget nyt eller får vi noget bedre'. Det kan jeg være i tvivl om."* (Bilag 6, s. 75). Han udtrykker, at han synes det er godt, at vi laver et tilpasset diagnosesystem ud fra ny viden og perspektiver. Alligevel stiller han et reflekterende spørgsmål om, hvorvidt vi får noget nyt eller noget bedre. Det indikerer, at Flemming egentlig er lidt i tvivl om, hvor meget ICD-11 vil gå hen og gavne det danske sundhedsvæsen. Dette kan ifølge Giddens skabe en usikkerhed blandt klienten og psykologen, i og med at psykologerne ikke ved, om den nye diagnosemanual rent faktisk vil føre til bedre resultater eller blot præsentere noget nyt. Flemmings perspektiv kan relateres til trin 6, hvor implementeringen af ICD-11 kan betragtes som en innovation. Han udtrykker en vis tvivl om, hvorvidt denne innovation vil være en forbedring eller blot en udskiftning af det eksisterende system.

5.4.2.2 Patologiseringen af almindelig menneskelig adfærd

I interviewet med Maria udtaler hun følgende: *"Er jeg fan af, at vi udvider sådan med de 15 nye diagnoser, at alt muligt nu kan diagnosticeres lige om lidt? Nej, det er jeg i den grad ikke."* (Bilag 2, s. 34). I dette citat påpeger hun, at det nye ICD-11 system sygeliggør nogle af

de ting, der tidligere blev betragtet som almindelige og grundlæggende elementer i den menneskelige eksistens. Dette uddyber hun yderligere, ved at sige: *“Jeg synes jo, at noget af det, der sker generelt i udviklingen af den nye ICD-11 er, at vi tager mere og mere, som i min verden, er fuldstændig almindelige og fuldstændig grundlæggende elementer i den menneskelige eksistens og gør det til sygdom.”* (Bilag 2, s. 35).

Her giver Maria udtryk for en bekymring over, at det kommende ICD-11 systemet udvider sig til at omfatte flere diagnoser, som hun mener ikke nødvendigvis bør betragtes som sygdomme. Marias perspektiv kan relateres til Brinkmanns begreb diagnosekulturen (Brinkmann et al., 2014), da det peger på en potentielt øget risiko for overdiagnosticering. Flemming er delvist enig med Marias perspektiv til WHO's nye ICD-11 og de 15 nye diagnoser, herunder en gaming- og en prolonged grief disorder. Han påpeger, at disse diagnoser er komplekse, da de handler om at identificere, hvornår normal adfærd bliver patologiseret:

“ (...) hvornår er det, at man bare er glad for at spille? Og hvornår er det, at det tager overhånd? Nogle af dem jeg ser, det er virkelig sandt, vi ser folk der i årevis bruger 14, 16 eller 18 timer i døgnet på at spille. Det er jo fuldstændig absurd.” (Bilag 6, s. 76).

Han mener, at det er vigtigt at erkende og håndtere sådanne tilfælde. Samtidig udtrykker han også udfordringen ved at afgøre, hvornår normal adfærd krydser grænsen til patologisk. Med dette mener han, at der er risiko for at patologisere normal adfærd, og det kan være svært at finde den rette balance (Bilag 6, s. 76). Flemming påpeger også vigtigheden af at diagnosticere og behandle langvarig sorg. Han mener, at det er afgørende at give folk tid og plads til at sørge og ikke fastlægge rigide tidslinjer for, hvornår sorg skal betragtes som 'forlænget':

“Der er jo nogen der bliver fuldstændig fastlåst i sorg og så længe vi ikke rigtig har en diagnose for det, så er det også rigtig svært at forske i hvordan i forhold til dem, der har rigtige langvarige sorgprocesser, og hvis vi ikke kan forske i det, så finder vi heller ikke nye behandlingsmuligheder, som kan hjælpe dem noget bedre.” (Bilag 6, s. 76).

Flemming understreger derfor behovet for at etablere diagnoser inden for langvarig sorg for at drive videre forskning og forbedre behandlingspraksis på området.

5.4.2.3 ICD-11's nye punkter

I det nye ICD-11 system er der yderligere blevet tilføjet tre nye punkter, der skal være med til at forbedre diagnosticeringsprocessen. Det er henholdsvis essential (required) features, boundary with normality og boundaries with other disorders and conditions.

På baggrund af dette valgte vi at spørge vores informanter Flemming og Maria, da de havde mest erfaring med at diagnosticere, ind til deres holdning om, hvordan disse punkter kan gavne deres arbejde fremadrettet.

