

Skizofreni

– sygdomsforståelsers konsekvenser for individet

Dato: 23. maj 2018

Antal anslag: 105.523

Antal normalsider: 44

Vejleder: Sara Kerstine Nielsen

Studerende:

XXX

XXX

XXX

Institut for Psykologi, KU Bacheloropgave, Sommer 2018



Abstract

This bachelor thesis examines the concept of stigmatization related to schizophrenia and its effects on the individual. It is explored how different understandings of schizophrenia can contribute to stigmatization. Based on theories of stigmatization, it is argued that the stigmatization that people with schizophrenia experience may result in a decrease of agency and possibilities of action. Thus, the aim of this paper is to investigate how the biological approach and the recovery approach to schizophrenia affects stigmatization towards the individual, the individual's agency, courses of action and self-understanding. As no data is conducted to explore the issue of the thesis, the methods used in this paper are theoretical analysis and discussion.

The analysis shows how stigmatization can influence the individual with schizophrenia. Furthermore, it is analysed how the two approaches differ in their view on emergence and treatment of schizophrenia, the self and ontological conceptions. Based on the analysis, advantages and disadvantages of the two approaches are discussed with emphasis on their consequences for the individual with schizophrenia's agency, possibilities of action and self-understanding. It is argued that the biological approach to schizophrenia may increase stigmatization and reduce agency and possibilities of action, while the recovery approach may reduce stigma and increase agency and possibilities of action. This finding leads to a discussion of the two approaches' consequences in clinical practice and furthermore if it is possible to reduce stigmatization in society. The analysis and discussion are supported by empirical findings. However, the research on the topic is opposing.

It is concluded that the recovery approach is more beneficial for the individual with schizophrenia and should be included more in clinical practice. However, more research is needed on examining if the recovery approach can stand alone, or if it should be supplemented by another approach. The investigation is based on an eclectic process, with the purpose of combining several perspectives to create new insights about the consequences of different views on schizophrenia.

Indholdsfortegnelse

ABSTRACT.....	2
INDLEDNING	5
PROBLEMFORMULERING	6
OPGAVENS STRUKTUR	6
VALG AF TEORI OG METODE.....	7
BEGREBSAFKLARING	8
LITTERATURSØGNING	9
REDEGØRELSE.....	10
SKIZOFRENIENS UDVIKLING.....	10
I NÆRVÆRENDE AFSNIT VIL EN KORT GENNEMGANG AF TILBLIVELSEN OG UDVIKLINGEN AF SKIZOFRENIDIAGNOSEN BLIVE GENNEMGÅET. HEREFTER VIL DIAGNOSEN BESKRIVES JF. ICD-10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992). AFSLUTNINGSVIST VIL DER REDEGØRES FOR ET PERSPEKTIV FRA DEN MERE KRITISKE STRØMNING PÅ SKIZOFRENIDIAGNOSEN, SOM SES I DAG.	10
<i>Tilblivelsen af skizofreni.....</i>	<i>10</i>
<i>Skizofreni – et klinisk syndrom.....</i>	<i>11</i>
<i>Et kritisk blik.....</i>	<i>12</i>
STIGMATISERING	12
<i>Definition af stigmatisering.....</i>	<i>12</i>
<i>Konsekvenser af stigmatisering.....</i>	<i>13</i>
<i>Delkonklusion.....</i>	<i>14</i>
BIOLOGISK TILGANG TIL PSYKISK SYGDOM	14
<i>Biologisk sygdomsforståelse.....</i>	<i>14</i>
<i>Den biologiske forskningstradition.....</i>	<i>15</i>
<i>Neuroudviklingshypotesen</i>	<i>16</i>
<i>Delkonklusion.....</i>	<i>17</i>
RECOVERY-TILGANGEN	17
<i>At komme sig</i>	<i>18</i>
<i>At have en psykisk lidelse</i>	<i>18</i>
<i>Kvalitativ undersøgelse af recovery.....</i>	<i>19</i>
<i>Symbolsk interaktionisme.....</i>	<i>19</i>
<i>Delkonklusion.....</i>	<i>20</i>
<i>Blumers symbolske interaktionisme</i>	<i>20</i>
ANALYSE.....	22
STIGMATISERING	22
<i>Stigmatisering og skizofreni</i>	<i>22</i>
<i>Yderligere konsekvenser.....</i>	<i>23</i>
<i>Operationalisering af stigmatisering.....</i>	<i>24</i>
<i>Delkonklusion.....</i>	<i>25</i>
FORSKELLE OG LIGHEDER.....	25
<i>Årsagsforklaringer.....</i>	<i>26</i>
<i>Udviklingsmuligheder</i>	<i>27</i>
<i>Tildeling af agens.....</i>	<i>28</i>
<i>Selvet i skizofreni</i>	<i>28</i>
<i>Synet på diagnosen.....</i>	<i>29</i>
<i>Kategoriel vs. dimensionel.....</i>	<i>29</i>
<i>Behandling.....</i>	<i>30</i>
<i>Delkonklusion.....</i>	<i>31</i>

VIDENSKABSTEORETISKE ANTAGELSER	31
<i>Ontologi</i>	32
<i>Epistemologi</i>	32
<i>Subjektsyn</i>	33
<i>Eklekticisme</i>	33
<i>Delkonklusion</i>	34
DISKUSSION	35
STYRKER OG SVAGHEDER	35
<i>Forståelse af skizofreni</i>	35
<i>Multiple faktorer</i>	36
<i>Moderat eklekticisme</i>	36
<i>Undersøgelse af skizofreni</i>	37
<i>Ætiologi og forebyggelse</i>	38
<i>Medicin vs. psykoterapi</i>	38
<i>Ansvar for behandlingen</i>	39
<i>Delkonklusion</i>	40
KLINISKE IMPLIKATIONER	40
<i>Mødet med fagfolk</i>	40
<i>Delkonklusion</i>	41
MINDSKELSE AF STIGMATISERING I SAMFUNDET	41
<i>Omdøbe skizofreni</i>	42
<i>Oplysning til samfundet</i>	43
<i>Tag kontakt</i>	44
<i>Diagnoser på godt og ondt – en delkonklusion</i>	44
SELVKRITISKE REFLEKSIONER	45
<i>Opgavens erkendelsesobjekt</i>	45
<i>Eklekticisme i opgaven</i>	46
<i>Generaliserbarhed</i>	47
<i>Delkonklusion</i>	47
KONKLUSION	48
ÆNDRING AF HELE PSYKIATRIEN – EN PERSPEKTIVERING	49
LITTERATURLISTE	51

Indledning

I dag rammes flere og flere i løbet af deres liv af en psykisk lidelse, hvilket har medført et skærpet fokus på det stigende antal af diagnosticerede. Dette understøttes af World Health Organization (WHO) der estimerer, at ca. 25 % af verdens befolkning på et tidspunkt i deres liv får en psykiatrisk diagnose (World Health Organization, 2002). Brinkmann & Petersen (2015) påpeger, at vi lever i en *diagnosekultur*, hvor diagnoser benyttes i samfundet til at forstå og begribe individers afvigelser. Der ses også et voksende fokus på diagnosernes påvirkning på det enkelte individ, og hvordan psykiatriske diagnoser kan virke forklarende og åbne døre til behandling, men omvendt også kan virke hindrende og stigmatiserende (Link & Phelan, 2001; Rose, 2015).

En psykiatrisk diagnose kan ifølge (Vendsborg, Blinkenberg, Kistrup, Lindhardt, & Nordentoft, 2011) være et stempel, der kan medføre stigmatisering. En væsentlig grund til denne stigmatisering kan være den stereotype opfattelse af, at individer med en psykisk lidelse er farlige eller utilregnelige, hvorfor der tages afstand til dem (Link & Phelan, 2001). Det ses ligeledes at skizofreni associeres med ord som splittet personlighed, skør og farlig (Nordentoft & Vandborg, 2017; Link & Phelan, 2001). En dansk diskriminationsundersøgelse udført af KORA blandt 1561 individer med psykisk lidelse viser, at individer med en skizofrenidiagnose føler sig signifikant mere stigmatiserede i samfundet end individer med andre psykiske lidelser (Rasmussen & Johansen, 2013). Undersøgelser viser i tråd med dette, at stigmatisering i forbindelse med en psykisk lidelse ofte opleves som en større belastning for individet end selve lidelsen (Vendsborg et al., 2011). Ligeledes ses der en sammenhæng mellem stigmatisering og mindre livskvalitet (*Quality of Life*), lavt selvværd og manglende evne til at komme sig for individet (Hinshaw & Stier, 2008; Vass et al., 2015). Der eksisterer flere forskellige sygdomsforståelser, som hver giver deres bud på forståelse-, undersøgelse- og behandling af skizofreni (Jensen, 2004). Disse ofte modsatrettede sygdomsforståelsers syn på individet med skizofreni har konsekvenser for måden, hvorpå individet ser sig selv samt opfattes af andre (Jensen, 2004).

Der ses i Danmark i dag en række anti-stigmatiseringskampagner. Landsindsatsen *En Af Os*, der arbejder for at øge danskernes viden om psykiske lidelser og derved afstigmatisere psykisk sygdom i Danmark, er et eksempel på dette. At det prioriteres at bruge ressourcer på anti-stigmatiseringskampagner afspejler, at stigmatisering i forbindelse med psykiske lidelser er et reelt problem i det danske samfund. Dette mere kritiske fokus på diagnoser og stigmatisering har vakt

en nysgerrighed for spørgsmål som, hvordan sygdomsforståelser kan påvirke stigmatisering og muligheden for at komme sig for individet med en psykisk lidelse.

Problemformulering

Hvilken betydning har forskellige sygdomsforståelser for individet med skizofreni, herunder for stigmatisering, handlemuligheder og selvforståelse?

Opgavens struktur

Efter en forklaring af valg af teori og metode i opgaven samt en kort begrebsafklaring, vil der først i opgaven redegøres for udviklingen af diagnosen *skizofreni*. Herefter vil der redegøres for begrebet stigmatisering af Goffman (2009). I forlængelse af dette vil der blive redegjort for henholdsvis den biologiske sygdomsforståelse og recoverytilgangens sygdomsforståelse. Inden for den biologiske forståelse af skizofreni vil der tages udgangspunkt i Weinberger (1987) og Feinberg (1982) til at belyse neuroudviklingshypotesen. Inden for recoverytilgangen vil der tages udgangspunkt i Topors (2003) og Jensens (2004) perspektiver på recovery. Derudover vil Blumers (2009) symbolske interaktionisme blive inddraget til at komplementere subjektforståelsen i recoverytilgangen.

Analysen vil tage udgangspunkt i Sonne-Ragans' (2013) forskelsmodel. Først vil stigmatisering ud fra Goffman (2009) blive analyseret i forhold til skizofreni. Herefter vil sygdomsforståelsernes ligheder og forskelle blive analyseret frem med fokus på forståelsen af diagnoser, selvet, agens, behandling og udviklingsmuligheder. I denne sammenstilling vil konsekvenserne ved forståelserne, herunder stigmatisering, handlemuligheder, positionering og selvforståelse, også blive analyseret. Yderligere vil tilgangenes videnskabsteoretiske standpunkter blive analyseret frem, hvor begreberne ontologi, epistemologi, subjektsyn og eklekticisme er i centrum.

Styrker og svagheder ved de to sygdomsforståelser vil blive diskuteret med fokus på undersøgelse-, forståelse- og behandling af skizofreni. I tråd med dette vil konsekvenserne, som stigmatisering kan have for individet med skizofreni, blive diskuteret med fokus på kliniske implikationer samt hvilke muligheder der er for mindske stigmatisering i samfundet. I opgavens

diskussion vil der ydermere indgå en selvkritisk refleksion. Afslutningsvist vil der konkluderes på opgavens problemformulering, samt perspektiveres til bredere tendenser i psykiatrien og samfundet.

Valg af teori og metode

Opgavens formål er at foretage en teoretisk undersøgelse af de to sygdomsforståelsers syn på individet med en skizofrenidiagnose, og af hvordan stigmatisering samt individets handlemuligheder og selvforståelse påvirkes herigennem. Da der ikke indsamles egen empiri vil opgavens metode bestå af fremstillingsformerne redegørelse, analyse og diskussion. Dog vil der igennem hele opgaven benyttes empiriske studier til at understøtte opgavens antagelser og argumentationer.

Det er i opgaven valgt at benytte Goffman (2009) og hans definition af stigmatisering, da han udfolder en forståelse af, hvordan stigmatisering opstår og påvirker individet. Samtidig har hans forståelse af stigmatisering inspireret en stor del af forskningen inden for socialpsykologien (Vendsborg, Blinkenberg, Kistrup, Lindhardt & Nordentoft, 2011). Der tages udgangspunkt i den biologiske- og recoverytilgangens sygdomsforståelser i opgaven. Den biologiske sygdomsforståelse er valgt, fordi det er den oprindelige i psykiatrien og stadig den mest dominerende (Kragh, Simonsen, & Møhl, 2017). Recoverytilgangen er valgt, fordi det er en nyere strømning, der vinder indpas i psykiatrien (Jensen, 2004). Således er denne tilgang ikke blot et teoretisk bud, men ses reelt i praksis. Hermed er andre sygdomsforståelser af skizofreni blevet fravalgt. Eksempelvis ville den psykodynamiske sygdomsforståelse kunne give en helt tredje forståelse af individet samt udviklingen af skizofreni. Her kunne selvets interne konflikter og forsøg på at komme sig blandt andet have været i fokus.

Da Topor (2003) udlægger, at recoverytilgangen er inspireret af den symbolske interaktionisme, er det i opgaven valgt at komplementere subjektsynet i recoverytilgangen med den symbolske interaktionismes subjektforståelse. Topor (2003) pointerer ligeledes, at der trækkes tråde til socialkonstruktionismen, hvorfor denne kunne være blevet benyttet i stedet for den symbolske interaktionisme. Dog stemmer socialkonstruktionismens overvejelser om, hvorvidt psykiatriske lidelser reelt objektivt eksisterer, ikke overens med recoverytilgangens sygdomsforståelse, hvorfor en inddragelse af socialkonstruktionismen muligvis ville have fjernet

fokus fra opgavens egentlige problemstilling (Brinkmann, 2015). En kritisk refleksion over opgavens selektioner vil indgå senere i opgaven.

Begrebsafklaring

Inden undersøgelsen af problemformuleringen påbegyndes, vil det være relevant at definere de mest centrale begreber i opgaven. Goffmans (2009) begreb stigmatisering vil blive defineret senere i en separat redegørelse af begrebet.

I opgaven tages der udgangspunkt i Davies' (1990) definition af agens, som er præget af hendes poststrukturalistiske ståsted, og ikke i den traditionelle individualistiske definition, hvor det er indlejret i det enkelte individ. Agens defineres af Davies (1990) som værende i hvor høj grad et individ har mulighed for at agere frit. Agens skabes og eksisterer som handlemuligheder mellem mennesker og er kontekstspecifikke. En faktor, der giver individet mere agens er, hvis det har flere tilgængelige subjektpositioner. Positionering defineres af Davies & Harré (2014) som en socialproces, der skabes gennem sproget, hvor individer placeres eller placerer sig på bestemte måder i det sociale samspil. Herved stilles der bestemte subjektpositioner til rådighed for individet. Individet kan positionere sig eller blive positioneret i en særligt stigmatiserende subjektposition, hvilket dermed kan virke hæmmende for dets handlemuligheder.