Flemming fremhæver, at punktet essential (required) features kan være mere behjælpeligt end før til, når han diagnosticerer:

“Funktionen kaldet essential (required) features giver en konkret liste over symptomer som en psykisk diagnose har. Det kan være en stor hjælp. I det tidligere system, kunne det nogle gange være svært at finde og have overblik over, da det står så forskelligt fra diagnose til diagnose. Derfor er det dejligt og let, at det i det nye system står struktureret og det samme sted under hver diagnose (...)” (Bilag 6, s. 77-78).

Ud fra følgende citat, kan der argumenteres for, at han mener, at det kan lede til en uhensigtsmæssig diagnosticering, som kan sættes i relation til trin 3 om utilsigtede effekter, da den konkrete viden om de enkelte diagnoser ikke stod samlet under hver psykisk diagnose. Desuden er det noget, man kan se som en utilsigtet effekt, da WHO har valgt at revidere i det nye ICD-11 system. Flemming tænker, at den nye revidering på dette punkt kan være med til at bidrage til hans diagnosticeringsproces, når han skal udrede klienter: *“Det tror jeg i hvert fald vil gøre diagnosticeringsprocessen nemmere for mig.”* (Bilag 6, s. 77). I forhold til dette er Maria enig med Flemmings udtalelser, hvor hun nævner, at essential (required) features kunne være en god tilføjelse til, når psykologer diagnosticerer, og at det ville være nemmere for dem at håndtere processen fremadrettet (Bilag 3, s. 36).

Derudover udtrykker Maria ligeledes en positiv holdning om punktet boundary with normality. Hun siger:

“(...) tænker jeg for eksempel kan bidrage til, at man som psykolog lettere kan skelne mellem, hvornår der skal udstedes en diagnose, og hvornår der er en risiko for at overdiagnosticere og fejldiagnosticere almindelig menneskelige adfærd.” (Bilag 3, s. 36).

Hun påpeger, at dette nye punkt i det kommende ICD-11 system kan gøre det nemmere for den enkelte psykolog at skelne mellem, hvornår det er rigtigt at diagnosticere et individ, og hvornår det ikke er. I forlængelse heraf udtrykker hun et kritisk synspunkt om, at der på nuværende tidspunkt med ICD-10 er en risiko for, at psykologer kan fejldiagnosticere individer, hvilket kan føre til en overdiagnosticering af almindelig menneskelig adfærd. Maria mener, at det nye punkt i ICD-11, *boundary with normality*, kan formindske denne risiko. Derved kan det, ifølge Maria, anses som ét perspektiv, der kan influere den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge positivt. Flemmings perspektiv til punktet, *boundary with normality*, understøtter Marias synspunkt. Han påpeger, at det i ICD-10 kan være svært at finde grænsen mellem, hvad der er en normal varieret adfærd, og hvad der konkret hører under en psykisk diagnose. Her mener han, at ICD-11's nye punkt *boundary with normality* kunne have en positiv effekt.

Flemming tilkendegiver ligeledes, at punktet, *boundaries with other disorders and conditions*, kan være et godt redskab for psykologer, når de skal diagnosticere. Han har gennem sit arbejde flere gange stødt på, at psykiske diagnoser overlapper hinanden. Flemming synes derfor, at der er en tendens til, at mange diagnoser kan komme til at minde rigtig meget om hinanden, hvilket kan skabe forvirring om, hvorvidt psykologen diagnosticerer den rette psykiske diagnose. På baggrund af, at han oplever vanskeligheder ved at skelne mellem psykiske diagnoser, når han diagnosticerer, mener han dog, at dette nye punkt kan: *"(...) hjælpe os som fagprofessionelle til at træffe den rigtige beslutning og derved stille den korrekte diagnose."* (Bilag 6, s. 78). Denne udtalelse fra Flemming er med til at belyse, hvordan dette nye punkt kan bidrage til at forhindre fremtidige fejldiagnosticeringer, hvilket i sidste ende kan lede til overdiagnosticering. Maria understøtter Flemmings udtalelse omkring det nye punkt, *boundaries with other disorders and conditions*, ved at udtrykke følgende: *"(...) så tænker jeg, at den måske kan hjælpe med at stille mere præcise diagnoser til hvert enkelt individ, da den fagprofessionelle hurtigt kan sammenligne én diagnose med en relateret en."* (Bilag 3, s. 36). Som citatet udtrykker, så mener Maria, at dette nye punkt i ICD-11 kan være med til at hjælpe psykologer, så de i fremtiden har nemmere ved at udstede en psykisk diagnose til det enkelte individ og skelne mellem flere relevante og lignende diagnoser, som er relateret til hinanden.

Vores informanternes udtalelser indikerer en blanding af bekymring, skepsis og afventende holdninger til det nye ICD-11. Blandt psykologerne er der et behov for tilpasning og ny viden, men dog også en kritisk holdning til udvidelsen af diagnoser og manglende

hensyntagen til individuelle forskelle. Alligevel er der en bevidsthed om risikoen for overdiagnosticering og patologisering af normale menneskelige oplevelser. WHO har foretaget en iterativ designproces for at revidere og tilføje elementer til diagnosticeringsprocessen herunder de 15 nye diagnoser og de 3 nye punkter, hvilket kan sættes i relation til dimensionen 'Design og Konstruktion'. Ydermere er der et behov for en fortsat diskussion og evaluering af tilpasningen af diagnosticeringsprocessen til individuelle behov og samfundsmæssige udfordringer, samtidig med at man undgår overdiagnosticering og stigmatisering af normale variationer i menneskelig adfærd og oplevelse.

Kapitel 6: Diskussion

I det følgende afsnit vil der med udgangspunkt i det, som blev belyst i projektets analyseafsnit, diskuteres hvorledes WHO's kommende ICD-11 potentielt kan og vil påvirke den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge. Derudover vil der blive diskuteret, om hvorledes anvendelsen af psykiske diagnoser blandt forskellige perspektiver anses som hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig for børn og unge. Ligeledes vil der blive diskuteret, om der er et behov for alternative tilgange til diagnosticering.

6.1 WHO's ICD-11's potentielle effekt

Som det fremgår ud fra projektets dokumentstudie og ovenstående analyseafsnit, findes der delte meninger om, hvorvidt vi i samfundet er begyndt at patologisere almindelig menneskelig adfærd. Dette emne er blevet yderligere relevant i forbindelse med WHO's ICD-11, som bl.a. tilføjer 15 nye psykiske diagnoser. Hertil findes der argumenter og holdninger både for og imod denne nye udvikling inden for WHO's almene diagnosticerings manual, og om hvorvidt det i virkeligheden er gavnligt for samfundet eller ej. På den ene side mener psykologen Svend Brinkmann, at det er et stort samfundsmæssigt problem, at vi er begyndt at anvende psykiske diagnoser til at forstå og forklare den menneskelige adfærd, og de hårde, men stadig almindelige udfordringer, vi som individer går igennem i livet. Han mener, at psykiske diagnoser i dag i stadig stigende grad bliver brugt som en forståelsesramme for at håndtere almindelige hverdagsproblemer, og at det er en af hovedårsagerne til stigningen af psykiske diagnoser hos børn og unge. Ifølge Brinkmann, er livet nogle gange 'bare' hårdt. Det er ikke nødvendigvis et tegn på, at man fejler noget eller skal have stillet en psykisk

diagnose. Hertil er tre af projektets informanter, Maria, Flemming og Oliver enige, da de belyser lignende synspunkter. Ud fra dette perspektiv kan der argumenteres for, at ICD-11's indførelse af henholdsvis en prolonged grief disorder og en gaming disorder er et skridt i den forkerte retning, hvis vi som samfund skal håndtere diagnosekulturen og kontrollere dens alvorlige konsekvenser (Jf. afsnit 5.3.7). Ikke nok med, at det ikke hjælper, så vil det ud fra Brinkmanns, Marias, Flemmings og Olivers synspunkt derimod forværre diagnosekulturen betydeligt, og øge forekomsten af psykiske diagnoser hos børn og unge yderligere.

På den anden side af debatten er der dog også fagfolk som argumenterer for, at denne udvikling er positiv og et skridt i den rigtige retning. Pernille D. Rasmussen, som er speciallæge i børne- og ungdomspsykiatrien påpeger f.eks., at udviklingen inden for diagnosticeringen af psykiske diagnoser er en forandring for det bedre. Hun mener, at det stigende antal af psykiske diagnoser hos børn og unge er et tegn på, at vi i dag kan hjælpe flere med deres problemer. Ud fra dette perspektiv kan der argumenteres for, at ICD-11's implementering af henholdsvis en prolonged grief disorder og en gaming disorder kan være et tegn på en positiv udvikling. Tilføjelsen af disse diagnoser vil medføre, at vi som samfund kan hjælpe flere individer med problemer, som førhen ikke blev anerkendt.