Således hænger handlemuligheder, positionering og agens uløseligt sammen. Dog belyser begreberne forskellige aspekter af individets livsførelse, hvorfor de sammen kan give et mere nuanceret billede af dette. Derved vil de alle benyttes i opgaven til at belyse sygdomsforståelsernes konsekvenser for individet med skizofreni. Til at definere handlemuligheder benyttes Holzkamps (2013) definition, hvor handlemuligheder opstår i den sociale struktur gennem interaktion og meningsskabelse. Holzkamp (2013) tilhører den kritiske psykologi, hvilket afspejles i hans vinkel på handlemuligheder. Individer producerer eller reproducerer i fællesskab specifikke handlemuligheder og gør dem tilgængelige eller utilgængelige for hinanden. Dermed kan nogle individer se særlige handlemuligheder, mens andre ikke kan. Dog vil individet i Holzkamps (2013) definition aldrig være determineret af de sociale strukturer, blot påvirket af dem. Den kritiske psykologi vil som teori ikke blive inddraget yderligere i opgaven, men da eksempelvis Goffman (2009) ikke selv definerer handlemuligheder ses det relevant at benytte definitionen af Holzkamp (2013).

Til begrebet om selvforståelse benyttes Ole Dreiers (2008) definition, hvor individets

livsførelse skaber selvforståelsen, som påvirker tilbage på livsførelsen. Selvforståelsen er således aldrig endegyldig, men udvikles hele livet ud fra de oplevelser individet har. Der er i opgaven en opmærksomhed på, at det er mere kritiske teoretikere der er valgt til begrebsafklaringen. Dette vil påvirke opgavens udformning og indhold. I forbindelse med den biologiske tilgang er det valgt at benytte engelske begreber som eksempelvis *neuroimaging* og *pruning* uden at oversætte dem til dansk, da begreberne også benyttes i deres engelske form i den danske litteratur på området. Øvrige centrale begreber vil blive præsenteret løbende i opgaven og defineres når de introduceres.

Litteratursøgning

Litteratursøgningen danner grundlag for den videre udformning af opgaven med henblik på valg af teori og empiri. Litteratursøgningen har indgået i en cyklisk proces sammen med ovenstående emneafgrænsning, hvor de gensidigt har påvirket hinanden. Den systematiske litteratursøgning har taget udgangspunkt i søgedatabaserne PsycInfo, SCOPUS og Google Scholar, idet disse søgedatabaser indeholder referencer til publikationer indenfor psykologien. Ud fra den systematiske litteratursøgning er der foretaget en kædesøgning på de valgte artikler og deres referencer. Nedenfor ses et eksempel på en søgestreng fra PsycInfo, der er benyttet i litteratursøgningen.

Database	Søgning	Hits	Benyttede artikler
PsycInfo	Schizophrenia AND stigma* AND recovery AND self-esteem	39	How stigma gets under the skin: The role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis (2017). How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences (2015).

Redegørelse

Skizofreniens udvikling

I nærværende afsnit vil en kort gennemgang af tilblivelsen og udviklingen af skizofrenidiagnosen blive gennemgået. Herefter vil diagnosen beskrives jf. ICD-10 (World Health Organization, 1992). Afslutningsvist vil der redegøres for et perspektiv fra den mere kritiske strømning på skizofrenidiagnosen, som ses i dag.

Tilblivelsen af skizofreni

I 1612 åbnede Pesthuset i Roskilde, hvor både fysisk og psykisk syge blev indlagt og behandlet (Kragh, 2008). I 1749 ændredes navnet til Sankt Hans hospital, og i dag hedder institutionen Psykiatrisk Center Sct. Hans. Frem til 1800-tallet var der snarere tale om opbevaring i dårekister og spændetrøjer end egentlig behandling, og blandt andet skizofreni blev anset som værende en besættelse af djævelen, snarere end egentlig sygdom (Kragh, 2008). I 1800-tallet kobledes psykiatrien til lægevidenskaben, og særligt de tre psykiatere Emil Kraepelin, Kurt Schneider og Paul Eugen Bleuler har været betydningsfulde for udviklingen af skizofreni (Janicak, 2014). Kraepelin var den første til at kategorisere lidelsens symptomer og navngav den *dementia praecox*. Han beskrev det som en degenerativ nervelidelse, og han mente derfor ikke, at individet havde mulighed for bedring. Dermed diagnosticeredes *dementia praecox* på baggrund af sygdommens kronicitet og fremadskridende symptomer (Janicak, 2014). Schneider fokuserede mere på de psykotiske symptomer ved lidelsen, og i dag tager ICD-10 stadig udgangspunkt i hans førsterangssymptomer, som eksempelvis hallucinationer og vrangforestillinger (Janicak, 2014). Bleuler omdøbte lidelsen *skizofreni*. Han havde et mere optimistisk syn på lidelsen og antog, at forløbet varierede fra patient til patient. Samtidig beskrev han flere af de negative symptomer, som stadig anvendes i ICD-10, eksempelvis affektaffladning (Janicak, 2014).

Skizofreni bliver ofte forvekslet med lidelsen multipel personlighedsforstyrrelse (Nordentoft & Vandborg, 2017). Bleulers term *skizofreni* betyder "splittet sind", hvilket kan være en medvirkende årsag til den udbredte forveksling. Bleulers term bundede dog i en overbevisning

om en splittelse mellem emotionelle og intellektuelle funktioner hos individet med skizofreni, og ikke i flere personligheder (Nordentoft & Vandborg, 2017). Denne gængse misforståelse kan være en medvirkende årsag til den stigmatisering, der ofte er forbundet med at have skizofreni. Johnsen & Christiansen (2015) argumenterer for, at diagnosesproget, som benyttes af den diagnostiske psykiatri, er på vej til at blive hvermandseje. Dette kan bevirke at flere anvender termen *skizofreni* i deres hverdagssprog, uagtet om deres forståelse af termen er korrekt, hvilket ligeledes kan øge stigmatisering (Johnsen & Christiansen, 2015).

Skizofreni – et klinisk syndrom

Skizofrenidiagnosen klassificeres som et klinisk syndrom, hvilket vil sige, at diagnosen stilles på baggrund af tilstedeværelsen af symptomer (World Health Organization, 1992). Ifølge ICD-10 skal der minimum ét eller flere førsterangssymptomer, som eksempelvis tankepåvirkningsoplevelser eller 3. persons hørleseshallucinationer til for at stille diagnosen. Oftest ledsages disse af andre symptomer. Der skelnes mellem positive- og negative symptomer, hvor positive symptomer defineres som værende symptomer, som skizofrenilidelsen tilfører individet, herunder hallucinationer og styringsoplevelser. Negative symptomer angiver herimod fraværet af en række funktioner, blandt andet affektaffladning og social tilbagetrækning (Nordentoft & Vandborg, 2017). I Danmark er prævalensen for skizofreni omkring 0,5%, med en lidt større andel diagnosticerede mænd end kvinder (Vendsborg, Lindhardt, Gram & Bentzen, 2016). På verdensplan er prævalensen omkring 0,3% (World Health Organization, 2016). Medianalderen for debut er 26,8 år for mænd og 29,1 år for kvinder og således ses der også en kønsforskel for debut (Nordentoft & Vandborg, 2017). Der ses ofte komorbiditet ved skizofreni, og næsten 50% oplever at have et misbrug på et tidspunkt i deres liv, mens flere oplever depression og selvmordsforsøg (Lake, 2012). Trods den stigmatiserende effekt en diagnose kan have for individet, påpeger Rose (2015), at diagnoser også kan have en gavnlig effekt for individet, herunder være adgangsgivende til behandling. Dermed kan der argumenteres for, at der må anvendes et mere nuanceret blik på det at få en diagnose.

Et kritisk blik

En udbredt strømning i dag er et kritisk blik på skizofrenidiagnosen (Guloksuz & van Os, 2017). Nogle af de toneangivende personer i diskussionen er Guloksuz & van Os (2017), der argumenterer for, at skizofreni ikke bør eksistere som selvstændig diagnose. I stedet foreslår de, at den erstattes af betegnelsen psykosespektrumforstyrrelse. De understøtter dette argument med, at der ikke eksisterer empirisk belæg for sammensætningen af diagnosens kriterier og symptomer, sådan som diagnosen eksisterer i dag. Yderligere anser Guloksuz & van Os (2017) det som problematisk, at skizofreni i dag er det typiske billede på en psykotisk lidelse, og derved er overrepræsenteret i antallet af empiriske studier i forhold til andre psykotiske lidelser.

Stigmatisering

I følgende afsnit vil der redegøres for stigmatiseringsbegrebet, som udlagt af Goffman (2009). Her vil der ligeledes redegøres for, hvilke konsekvenser stigmatisering kan have for individet, hvilket vil benyttes til en videre analyse af stigmatisering og skizofreni. Konceptualiseringen af stigmatisering i fire komponenter, som udlagt af Link and Phelan (2001), vil ydermere blive anvendt idet denne konceptualisering bygger på- og er med til at komplementere Goffman (2009).

Definition af stigmatisering

Begrebet stigma stammer fra græsk og betyder brændemærket. Goffman (2009) udlægger, at der i samfundet opstilles måder, hvorpå individer inddeles i kategorier, som er med til at bestemme, hvilke egenskaber der er sædvanlige og naturlige for medlemmerne af hver af disse kategorier. Denne kategorisering af stereotype forestillinger udlægger Link & Phelan (2001) som en socialkognitiv funktion, der forekommer automatisk hos individet, hvor individet differentierer mellem menneskelig variation og placerer andre individer i identificerbare grupper. Dog er en vigtig pointe, at stigmatisering ikke bare er et produkt af kognitive processer (Link & Phelan, 2001). Der er i stedet tale om samfundets normative forventninger til individets sociale identitet. Der kan her være uoverensstemmelse mellem individets forventede sociale identitet og individets faktiske identitet. Stigmatisering opstår derfor, når individet ikke passer ind i den stereotype kategori, som samfundet har tilskrevet individet (Goffman, 2009). Stigmatisering indebærer dermed, at individet

afviger fra samfundets forventning til- og normer for, hvad der er normalt eller rigtigt. Denne kategoriseringsproces kan ifølge Link & Phelan (2001) også benyttes til at adskille "os" fra "dem" i samfundet, hvilket skaber og opretholder en adskillelse. I tråd med dette udlægger Hinshaw & Stier (2008) at disse grupperinger er en naturlig socialpsykologisk mekanisme, der er medvirkende til meningsskabelse hos individer, samt en følelse af at høre til.

Stigmatisering kan ses som et generelt træk i samfundet, der forekommer overalt, hvor der findes identitetsnormer (Goffman, 2009). Her understreges det, at stigmatisering er en social proces, der opstår i sociale sammenhænge (Goffman, 2009). Stigmatisering skal herved ikke ses som iboende, personlig eller kontekstafhængig. Stigmatisering ses derimod som indlejret i samfundet og dets strukturer. Denne forståelse tilskriver Link & Phelan (2001) sig, idet de understreger vigtigheden af at se stigmatisering, som en konstruktion af afvigelse og eksklusion med ophav i strukturelle og systemiske foranstaltninger. Her ser Link & Phelan (2001) desuden, at stigmatiseringsbegrebet, som udlagt af Goffman (2009), kan benyttes til at forstå centrale sociale processer.

Konsekvenser af stigmatisering

Goffman (2009) udlægger, at stigmatisering af individet kan føre til diskriminering i samfundet. Denne diskriminering kan resultere i indskrænkning af handlemuligheder hos det stigmatiserede individ, hvorfor individets agens kan svækkes (Link & Phelan, 2001). Link & Phelan (2001) udlægger, at denne diskriminering fører til ulighed i sociale vilkår. Et andet resultat heraf kan være, at individet bliver afskåret fra samfundet, idet individet ikke bliver accepteret (Goffman, 2009). Hvis individet ikke møder accept fra samfundet, men i stedet stigmatisering og diskriminering, kan dette påvirke individets selvopfattelse, hvorfor samfundets normer bliver videregivet til individet selv, hvilket kaldes selvstigmatisering (Goffman, 2009). Her kan det stigmatiserede individ ende med at have den samme identitetsopfattelse, som andre har, altså en internalisering af samfundets stigmatisering (Goffman, 2009). En anden konsekvens, som Goffman (2009) udlægger er, at stigmatisering kan medføre, at individet prøver at skjule dets lidelse for samfundet og sine omgivelser i håb om at blive accepteret. Denne frygt for at blive diskrimineret på baggrund af en psykisk lidelse kan også medføre at individet i stedet vælger at isolere sig selv socialt (Link & Phelan, 2001).

Delkonklusion

Stigmatisering udlægges af Goffman (2009), som en social proces, der fungerer som en definitions- eller kategoriseringsproces, som placerer individer, der afviger fra samfundets normer, som sociale stereotyper. Stigmatisering stammer således fra en uoverensstemmelse i forholdet mellem individets egenskaber og en stereotyp klassificering. Stigmatisering kan som udlagt have en række konsekvenser for individet. Disse konsekvenser vil i en senere analyse og diskussion blive udfoldet yderligere med specifikt fokus på skizofreni.

Biologisk tilgang til psykisk sygdom

I følgende afsnit redegøres der for en biologisk forståelse af psykisk sygdom. Jepsen (1984) vil blive benyttet til at belyse den biologiske sygdomsforståelses historicitet og udvikling. I tråd med dette vil en mere generel biologisk forskning af skizofreni blive præsenteret for at belyse vægtningen af henholdsvis biologi og miljø inden for dette felt. I forlængelse af dette vil neuroudviklingshypotesens forståelse af skizofreni som udlagt af Weinberger (1987) og Feinberg (1982) blive præsenteret.

Biologisk sygdomsforståelse

I den biomedicinske sygdomsmodel er psykiske lidelser objektivt eksisterende sygdomme, hvorfor de skal behandles på linje med somatiske sygdomme (Jepsen, 1984). Den enkelte psykiske lidelse anses for at have en ens symptomatologi for alle individer, og derfor er klassificering af psykiske lidelser baseret på symptomer. Udviklingen af psykiske lidelser forstås hovedsageligt som biologisk funderet (Jepsen, 1984). Jepsen (1984) fremhæver, at biologiske årsagsforklaringer har førsterang i forhold til eksempelvis miljømæssige årsagsforklaringer. Den biologiske forståelse har bevæget sig mod en mere integrativ forståelse af psykisk sygdom gennem diatese-stress-modellen. I diatese-stress-modellen ses psykisk sygdom som betinget af genetisk eller miljømæssig sårbarhed i kombination med stressende faktorer, som kan udløse psykisk lidelse hos individet (Kragh-Sørensen, Parnas, & Mors, 2009).

Den biologiske forskningstradition

Den biologiske tilgang tilhører en naturvidenskabelig tradition, som hovedsageligt har menneskets biologi som genstandsfelt. Der ses forskellige strømninger inden for den biologiske tradition, og skizofreni undersøges blandt andet gennem genetik, biomarkører og neuroimaging-studier. Dette understreger, hvordan disse tilgange primært undersøger de biologiske aspekter ved skizofreni, hvorimod det miljømæssige aspekt ikke berøres i samme grad. De undersøger forskellige aspekter ved skizofreni, og det forsøges derved at bidrage med specifik viden til en samlet biologisk funderet forståelse af skizofreni (Nordentoft & Vandborg, 2017).

Tvillinge- og adoptionsstudier viser eksempelvis, at arveligheden for skizofreni ved nærtstående slægtninge er 70-80%. Dette tyder på, at den genetiske komponent kan have stor indflydelse på udviklingen af skizofreni (Lewis & Levitt, 2002). Omkring 60 % af individer med skizofreni har dog ikke en nærtstående slægtning med samme lidelse. Den biologiske forståelse inddrager miljøet som en del af forklaring på dette. Eksempelvis inddrages miljømæssige faktorer som graviditets- og fødselskomplikationer, og hvordan disse kan være en faktor i udviklingen af skizofreni (Lewis & Levitt, 2002). Dette viser, hvordan biologi og miljø hver for sig ikke kan forklare udviklingen af skizofreni, men må forstås som samvirkende.

Inden for den biologiske tradition anses hjernen for at være plastisk, idet hjernen kan ændre sig hele livet igennem, hvilket kan ses i neuroimaging-studier (Berger et al., 2017). Denne plasticitet ses også ved skizofreni. Neuroimaging-studier viser, at ventriklerne inden- og i starten af sygdomsdebut ligger inden for normalspektret. Senere i sygdomsforløbet og postmortem er ventriklerne signifikant forstørrede hos individer med skizofreni (Berger et al., 2017; Fatemi & Folsom, 2009). Det kan således gennem neuroimaging-studier ses, hvordan skizofreni kan påvirke individets biologi, som eksempelvis hjernestrukturer.

Traditionens hovedvægt på biologien afspejles også i behandlingen. Den primære biologiske behandlingsmetode for skizofreni er antipsykotisk medicin. Den antipsykotiske medicin har en antagonistisk effekt på dopaminreceptorerne, og mindsker herved de psykotiske symptomer (Fatemi & Folsom, 2009; Weinberger, 1996). Biomarkører er et nyere forskningsfelt inden for den biologiske tilgang. Her undersøges individuelle karakteristika som molekulære-, funktionelle-, anatomiske- og fysiologiske ændringer, til at forudsige eller bekræfte diagnoser i det tidlige stadie af den psykiske lidelse samt guide behandlingsstrategi (Pickard, 2015). Pickard (2015)

peger på, at biomarkører kan styrke en individualiseret behandling af skizofreni, da behandlingen tilpasses det enkelte individs biologi.

Neuroudviklingshypotesen

En dominerende biologisk forståelsesmodel for skizofreni er neuroudviklingshypotesen. I tråd med ovenstående diatese-stress-model antages det, at både genetisk sårbarhed og miljømæssige faktorer udgør risikoen for udvikling af skizofreni (Jablensky, McNeil, & Morgan, 2017; Lewis & Levitt, 2002; Nordentoft & Vandborg, 2017). Herved anses skizofreni, ifølge neuroudviklingshypotesen, for at være en kompleks lidelse.

Inden for neuroudviklingshypotesen dominerer særligt to forklaringer af henholdsvis af Weinberger (1987) og Feinberg (1982). Weinberger (1987) antager, at skizofreni kan skyldes forstyrrelser i den tidlige udvikling af hjernens neurale netværk. Disse neurale forstyrrelser udgør det, Weinberger (1987) ser som en læsion. Læsionen kan blandt andet opstå på baggrund af komplikationer under graviditet og fødsel i sammenspil med genetisk sårbarhed. Hypotesen antager, at læsionen blandt andet kan påvirke neurale netværk under modningen i puberteten samt tidlig voksenalder, hvorfor symptomer på skizofreni bliver tydelige der. Neuroudviklingshypotesen har primært fokus på de biologiske mekanismer bag skizofreni, hvilket afspejles i forskningen. Fatemi & Folsom (2009) pointerer dog, at den biologiske tilgang også anerkender, at andre sociale faktorer som forældre-barn-relationen, opvækst i byen og stofmisbrug også kan have en betydning for udviklingen af skizofreni. Disse faktorer inddrages dog oftest ikke i undersøgelser, som tager udgangspunkt i neuroudviklingshypotesen.

En måde hvorpå de neurale udviklingsforstyrrelser kan komme til udtryk på tidligt, er gennem kognitive-, motoriske- og sociale afvigelser i barndommen (Fatemi & Folsom, 2009; Weinberger, 1987). Nyere studier tager udgangspunkt i hypotesen og undersøger disse afvigelser. Eksempelvis har Diwadkar et al. (2011) undersøgt en højrisikosample med børn af psykisk syge forældre. Undersøgelsen pegede på, at børn i risiko for udvikling af skizofreni havde en signifikant svækket arbejdshukommelse sammenlignet med en kontrolgruppe. Agnew-Blais et al. (2017) fandt i tråd med dette, at børn, der senere udviklede skizofreni, havde signifikant lavere IQ end børn, der ikke udviklede skizofreni. I tråd med dette pointerer Weinberger (1996) desuden, at afvigelserne tyder på, at særligt de kortikaleområder frontalt og temporalt er påvirket. Dog

påpeger Lewis & Levitt (2002), at kausaliteten endnu er uvis. Disse afvigelser kan både afspejle tegn på tidlig skizofreni, men kan ligeledes også udgøre risikofaktorer for senere udvikling af skizofreni.

Feinberg (1982) fremsætter en anden ætiologisk forklaring, hvor udviklingen af skizofreni kan skyldes afvigelser i *synaptisk pruning*, hvor enten for mange, for få eller de forkerte synapser elimineres. Denne forstyrrede synapse-pruning kan ifølge Feinberg (1982) være fundament for udvikling af skizofreni. Med afsæt i Feinbergs (1982) hypotese om synapse-pruning, fokuseres der i forskningen i dag på, hvilke specifikke synapser der bidrager til udviklingen af skizofreni (Faludi & Mirnics, 2011). Således kan viden om specifikke synapser muligvis bane vejen for en mere præcis forståelse af udviklingen af skizofreni, og dermed også for bedre behandling (Faludi & Mirnics, 2011). Lewis & Levitt (2002) samt Insel (2010) argumenterer for, at Weinbergers (1987) og Feinbergs (1982) to forklaringer samt tilhørende empiriske undersøgelser beskæftiger sig med forskellige aspekter af den neurale udvikling af skizofreni. De argumenterer for, at de to teorier kan ses som komplementære og muligvis som forenelige forklaringer på den patogene neurale udvikling. Dette skyldes, at forskningen ud fra neuroudviklingshypotesen endnu ikke entydigt kan pege på de specifikke neurale mekanismer, der ligger bag udviklingen af skizofreni.

Delkonklusion

Den biologiske sygdomsforståelse vægter hovedsageligt biologi, men inkluderer til dels også miljøet, hvilket afspejles i diatese-stress-modellen. Neuroudviklingshypotesen ligger i forlængelse af denne tilgang, hvor skizofreni ligeledes anses som en kompleks lidelse. Udviklingen af skizofreni anses her for at være grundet neurale forstyrrelser, dog med mulighed for miljømæssig påvirkning. Behandling består primært af antipsykotika, hvilket også afspejler biologiens tilstedeværelse i alle aspekter af lidelsen.

Recovery-tilgangen

I nærværende afsnit vil en overordnet redegørelse af recoverytilgangen som udlagt af Jensen (2004) og Topor (2003) finde sted. Yderligere vil der argumenteres for at benytte den symbolske interaktionismes subjektsyn til at supplere recoverytilgangens sygdomsforståelse til en dybere forståelse af opgavens problemstilling.

At komme sig

Begrebet recovery defineres som det *at komme sig* efter alvorlig psykisk lidelse og blev internationalt særligt udbredt i 90'erne, mens det i Danmark blev introduceret i år 2000, og den er således en nyere strømning i den danske psykiatri (Jensen, 2004). I recoverytilgangen antages det, at individet med en alvorlig psykisk lidelse reelt kan komme sig givet de rette omstændigheder. Behandling består hovedsageligt af psykoterapi, men indebærer også medicin, psykoedukation og miljøterapi ved indlæggelse (Topor, 2003). Individet anses for ikke at kunne blive den samme, som individet var inden lidelsen. I stedet skaber individet aktivt en ny selvforståelse gennem behandlingen, der integrerer hele dets livshistorie til en mere bearbejdet forståelse af sig selv og lidelsen (Jensen, 2004). Selvom individet aktivt er med til at reformere sit selvbillede, ligger ansvaret for forløbet ikke alene hos vedkommende. Kulturelle og sociale faktorer er ifølge recoverytilgangen afgørende for sygdomsforløbet, hvorfor patientens nære relationer, som familie og venner, også inddrages i behandlingsforløbet (Jensen, 2004).

Der skelnes mellem *at komme sig helt* og *at komme sig socialt* (Jensen, 2004). At komme sig helt defineres som fravær af psykotiske symptomer og tilbagevenden til det funktionsniveau individet havde før. At komme sig socialt defineres som at være i stand til at forsørge sig selv, dog kan individet stadig have symptomer og modtage nogen behandling (Jensen, 2004).

At have en psykisk lidelse

Inden for recoverytilgangen fokuseres der mere på lidelsens forløb end dens ætiologi, dog hersker der en overbevisning om, at placere individet med en psykisk lidelse i sin livssammenhæng. Dermed nedtones sygdomselementet i det enkelte individ, og der fokuseres i højere grad på relationen mellem individ og omverden (Topor, 2003). Ætiologien er multifaktoriel, og både arv og miljø er konstituerende for den psykiske lidelse (Topor, 2003). Skizofreni kan således ikke bare opstå på baggrund af en medfødt neurobiologisk forstyrrelse, men også som følge af eksempelvis traumatiske hændelser eller andre problemer i barndommen, samt misbrug og stress (Jensen, 2004). Den psykiske lidelse påvirker som nævnt individets selvforståelse, og derfor er det særligt

vigtigt for individet at kunne skelne sig selv fra sin diagnose for at opretholde sit selv (Jensen, 2004).

Kvalitativ undersøgelse af recovery

Topor (2003) har gennem kvalitative interviews undersøgt recoveryprocessen hos otte mænd og otte kvinder, der alle har haft skizofreni eller en tilsvarende alvorlig psykisk lidelse. De interviewede pegede på fire kerneelementer i deres recovery: psykoterapi, medicin, spirituelle oplevelser (herunder religion og meditation) samt relationer til pårørende og fagfolk (Topor, 2003). En gennemgående oplevelse hos individerne med psykiske lidelser var, at den rette medicin i den rette mængde generelt havde en gavnlig effekt, men ikke var årsag til deres recovery. Snarere gjorde medicinen bearbejdelse af de underliggende årsager til lidelsen mulig, da den lindrede noget af den forpintethed, som skizofreni kan medføre.

Symbolsk interaktionisme

Ifølge Topor (2003) er recoverybegrebet inspireret af den symbolske interaktionisme, hvilket kan forklare det relationelle blik på individet med en psykisk lidelse. I relation til recoveryprocessen udlægger Topor (2003) den symbolske interaktionist Sue E. Estroffs syn på skizofreni: *"at blive skizofren er i grunden en social og mellemmenneskelig proces og ikke en uundgåelig følge af de primære symptomer og neurokemisk abnormitet"*. Hermed vægtes miljø tungere end arv i udviklingen af skizofreni i recoverytilgangen. Endvidere pointerer Topor (2003), at individer med alvorlige psykiske lidelser bibeholder områder af deres selv intakte, og at det er disse dele af selvet, der forsøger at komme sig fra lidelsen gennem reformationen af selvet. Individet kan ikke komme sig alene, men må hjælpes af andre individer. Dermed udvikler individer med skizofreni stadig relationer til andre mennesker samt påvirkes af ord og handlinger i recoveryprocessen. Dermed knyttes recoverybegrebet til den symbolske interaktionisme, hvorfor den retningsgivende symbolske interaktionist Blumers (2009) subjektforståelse vil blive benyttet til at supplere recoverytilgangens sygdomsforståelse. Således vil recoverytilgangen og den symbolske interaktionisme sammen gå under betegnelsen recoverytilgangen fremadrettet i opgavens analyse og diskussion.

Delkonklusion

Recoverytilgangen er en nyere strømning i den danske psykiatri, hvori relationelle aspekter af recoveryprocessen vægtes tungt, og der advokeres for øget inddragelse af individets pårørende i helbredelsesprocessen. I recoveryprocessen benyttes blandt andet psykoterapeutisk bearbejdelse af underliggende relationelle problemer, der ligger til grund for skizofrenilidelsen.

Blumers symbolske interaktionisme

Blumer er sociolog og kan derfor siges, at ligge inden for det socialpsykologiske paradigme, hvor der er fokus på både de psykologiske og samfundsmæssige aspekter i individets liv. Blumer (2009) pointerer, at individets adfærd ikke kan ses isoleret, men skal forstås i en social sammenhæng. Ud fra et symbolsk interaktionistisk standpunkt er samfundet og dens struktur den ramme, hvori individer interagerer med hinanden. Disse strukturer, og eksempelvis normer i samfundet, er med til at sætte betingelser for individet, men skal ikke ses som handlingsdeterminerende. Den symbolske interaktionisme bygger på tre præmisser, hvilket vil danne udgangspunkt for den følgende redegørelse (Blumer, 2009).

Første præmis

Den grundlæggende idé og første præmis er, at individer handler på baggrund af den mening som *ting* har for dem. Blumer (2009) skelner mellem tre former for *ting*: fysiske objekter, sociale objekter, som mennesker, og abstrakte objekter, som samfundsmæssige strukturer. Ifølge Blumer (2009) selekterer individet i, hvad der er meningsfuldt, hvorefter individet fortolker meningen i relation til den specifikke situation, hvorfor denne proces er kontekstafhængig.

Anden præmis

Anden præmis indebærer, at den mening, som individet tilskriver *ting*, stammer fra konkrete sociale interaktioner, som individet har med andre individer (Blumer, 2009). Her skabes meningen ved interaktionsprocesser individer imellem, hvor individets meningsskabelse bunder i den måde andre individer agerer over for individet på (Blumer, 2009). Derved er det ifølge Blumer (2009) ikke en automatisk proces, men en handlingsproces, hvori meninger påvirker individets

handlinger. Den sociale interaktion er karakteriseret på et symbolsk niveau, hvor individet på forhånd har en forståelse af, hvordan man handler, og hvordan andre individer vil handle (Blumer, 2009). Sociale interaktioner er derfor en reciprok proces, hvor der stilles forventninger til andre individer og der stilles forventninger til individets egne handlinger (Blumer, 2009). Mening forhandles og modificeres derved i en lokal og kontekstuel fortolkningsproces, som personen benytter sig af i mødet med *tingene* (Blumer, 2009). Den sociale interaktion har derfor en væsentlig betydning for individet, idet den er med til at skabe menneskelig adfærd.

Tredje præmis

Den sidste præmis er, at meningen håndteres og ændres gennem en fortolkningsproces, som individet benytter til at skabe mening med de *ting*, som individet møder (Blumer, 2009). Herved ses det i den symbolske interaktionisme, at fortolkning er en socialproces, der er med til at muliggøre meningsskabelsen. Individets adfærd kan her ses som formet og guidet gennem denne fortolkningsproces. Handlinger ses derfor som konstrueret gennem fortolkning (Blumer, 2009).

Subjektforståelse

I den symbolske interaktionisme ses individet som aktivt handlende i samfundet (Blumer, 2009). Blumer (2009) beskriver individet som en aktiv organisme, der ikke bare reagerer på andre individer, men er et selvrefleksivt og selvkorrigerende individ, der aktivt handler og interagerer med andre. Idet individet ikke bare passivt reagerer på ydre faktorer, kan der argumenteres for, at Blumer (2009) tilskriver individet en høj grad af agens.

Delkonklusion

Den symbolske interaktionismes tre præmisser beskriver således individet som handlende på baggrund af mening. Denne mening skabes dels gennem interaktioner med andre individer, og dels gennem selvrefleksive og selvkorrigerende tanker. Fremadrettet vil der dog i opgaven hovedsageligt blive fokuseret på den symbolske interaktionismes subjektsyn samt hvorledes individets selv konstitueres i relation til andre individer, da dette kan komplementere recoverytilgangen.

Analyse

Stigmatisering

Goffman (2009) beskæftiger sig ikke direkte med skizofreni, hvorfor en teoriekstern analyse i følgende afsnit vil finde sted. Analysen vil danne grundlag for en senere analyse af de to sygdomsforståelsers ligheder og forskelle med henblik på blandt andet stigmatisering og yderligere konsekvenser for individet.