Vores informant Flemming som ellers er mere kritisk overfor tilføjelsen af de nye psykiske diagnoser, er delvist enig med Rasmussen på dette punkt. Han erkender selv, at der kan være fordele ved at inddrage disse nye diagnoser. Ifølge ham kan tilføjelsen af dem bidrage til mere forskning indenfor området, hvilket kan lede til udviklingen af bedre behandlingsmuligheder for de mennesker, som er påvirkede af disse lidelser.

Ud fra dette kan der argumenteres for, at der findes delte meninger og synspunkter omkring, hvorvidt det kommende ICD-11 kommer til at påvirke samfundet og den stigende forekomst af psykiske diagnoser positivt eller negativt. I den sammenhæng kan det diskuteres, hvilket perspektiv, der er mest realistisk og sandsynligt. Igennem de forskellige interviews, som er blevet foretaget i løbet af dette projekt, er det blevet tydeliggjort, at det danske sundhedsvæsen og mere overordnet samfundet generelt allerede i dag er finansielt presset. De kan ikke følge med den stigende forekomst af psykiske diagnoser, og det tilsvarende behov for støtte og hjælp, som individer med en diagnose kræver. I den forbindelse kan det godt være, at Rasmussen og til dels Flemming har ret i, at de nye diagnoser og udviklingen indenfor diagnosticeringsprocessen tillader os at hjælpe flere mennesker, men hvis samfundet rent økonomisk ikke kan følge med det stigende antal individer med diagnoser, så bliver det et problem (Jf. afsnit 5.3.7). Maria kommer med et lignende perspektiv. Hun påpeger, at når

ICD-11 pludselig inddrager nye psykiske diagnoser såsom en prolonged grief disorder og en gaming disorder så stiger antallet af personer, der får tildelt en diagnose markant, hvilket igen øger den finansielle byrde på samfundet. Af den årsag kan der argumenteres for, at Rasmussens perspektiv til den nye diagnosticeringsproces og stigningen af psykiske diagnoser i teorien er god og kommer fra et godt sted, men at det rent praktisk ikke tager højde for, hvor uholdbart det i længden er for samfundet. Derved virker Brinkmanns, Marias, Olivers og til dels Flemmings kritiske perspektiver til WHO's nye ICD-11 og dets potentielle konsekvenser som et mere sandsynligt og realistisk udfald. Dog skal det anerkendes og inddrages, at bl.a. Maria og Flemming, til trods for deres kritik, også kan se eventuelle fordele ved ICD-11 og den nye diagnosticeringsproces, som potentielt kan hjælpe på stigningen af psykiske diagnoser i det danske samfund. Det er specielt vedrørende de nye punkter essential (required) features, boundary with normality, og boundaries with other disorders and conditions. De påpeger specifikt, at disse nye tilføjelser potentielt vil gøre den kliniske diagnosticeringsproces lettere for dem som psykolog. I den forbindelse påpeger de, at en forbedret diagnosticeringsproces formentlig også vil føre til mere præcise diagnoser og behjælpe overdiagnosticering af almindelig menneskelig adfærd (Jf. afsnit 5.4.2.1). Derved er de ikke fuldstændig uenige med Rasmussen, men argumenterer i stedet for, at det kommende ICD-11 system kan have både fordele og ulemper. De mener, at det kan have en negative effekt på samfundet i form af de 15 nye psykiske diagnoser, men derimod have en positiv effekt i form af de tre nye punkter. Om WHO's ICD-11 i sidste ende kommer til at føre til en forværring eller forbedring af diagnosekulturen, er ud fra ovenstående afsnit et diskutabelt emne, hvortil der findes forskellige perspektiver hos fagfolk og forskere. Det endelige svar på dette kommer formentligt først til udtryk nogle år ude i fremtiden, når ICD-11 har været implementeret og anvendt i praksis i et stykke tid.

6.2 Alternative tilgange til diagnosticering

Ud fra projektets udarbejdede dokumentstudie, interviews og efterfølgende analyseafsnit, er flere forskellige perspektiver til diagnosticeringen af psykiske diagnoser blevet fremhævet. I den forbindelse vil det følgende afsnit diskutere, hvorvidt anvendelsen af psykiske diagnoser er hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig for børn og unge, og om der er et behov for alternative tilgange til diagnosticering, med henblik på at adressere den stigende forekomst af psykiske diagnoser i samfundet i dag.