Stigmatisering og skizofreni

Da skizofreni er en psykisk lidelse, bærer individet ikke nødvendigvis synligt præg af at have denne. Derfor kan der, i tråd med Goffman (2009), argumenteres for, at en afsløring af individets diagnose kan medføre stigmatisering fra samfundet. Individets diagnose ses som den primære afvigelse, der medfører, at stigmatisering og diskriminering af individet med skizofreni kan opstå i samfundet. Stigmatisering af skizofreni kan eksempelvis have konsekvenser på arbejdsmarkedet. Perioder med forværret sygdom kan begrænse individets muligheder for at arbejde, da det kan være svært at indgå i et kontinuert og systematisk arbejdsliv (Vendsborg et al., 2011). Det kan derudover også betyde, at arbejdsdygtige individer med skizofreni har risiko for at blive fravalgt eller fyret på grund af deres lidelse. Arbejde kan være essentielt for identitets- og meningsskabelse for individet. I tråd med Blumer (2009) kan det ses som problematisk, at individet ikke kan arbejde, da det også kan påvirke individets selvforståelse. Et velfungerende arbejdsliv kan være en ressource til at komme sig, mens manglende arbejdsliv kan begrænse individets muligheder for at skabe mening i sin hverdag med sygdommen gennem omgivende relationer. Omvendt, hvis individet går på arbejde i en periode med mange symptomer, kan dette muligvis hæmme individets recoveryproces grundet pres fra arbejdet.

Samfundets ofte negative syn på individet med skizofreni som farlig eller utilregnelig kan føre til en forventning om, at individet med skizofreni vil agere herefter (Vendsborg et al., 2011). Individet med skizofreni begynder således muligvis at opfatte sig selv som socialt afvigende eller farlig, hvorved der opstår selvstigmatisering. Dette kan medføre undgåelsesadfærd og isolation, og dermed indskrænke individets netværk og relationer (Goffman, 2009). Denne sociale

isolation kan tænkes at påvirke individets livskvalitet negativt grundet manglende socialt netværk og relationer. Denne selvstigmatisering kan herved påvirke individets egen selvforståelse, idet samfundets negative og stereotype normer internaliseres. Dette kan ydermere påvirke individets identitetsopfattelse, idet forståelsen af diagnosen og den stereotype gruppe individet placeres i ligeledes benyttes til at forstå sig selv.

I tråd med Hinshaw & Stier (2008) kan denne stigmatisering på baggrund af skizofrenidiagnosen have en negativ påvirkning på individets selvværd og medføre en lav grad af *self-efficacy* (Jacobsen, 2010). Lavt selvværd og manglende tro på sig selv kan hæmme behandlingen og muligheden for at komme sig fra skizofreni (Yanos, Roe, Markus, & Lysaker, 2008; Vass et al., 2017). Yanos et al. (2008) har undersøgt 102 individer med skizofreni gennem forskellige psykologiske test, blandt andet *The Rosenberg Self-Esteem Scale* og *The Internalized Stigma of Mental Illness Scale*. De fandt, at internaliseret stigmatisering påvirker individets selvværd, hvilket kan føre til svækket recoveryproces. Denne negative effekt kan ifølge Yanos et al. (2008) tilskrives forskellige aspekter, eksempelvis lav kompliance grundet en følelse af håbløshed hos individet eller negative coping strategier. I tråd med dette har Vass et al. (2015; 2017) fundet, at recoveryprocessen hos individet med skizofreni er medieret af selvstigmatisering og lavt selvværd. Dog er dette undersøgt blandt psykiatriske patienter med psykoser generelt, hvorfor resultatet ikke udelukkende afspejler individer med skizofreni. Ydermere argumenteres der for, at individets selvforståelse som farlig og socialt afvigende indskrænker dets egne handlemuligheder gennem undgåelsesadfærden (Link & Phelan, 2001). En spørgeskemaundersøgelse af KORA viste, at en stor del af individer med psykiske lidelser eksempelvis undgår at søge jobs, starte uddannelse, undgår tætte relationer eller forsøger at skjule deres lidelse (Rasmussen & Johansen, 2013).

Yderligere konsekvenser

Med udgangspunkt i begrebet positionering kan der argumenteres for, at stigmatiseringen kan medføre, at individet placeres på bestemte måder i det sociale samspil, der påvirker dets selvforståelse, tilgængelige subjektpositioner samt handlemuligheder (Davis & Harré, 2014). Individet med skizofreni kan her blive placeret i positionen som socialt afvigende på grund af sin diagnose. Ydermere kan individet blive fastholdt i denne subjektposition, hvilket giver færre

muligheder for at ompositionere sig, hvilket giver individet færre handlemuligheder. De sociale roller og kategorier, som samfundet placerer individet i, kan ligeledes påvirke individets identitetsopfattelse, idet individets identitet udvikles og forandres i samspil med omverdenen. Eksempelvis kan individer fastholdes i bestemte subjektpositioner gennem sproget. Skizofreniens historicitet samt negative omtale i hverdagssproget og i medierne kan påvirke det almene billede af skizofreni i en negativ og dermed potentielt stigmatiserende retning (Vendsborg et al., 2011). Vendsborg et al. (2011) påpeger dog, at brugen af ord knyttet til psykisk sygdom i hverdagssprog også kan mindske berøringsangsten og dermed afstigmatisere. En forkert forståelse af skizofrenidiagnosen kan dog muligvis medføre endnu mere stigmatisering.

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) har i tråd med dette undersøgt betydningen af hverdagssproget for individet med skizofrenis selvforståelse (Jacobsen, 2010). De 28 deltagere (11 individer med psykisk lidelse og 18 pårørende) i den kvalitative del af undersøgelsen understreger, hvordan hverdagssproget om psykisk lidelse er med til at afgøre, hvordan der kommunikeres om psykisk lidelse, og sproget er dermed også med til at skabe og bevare stigmatisering og selvstigmatisering. Her kan der argumenteres for, at sproget kan være med til at tildele samt fastholde individet med skizofreni i en bestemt subjektposition.

Operationalisering af stigmatisering

I ovenstående analyse er der benyttet en række empiriske studier, hvorfor der i følgende afsnit vil diskuteres hvilke ulemper der kan være ved at benytte studier som disse i løbet af opgaven.

De benyttede studiers fund kan kritiseres med udgangspunkt i operationaliseringen af fænomenet stigmatisering. Stigmatisering er et multifaktorielt konstrukt, hvorfor der findes mange forskellige definitioner af fænomenet (Link & Phelan, 2001). Den valgte definition i en undersøgelse kan derfor påvirke studiets metoder og resultater. Der kan samtidig argumenteres for, at stigma er et fænomen der kan være svært at måle, idet fænomenet er svært at afgrænse, da stigmatisering er indlejret i sociale relationer og i samfundet (Goffman, 2009). Derved kan studiernes konstruktvaliditet betvivles. Ligeledes kan der sættes spørgsmålstejn ved den sammenhæng studier finder mellem stigmatisering og recoveryprocessen. Hvorvidt der reelt findes en kausal sammenhæng er uvis, idet denne sammenhæng kan skyldes en anden variabel,

som eksempelvis lavt selvværd. Dette kan medføre kausale fejlslutninger. I flere studier fremhæves det dog, at fremtidige studier bør undersøge andre medierende variable eller faktorer, der kan påvirke stigmatisering. Studier af stigmatisering kan også kritiseres med udgangspunkt i Link & Phelan (2001), der mener, at der i forskningen af stigma skal fokuseres på mere strukturelle og systemiske forklaringer. Derved kan studierne kritiseres for at anvende og undersøge stigma på et mere individualistisk plan. Link & Phelan (2001) understreger dermed, at den måde hvorpå stigmatiering som konstrukt forstås, har implikationer for undersøgelsesmetode og resultater, hvilket også gør sig også gældende for denne opgave.

Delkonklusion

I ovenstående analyse er det belyst, hvordan samfundets stigmatisering af individet med skizofreni kan have en række konsekvenser for individet med henblik på, at individets handlemuligheder, tilgængelige subjektpositioner og agens indskrænkes, samt individets selvforståelse bliver negativt påvirket. Ligeledes kan den måde, hvorpå samfundet positionerer individet eller individet positionerer sig selv på, have negative konsekvenser for individets agens, handlemuligheder og selvforståelse.

Forskelle og ligheder

I følgende afsnit vil forskelle og ligheder ved den biologiske tilgang og recoverytilgangen til skizofreni blive analyseret. I denne sammenstilling vil begreberne stigmatisering, handlemuligheder og subjektpositioner blive inddraget, for at belyse sygdomsforståelsernes betydning for individet. Dette vil gøres ud fra Sonne-Ragans' (2013) eklektiske opgavemodell *forskelsmodellen*, hvor en sammenstilling af tilganges forskelle kan bidrage til en mere kritisk og nuanceret diskussion af konsekvenserne for individet med skizofreni. Gennem afsnittet vil det belyses, hvordan de to tilgange forstår og arbejder med årsagsforklaringer, udviklingsmuligheder, tildeling af agens, forståelse af selvet samt diagnosen, diagnosticering og behandling.

Årsagsforklaringer

I recoverytilgangen fokuseres der på multiple ætiologiske forklaringer af udviklingen af skizofreni, og det er særligt faktorer af mere social og relationel karakter som betones, hvorimod de biologiske årsagsforklaringer ikke fremstår som primære (Topor, 2003). Ifølge Topor (2003) er individets egen oplevelse af skizofreni og problematikker i forbindelse hermed det vigtigste. I recoverytilgangen ønskes der hermed at arbejde med hele individets livssituation og bearbejde forskellige sociale og miljømæssige faktorer, som påvirker sygdomsforløbet. I modsætning hertil er det specifikt den neurologiske ætiologi bag skizofreni som er central i den biologiske tilgang (Jepsen, 1984).

Den biologiske tilgangs forståelse af skizofreni kan ses som stigmatiserende grundet den primære neurale fundering. "Fejlen", den neurale forstyrrelse, kan ses som en indre del af individet, der hovedsageligt er stabil. Dette kan bevirke både stigmatisering og selvstigmatisering fra samfundet, grundet den stereotype opfattelse om, at individet altid vil være sygt uanset om symptomer er tilstede eller ej (Vendsborg et al., 2011). Opfattelsen af skizofreni, som hovedsageligt en sygdom i hjernen, kan få lidelsen til at virke kronisk. En konsekvens af dette kan være, at andre individer opfatter individet med skizofreni som uberegnelig, idet individet ikke har kontrol over denne biologiske afvigelse (Vendsborg et al., 2011). Hertil kan forståelsen af individet som uberegnelig medføre, at andre individer i samfundet distancerer sig fra individet med skizofreni. Individet med skizofreni vil muligvis integrere samt definere sin identitet på baggrund af denne stereotype opfattelse, hvormed selvforståelsen påvirkes af selvstigmatisering (Vendsborg et al., 2011). Modsat kan den biologiske tilgangs ætiologiske forklaring virke afstigmatiserende, idet individet ikke gøres ansvarlig for egen genetik, og dermed ikke er skyld i sin psykiske lidelse. Dermed kan den biologiske sygdomsforståelse i samfundet tænkes at være mindre associeret med en opfattelse af lidelsen som individets egen skyld, hvilket kan mindske stigmatisering. Idet der er mindre fokus på biologien i recoverytilgangen, men derimod på relationelle problematikker, kan denne tilgang virke mindre deterministisk og dermed mindre stigmatiserende (Topor, 2003). Ligeledes kan denne opfattelse bevirke mindre stigmatisering fra samfundet samt selvstigmatisering, da der er en tro på, at individet med skizofreni har mulighed for at komme sig.

Neuroudviklingshypotesens fokus på ætiologien benyttes ikke blot til at udvikle den rette medicin, men også som bevæggrund for tidlig indsats imod udvikling af skizofreni, da der inden for traditionen undersøges arvelighed samt kognitive-, sociale- og motoriske vanskeligheder

ved børn i risikogruppe (Agnew-Blais et al., 2017; Diwadkar et al., 2011; Weinberger, 1987). Dette peger frem mod et ønske om at behandle forebyggende med medicin, hvormed lidelsens neurale udvikling kan holdes i skak (Weinberger, 1996). Som modstykke til dette fokuseres der inden for recoverytilgangen ikke væsentligt på forebyggelse, men i stedet på, hvordan individet kan håndtere sin skizofreni og komme sig (Jensen, 2004). Dermed bliver individets konkrete problemstilling essentiel.

Udviklingsmuligheder

I begge tilgange ses skizofreni som en psykisk sygdom, der er gennemgribende for individets liv. Inden for den biologiske tradition blev det tidligere antaget, at individet ikke kunne helbredes fra skizofreni (Janicak, 2014). I dag kan individet blive symptomfrit og per definition dermed rask. Gennem neuroimaging- samt postmortem studier ses det, at lidelsen kan give ændringer i hjernestrukturer. (Berger et al., 2017). Hermed understreges det, at skizofreni kan påvirke og ændre individets biologi, dog forstås hjernen stadig som plastisk, hvorfor ændringerne ikke er absolutte. Inden for recoverytilgangen har individet også mulighed for at blive rask, dog arbejder recoverytilgangen med en bredere definition af at være rask (Jensen, 2004). At være symptomfri er inden for recoverytilgangen ikke den eneste måde at komme sig på. Den bredere definition giver mulighed for, at individet kan betragte sig selv som rask, inden individet er *kommet sig helt*. Individet kan således stadig have symptomer, men definere sig selv som at være *kommet sig socialt* (Jensen, 2004). Der er altså flere forskellige måde at være rask på inden for recoverytilgangen, mens den biologiske tilgang opererer med de fastlagte diagnostiske kriterier.

Denne mulighed for at *komme sig socialt* kan give individet flere handlemuligheder, hvilket kan medføre mindre selvstigmatisering og stigmatisering. Mindskelse af stigmatisering og selvstigmatisering kan også skyldes, at både individet og samfundet har opfattelsen af, at recovery er muligt, samt at der arbejdes aktivt mod denne udvikling. Ligeledes giver tanken om mulig udvikling individet flere tilgængelige subjektpositioner, da der hermed er flere stadier i helbredelsesprocessen, som individet kan identificere sig med.

Tildeling af agens

Den tidligere nævnte indre neurale fundering kan indskrænke individets handlemuligheder, og idet individet besidder færre handlemuligheder, kan der argumenteres for, at der forekommer et generelt tab af agens i forhold til give individet mulighed for at ændre sin situation. Dette skyldes, at sygdommen er neuralt funderet, hvilket individet ikke har kontrol over, og derved vil afvige fra normalen. Derved skal individets tab af agens i den biologiske sygdomsforståelse ses som mindre kontrol over sin egen tilværelse. Ligeledes kan det medføre at individet positioneres eller positionerer sig på bestemte måder i det sociale samspil, der påvirker dets selvforståelse og handlemuligheder (Davies & Harré, 2014). Herved kan samfundets syn på skizofreni blive afgørende for, hvilke subjektpositioner der er tilgængelig for individet. Dette kan medvirke til, at individet ikke har mulighed for at ompositionere sig. Herved vil individet forblive placeret i den samme subjektposition, hvilket ikke giver individet en særlig høj grad af agens eller mange handlemuligheder.

I modsætning hertil ses der en højere grad af agens hos individet i recoverytilgangen, idet der opereres med en bredere definition af at komme sig (Topor, 2003). Dermed gives individet mere kontrol over egen tilværelse sammenlignet med den biologiske tilgang, idet individet ikke primært er determineret af sin genetik. Agens hos individet ses her som essentiel for, at individet er bevidst om sine handlemuligheder. Der kan argumenteres for, at individet har større mulighed for at positionere sig og blive positioneret i flere forskellige kategorier. Herved er der mulighed for, at individet ikke bare positioneres i en bestemt stigmatiserende subjektposition, hvorfor denne forståelse giver flere positioneringsmuligheder sammenlignet med den biologiske forståelse. Grundet dette tilskrives individet mere agens og har flere handlemuligheder end i den biologiske sygdomsforståelse, dog kan dette også bevirke mere ansvar hos individet for at blive raskt i recoverytilgangen.