På den ene side findes der fagfolk og forskere, som mener, at anvendelsen af psykiske diagnoser er hensigtsmæssig. Hertil udtrykker speciallægen Pernille D. Rasmussen, at hun ikke ser anvendelsen af psykiske diagnoser som værende et problem (Rasmussen, 2023). Ifølge hende, er diagnosticering udelukkende med til at forbedre det psykiatriske system, og ser derfor ikke grund til en alternativ tilgang til dette. I forlængelse heraf er forsknings- og udviklingsleder Janne H. Hansen enig med Rasmussens perspektiv. Hun fremhæver, at børn og unge kan have gavn af at blive diagnosticeret med en psykisk diagnose, da det kan medføre, at deres omgivelser bedre kan imødekomme deres udfordringer ud fra en fælles forståelse. Projektets informant Flemming er delvis enig med Rasmussens og Hansens perspektiv. Han belyser: *“Vi har jo at gøre med et værktøj som gør, at fagfolk kan tale sammen (...)”* (Bilag 6, s. 61), hvilket kan forstås som at diagnoser i sig selv er et værktøj blandt fagfolk, der bidrager med at skabe en fælles forståelse af, hvad psykiske diagnoser indebærer, og hvordan de skal anvendes.

På den anden side af diskussionen er der i dag også fagfolk og forskere, som argumenterer for, at anvendelsen af psykiske diagnoser er gået hen og blevet uhensigtsmæssig. Dertil udtrykker psykologen Jonas V. Ditlevsen et kritisk perspektiv på brugen af psykiske diagnoser i samfundet i dag. Han påpeger f.eks., at anvendelsen af psykiske diagnoser er uhensigtsmæssig, for at børn og unge kan leve et godt liv. Herunder har Ditlevsen en stærk holdning til, at man bør udfase psykiske diagnoser, da de er med til at gøre individer ’unødvendige syge’ (Knudsen, 2022). Ligesom Ditlevsen er projektets informanter, Maria og Oliver, også fortaler for at udfase anvendelsen af psykiske diagnoser. De mener, at børn og unges individuelle udfordringer og refleksive udvikling ofte bliver fejlslagt sygeliggjort (Bilag 5, s. 58-59). I den forbindelse længes de efter et samfund, hvor individuelle forskelligheder kan accepteres, uden at det skal tildeles specifikke diagnosebetegnelser (Bilag 3, s. 19).

Igennem dette projekts dokumentstudie, interviews og efterfølgende analyse, kom vi frem til, at til trods for de forskellige modstridende synspunkter, så tilkendegav størstedelen af de inddragede fagfolk i sidste ende et fælles perspektiv om, at det vigtigste var at hjælpe børn og unge med problemer, så godt som muligt. Dette kommer f.eks. til udtryk i Jens Grunds udtalelse: *“Intet må være mere smerteligt end at have et barn, som ikke får den rette hjælp”* (Jf. afsnit 3.2.1). Om den bedste måde at hjælpe på er igennem en psykisk diagnose, kan dog diskuteres, og det er her perspektiverne fluktuerer. Først og fremmest skal det anerkendes, at

en psykisk diagnose for nogle kan give svar omkring, hvem de er, og forklare, hvorfor de opfører sig, som de gør. Derved kan det i nogle tilfælde være behjælpeligt, ligesom Hansen, Rasmussen og delvist Flemming udtrykker foroven. Det kan dog diskuteres, om dette er gået for vidt, og om det er blevet for normalt at få en diagnose for at forklare en, hvilken som helst afvigende adfærd. Det mener Brinkmann f.eks., som påpeger, at diagnoser i dag i stigende grad anvendes til at forstå og forklare almindelige hverdagsproblemer. Derved kan der argumenteres for, at han er enig med Ditlevsen, Maria og Oliver om, at for mange i dag bliver gjort unødvendigt syge, og at vi derfor bør forsøge at udfase psykiske diagnoser til fordel for alternative tilgange. Informanten Maria påpeger ligeledes et andet perspektiv. Hun siger: “(...) at 80% af de unge, der afslutter skolen fra specialområdet hverken er i gang med en videregående uddannelse eller har et arbejde fire år efter.” (Jf. afsnit 5.3.7). Herudfra kan der argumenteres for, om man som forældre (Jf. afsnit 5.3.5.2) eller fagfolk i virkeligheden gør børn og unge en bjørnetjeneste ved at stille dem en psykisk diagnose. Baseret på de tal Maria påpeger i citatet, så viser det sig, at fremtiden for unge, der færdiggør skolen fra specialområdet, ikke er særlig lovende. Det ender formentlig med et liv uden arbejde eller en igangværende uddannelse, hvilket betyder et liv på offentlig støtte. Det er med andre ord et liv, hvor man ikke kan forsørge sig selv. Det skal selvfølgelig anerkendes, at ikke alle børn og unge med en psykisk diagnose ender med at blive henvist til specialområdet, men sandsynligheden er bestemt højere ved at have en psykisk diagnose. Af den årsag kan det siges, at hvis man vil have den bedste mulige fremtid for børn og unge, så er det ikke hensigtsmæssigt at stille dem en psykisk diagnose i en tidlig alder. I den sammenhæng er det dog også værd at påpege, at skolesystemet siden 2012 har arbejdet ud fra inklusionslovgivningen, der har til formål at sikre, at elever med specielle behov ikke bliver adskilt fra resten af skolemiljøet, hvilket burde fikse det problem Maria tydeliggør foroven. Det har dog vist sig ikke at fungere godt i praksis. Som Karsten siger om inklusionslovgivningen: “(...) den fungerer ikke. Den fungerer simpelthen ikke” (Jf. afsnit 5.3.7). Ud fra alt dette kan der argumenteres for, at Ditlevsen, Maria og Oliver, som alle er fortalere for at udfase anvendelsen af psykiske diagnoser, muligvis kan have fat i noget, hvis vi ønsker den bedste mulige fremtid for børn og unge.