Selvet i skizofreni

Da individet ifølge recoverytilgangen skal anerkende samt bearbejde sin skizofreni for at få en ny selvforståelse, ses bearbejdningen af selvet som essentiel for at komme sig (Topor, 2003). I modsætning hertil ønskes det i den biologiske tilgang at fjerne eller lindre symptomer primært gennem antipsykotika (Fatemi & Folsom, 2009; Weinberger, 1996). Dette kan ses som et udtryk

for, at der gives mulighed for, at individet kan vende tilbage til sit gamle jeg. Den indre psykiske- samt sociale bearbejdning af selvet og lidelsen ses dermed ikke som nødvendig for at komme sig. Med udgangspunkt i Blumers (2009) teoretiske fundament bliver det essentielt i recoverytilgangen, at individet skaber mening i livet med skizofreni for at komme sig. I relationerne med familie, venner og behandlere kan denne meningsfuldhed skabes gennem interaktioner. Hermed bliver det relationelle aspekt fundamentalt for at individet kan komme sig, da individet ikke kan komme sig ved egen hjælp alene. I den biologiske tilgang er medicinen derimod central for at komme sig.

Synet på diagnosen

I recoverytilgangen sættes den deskriptive diagnose i baggrunden, da der ønskes at se på individets subjektive oplevelse af diagnosen (Topor, 2003). I modsætning hertil har den deskriptive diagnose en essentiel rolle i den biologiske tilgang. Den ensartede symptomatologi og klassificering giver psykiske lidelser deres eksistens- og behandlingsberettigelse (Jepsen, 1984). Dermed giver skizofrenidiagnosen adgang til hjælp fra systemet og bliver ligeledes et redskab, hvormed individet får mulighed for at håndtere sin lidelse (Rose, 2015). Yderligere kan diagnosen virke normaliserende, da den fungerer som en forklaringsramme for symptomerne (Simonsen, 2017). Skizofrenidiagnosen kan være grundlag for gruppetilhørsforhold, hvor individet indgår i et fælleskab samt har mulighed for at spejle sig i andre med samme diagnose. Denne spejling er også vigtig i recoverytilgangen, men denne spejling ses som en interaktion, der tager udgangspunkt i alle individets relationer, ikke blot i andre med skizofreni (Blumer, 2009). Ved at fokusere på individet frem for diagnosen kan individet være mere end blot sin afvigelse fra normalen. Ifølge Goffman (2009) vil individet hermed kunne passe ind i andre genkendelige kategorier, end blot den afvigende, hvilket kan mindske stigmatisering. Dog må det hertil overvejes, om det i perioder med symptomforværring ikke vil være muligt for individet at passe ind i mere socialt accepterede- og genkendelige kategorier.

Kategoriel vs. dimensionel

Traditionelt har diagnosticering af psykiske lidelser været kategorielle; enten opfylder individet kriterierne for diagnosen ellers gør det ikke (Esterberg & Compton, 2009).

Diagnosticeringsmanualerne DSM-5 og ICD-10 er kategorielle, men i DSM-5 og forventeligt også i ICD-11 ses der en bevægelse mod en mere dimensionel forståelse af psykiske lidelser. Psykiske lidelser ses her på et kontinuum med forskellige sværhedsgrader (Bhati, 2013). Dette afspejles eksempelvis i DSM-5, hvor skizofrenidiagnosen forstås som et spektrum.

Den biologiske tilgang har traditionelt set lagt sig op ad en kategoriell sygdomsforståelse (Jepsen, 1984). Da neuroudviklingshypotesen anser skizofreni som neuralt funderet, vil der med udgangspunkt i Jepsen (1984) også være en kvalitativ forskel mellem individet med og uden skizofreni. Recoverytilgangens forståelse af skizofreni tillægger sig den dimensionelle forståelse (Topor, 2003). Begge forståelser rummer et dynamisk syn på skizofreni, hvor skizofrenien i perioder kan forværres, mens den kan bedres i andre (Jensen, 2004). Den biologiske tilgangs mere kategorielle syn på skizofreni kan bidrage til øget stigmatisering, da individet ikke får mulighed for at udvikle sig, i samme grad som ved et mere dimensionelt syn, som i recoverytilgangen. Her kan der i tråd med Goffman (2009) argumenteres for, at individet tildeles færre handlemuligheder, da individet ikke selv definerer dét at være rask. Modsætningsvist giver recoverytilgangens udviklingsorienterede syn individet mere agens og flere handlemuligheder.

Den biologiske tilgang spiller en dominerende rolle i det psykiatriske behandlingssystem, og tilgangen er også toneangivende i forhold til diagnosticering (Kragh-Sørensen et al., 2009). Den begyndende bevægelse mod en mere dimensionel forståelse i DSM-5 og formentlig også ICD-11 kan være en afspejling af, at der i den biologiske forståelse åbnes op for en mere dimensionel forståelse af skizofreni og andre psykiske lidelser. Tendensen kan også ses som et udtryk for, at mere sociale- og udviklingsorienterede forståelser af psykiske lidelser får plads i diagnosticeringen. Ydermere kan det også ses som et udtryk for, at den lidt arbitrære opdeling af symptomer ikke har ført til bedre behandling, hvorfor diagnosesystemet gentænkes.

Behandling

Både den biologiske tilgang og recoverytilgangen ønsker en individuel behandlingsform, da der eksempelvis i recoverytilgangen søges individualiseret behandling ved at tage udgangspunkt i den enkeltes kontekst, ressourcer og oplevelser (Topor, 2003). Traditionelt har den biologiske behandlingsform været standardiseret, men biomarkører og andre individuelle karakteristika kan i fremtiden givetvis give mulighed for at individualisere behandlingen (Pickard, 2015). Således forsøges der i begge tilgange at individualisere behandlingen, dog har de forskellige metoder til

dette. Mens medicin er den primære behandlingsform i den biologiske tilgang, benyttes medicin i recoverytilgangen snarere til at gøre bearbejdelse af de underliggende årsager til lidelsen mulig (Topor, 2003). Medicin gives således en mere central plads i behandlingen i den biologiske tilgang end i recoverytilgangen, om end det benyttes begge steder.

Delkonklusion

Recoverytilgangen og den biologiske tilgang har forskellige måder at arbejde med skizofreni på. I recoverytilgangen er individets relationer og meningsskabelse gennem disse essentielle for behandlingen og at komme sig. Herimod er den neurologiske ætiologi samt den medicinske behandling grundlæggende for den biologiske tilgang, da disse giver bevæggrund og mulighed for at blive symptomfri. Det afspejles gennem diagnosemanualerne, hvordan den biologiske tilgang bevæger sig mod en mere dimensionel forståelse af skizofreni. Hermed rykker de to tilgange sig nærmere hinanden. Til trods for at recoverytilgangen overvejende medfører mindre stigmatisering end den biologiske tilgang, kan recoverytilgangen ikke frasige sig stigmatisering helt. Det dimensionelle og relationelle blik på skizofrenidiagnosen giver individet flere handlemuligheder, men dermed også mere ansvar for at komme sig. Sygdomsforståelsernes mere eller mindre stigmatiserende effekt har således en række konsekvenser for individet med skizofreni, hvilket yderligere vil blive diskuteret senere i opgaven.

Videnskabsteoretiske antagelser

I nærværende afsnit vil henholdsvis den biologiske tilgang samt recoverytilgangens ontologiske og epistemologiske standpunkter samt subjektsyn blive analyseret frem. Efterfølgende vil der være en overvejelse om eklekticisme i forhold til tilgangene. Da der i dette afsnit tages udgangspunkt i Sonne-Ragans (2013), vil hendes betegnelser for- og inddelinger af ontologi, epistemologi, subjektsyn samt eklekticisme blive benyttet velvidende, at der eksisterer en lang række andre betegnelser og inddelinger på området.

Ontologi

Da mennesket i den biologiske sygdomsforståelse ses som primært et fysiologisk væsen og skizofreni som objektivt eksisterende i verden, kan der argumenteres for at være en materialistisk ontologi. Her anses verden hovedsageligt for at eksistere uafhængigt af individets bevidsthed om den og uden påvirkning heraf. Den materialistiske ontologi er dominerende i det naturvidenskabelige paradigme, som den biologiske sygdomsforståelse er en del af (Jepsen, 1984). Recoverytilgangen og den symbolske interaktionisme kan siges at være funderet i en dialektisk materialisme, da skizofreni anses for objektivt eksisterende, men hvor forståelsen af lidelsen afhænger af individets opfattelse af den (Jensen, 2004). Ligeledes udlægger Sonne-Ragans (2013), at verden i den dialektiske materialisme er materiel, men består af dynamiske og samvirkende strukturer, hvor individet både påvirker og påvirkes af de objektive ydre rammer. En genstand skal således ikke ses isoleret, men i dens kontekst, hvilket ligger i tråd med recoverytilgangens fokus på de pårørendes betydning for individet. Således har recoverytilgangens ontologi mere fokus på det relationelle end den biologiske sygdomsforståelse, da individer her også er med til at producere den virkelige verden. Begge tilgange anser dog også verden som materielt eksisterende og som havende indflydelse på individet.

Epistemologi

I den biologiske tilgang ses en realistisk epistemologi, da det er muligt at undersøge og erkende skizofreni objektivt gennem empiriske observationer (Jepsen, 1984). Sonne-Ragans (2013) pointerer, at der findes flere varianter af realisme. Dermed kan der argumenteres for, at den biologiske tilgang ikke tilhører underkategorien naiv realisme, hvor virkeligheden ikke er andet end det, mennesket sanser, og hvor adgangen til verden dermed er direkte og uformidlet. I den biologiske sygdomsforståelse er der nemlig en erkendelse af endnu ikke fuldt at kende til de underliggende mekanismer bag skizofreni. Derfor kan fænomenet ikke erfares direkte og uformidlet, men må blive det løbende gennem empiriske undersøgelser (Jepsen, 1984). Ud fra dette kan den biologiske tilgang placeres i den videnskabelige realisme (Sonne-Ragans, 2013).

Der kan i recoverytilgangen ses epistemologiske træk fra den kritiske realisme. Her kan virkeligheden i nogen grad påvirkes af socialt medierede begreber, og videnskabelige teorier kan beskrive forhold, der ikke kan ses med det blotte øje (Sonne-Ragans, 2013). Ligeledes er der i

recoverytilgangen øje for diagnosens betydning for individet med skizofreni, hvorved individet både påvirkes af og påvirker verden (Topor, 2003). Således må der i både den biologiske tilgang og recoverytilgangen benyttes undersøgelser til at afdække fænomenet, dog er deres overbevisninger om, hvad der kan undersøges og hvordan, forskellig.

Subjektsyn

Sonne-Ragans (2013) inddeler teorier i at have enten et centreret-, et decentreret- eller et multipelt subjektsyn. Da skizofreni i den biologiske tilgang hovedsageligt dannes neuralt i individet, kan der argumenteres for primært at herske et centreret subjektsyn, hvor individet ses som havende en fast kerne (Weinberger, 1987). Dog åbnes der som nævnt op for miljøets påvirkning af individet, hvorfor det kan overvejes, om den biologiske tilgang bevæger sig mod et mindre udelukkende centreret subjektsyn (Fatemi & Folsom, 2009).

Recoverytilgangen kan derimod siges at have et decentreret subjektsyn, da individets selv skabes i relation til den anden, og er således påvirket af ydre faktorer (Blumer, 2009). Dog kan der trækkes tråde til det centrerede subjektsyn, fordi det enkelte individ har en bevidst jeg-kerne med evne til selvrefleksion og selv-korrigerende (Blumer, 2009; Topor, 2003).

Eklekticisme

Sonne-Ragans (2013) definerer eklekticisme som en udvælgelse og sammensætning af forskellige ideer, begreber, forklaringer, modeller og teorier. Eklekticisme integrerer således forskellige typer viden med henblik på at skabe en mere kompleks forståelse af et fænomen (Sonne-Ragans, 2013). I forlængelse af denne definition kan der argumenteres for, at recoverytilgangen er eklektisk, da den netop søger at kombinere både biologiske- og sociale årsagsforklaringer. I recoverytilgangen ses der således *teoretisk eklekticisme*, da den indarbejder forskellige teorier for at opnå en mere fuldkommen forståelse af det komplekse fænomen, her skizofreni. Der kan dog også argumenteres for, at recoverytilgangen rummer *praktisk eklekticisme*. Dette skyldes, at der både benyttes behandlingsmuligheder fra den biologiske tilgang, som psykofarmaka, og den mere psykologiske tilgang, som terapi, samt at der både anvendes kvantitative og kvalitative metoder til

undersøgelse af skizofreni. Hermed kan recoverytilgangen siges at være både *teoretisk*- og *praktisk* *eklektisk*. Ved Sonne-Ragans' (2013) definition af eklekticisme er den biologiske tilgang ikke eklektisk, da arbejdet med fænomenet her alene er funderet i den biologiske forståelse. Dog ses der som nævnt en begyndende inkorporering af flere miljømæssige aspekter til den biologiske forståelse, hvilket kan tyde på en bevægelse mod eklekticisme.

Delkonklusion

Af ovenstående analyse fremgår det, at de to tilgange tager udgangspunkt i forskellige videnskabsteoretiske antagelser. Det tydeliggøres hermed, hvorledes individet med skizofreni kan tilgås fra forskellige perspektiver. Sonne-Ragans (2013) pointerer, at videnskabsteoretiske standpunkter ikke kan bevises. Derfor vil det ikke være meningsfuldt at beskæftige sig med, hvorvidt tilgangenes udgangspunkter er sande. I stedet vil det være interessant at forholde sig til, hvilke konsekvenser de respektive videnskabsteoretiske standpunkter kan have for opgavens fænomen. Dette vil blive behandlet i diskussionen.

Diskussion

Styrker og svagheder

I nærværende afsnit vil styrker og svagheder ved henholdsvis den biologiske tilgang og recoverytilgangen blive diskuteret i forhold til deres forståelse-, undersøgelse- og behandling af skizofreni. Denne diskussion af styrker og svagheder ved de to tilgange, kan bidrage til at belyse konsekvenserne af de to tilgange for individet med skizofreni.

Forståelse af skizofreni

Den primært kategorielt afgrænsede forståelse af skizofreni i den biologiske tilgang kan ses som en styrke, da den kan give klarere rammer for, hvornår og hvordan individet skal diagnosticeres, modtage behandling og erklæres rask (Kragh-Sørensen et al., 2009). Dermed kan de kategorielle diagnoser gøre det mere overskueligt for samfundet at håndtere individer med skizofreni samt sikre ensartet behandling. Samtidigt kan den dog med udgangspunkt i recoverytilgangen også blive kritiseret for at være for begrænsende for individets handlemuligheder og tilgængelige subjektpositioner. Det mere dimensionelle syn på skizofreni i recoverytilgangen kan være en styrke, fordi individets egen oplevelse af at være i bedring eller ej også har betydning for, hvornår individet kan defineres som rask.

At individet i recoverytilgangen søges forstået i sin kontekst kan ses som en fordel, da individet får mulighed for at bearbejde nogle af de mere relationelle problematikker, der kan ligge bag skizofrenien (Topor, 2003). Dog kan der rettes en kritik mod recoverytilgangen for at mangle blik for det biologiske aspekt af skizofreni. Modsatte kritik kan rettes mod den biologiske tilgang for at skære alle individer med skizofreni over en kam, idet det relationelle aspekt ikke prioriteres. Serafini et al. (2011) fandt, at 202 læger, sygeplejersker, studerende og psykiatriske patienter signifikant oftere associerede individet med skizofreni som værende farlig og uberegnelig og med et ønske om at tage afstand til individet, hvis diagnosen blev udlagt som genetisk, end hvis lidelsen i stedet blev præsenteret som grundet miljømæssige faktorer. Ydermere var den biologiske sygdomsforståelse af skizofreni positivt korreleret med stigmatisering. Dette understøtter, at recoverytilgangen er mindre stigmatiserende end den biologiske tilgang. Dog baserer studiet sig på standardiserede spørgeskemaundersøgelser, hvor

der er benyttet selvrapportering, hvilket kan have en række ulemper, som vil udlægges yderligere i diskussionen. Selvom dette peger på, at den biologiske sygdomsforståelse af skizofreni er mere stigmatiserende end recoverytilgangen argumenteres der også for, at den biologiske tilgang kan virke afstigmatiserende. Denne tvetydighed anerkendes af Phelan (2002), hvorfor det ikke er entydigt i litteraturen, hvorvidt den biologiske sygdomsforståelse har en negativ eller positiv effekt på stigmatisering.

Multiple faktorer

Den biologiske tilgang anerkender, at mere sociale og relationelle faktorer kan have betydning, dog har det typisk ikke implikationer for forskning og behandling (Fatemi & Folsom, 2009). Med udgangspunkt i recoverytilgangens forståelse kan det betvivles, om den biologiske forskningstradition vil kunne kortlægge de komplekse sammenhænge bag skizofreni, da alle de mulige årsagsfaktorer ikke undersøges. At der i recoverytilgangen er øje for individets opvækst, herunder tilknytning til primære omsorgspersoner, kan ses som en styrke. Denne pointe understøttes af Gumley et al. (2014) som undersøgte 79 personer med førstegangspsykoser gennem *Adult Attachment Interview*. De fandt, at individer med utryk tilknytning er signifikant overrepræsenteret ved skizofreni. Dette kan tale for, at en opmærksomhed på utrygt tilknyttede individer i risikogruppe for skizofreni, og tidlig indsats rettet mod deres tilknytningsstil, kan styrke forebyggelsen og behandlingen af skizofreni.

At det relationelle er en faktor i udviklingen af skizofreni i recoverytilgangen, kan give pårørende større skyldfølelse, hvilket kan ses som en ulempe. Det skærpede fokus på genetik i den biologiske tilgang kan ses som en styrke, da skylden og ansvaret for sygdommen fjernes fra individet og dets pårørende, og dermed virker afstigmatiserende. Omvendt kan synet på skizofreni som hovedsageligt biologisk determineret også virke mere stigmatiserende og tillægge individet ansvar, idet skizofrenien kan anses for at være en indre fejl hos individet.

Moderat eklekticisme

Som analyseret ses der grundlæggende forskelle i de videnskabsteoretiske standpunkter, som de to tilgange er funderet i. Med udgangspunkt i Habermas' opdeling af erkendelsesinteresser, forsøges det i recoverytilgangen at rumme både den tekniske-, praktiske- og frigørende interesse

(Sonne-Ragans, 2013). Dette skyldes, at der både integreres biologiske årsagsforklarende aspekter, men også den subjektive oplevelse samt bevidstgørelse af individets agens og handlemuligheder (Sonne-Ragans, 2013). Det kan overvejes, om det er muligt for en tilgang at rumme alle erkendelsesinteresserne, og om denne eklekticisme kan give et inkonsistensproblem i tilgangens subjektsyn. Samtidig kan det også ses som et forsøg på at afspejle virkeligheden, som netop rummer alle disse aspekter. I henhold til Sonne-Ragans (2013) kan der således argumenteres for, at det vil være en fordel at have en moderat eklekticisme, som i recoverytilgangen, idet lidelsens kompleksitet søges afspejlet gennem kombinationen af flere forståelser af individet.

Undersøgelse af skizofreni

At skizofreni hovedsageligt undersøges kvantitativt i den biologiske tilgang kan ses som en styrke, da disse kan give mulighed for generaliserbarhed og at finde tendenser og sammenhænge, der er gældende for mange mennesker. Disse tendenser kan hermed hjælpe til, at mange individer med skizofreni får den rigtige behandling. At Topor (2003) undersøger skizofreni kvalitativt, og på en lille sample rummer ikke samme form for generaliserbarhed, hvilket kan ses som en ulempe. Dog er det en forøget risiko ved kvantitative studier, at de ikke kun bliver metodisk reduktionistiske, men også ontologisk reduktionistiske, hvormed essentielle aspekter af et givent fænomen kan gå tabt (Sonne-Ragans, 2013). Eksempelvis kan det kritiseres, at Agnew-Blais et al.'s, (2017) studie er udført i en eksperimentel forsøgssopstilling frem for i naturlige omgivelser. Dette kan kritiseres for at undersøge fænomenet uden for sin reelle kontekst, hvilket kan ses som reduktionistisk, da det svækker den økologiske validitet (Hoyle, Harris, & Judd, 2002). Koppé (2015) understreger i tråd med dette, at al god videnskab bør efterstræbe generaliserbarhed. Dog kommer generalisering altid på kompromis med kompleksitet, hvorfor resultater af kvantitative studier bør betragtes med forbehold. At der i recoverytilgangen anvendes kvalitative undersøgelser kan ifølge Roald & Koppé (2008) ses som en styrke, da disse kan indfange fænomenet mere fyldestgørende og nuanceret. Dog benyttes der som nævnt både kvantitative og kvalitative undersøgelser i recoverytilgangen. Dette kan ses som en fordel, da der kan argumenteres for, at de to undersøgelsesformer komplementerer hinandens muligheder og begrænsninger gennem deres henholdsvis nomotetiske og ideografiske metodikker.

Ætiologi og forebyggelse

Weinberger (1996) kritiserer selv neuroudviklingshypotesen for at være svær at falsificere, fordi det blandt andet kan være vanskeligt at undersøge den neurale udvikling i fosterstadiet samt omkring fødslen. Hypotesen understøttes af undersøgelser af blandt andet kognitive deficits hos børn og deres senere udvikling af skizofreni (Agnew-Blais et al., 2017; Diwadkar et al., 2011). Studier som disse måler på resultaterne af den forstyrrede neurale udvikling, og hypotesen kan derfor kritiseres for hovedsageligt at bygge på indirekte resultater. Dette forsøges opvejet i forskningen ved at undersøge specifikke synapsers udvikling, og dermed forsøges det at kortlægge den forstyrrede neurale udvikling (Faludi & Mirnics, 2011). Spørgsmålet er dog, hvorvidt en specifik synaptisk forstyrrelse kan undersøges uafhængigt, eller i stedet skal ses som en del af et større komplekst netværk.

I recoverytilgangen vurderes det vigtigere at se fremad end tilbage, hvorfor der fokuseres mindre på ætiologien (Topor, 2003). Men hvis udviklingen af skizofreni kan bremses gennem tidlig medicinsk indsats, vil der kunne rettes en kritik mod recoverytilgangen for at negligere den biologiske forskning. Til gengæld er der i recoverytilgangen øje for at undersøge de psykosociale faktorer i udviklingen af skizofreni. Dette underbygges af Quijada, Kwapil, Tizón, Sheinbaum, & Barrantes-Vidals (2015) studie, som undersøgte tilknytningsstil (*Relationships Questionnaire*) samt positive og negative symptomer (*PANSS*) hos 38 personer i højrisikogruppe for udvikling af skizofreni før og efter et års psykosocial behandling. De fandt, at individer med sikker tilknytning havde signifikant bedre forløb end individer med usikker tilknytning, hvilket understøtter at sikker tilknytning kan virke forebyggende imod skizofreni. Derved kan en væsentlig del af forståelsen af udviklingen af skizofreni gå tabt, hvis individets relationer ikke medregnes.

Medicin vs. psykoterapi

Den medicinske behandling med antipsykotika for skizofreni, som anvendes i den biologiske tilgang, kan give klarere retningslinjer for behandling. Dermed kan det være lettere at vurdere, hvilken behandling individet skal have, herunder hvilken type antipsykotika samt hvilken dosis (Fink-Jensen, Videbech, & Simonsen, 2017). Ud fra recoverytilgangen kan denne medicinske behandling kritiseres, da der her menes, at medicin ikke skal ses som behandling i sig selv, men som det der gør psykoterapeutisk behandling mulig (Topor, 2003). Dog er antipsykotikas effekt på

skizofreni empirisk funderet, hvilket kan tyde på, at medicinsk behandling reelt virker (Nordentoft & Vandborg, 2017). Modsat viser andre undersøgelser, at antipsykotikas effekt ikke er signifikant, mens bivirkningerne herved er omfattende (Gøtzsche, 2015). Blandt bivirkningerne ses vægtøgning og ufrivillige motoriske bevægelser, der kan begrænse individets muligheder for at deltage på lige fod med andre mennesker, eksempelvis på arbejdsmarkedet og i sociale relationer (Jacobsen, 2010). Staring, Mulder, Duivenvoorden, De Haan, & Van der Gaag (2009) undersøgte livskvalitet (*Quality of Life*) samt bivirkninger (*Subjective Wellbeing Scale under Neuroleptics*) gennem selvrapportering hos 114 patienter med psykose. De fandt, at til trods for, at høj kompliance var korreleret med færre psykotiske symptomer og dermed højere livskvalitet, korrelerede det også med flere bivirkninger, hvilket gav lavere livskvalitet. Dermed må det enkelte individ lave en afvejning mellem psykotiske symptomer og bivirkninger fra medicinen, og hvad der giver det mest livskvalitet. Kane et al. (2012) påpeger, at antipsykotikas effekt er signifikant på positive symptomer, men ikke er det på negative symptomer. Derfor advokerer Kane et al. (2012) for, at den biologiske tradition både skal rumme medicinsk- og psykoterapeutisk behandling, for at både de positive og negative symptomer bliver behandlet. I tråd med dette fandt Guo et al. (2010) i et studie af 1268 patienter, som modtog behandling i et år, at medicinsk behandling kombineret med psykoterapi ved skizofreni resulterede i færre tilbagefald og højere livskvalitet end medicinsk behandling alene. Hermed argumenteres der for, at der bør gives både medicin og psykoterapi til individer med skizofreni, som i recoverytilgangen.

Ansvar for behandlingen

Da et primært element i den medicinske behandling i den biologiske tilgang består i, at individet tager sin medicin, overlades der mindre ansvar for recoveryprocessen til individet selv. Dette kan ses som en styrke, da det hermed er typen af antipsykotika samt dosis der er skyld i den eventuelle manglende bedring frem for individet selv. Omvendt kan individet og dets omgivelser blive tildelt mere ansvar for bedringen eller mangel på samme i recoverytilgangen, hvilket kan ses som en svaghed (Jensen, 2004). Modsat kan individets større ansvar for egen bedring give flere handlemuligheder og tilgængelige subjektpositioner. I Topors (2003) undersøgelse af individer, der er kommet sig fra skizofreni, understreger flere af respondenterne, at en vigtig faktor i deres bedring var øget ansvar, hvilket bidrog til en mere meningsfuld tilværelse samt hjalp deres

recoveryproces. Dermed kan individets øgede ansvar i recoverytilgangen være en styrke. At de pårørende inddrages mere i behandlingen kan virke afstigmatiserende, idet de får en større forståelse for lidelsen. Dog kan den øgede medinddragelse også gøre, at de pårørende bebrejder sig selv, hvis individet med skizofreni ikke kommer sig sufficient. Samtidig kan ansvaret være for stor en byrde for de pårørende, som i forvejen er sårbare og påvirkede af deres næres skizofrenilidelse. Dette kan tale for, at det er nemmere, som pårørende, at være en del af behandlingen i den biologiske tilgang end i recoverytilgangen.

Delkonklusion

Gennemgående er styrken ved recoverytilgangen, at individet tildeles flere handlemuligheder og tilgængelige subjektpositioner end i den biologiske tilgang. Svagheden ved recoverytilgangen er overordnet, at individet og dets pårørende samtidigt kan få mere ansvar og skyld i forhold til lidelsens forløb, på både godt og ondt. Omvendt er de mere indskrænkede handlemuligheder og tilgængelige subjektpositioner en svaghed ved den biologiske tilgang, mens styrken er at individet og dets pårørende fritages for ansvar og skyld. På baggrund af dette inddrager recoverytilgangen flere aspekter i dens forståelse af individet med skizofreni, og bør muligvis implementeres mere i praksis.

Kliniske implikationer

I det følgende afsnit vil overvejelser om individet med skizofreni møde med fagfolk og deres forståelser af skizofreni blive diskuteret. Dette inddrages for at overveje, hvordan sygdomsforståelser i klinisk praksis kan have implikationer for det enkelte individ.

Mødet med fagfolk

Fagpersonalet i psykiatrien er nogle af dem, som kritiseres for at stigmatisere individer med skizofreni samt psykiske sygdomme generelt (Jacobsen, 2010; Serafini et al., 2011). Dette kan skyldes, at fagfolk i psykiatrien hovedsageligt møder og arbejder med de sværeste tilfælde, hvor behandlingsresistensen er stor. Hvis individet føler sig mødt af fordomme og manglende forståelse, kan det overvejes, om dette kan hæmme recoveryprocessen. Dog må flere faktorer overvejes i mødet mellem fagfolk og individet med skizofreni. Eksempelvis beskriver formand for

lægeforeningen, Andreas Rudkjøbing, i en artikel af Jyllands-Posten, hvordan nedskæringer og lukninger af sengepladser i psykiatrien stresser og presser fagfolk i psykiatrien (Sørensen & Nielsen, 2018). Han problematiserer psykiatriens forhold, og hvordan medarbejdere i psykiatrien ikke kan give den bedste behandling på grund af de pressede forhold. Rammerne i psykiatrien kan bevirke at fagfolk kan have svært ved altid at møde patienten med forståelse og respekt.

Med baggrund i Blumers (2009) forståelse af interaktioner og meningsskabelse rejser ovenstående spørgsmålet om, hvilken betydning mødet med fagfolk og deres forståelse af skizofreni kan have for individets udvikling og profit af behandlingen. Den biologiske forståelse er blevet kritiseret for at give pessimisme i forhold til behandling og bedring (Phelan, Yang, & Cruz-Rojas, 2006). Hvis den plastiske forståelse af hjernen ikke kommer tydeligt frem i mødet med patienten, risikerer den biologiske forståelse af skizofreni at blive portrætteret som kronisk, hvor individets behandlingsmuligheder er symptomlindring. Derfor kan der argumenteres for, at det er vigtigt for fagfolk med en biologisk forståelse at pointere udviklingsmuligheder, så individet ikke føler sig handlingslammet. Det kan overvejes, om italesættelsen af skizofreni i recoverytilgangen giver grund til mere optimisme og tro på bedring hos individet. Dette kan understøtte at recoverytilgangen bør have en mere dominerende rolle i behandling af skizofreni. Dette skyldes, at den kan give mulighed for at styrke agens og selvværd igennem behandlingsforløbet, hvilket den biologiske tilgang kritiseres for at mangle.

Delkonklusion

I ovenstående afsnit belyses det, hvordan individets møde med fagfolk og deres forståelse af skizofreni har betydning for, hvordan individet forstår sig selv og sin lidelse. Der argumenteres for at en positiv og udviklingsfokuseret italesættelse er vigtig, da den kan fremme agens, handlemuligheder samt tilgængelige subjektpositioner hos individet.

Mindskelse af stigmatisering i samfundet

Idet det er blevet analyseret, hvordan stigmatisering og forskellige sygdomsforståelser kan have negative konsekvenser for individet, vil det i følgende afsnit blive diskuteret, hvorvidt det er muligt at mindske stigmatisering af individer med skizofreni. Corrigan (2014) fremlægger, at der overordnet er tre måder at mindske stigmatisering ved skizofreni i samfundet på: omdøbe

diagnosen, oplyse samfundet om lidelsen og at skabe relationer mellem individer med skizofreni og individer uden. Den følgende diskussion vil tage udgangspunkt i disse. Corrigan (2014) benyttes, da han giver konkrete bud på mindskelse af stigmatisering.

Omdøbe skizofreni

Der har været flere bud på en navneændring for skizofreni-diagnosen. Et bud har været *dopamine dysregulation disorder* (Corrigan, 2014). Denne betegnelse lægger op til en biologisk sygdomsforståelse, hvor skizofreni skyldes en neural forstyrrelse, hvilket jf. tidligere analyse kan virke afstigmatiserende ved, at individet ikke tilskrives lige så meget ansvar for sin skizofreni. Dog kan den også virke mere stigmatiserende, idet denne forståelse kan øge antagelsen om, at der er et deficit i individet samt at lidelsen er kronisk. Denne forståelse kan derfor føre til mindre agens.

I Japan valgtes det i 2002 at omdøbe skizofrenidiagnosen *mind-split-disease* til *integration disorder* (engelske oversættelser) (Takahashi et al., 2009). Ændringen skyldtes blandt andet forveksling med multipel personlighedsforstyrrelse samt at spørgeskemaundersøgelser fandt signifikant øget stigmatisering ved skizofrenibetegnelsen (Sugiura, Sakamoto, Tanaka, Tomoda, & Kitamura, 2001). Takahashi et al. (2009) fandt, at stigmatisering ved skizofreni er mindsket signifikant efter ændringen. Dette blev undersøgt gennem en implicit associationstest, hvor en sample på 68 unge japanere associerede henholdsvis den gamle og den nye skizofrenibetegnelse med positivt- og negativt ladede ord. Hvor hurtigt de associerede ordene skulle vise, hvor stærkt associerede ordene var (Takahashi et al., 2009). Dermed kan der argumenteres for, at en ændring af skizofrenidiagnosens navn kan mindske stigmatisering. Modsat kan resultatet muligvis ikke generaliseres til Danmark, hvor ordet *skizofreni* er latin, og dermed ikke på dansk refererer direkte til en splittelse af sindet. Kulturelle forskelle kan også have en indvirkning på resultatet, hvorfor en tilsvarende dansk undersøgelse ville være nødvendig før en lignende navneændring i Danmark. Endvidere kan studiets metode problematiseres for at have en sample på kun 68 forsøgspersoner samt kun at basere sine resultater på en associationstest. Et studie med en lav sample kan medføre mindre statistisk power, hvilket kan gøre resultaterne mindre generaliserbare.

Navneændringen kan også kritiseres med udgangspunkt i Goffman (2009), da stigmatisering som nævnt er indlejret i sociale processer individer imellem. Sproget er en del

heraf, men individet med skizofreni vil stadig kunne blive kategoriseret som afvigende på baggrund af dets adfærd, om end det omtales anderledes. Modsat kan det overvejes, om en navneændring vil skabe nysgerrighed om lidelsen i samfundet. Dette kan medvirke til, at flere søger information om lidelsen, hvilket kan virke afstigmatiserende. Omvendt vil færre muligvis søge professionel hjælp ved en mindre biologisk ladet betegnelse, da lidelsen kan ses som mindre alvorlig (Phelan et al., 2006). Ud fra Guloksuz & van Os' (2017) kritiske blik på skizofrenidiagnosen vil en omdøbning ikke være nok. I stedet bør opfattelsen af lidelsen være dimensionel, hvilket ligger i tråd med recoverytilgangen og muliggør afstigmatisering.

Oplysning til samfundet

Corrigan (2014) ser edukation som essentiel i bekæmpelse af stigmatisering. Han problematiserer, at en navneændring ikke er fyldestgørende, og han mener ikke, at det er betegnelsen *skizofreni* der fører til stigmatisering, men derimod samfundets opfattelse af lidelsen. Han forventer således, at Japans nye betegnelse med tiden også vil blive forbundet med stigmatisering, idet samfundet stadig har en opfattelse af individet som afvigende fra normalen. Dog er studiet af Takahashi et al. (2009) lavet syv år efter diagnosens ændring, hvilket tyder på, at den afstigmatiserende effekt stadig er gældende. Det vil være interessant at undersøge om effekten vedligeholdes om ti eller tyve år.

En spørgeskemaundersøgelse lavet af SFI der undersøgte 2828 danskeres opfattelser og holdninger til mennesker med psykisk lidelse understøtter Corrigan's (2014) forslag om oplysning til borgerne (Jacobsen, 2010). Jacobsen (2010) fandt, at holdningen til individer med psykisk lidelse hænger sammen med kendskab til- og viden om den pågældende lidelse. I forlængelse af dette foreslår (Vendsborg et al., 2011) mere undervisning om psykiske lidelser i folkeskolen, mere tilgængelig viden på området, og ændring af måden hvorpå individer med psykiske lidelser omtales og projekteres i medierne. Det kan dog være svært at fastlægge, hvilken forståelse af skizofreni der skal udbredes, da denne er så forskellig i henholdsvis recoverytilgangen og den biologiske tilgang. I Sverige fandt Handisam (2012) dog, at en to år lang antistigma-kampagne mindskede befolkningens fordomme om individer med psykiske lidelser signifikant, og gjorde dem mere åbne for eventuel interaktion med individer med psykiske lidelser. Dette

understøtter argumentationen om, at antistigma-kampagner kan være essentielle i bekæmpelsen af stigmatisering.

Tag kontakt

En undersøgelse af Corrigan et al. (2001) viser, at dét, at møde individer med psykiske lidelser korrelerer positivt med afstigmatisering. 152 universitetsstuderende besvarede et spørgeskema om deres antagelser om skizofreni, før og efter de havde set et videoklip med en person, der var kommet sig fra skizofreni, som fortalte om lidelsen. Undersøgelsen af Corrigan et al. (2001) understøtter, at danske tiltag som *En af os* kan være med til at mindske stigmatisering i samfundet, eksempelvis gennem personlige beretninger om at have skizofreni (Rasmussen & Johansen, 2013). Dog kan det kritiseres, at Corrigan et al.'s (2001) studie blot var baseret på et filmklip og ikke på reelle interaktioner mellem individer med skizofreni og individer uden. Samtidig baserer studiet sig på en standardiseret spørgeskemaundersøgelse, hvor der er benyttet selvrapportering. Selvrapportering kan kritiseres, idet der kan opstå respons bias som eksempelvis *social desirability*, hvor respondenter har en tendens til at besvare spørgsmål på den måde, de tænker, at de ansvarlige for studiet ønsker (Hoyle et al. , 2002). Dette kan tænkes at kunne medføre underrapportering af stigmatisering, da der ofte ses en forskel mellem hvordan folk siger, at de vil agere, og hvordan de rent faktisk agerer i praksis. Samtidig kan det betragtes som en svaghed, at studiets sample er universitetsstuderende, idet denne population ikke afspejler befolkningen repræsentativt, hvorved resultaternes generaliserbarhed svækkes. Selvom studiets metode kan kritiseres, fandtes der dog stadig en positiv korrelation, hvilket kan pege i retning mod at afstigmatisering af psykiske lidelser er muligt.

Diagnoser på godt og ondt – en delkonklusion

Sygdomsforståelser og normer i samfundet danner grundlaget for diagnosebilledet, hvorfor diagnoser må ses som afspejlende samtidskonteksten (Brinkmann & Petersen, 2015). Derfor kan der argumenteres for, at ændringer i opfattelsen af lidelser må ske på et samfundsmæssigt plan. Igennem opgaven er der argumenteret for, at stigmatiseringen af individer med skizofreni påvirker individets agens, tilgængelige subjektpositioner, handlemuligheder og selvforståelse. Derfor bør måden, hvorpå samfundet anskuer og behandler skizofrenidiagnosen og individer med skizofreni på, ændres. Dette kunne eksempelvis gøres ved at integrere recoverytilgangen i både psykiatrien

og samfundet. Diagnosernes positive effekt må dog også overvejes. Diagnoser kan virke befriende for individet, idet diagnosen kan give en forklaring på mulig afvigende adfærd samt give mulighed og håb for behandling (Vendsborg et al., 2011). Dette fjerner ikke alle problematikkerne ved diagnosen, dog er det nødvendigvis heller ikke kun hensigtsmæssigt at ændre diagnosen. Implementering af recoverytilgangen samt omlæggelse til en spektrumlidelse kan være med til at ændre samfundets forståelse af skizofreni, da individet og dets udviklingsmuligheder kommer i fokus frem for afvigende adfærd. Dog bør det overvejes, hvilken påvirkning ændringer som disse har for individet på godt og ondt, og flere perspektiver bør overvejes inden gennemgribende ændringer af diagnosen foretages.

Selvkritiske refleksioner

I følgende afsnit vil der reflekteres over opgavens muligheder og begrænsninger. Der vil reflekteres over opgavens selektion af teori og empiri, og hvordan denne selektion påvirker opgavens konklusioner. Ligeledes vil der reflekteres over fordele og ulemper ved eklekticisme i opgaven, samt hvordan eklektisk sammenstilling af den biologiske tilgang og recoverytilgangen kan bidrage med ny viden. Yderligere vil der indgå en selvkritik af opgavens generaliserbarhed.

Opgavens erkendelsesobjekt

I enhver videnskabelig undersøgelse må der ske en selektionsproces, hvor undersøgelsens erkendelsesobjekt udvælges fra realobjektet (Sonne-Ragans, 2013). Althusser definerer realobjektet, som det konkret eksisterende fænomen med alle dets facetter, mens erkendelsesobjektet defineres som udvalgte egenskaber ved realobjektet (Sonne-Ragans, 2013). Således kan skizofreniens konsekvenser for individet betragtes som denne opgaves realobjekt. Konsekvenserne af de to tilganges sygdomsforståelser af skizofreni er således opgavens erkendelsesobjekt. Når det i opgaven er valgt at tage udgangspunkt i henholdsvis den biologiske- og recoverytilgangens sygdomsforståelse, er andre sygdomsforståelser blevet fravalgt. Som fremlagt i analysen opfatter de to tilgange individet på hver deres måde, mens en inddragelse af eksempelvis den psykodynamiske sygdomsforståelse ville have givet en helt tredje forståelse af individet samt udviklingen af skizofreni. Således kan alle aspekter af realobjektet aldrig indfanges i en undersøgelse. Det må i stedet erkendes at undersøgelsens konklusioner afspejler selektionen

(Sonne-Ragans, 2013). Sonne-Ragans (2013) understreger ligeledes, at selektionsprocessen ikke er teorineutral, men er formet af personlige opfattelser og forudindtagne teoretiske forståelser.

Eklekticisme i opgaven

Inddragelsen af de to tilganges syn på skizofreni kan ses som en eklektisk sammenstilling, idet der søges ny viden på baggrund af forskellige perspektiver (Sonne-Ragans, 2013). Analysen kan belyse konsekvenserne ved tilgangene, eksempelvis hvordan den biologiske tilgang kan bidrage med en årsagsforklarende- samt normaliserende ramme gennem den neurale fundering af skizofreni og diagnosen (Simonsen, 2017; Weinberger, 1996). Herimod har recoverytilgangen fokus på at skabe agens og åbne op for flere handlemuligheder samt tilgængelige subjektpositioner for individet (Topor, 2003). Herved fremhæves nogle af konsekvenserne af de respektive tilgange, samt hvordan disse også kan supplere hinandens begrænsninger, hvorved der skabes ny viden om problemstillingen. I opgaven sammenkobles yderligere recoverytilgangen og den symbolske interaktionisme. Dette kan kritiseres, idet recoverytilgangen ikke er en direkte videreudvikling af den symbolske interaktionisme, men blot drager inspiration derfra.

At recoverytilgangen favner bredt og både inddrager psykosociale og biologiske faktorer kan anses for at have været hæmmende for opgavens sammenligning baseret på Sonne-Ragans' (2013) forskelsmodel. Dette skyldes, at de to tilgange på nogle punkter er meget lig hinanden, og der kan dermed argumenteres for, at en anden sygdomsforståelse, end recoverytilgangen, med det psykosociale endnu mere i centrum ville have gjort sammenligningen mere klar. Dog er recoverytilgangen samt den biologiske tilgang fremtrædende i praksis, hvilket gør opgaven mere virkelighedsnær. I forlængelse af dette er en af argumenterne for eklekticisme generelt i denne opgave, at det giver mulighed for forsøge at afspejle virkeligheden samt dens kompleksitet gennem inddragelse af flere perspektiver (Sonne-Ragans, 2013). En kritik af eklekticisme er modsat den manglende systematik, idet der ikke findes en fast standardprocedure for eklektisk sammenstilling. Derved er der ikke nødvendigvis nogle uafhængige vurderingskriterier, som kan sikre en konsistent sammenstilling, hvilket kan kompromittere videnskaben (Sonne-Ragans, 2013). En måde hvorpå denne kritik kan imødekommes i opgaven er gennem eksplicit refleksion over den eklektiske sammenstilling, eksempelvis om hvilke forskelle og ligheder, som udgør hovedfokus for sammenstillingen (Sonne-Ragans, 2013).

Generaliserbarhed

I opgaven er det forsøgt belyst, hvilke konsekvenser stigmatisering kan have for individet med skizofreni. Der har været fokus på diagnosen skizofreni, da flere undersøgelser viser, at individer med skizofreni er blandt dem, der oplever allermest stigmatisering i samfundet (Rasmussen & Johansen, 2013; Vass et al. 2015). Dog er det værd at overveje om opgavens fund kan generaliseres til psykiske lidelser generelt. Med udgangspunkt i Goffman (2009) kan der argumenteres for, at ligegyldigt hvilken diagnose individet har, bliver det et label på at være afvigende fra normalen, hvilket kan føre til stigmatisering. Stigmatisering fra samfundet vil således opstå uafhængigt af, om individet eksempelvis har en personlighedsforstyrrelses- eller skizofrenidiagnose. Derved kan der argumenteres for, at opgavens problemstilling kan generaliseres til andre psykiske lidelser. I opgaven kunne der med fordel inddrages flere studier af stigmatisering og andre psykiske lidelser generelt for at forbedre generaliserbarheden. Alligevel er det værd at have in mente, at nogle diagnoser påvirker individets adfærd og selvforståelse mere end andre, hvorfor det på nogle punkter således kan være svært at generalisere opgavens fund til andre psykiske lidelser end skizofreni.

Delkonklusion

Opgavens konklusioner kan kritiseres, idet de er påvirket af den selektion af teori og empiri, som er foretaget. Dog argumenterer Sonne-Ragans (2013) for, at denne selektion altid vil indgå i videnskabelige undersøgelser, da fænomener er uendeligt aspektuerede. Den eklektiske sammenstilling af den biologiske tilgang og recoverytilgangen kan ses som et forsøg på at afspejle virkeligheden samt skabe ny viden fra eksisterende perspektiver. Dog kan eklekticismen i opgaven også kritiseres for, at der ikke er nogen kriterier, som sikrer systematik, hvilket kan kompromittere videnskabeligheden. I opgaven er der taget udgangspunkt i konsekvenser for det enkelte individ med skizofreni, hvilket begrænser opgavens generaliserbarhed. Denne kunne højnes ved at sprede undersøgelsens fokus ud til flere andre psykiske lidelser.

Konklusion

Opgavens formål var at undersøge, hvilken betydning forskellige sygdomsforståelse har for individet med skizofreni. Her har der været fokus på, hvordan henholdsvis den biologiske tilgang og recoverytilgangen kan virke stigmatiserende i mere eller mindre grad, og hvordan dette kan påvirke individets agens, handlemuligheder, tilgængelige subjektpositioner og selvforståelse.

Som det fremgår af analysen og diskussionen har de to tilgange forskellige styrker og svagheder. Den biologiske forståelse kan virke stigmatiserende, idet individet kan ses som havende en indre fejl og dermed afviger fra normalen. I den biologiske forståelse tildeles individet mere skyld, idet skizofreni ses som hovedsageligt neuralt funderet, hvilket kan ses som en svaghed ved forståelsen (Weinberger, 1987). Dette kan resultere i færre handlemuligheder, tilgængelige subjektpositioner og agens, samt påvirke selvforståelsen, grundet at individet opfatter sig selv som afvigende fra normalen. Omvendt kan den biologiske sygdomsforståelse også mindske individets følelse af skyld for skizofrenien, grundet lidelsens neurale fundering. Dermed tildeles individet ikke ansvar for sin biologi, hvilket også afspejles i, at medicin er central for at komme sig. Herved kan tildelingen af skyld og ansvar i den biologiske forståelse afhænge af perspektiv.