Derudover kan der ligeledes argumenteres for, at vi som samfund er nødsaget til at overveje alternative tilgange, hvis den stigende forekomst af psykiske diagnoser skal under kontrol. En alternativ tilgang til psykiske diagnoser skal dog ikke misforstås som, at samfundet ikke skal hjælpe de børn og unge, der har problemer og vanskeligheder. Hjælpen skal i stedet

forekomme på en måde, der ikke indebærer en aktiv tildeling og kategorisering af psykiske diagnoser ud fra den afvigende adfærd, individer udviser. Som Ditlevsen, Maria og Oliver fremhæver, så skal vi se mere bredt på det enkelte individs omstændigheder og livssituation, da det i mange tilfælde kan forklare deres afvigende adfærd i stedet for en diagnose.

Teoretikeren Steen Wackerhausens støtter ligeledes op omkring en sådan åben, bred og individuel tilgang til menneskers sundhed og sygdom, hvilket kommer til udtryk i hans åbne sundhedsbegreb. Han påpeger, at sundhed og sygdom ikke kan og bør anses som absolutte strengt definerbare ting, men at der i stedet er mange nuancerede og alsidige aspekter, der har en effekt. Herudfra kan der argumenteres for, at Ditlevsen, Maria og Oliver længes efter en diagnosticeringsproces, der tager udgangspunkt i et sådant åbent sundhedsbegreb, i stedet for den nuværende tilgang, hvori der mere arbejdes ud fra, hvad Wackerhausen definerer som sundhedsfundamentalisme.

Kapitel 7: Konklusion

På baggrund af projektets analyse og diskussion af problemformuleringen kan der konkluderes, at den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge i dag er et komplekst og nuanceret samfundsmæssigt problem. Hertil har dette projekt belyst flere forskellige perspektiver blandt fagfolk og forskere med henblik på at forstå denne problematik bedre. Gennem udførelsen af analysen og diskussionen blev det tydeliggjort, at der var nogle fælles tematikker blandt projektets inddragede informanter, fagfolk og forskere, som kan være med til at influere den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge. Nogle af de mest fremtrædende perspektiver omhandlede individualisering, pres, samfundets hastighed og forskellige sundhedsforståelser, hvilket også blev underbygget af projektets inddragede teorier. Ligeledes kan vi konkludere, at forældreperspektivet også var et synspunkt, som flere af vores inddragede informanter, fagfolk og forskere fremhævede. Dog kan det konkluderes, at der trods de nuancerede synspunkter alligevel var et fælles perspektiv blandt projektets inddragede perspektiver, hvilket var deres intention om at hjælpe og støtte børn og unge med udfordringer på den bedst mulige måde. Ligeledes kan det konkluderes, at den stigende forekomst af, at flere børn og unge får stillet en psykisk diagnose, kan komme til at påvirke samfundet hårdt økonomisk. Vores informant Maria belyste, at børn og unge som kommer fra en specialklasse ikke altid får en uddannelse, og derved kan ende med et liv på offentlig støtte.