Recoverytilgangen kan virke mindre stigmatiserende, da der eksisterer en tro på, at individet kan komme sig. Ydermere fokuseres der på psykosociale aspekter i behandlingen (Topor, 2003). Dette giver individet flere handlemuligheder, tilgængelige subjektpositioner og mere agens samt mulighed for en mere positiv selvforståelse. Dog kan den øgede inddragelse af individet og dets pårørende også tillægge dem større ansvar for individets recoveryproces, hvilket kan ses som en svaghed ved behandlingen. Forskningen på området er dog ikke entydig, men viser både mere og mindre stigmatisering i begge tilgange (Phelan, 2002). Som det afspejles i diskussionen kan både den biologiske tilgang og recoverytilgangen hjælpe individet med at komme sig fra skizofreni. Den biologiske tradition er dominerende i praksis, men i opgaven argumenteres der for, at recoverytilgangen bør have en central plads i forståelsen og behandlingen af skizofreni, fordi den er afstigmatiserende og giver individet flere udviklingsmuligheder.

Grundet stigmatiseringens konsekvenser for individet med skizofreni, er det blevet diskuteret, hvorvidt det er muligt at mindske stigmatisering i samfundet. Omdøbning af lidelsen, edukation af befolkningen samt interaktion med individer med skizofreni er mulige interventioner

til at mindske stigmatisering (Corrigan, 2014; Handisam, 2012). Dog kan dette være en udfordring, da stigmatisering er indlejret i sociale processer (Goffman, 2009).

Selektion af opgavens teori og empiri har påvirket opgavens udformning, og hvilke konklusioner der drages. Andre sammenstillinger kunne således have bidraget med andre perspektiver på problemstillingen. Ydermere behandles betydningen af skizofreni for det enkelte individ i opgaven, hvilket kan begrænse generaliserbarheden. Ved at undersøge sygdomsforståelsernes betydning for andre psykiske lidelser kunne opgavens problemstillinger bredes ud til psykisk sygdom generelt og dermed øge generaliserbarheden.

Ændring af hele psykiatrien – en perspektivering

Opgavens omdrejningspunkt har været individet med skizofreni. Med udgangspunkt i opgaven kunne det være interessant videre at perspektivere til stigmatisering i psykiatrien generelt. Jansens (2017) kritik af psykiatrien inddrages her for at belyse, hvordan stigmatisering i psykiatrien muligvis kunne ændres.

Jansen (2017) problematiserer i en artikel i Kristeligt Dagblad, at psykiatrien på mange måder er blevet en mere og mere stigmatiseret institution, der blandt andet afholder folk fra at søge behandling, hvorfor der er brug for forandring. Ifølge Jansen (2017) ses der i psykiatrien stadig en tendens til, at mange psykiske lidelser er forankret i en biomedicinsk tradition med en forståelse af psykisk lidelse som symptomer på underliggende biologiske årsager. Jansen (2017) foreslår, at man bør ændre den sproglige italesættelse af psykiatrien til en benævnelse, der lægger op til en bredere forståelsesramme og mere tværfaglig tilgang til psykiske lidelser. Dette kan ses i tråd med omlægningen af skizofrenidiagnosen i Japan, som tidligere diskuteret. Jansen (2017) udlægger, at så længe samfundet opretholder psykiatri som begreb, bibeholdes der også et indtryk af, at psykiske lidelser først og fremmest er biologisk funderet. Herved behandles underliggende neurale forstyrrelser med metoder fra den naturvidenskabelige tradition. I forlængelse af opgavens omdrejningspunkt kan denne grundlæggende forståelse i psykiatrien påvirke individer med psykiske lidelser med henblik på deres følelse af agens, handlemuligheder, tilgængelige subjektpositioner og selvforståelse. Herved er der tale om en ændring af hele psykiatrien generelt og ikke kun med fokus på individer med skizofreni, hvilket denne opgave har fokuseret på. Denne tradition i psykiatrien udlægger Jansen (2017) også fastholdes af manglende

sengepladser, mindre terapi og mindre tid til relationelt arbejde, hvilket i høj grad skyldes manglende ressourcer. Herved skal ikke blot diskursen og den sproglige fremstilling af psykiatrien ændres, men også psykiatrien på et mere praktisk og strukturelt plan.

Litteraturliste

Selvvalgt litteratur

Primær litteratur

- Agnew-Blais, J., Seidman, L. J., Fitzmaurice, G. M., Smoller, J. W., Goldstein, J. M., & Buka, S. L. (2017). The interplay of childhood behavior problems and IQ in the development of later schizophrenia and affective psychoses. *Schizophrenia Research*, 184, 45–51. **(12 NS)**
- Berger, G. E., Bartholomeusz, C. F., Wood, S. J., Ang, A., Phillips, L. J., Proffitt, T., ... Pantelis, C. (2017). Ventricular volumes across stages of schizophrenia and other psychoses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(10), 1041–1051. **(16 NS)**
- Blumer, H. (2009). *Symbolic interactionism: perspective and method* (Nachdr.). Berkeley, Calif.: Univ. of California Press. Kap. 1-3 **(75 NS)**
- Corrigan, P. W. (2014). Erasing stigma is much more than changing words. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(10), 1263–1264. **(3 NS)**
- Davies, B., & Harré, R. (2014). *Positionering - diskursiv produktion af selver* (1st ed.). København: Mindspace. **(35 NS)**
- Diwadkar, V. A., Goradia, D., Hosanagar, A., Mermon, D., Montrose, D. M., Birmaher, B., ... Keshavan, M. S. (2011). Working memory and attention deficits in adolescent offspring of schizophrenia or bipolar patients: comparing vulnerability markers. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35(5), 1349–1354. **(12 NS)**
- Faludi, G., & Mirnics, K. (2011). Synaptic changes in the brain of subjects with schizophrenia. *International Journal of Developmental Neuroscience: The Official Journal of the International Society for Developmental Neuroscience*, 29(3), 305–309. **(10 NS)**
- Feinberg, I. (1982). Schizophrenia: Caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? *Journal of Psychiatric Research*, 17(4), 319–334. **(24 NS)**
- Goffman, E. (2009). *Stigma: om afvigerens sociale identitet*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Guloksuz, S., & van Os, J. (2017). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48(02), 229–244. **(144 NS)**

- Gumley, A. I., Schwannauer, M., Macbeth, A., Fisher, R., Clark, S., Rattrie, L., ... Birchwood, M. (2014). Insight, duration of untreated psychosis and attachment in first-episode psychosis: prospective study of psychiatric recovery over 12-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 205(01), 60–67. **(4 NS)**
- Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B., Wang, C., ... Zhao, J. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 895–904. **(16 NS)**
- Handisam. (2012). Hjärnkoll förändrar attityder. **(3 NS)**
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as Related to Mental Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 367–393. **(36 NS)**
- Jensen, P. (Ed.). (2004). *Recovery på Dansk: at overvinde psykosociale handicap* (1. udg., 1. opl). Århus C: Systime Acad. **(214 NS)**
- Jepsen, P. W. (1984). Psykiatriske sygdomsmodeller. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 38(6), 523–530. **(10 NS)**
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363> **(26 NS)**
- Phelan, J. C., Yang, L. H., & Cruz-Rojas, R. (2006). Effects of attributing serious mental illnesses to genetic causes on orientations to treatment. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(3), 382–387. **(14 NS)**
- Pickard, B. S. (2015). Schizophrenia biomarkers: Translating the descriptive into the diagnostic. *Journal of Psychopharmacology*, 29(2), 138–143. **(11 NS)**
- Quijada, Y., Kwapil, T. R., Tizón, J., Sheinbaum, T., & Barrantes-Vidal, N. (2015). Impact of attachment style on the 1-year outcome of persons with an at-risk mental state for psychosis. *Psychiatry Research*, 228(3), 849–856. **(12 NS)**
- Serafini, G., Pompili, M., Haghighat, R., Pucci, D., Pastina, M., Lester, D., ... Girardi, P. (2011). Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(7), 576–585. **(17 NS)**
- Staring, A. B. P., Mulder, C. L., Duivenvoorden, H. J., De Haan, L., & Van der Gaag, M. (2009). Fewer symptoms vs. more side-effects in schizophrenia? Opposing pathways between antipsychotic medication compliance and quality of life. *Schizophrenia*

Research, 113(1), 27–33. **(8 NS)**

Sugiura, T., Sakamoto, S., Tanaka, E., Tomoda, A., & Kitamura, T. (2001). Labeling effect of Seishin-bunretsu-byou, the Japanese translation for schizophrenia: an argument for relabeling. *The International Journal of Social Psychiatry*, 47(2), 43–51. **(10 NS)**

Takahashi, H., Ideno, T., Okubo, S., Matsui, H., Takemura, K., Matsuura, M., ... Okubo, Y. (2009). Impact of changing the Japanese term for “schizophrenia” for reasons of stereotypical beliefs of schizophrenia in Japanese youth. *Schizophrenia Research*, 112(1–3), 149–152. **(5 NS)**

Topor, A. (2003). *Recovery: at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. Kbh.: Hans Reitzel. **(317 NS)**

Vass, V., Morrison, A. P., Law, H., Dudley, J., Taylor, P., Bennett, K. M., & Bentall, R. P. (2015). How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Research*, 230(2), 487–495. **(25 NS)**

Vass, V., Sitko, K., West, S., & Bentall, R. P. (2017). How stigma gets under the skin: the role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis. *Psychosis*, 9(3), 235–244. **(9 NS)**

Weinberger, D. (1996). On the Plausibility of “The Neurodevelopmental Hypothesis” of Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 14(3), 1S-11S. **(16 NS)**

Weinberger, D. R. (1987). Implications of Normal Brain Development for the Pathogenesis of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, (44), 660–669. **(15 NS)**

Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437–1442. **(13 NS)**

Primærlitteratur i alt: 1131 NS

Sekundærlitteratur

Esterberg, M. L., & Compton, M. T. (2009). The psychosis continuum and categorical versus dimensional diagnostic approaches. *Current Psychiatry Reports*, 11(3), 179–184. **(11 NS)**

Fatemi, S. H., & Folsom, T. D. (2009). The Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia, Revisited. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 528–548. **(21 NS)**

Janicak, P. G. (Ed.). (2014). *Schizophrenia: recent advances in diagnosis and treatment*. New York, NY: Springer. Kap. 1 + 2 **(20 NS)**

Lewis, D. A., & Levitt, P. (2002). Schizophrenia as a Disorder of Neurodevelopment. *Annual Review of Neuroscience*, 25(1), 409–432. **(21 NS)**

Sekundærlitteratur i alt: 73 NS

Selvvalgt litteratur i alt: 1204 NS

Supplerende litteratur

Bhati, M. T. (2013). Defining Psychosis: The Evolution of DSM-5 Schizophrenia Spectrum Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15(11)

Brinkmann, S. (2015). Diagnoser som epistemiske objekter. In *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (1st ed., pp. 37–57). Århus C: Klim.

Brinkmann, S., & Petersen, A. (2015). Dilemmaer og paradokser i diagnosekulturen. In *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (1st ed., pp. 341–360). Århus C: Klim.

Davies, B. (1990). Agency as a Form of Discursive Practice. A Classroom Scene Observed. *British Journal of Sociology of Education*, 11(3), 341–361.

Dreier, O. (2008). The Conduct of Everyday Life and the Life Trajectory. In *Psychotherapy in everyday life*. Cambridge ; New York: Cambridge University Press.

Fink-Jensen, A., Videbech, P., & Simonsen, E. (2017). Psykofarmakologi. In *Grundbog i psykiatri* (2nd ed., pp. 643–670). Hans Reitzel.

Gøtzsche, P. C. (2015). Overdiagnostik og overbehandling i psykiatrien. In *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Klim.

Holzkamp, K. (2013). *Psychology from the standpoint of the subject: selected writings of Klaus Holzkamp*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Hoyle, R. H., Harris, M. J., & Judd, C. M. (2002). *Research methods in social relations* (7th ed). Fort Worth, TX: Wadsworth. Kap. 4

Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187–193.

Jablensky, A., McNeil, T. F., & Morgan, V. A. (2017). Barbara Fish and a Short History of the

- Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 43(6),
- Jacobsen, C. B. (2010). *Stigma og psykiske lidelser: som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*. Kbh.: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd : DSI : Danske Regioner.
- Jansen, A. J. E. (2017, November 28). Psykolog: Er det på tide at droppe betegnelsen "psykiatri"? Retrieved May 19, 2018, from <https://www.kristeligt-dagblad.dk/debat/psykolog-er-det-paa-tide-helt-droppe-betegnelsen-psykiatri>
- Johnsen, R., & Christiansen, M. B. (2015). Lidelsens billedbog - diagnosernes brug i hverdagssproget. In *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 271–290). Klim.
- Kane, J. M., Cornblatt, B., Correll, C. U., Goldberg, T., Lencz, T., Malhotra, A. K., ... Szeszko, P. (2012). The Field of Schizophrenia: Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats. *Schizophrenia Bulletin*, 38(1), 1–4.
- Køppe, S. (2015). Data og metode i humaniora. In *Kampen om disciplinerne: viden og videnskabelighed i humanistisk forskning* (pp. 23–44). København: Hans Reitzel.
- Kragh, J. V. (Ed.). (2008). *Psykiatriens historie i Danmark* (1. udg., 1. opl). København: Reitzel. Kap. 1 + 2
- Kragh, J. V., Simonsen, E., & Møhl, B. (2017). Psykiatriens historie i Danmark. In *Grundbog i psykiatri* (pp. 899–921). Kbh.: Reitzel.
- Kragh-Sørensen, P., Parnas, J., & Mors, O. (2009). Psykiatriens teoretiske fundament: Sygdomsbegreb, klassifikation og diagnostik. In *Klinisk psykiatri* (pp. 29–76). Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Lake, C. R. (2012). *Schizophrenia is a misdiagnosis: implications for the DSM-5 and the ICD-11*. New York: Springer.
- Nordentoft, M., & Vandborg, S. K. (2017). Skizofreni. In *Grundbog i psykiatri* (pp. 297–323). Kbh.: Reitzel.
- Phelan, J. C. (2002). Genetic bases of mental illness -- a cure for stigma? *Trends in Neurosciences*, 25(8), 430–431.
- Rasmussen, P. S., & Johansen, K. S. (2013). *Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom: en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse som et led i evalueringen af kampagnen En af os*. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.

- Roald, T., & Køppe, S. (2008). Generalisering i kvalitative metoder. *Psyke & Logos*, 29(1), 14.
- Rose, N. (2015). Hvad er diagnoser til for? In *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion* (pp. 17–36). Klim.
- Simonsen, E. (2017). Psykiatrisk klassifikation. In *Grundbog i Psykiatri* (pp. 205–220). Kbh.: Reitzel.
- Sonne-Ragans, V. (2013). *Anvendt videnskabsteori: reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver*. Frederiksberg: Samfundslitteratur. kap. 1, 5, 7, 8, 9
- Sørensen, T. K., & Nielsen, H. F. (2018, October 4). Psykiatere advarer: Vi er tvunget til at udskrive ikke-færdigbehandlede patienter. Retrieved May 11, 2018, from <https://jyllands-posten.dk/indland/ECE10502615/6-af-10-psykiatere-maa-jaevnligt-udskrive-patienter-foer-de-er-faerdigbehandlede/>
- Vendsborg, P. B., Blinkenberg, S., Kistrup, K., Lindhardt, A., & Nordentoft, M. (2011). *Dømt på forhånd: om stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom*. Kbh.: Psykiatrifonden.
- Vendsborg, P., Lindhardt, A., Gram, T., & Bentzen, J. (2016). *Tal i psyken - fakta om psykisk sundhed og psykisk sygdom*. Psykiatrifonden. Retrieved from <http://www.psykiatrifonden.dk/media/1417569/tal-til-psyken-september-2016.pdf>
- World Health Organization (Ed.). (2002). *Mental health: new understanding, new hope* (repr). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (Ed.). (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). Schizophrenia. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>