Ud fra projektets inddragede perspektiver fra vores informanter og fagfolk blev det ligeledes undersøgt, hvorledes WHO's kommende ICD-11 digitale diagnosemanual potentielt kan influere den stigende forekomst af psykiske diagnoser hos børn og unge. Hertil kan det konkluderes, at der var delte meninger angående de nye revideringer WHO har tilføjet. Tillægget af 15 nye psykiske diagnoser, herunder en gaming disorder og en prolonged grief disorder, påpegede størstedelen af projektets informanter var negativt, da de mener, vi begynder at patologisere almindelig menneskelig adfærd. Dog tydeliggjorde de også et positivt synspunkt på tilføjelsen af de tre nye punkter til hver psykisk diagnose. De mente, at disse potentielt kan øge den kliniske diagnosticeringsproces, hvilket de påpeger vil føre til mere præcise diagnoser og forebygge fejldiagnosticering af almindelig menneskelig adfærd.

Dette projekt har taget udgangspunkt i et begrænset antal informanter, fagfolk og forskeres udtalelser om psykiske diagnoser. I den forbindelse erkender vi, at undersøgelsens resultater ikke umiddelbart er generaliserbare til en større og bredere kontekst. Havde man ønsket at

opnå et mere generaliserbart resultat, kunne man til fordel inddrage flere fagfolk og forskeres perspektiver for at belyse emnet mere dybdegående ud fra flere vinkler. Hvis der skulle forskes videre indenfor projektets emne, kunne det være relevant at inddrage et individperspektiv for at fremhæve deres oplevelser og synspunkter på psykiske diagnoser.

Litteraturliste

- Beyer, M., Frederiksen, C. L., & Kureer, H. (u.d.). *Anthony Giddens og senmoderniteten*. Samfunds-fag-C. Lokaliseret d. 6. april, 2023, fra: <https://samfunds-fag-c.systeme.dk/?id=1317>
- Brinkmann, S., Petersen, A., Kofod, E. H. & Birk, R. H. (2014). *Diagnosekultur: Et analytisk perspektiv på psykiatriske diagnoser i samtiden*. Tidsskrift for norsk Psykologforening. Lokaliseret d. 4. april, 2023, fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/09/diagnosekultur-et-analytisk-perspektiv-pa-psykiatriske-diagnoser-i-samtiden>
- Brinkmann, S., & Petersen, A. (2015). *Diagnoser i samtiden: En introduktion*. I S. Brinkmann, & A. P. (Eds.), *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion*. Klim.
- Brinkmann, S., & Petersen, A. (29. september 2015). *Vi lever i en diagnosekultur*. Kristeligt Dagblad. Lokaliseret d. 30. marts, 2023, fra: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/psykiatri/diagnosebog>
- Bækbøl, M. (2018). *Diagnoseudfordringerne - Interview med Svend Brinkmann og Anders Petersen*. STOF.
- First, M., Reed, G. M., Hyman, S. E., & Saxena, S. (2015). *The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders*.
- Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). *Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification*. Dialogues in clinical neuroscience, Vol. 22(1).
- Giddens, A. (1996). *Modernitet og selvidentitet* (1. udgave, 12. oplag) Hans Reitzels Forlag, København.
- Grund, J. (3. juni 2016). *Stik mig lige en diagnose*. Berlingske. Lokaliseret d. 5. april, 2023, fra: <https://www.berlingske.dk/kommentatorer/stik-mig-lige-en-diagnose>
- Gozi, A. (2019). *Highlights of ICD-11 Classification of Mental, Behavioral, and Neurodevelopmental Disorders*. Indian Journal of Private Psychiatry. Vol. 13(1).
- Hartmut, Rosa (2014). *Fremmedgørelse og acceleration*. (1. udgave, 2. oplag). Hans Reitzels Forlag, København.
- ICD-11 Reference Guide*. (2022) World Health Organization (WHO). Lokaliseret d. 27. marts, 2023, fra: <https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html>

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (u.d.). Lokaliseret d. 12. april, 2023, fra:<https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1712535455>

Jensen, M. C. D., & Kvist, J. (2016). *Hvordan laver man en stærk analysestrategi?* I C. Juul Kristensen, & M. A. Hussain (red.), *Metoder i samfundsvidenskaberne* (s. 39-55). Samfundslitteratur.

Jørgensen, N. (2018). *Digital signatur: En eksemplarisk analyse af en teknologis indre mekanismer og processer*. Roskilde Universitet. Lokaliseret d. 25. marts, 2023, fra: <http://webhotel4.ruc.dk/~nielsj/research/publications/indre-mekanismer.pdf>

Knudsen, T. M. (19. februar 2022). *Nyt værktøj skal føre til mere præcise diagnoser. Vi skulle hellere afvikle dem, siger kritikere*. Informationen. Lokaliseret d. 5. april, 2023, fra: <https://www.information.dk/moti/2022/02/nyt-vaerktoej-foere-mere-praecise-diagnoser-hellere-afvikle-siger-kritikere>

Kulygina, M. (2019). *New ICD-11 Diagnostic Guidelines for Mental Disorders: Challenging Implications for Psychology and Psychologists*. *Psychology & Psychological Research International Journal*.

Lunn, S. (2006). *Psykoanalysens betydning for psykiatrien og den kliniske psykologi*. *Psyke og Logos*, Vol. 27(2).

Ny diagnostisk manual fra WHO. (u.d.). Center for ADHD. Lokaliseret d. 18. april, 2023, fra: <https://adhdcenter.dk/nyheder-og-viden/107-icd-11>

Pedersen, L. M. (5. juli 2018). *Det er konstante krav om udvikling, der gør unge mennesker syge*. Information. Lokaliseret d. 5. april, 2023, fra: https://www.information.dk/debat/2018/07/konstante-krav-udvikling-goer-unge-mennesker-syge?fbclid=IwAR2Z1YvHPTTrYWWMPBvuK-sfCR3tlX_HymT0aGZih6bzoNfA7pKwI_60IWol

Petersen, A. (2016). *Præstationsamfundet*. Hans Reitzels Forlag, København.

Poulsen, B. (2019). *Semistrukturerede interviews*. I C. J. Kristensen, & M. A. Hussain, *Metoderne i samfundsvidenskaberne*. Samfundslitteratur.

Prytz, M. (21. august 2022). *Voldsom stigning i diagnoser: Flere børn og unge står udenfor fællesskabet*. BUPL. Lokaliseret d. 16. maj, 2023, fra: <https://bupl.dk/politik-og-presse/maerkesager/voldsom-stigning-i-diagnoser-flere-boern-og-unge-staar-udenfor>

Psykiastrifonden. (2023). *Flere børn og unge får en psykisk lidelse*. Psykiastrifonden. Lokaliseret d. 10. maj, 2023, fra: <https://psykiastrifonden.dk/flere-boern-unge-faar-psykisk-lidelse>

Raminani, S. R. (2023, marts 20). *International Classification of Diseases*. Encyclopedia Britannica. Lokaliseret d. 28. marts, 2023 fra: <https://www.britannica.com/topic/International-Classification-of-Diseases>

Rasmussen, P. D. (4. januar 2023). *Vi lever ikke i en diagnosekultur, men i et samfund i forandring*. Information. Lokaliseret d. 5. april, 2023, fra: <https://www.information.dk/debat/2023/01/lever-diagnosekultur-samfund-forandring>

Rebensdorff, J. (25. september 2015). *Hvad er din diagnose?* Berlingske. Lokaliseret d. 17. marts, 2023, fra: <https://www.berlingske.dk/samfund/hvad-er-din-diagnose>

Sundhedsstyrelsen. (26. januar 2023). *Psykiske lidelser*. Sst.dk. Lokaliseret d. 1. maj, 2023, fra: <https://sst.dk/da/viden/sygdomme/psykiske-lidelser>

Tulinius, B. (22. maj 2022). *Sociolog Anders Petersen gav os sprog til at forstå os selv og vores samtid*. Kristeligt Dagblad. Lokaliseret d. 12. april, 2023, fra: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/mennesker/sociolog-anders-petersen-gav-os-sprog-til-forstaa-os-selv-og-vores-samtid>

Uvm. (20. februar 2017). *Regler om inklusion*. Børn- og undervisningsministeriet. Lokaliseret d. 18. maj, 2023, fra: <https://www.uvm.dk/folkeskolen/laering-og-laeringsmiljoe/inklusion/regler-om-%20inklusion>

Üstün, T. B. & Ho, R. (2017) *Classification of Mental Disorders: Principles and Concepts*. I Quah, S. R. & Cockerham, W. C. (Eds.) *International Encyclopedia of public health*. (2nd. ed. Vol. 2). Oxford: Academic Press.

Wackerhausen, Steen. (u.d.). *Steen Wackerhausen*. Sundhedskonferencen. Lokaliseret d. 12. april, 2023, fra: <https://www.sundhedskonferencen.dk/program/foredragsholdere/steen-wackerhausen/>

WHO, *History of the development of ICD*. (1. januar 2021). Lokaliseret d. 27. marts, 2023 fra: <https://www.who.int/publications/m/item/history-of-the-development-of-the-icd>

World Health Organization. (1. januar 1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Lokaliseret d.28. marts, 2023 fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>

Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag.