

---

# Nordiske Udkast

---

Tidsskrift for kritisk samfundsforskning – Årgang 52, nr. 1

## Situeret psykopatologi

**Svend Brinkmann**

Institut for Kommunikation og Psykologi, Aalborg Universitet. svendb@hum.aau.dk

### Resume

*Denne artikel tager udgangspunkt i noget af den kritik, der for nylig er blevet rettet mod den ekspanderende diagnostiske psykiatri ud fra to modsatrettede perspektiver: Den ene repræsenteret ved en neurovidenskabelig tilgang kendt som RDoC, som argumenterer for, at psykiatrien skal bevæge sig ud over symptomer og finde årsagerne til psykisk sygdom i hjernen (Insel et al., 2010), og en anden repræsenteret ved en kontekstuel tilgang kendt som PTMF, som argumenterer for, at psykisk lidelse skal forstås i lyset af, hvad mennesker udsættes for i deres liv (Boyle & Johnstone, 2020). Formålet med kritikken er at formulere et afsæt for en situeret tilgang til psykisk lidelse, der overvinder den diagnostiske psykiatris problemer og søger at integrere neurovidenskabelig viden om hjernen og andre forhold ved personen med viden om miljøet. Med udgangspunkt i forskere som Thomas Fuchs, Jerome Wakefield og Dorte Gannik udfolder jeg afslutningsvis fire grundprincipper for en teori om psykopatologi som situeret, der forhåbentlig peger frem i denne retning.*

### Nøgleord:

Diagnoser, psykiatri, psykopatologi, symptomer, kontekst, situeret

## Introduktion

Psykiatriens nyere historie har været præget af en markant diagnostisk ekspansion. Siden den ætiologiske model for psykisk sygdom blev afløst af symptommodellen omkring 1980, er der løbende kommet nye diagnoser til i de gældende manualer, senest med DSM-5 og ICD-11. I denne artikel vil jeg først udfolde noget af den kritik, der for nylig er blevet rettet mod den ekspanderende diagnostiske psykiatri ud fra to modsatrettede perspektiver: Den ene repræsenteret ved en neurovidenskabelig tilgang kendt som RDoC, som argumenterer for, at psykiatrien skal bevæge sig ud over symptomer og finde årsagerne til psykisk sygdom i hjernen (Insel et al., 2010), og en anden repræsenteret ved en kontekstuel tilgang kendt som PTMF, som argumenterer for, at psykisk lidelse skal forstås i lyset af, hvad mennesker udsættes for i deres liv (Boyle & Johnstone, 2020). Særligt den sidstnævnte kritik påpeger problemet med en kontekstabstraherende og ikke-situeret tilgang i psykiatrien. Mit formål er dog ikke alene kritisk, for jeg vil argumentere for, at vi har brug for et situeret perspektiv på psykisk lidelse, der integrerer neurovidenskabelig viden om hjernen og andre forhold ved personen med viden om miljøet, som hævdede af PTMF-tilgangen. Med udgangspunkt i forskere som Thomas Fuchs, Jerome Wakefield og Dorte Gannik udfolder jeg afslutningsvis fire grundprincipper for en teori om psykopatologi som situeret. Disse principper er:

1. En teori om psykopatologi som situeret er relationel
2. En teori om psykopatologi som situeret har brug for et begreb om økosociale nicher
3. En teori om psykopatologi som situeret har en eksternalistisk komponent
4. En teori om psykopatologi som situeret ser hjernen som et socialt organ

Artiklens udgangspunkt er dermed dels, at den diagnostiske psykiatri er endt i en blindgyde med dens fokus på symptomer, og dels at en frugtbar vej frem for forskere såvel som praktikere og de patienter, der gerne skulle hjælpes af en adækvat forståelse af psykiske lidelser, vil gå via en situeret forståelse af psykopatologi.

## Fra ætiologi til symptomer

Det er velkendt, at der omkring 1980 med skabelsen af DSM-III skete en revolution i psykiatrien. En ny psykiatrisk manual erstattede den ældre ætiologiske forståelse af psykisk sygdom med en diagnostisk forståelse, baseret på konkrete faktiske symptomer inden for en given tidsperiode (Horwitz, 2002; Kutchins & Kirk, 1997).<sup>1</sup> Før

DSM-III var en diagnose blevet stillet på baggrund af patientens biografi, hans eller hendes erfaringer, personlighed, handlinger og relationer, og psykiatere brugte ofte teoretisk viden fra psykoanalysen til at beskrive patienten. Imidlertid var denne diagnostiske praksis ganske upålidelig, hvilket foranledigede skiftet til den diagnostiske tilgang. Med introduktionen af den nye diagnostiske tilgang kunne der stilles en diagnose, hvis patienten har mindst x antal symptomer fra en given liste inden for y uger eller måneder (afhængig af den specifikke diagnosekategori). En psykiater vil normalt også søge at kortlægge væsentlige faktorer i patientens historie og oplevelser, men der lægges nu så megen vægt på symptomatologi, at Horwitz omtaler hele denne overgang som en, hvor ætiologisk psykiatri simpelthen blev erstattet af ”diagnostisk psykiatri” (Horwitz, 2002).

Med overgangen til den seneste manual i amerikansk psykiatri, nemlig DSM-5 fra 2013, forventede mange en ny revolution inden for psykiatrien, der skulle forlade den ofte kritiserede kategoriske tilgang, hvor man enten har eller ikke har en psykisk lidelse baseret på antallet og sværhedsgraden af symptomer, til fordel for en dimensionel tilgang, hvor alle mennesker i princippet kan placeres et sted på kontinuaerne. Men bestræbelserne på at konstruere et dimensionelt system mislykkedes, og i stedet blev kapitlerne i manualen simpelthen omorganiseret. Ligheden mellem de to udgaver af DSM betyder, at mange af de kritikpunkter, der blev rejst over for DSM-III og DSM-IV (fx af Kutchins & Kirk, 1997), stadig gælder i forhold til DSM-5, og ironisk nok nu bliver udtrykt af folk som Allen Frances, der var formand for den taskforce, som stod bag DSM-IV (Frances, 2013). Så overordnet set er det stadig en symptomtilgang, der dominerer, hvilket også gælder for WHO’s ICD-system, der er nået til ICD-11.

Ifølge Angel (2012) er de gældende manualer bygget op omkring de følgende antagelser om psykisk sygdom: At der er en grænse mellem det normale og det syge; at der er diskrete psykiske sygdomme (specifikke sygdomsentiteter); og at psykiatriens fokus primært skal være på de biologiske aspekter af psykisk sygdom. Ifølge Armstrong (1995) er dette koblet med det, han kalder overvågningsmedicin, som fungerer ved at opspore symptomer gennem screeninger, undersøgelser, tests, fokus på risikofaktorer og en problematisering af det normale. Folk kan nu diagnosticere sig selv ved at tage test i magasiner, selvhjælpslitteratur eller på internettet. Eller de kan deltage i nogle af de epidemiologiske undersøgelser, som viser, at mere end en tredjedel af den europæiske befolkning inden for et år kan blive diagnosticeret med en psykisk lidelse eller hjernesygdom (Wittchen, Jacobi, & Rehm, 2011; Rose, 2019).

Både i Danmark og internationalt er der heftig debat om stigningen i antallet af mennesker, der diagnosticeres i psykiatrien. Er der flere psykisk syge end tidligere? Er det endelig lykkedes os at udvikle diagnostiske værktøjer til at finde dem, der måske altid har eksisteret ubemærket? Eller har vi fået et problem med overdiagnosticering og sygeliggørelse af menneskelig adfærd og oplevelser, der før blev betragtet som normale (Jønsson & Brodersen, 2022)? Måske er det alle tre, alt efter hvilket område af psykiatrien vi taler om, for vi bør huske på, at psykiatrien ikke er en enkelt, monolitisk enhed, men dækker over et stort antal meget forskellige tilstande og problemer.

Imidlertid er det sandsynligt, at overgangen til en symptombaseret psykiatri i sig selv har været en væsentlig drivkraft i den diagnostiske ekspansion (Horwitz, 2002), som er en proces med forskellige aspekter: I et land som Danmark får flere og flere mennesker en psykiatrisk diagnose, og nye diagnoser fremsættes og foreslås løbende, hvoraf nogle ender med at komme ind i de officielle manualer, mens andre holder sig i udkanten af den kliniske praksis. I ICD-11 blev *Prolonged Grief Disorder* føjet til manualen, hvilket har vakt en del opsigt, da sorg nok var en af de sidste smertefulde menneskelige tilstande, der eksisterede hinsides det diagnostiske blik (Brinkmann, 2018a). Ifølge autoritative skøn findes desuden en behandlingskløft (eng. treatment gap), der for de fleste psykiske lidelser menes at være på mere end 50 procent (og for nogle, såsom stofmisbrug, betydeligt højere), hvilket betyder, at mere end halvdelen af dem, der lider af en psykisk lidelse, ikke bliver behandlet (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004). Referencer til behandlingskløften bruges ofte af patientorganisationer, forskere, fagfolk og medicinalindustrien til at understøtte synspunktet om, at der bør gøres mere for at finde og behandle de psykisk syge blandt os. Diagnoserne spiller her en nøglerolle, fordi de definerer, hvad psykisk sygdom er, og hvordan den skal opspores.

I sin undersøgelse af DSM-5 har Rachel Cooper konkluderet: "The most striking thing about the DSM-5 is how very similar it is to the DSM-IV." (Cooper, 2014, s. 60). Dette er særligt slående i lyset af den store indsats, der blev lagt i at diskutere og rekonstruere diagnosesystemet, som endte med ikke at blive til noget. De psykiatriske manualer spiller fortsat en nøglerolle i udviklingen af standardisering og manualisering af det moderne sundhedsvæsen. I stigende grad nedtones professionelles erfaring og dømmekraft og i stedet indføres såkaldt evidensbaseret viden som autoritativ. Næsten alle prævalensundersøgelser af psykisk lidelse er baseret på tjeklister, hvor symptomer kan tælles op ved hjælp af simple spørgeskemaer. Resultatet kan være oppustede forekomster af forskellige psykiske problemer i befolkningen, og problemet er, at disse resultater ikke kun offentliggøres i specialiserede fagtidsskrifter (hvor læserne

ofte ved, at de skal tages med et gran salt), men også i populære medier, hvor de læses af mennesker, der naturligvis er ivrige efter at forstå de problemer, de måtte have (Brinkmann, 2016a).

I en såkaldt *diagnosekultur* kan der således opstå en slags makroskopisk looping-efekt (Hacking, 1995), hvor dramatiske statistikker om psykisk sygdom resulterer i, at folk tolker deres problemer som eksempler på de forskellige former for psykopatologi og dermed igen bidrager til de stigende tal. Dette er for nylig blevet kritisk fremhævet som en sandsynlig *prævalensinflation* af Foulkes og Andrews (2023), som identificerer processen som følger:

” As prevalence rates increase, awareness efforts increase in response, but then prevalence rates increase further as a result and the cycle continues.”  
(s. 4).

En opmærksomhed på prævalensinflation indebærer ikke nødvendigvis en afvisning af, at faktiske prævalensrater er stigende for visse lidelser, men Foulkes og Andrews citerer forskellige undersøgelser, der indikerer en yderligere prævalensinflation oven i dette.

Hvis en del af denne udvikling skyldes psykiatriens problematiske diagnostiske model, der er baseret på symptomer, som abstraheres ud af situationer og kontekster, så gælder det om at identificere det centrale problem i den diagnostisk psykiatri for at komme videre med et bedre alternativ, hvilket jeg diskuterer i næste afsnit.

## Symptomer som sygdomme

Efterhånden har mange forskere anført, at psykiatriens grundlæggende idé om psykisk sygdom er problematisk. Alastair Morgan har formuleret idéen på denne måde:

“that there are discrete mental illnesses with clear boundaries that we should endeavor to codify and classify” (Morgan, 2015, s. 157).

Morgan har oplistet en række kritiske positioner, som på forskellig vis har kritiseret idéen, ikke mindst ud fra dens manglende forståelse for, hvordan den psykiske lidelse er situeret i et menneskes liv og miljø, som også er denne artikels anstødssten. I det følgende vil jeg koncentrere mig om to kritikpunkter, der på forskellige måder reagerer på det, der kan betragtes som kerneproblemet i den nuværende psykiatri, som Nesse (2020) har kaldt *Viewing Symptoms As Diseases* (VSAD): At se symptomer som sygdomme.

Det handler kort sagt om, at den diagnostiske psykiatri bliver *usitueret*, når den abstraherer symptomer fra deres kontekster og ser dem som sygdom i sig selv. Nesse, der er en anerkendt forsker og kliniker, som bl.a. står bag udviklingen af en evolutionær tilgang til lægevidenskaben, hævder, at man omvendt i den somatiske medicin typisk anskuer symptomer som måder, hvorpå en organisme beskytter sig selv mod sygdom. Det kan være hoste eller opkastning for at fjerne et skadeligt stof, feber for at angribe patogener, smerte som et funktionelt advarselstegn ved fare for vævsskade osv. Men den diagnostiske psykiatri har gjort det stik modsatte og identificeret symptomer med psykisk sygdom eller lidelse. Kort sagt: I psykiatrien ses symptomer typisk *ikke* som måder, hvorpå en organisme forsøger at beskytte sig eller blive bedre, men snarere som måder, hvorpå den bliver sygere eller endda som sygdom i sig selv.

Nesse opfatter VSAD som en slags fundamental attribueringsfejl, hvor betydningen af situationer ignoreres, og et psykisk problem i stedet tilskrives karakteristika hos det isolerede individ, i dette tilfælde i form af symptomer, så ”instead of searching for what might be arousing anxiety or low mood, many clinicians instead assume that they are pathological products of a broken brain or distorted thinking” (s. 47). Når symptomer betragtes som sygdomme i sig selv, bringes de (symptomerne) ud af de sammenhænge, hvor de kunne have givet mening. Dette er gennem lang tid blevet kritiseret af Wakefield (1992), som hævder, at psykiske forstyrrelser er andet og mere end tilstedeværelsen af symptomer. En lidelse er i hans øjne nemlig kun udtryk for en psykisk forstyrrelse, hvis der er en form for dysfunktion i det mentale system involveret på en eller anden måde, hvilket jeg vender tilbage til nedenfor.

At anerkende VSAD som nøgleproblemet i den ikke-situerede diagnostiske psykiatri hjælper os ikke særlig meget i sig selv. Vi er nødt til at lede efter alternativer, og der findes groft sagt to hovedkonkurrenter, som forsøger at bevæge sig ud over symptomer, men i stik modsatte retninger: Den neurovidenskabelige løsning hævder, at vi skal bevæge os ud over symptomer for at finde årsagen til dårligt mentalt helbred i hjernen, og den kontekstuelle tilgang argumenterer for, at psykisk lidelse er et spørgsmål om, at mennesker reagerer på livets hændelser og omstændigheder. Lad os kort se på disse og tage RDoC og PTMF som eksempler (gennemgangen af disse er hentet fra Brinkmann, in press).

### **RDoC og PTMF**

Thomas Insel var leder af National Institute of Mental Health fra 2002-2015, og derfor var det bemærkelsesværdigt, at han udtrykte stor utilfredshed med den diagnostiske udvidelse af DSM-5, da den var baseret på stadig flere klynger af symptomer. Som en

alternativ vej frem foreslog han og kolleger en ny klassificeringsramme for psykiske lidelser, baseret på hjerneforskning og genetik, der er tænkt til at skulle informere diagnostik og behandling. Denne ramme blev kaldt *Research Domain Criteria* (RDoC), og der blev udgivet en indflydelsesrig programmatisk tekst i 2010 (Insel et al., 2010). Tekstens forfattere udtalte:

“Current versions of the DSM and ICD have facilitated reliable clinical diagnosis and research. However, problems have increasingly been documented over the past several years, both in clinical and research arenas.” (s. 748).

Pålideligheden af diagnostikken kan meget vel være steget siden 1980, men tilsyneladende på bekostning af validiteten, for:

Diagnostic categories based on clinical consensus fail to align with findings emerging from clinical neuroscience and genetics. The boundaries of these categories have not been predictive of treatment response. And, perhaps most important, these categories, based upon presenting signs and symptoms, may not capture fundamental underlying mechanisms of dysfunction. (Insel et al., 2010, s. 748).

Konsekvensen af et fokus på symptomer på bekostning af underliggende dysfunktioner har ifølge Insel og kolleger været en meget langsom udvikling af nye behandlinger rettet mod underliggende patofysiologiske mekanismer. Man har kort sagt stirret sig blind på symptomer og glemt at udforske det, symptomerne er symptomer på.

RDoC-tilgangen er derfor tænkt som en frisk start for psykiatrien baseret på en central antagelse, nemlig at psykiske sygdomme er hjernelidelser (Insel et al., 2010, s. 749). RDoC-tilgangen antager, at dysfunktioner i neurale kredsløb kan identificeres klinisk og bygger på den forudsætning, at data fra genetik og klinisk neurovidenskab vil give, hvad forskerne kalder ”biosignaturer” som afsæt for klinisk behandling. Tolv år senere har Morris et al. (2022) konkluderet, at RDoC har

“opened a door for researchers who strive to move beyond diagnostic syndromes derived by clinical description as the starting point or the outcome measure(s) for research on mental illness” (s. 1).

Det er dog fortsat begrænset, hvad der er vundet af klinisk afkast, da ingen valide biomarkører hidtil er blevet fundet i psykiatrien (Singh & Rose, 2009; Rose & Abi -

Rached, 2013). En nylig gennemgang af psykiatriens jagt efter biomarkører (altså objektive tegn på psykisk sygdom i hjernen) konkluderede:

”As set out in this review, there are several proteins, metabolites and genes that have been linked with certain neuropsychiatric diseases mainly due to the advance in ‘omics’ technologies. However, *none of them have demonstrated to be a real and useful biomarker in clinical practice.*” (García-Gutiérrez et al., 2020; kursivering tilføjet).

Efter mange års forskning er det altså stadig sådan, at ingen valid diagnostisk proces er mulig blot ved at bruge en hjernescanning eller en anden fysiologisk måling. Søgningen efter biomarkører, som foregår i mange hjørner af de biomedicinske videnskaber, har repræsenteret et skift i psykiatrien væk fra at koncentrere sig om at identificere årsagerne til problemerne i ontogenesen eller det social miljø og til at kortlægge de fysiske korrelater til oplevet lidelse (Rose & Abi -Rached, 2013). Meget tyder dog på, at denne jagt vil forblive forgæves, da både den neurologiske og genetiske baggrund for psykiske lidelser på én gang er meget mere kompleks, heterogen og partikulær, end hvad man tidligere har taget for givet.

Det betyder dog ikke, at gener, hormoner, hjernen og centralnervesystemet er ligegyldige. Det betyder bare, at hjernen for eksempel kun er vigtig i sammenhæng med en levende krop, forbundet med forskellige livsprojekter i økologiske nicher. Hjernen er netop vigtig, hvis man ser den i et *situeret* perspektiv, hvilket jeg vender tilbage til nedenfor. Thomas Fuchs (2021) har med rette bemærket, at det ikke er hjernen, der udfører levende menneskers forskellige livsfunktioner, men at det derimod er disse funktioner, der primært påvirker hjernens funktion. Hjernen er et væsentligt organ, der medierer livsprocesser, men er ikke i sig selv en aktør eller et sted for mentale processer. Den neurovidenskabelige tilgang er afgjort vigtig som en kritisk stemme inden for de biomedicinske videnskaber, da den modgår både den diagnostisk ekspansion og tendensen til at se symptomer som sygdomme, men den er utilstrækkelig i sig selv til at give en fuld forståelse af psykiske lidelser, da den typisk reducerer disse til tilstande i hjernen. Det har fået Frances (2013) til at kalde Insel’s RDoC for ”a nightmare for clinicians, patients, and public policy.” (s. 219).

Fra en helt anden og nærmest modsatrettet vinkel tilbyder *The Power Threat Meaning Framework* (PTMF) en mindst lige så gennemgribende kritik af den diagnostiske psykiatri. PTMF tilbyder en kontekstuel forståelse af psykiske problemer, som efterhånden deles temmelig bredt. Selv om Rose (2019) ikke er en del af PTMF-bevægelsen,



har han udtrykt en lignende bekymring over diagnostikken. Rose mener, psykiatrien har brug for:

... an account that seeks to make sense of a person's current difficulties in terms of aspects of their current situation, for example, their relationships, their experiences at work or in unemployment, their housing and financial situation, and indeed their own ways of making sense of their situation, and accounting for their distress. (Rose, 2019, s. 187).

Det er, hvad Rose mener, når han opfordrer til "formulering" som et alternativ til diagnostik. En formulering er udformningen af en kompleks historie om oprindelsen af den lidelse, der i øjeblikket opleves af et menneske (s. 91).

Inden for PTMF udtrykkes denne bekymring ved at insistere på, at den psykiatriske standardtilgang (baseret på spørgsmålet: "Hvad er der *galt* med dig?", som almindeligvis besvares ved at tælle symptomer) bør erstattes af spørgsmålet: "Hvad er der *sket* med dig?" (Boyle & Johnstone, 2020, s. 3). Sidstnævnte spørgsmål anerkender, at psykiske problemer typisk er et resultat af komplekse hændelser i de miljøer, som mennesker har oplevet i deres liv, hvilket burde foranledige et klinisk opmærksomhedsskift fra symptomer og diagnoser til livsbetingelser og livshistorier. Rammen kaldes PTMF, fordi den omhandler, hvad der er *sket* (hvordan magt/power har fungeret i en persons liv), hvordan situationen *påvirkede* personen (trusler/threats), og hvordan personen kan give *mening* til, hvad der skete for at overleve (mening/meaning).

Fortalere for PTMF har påpeget adskillige teoretiske problemer i den diagnostiske psykiatri, fx manglen på objektive karakteristika og biomarkører og en tvivlsom afhængighed af sociale normalitetsnormer, når der stilles diagnoser. De kritiserer også diagnostikkens iboende cirkularitet (Hvorfor hører en person stemmer? Fordi vedkommende lider af skizofreni. Hvordan ved vi, at denne diagnose er korrekt? Fordi personen hører stemmer) (Boyle & Johnstone, 2020, s. 25). Men de identificerer også mere praktiske problemer relateret til det faktum, at diagnostiske forklaringer på menneskers lidelse synes at øge stigmatiseringen ved at forstærke stereotype repræsentationer af forskellighed og uforudsigelighed (Kvaale et al., 2013). At forstå folks problemer i lyset af deres historier menes omvendt at reducere stigmatiseringen og øge solidariteten med de ramte. PTMF kan muligvis også forklare den komorbiditet, som ofte observeres i psykiatrien, nemlig at de fleste mennesker, der får stillet en depressionsdiagnose også fx vil opfylde kriterierne for en angstlidelse. Årsagen er ifølge

PTMF ikke, at sådanne individer lider af to forskellige isolerede psykiske lidelser, men ganske simpelt at den slags omstændigheder, der får os til at føle os meget angstelige og bekymrede, også kan få os til at føle os håbløse og fortvivlede (Boyle & Johnstone, 2020, s. 24).

Det er et epidemiologisk faktum, at alle former for psykisk modgang øger risikoen for alle typer af psykisk lidelse (Boyle & Johnstone, 2020, s. 105). Det betyder, at den mest humane og effektive måde at reducere lidelse og nød på vil være at forbedre folks levevilkår. At reducere økonomisk og social ulighed er sandsynligvis det mest effektive skridt, vi kan tage for at forbedre befolkningens velvære, især for grupper med lille magt, hævder fortalerne for PTMF (s. 169). Derudover tilbyder PTMF også måder at arbejde med individer på baseret på tilgangen ”hvad er der sket med dig?” Nøglen er at hjælpe personen til at formulere meningen med det, der er sket, og fokusere på de styrker og magtressourcer, der er tilgængelige i en persons liv, som kan integreres i historien om den pågældende person (s. 30).

PTMF er et velkomment alternativ til diagnostiske forståelser af menneskelig lidelse. Frem for at abstrahere erfaringer ud af deres sammenhænge og gøre dem til ”symptomer” båret af et situeret individ, insisterer PTMF på at forstå lidelse og nød i lyset af, hvad mennesker har været igennem. I stedet for at formulere stadig flere diagnoser fokuserer PTMF på tilstedeværelsen af trusler i livssammenhænge. Vi nærmer os dermed et situeret perspektiv på psykopatologi, men ikke desto mindre forekommer det mig, at de måder, hvorpå trusler, misbrug og magt kan påvirke en persons sind og hjerne på skadelige måder, bagatelliseres en smule af PTMF. Rammeverket giver nemlig ikke megen opmærksomhed til de måder, hvorpå skade på et individ faktisk kan bæres på tværs af livssammenhænge, fordi noget kan være ødelagt i personens hjerne eller psyke. Ligesom den neurovidenskabelige tilgang risikerede at reducere psykisk lidelse til det, der foregår i hjernen, bør PTMF være forsigtig med ikke at opløse lidelsens personlige komponent i et hav af kontekstuelle faktorer. PTMF anfører selv, at problemer som følge af neurodegenerative lidelser (fx demens) eller neurodivergente tilstande som autisme er udelukket fra rammen (Boyle & Johnstone, 2020, s. 6), men dette virker noget vilkårligt, da hjernen sandsynligvis er involveret i de fleste, hvis ikke alle former for psykisk lidelse (omend ikke nødvendigvis som en virkende årsag).

RDoC og PTMF fremstår alt i alt som to af de væsentligste aktuelle kritiske perspektiver over for en symptomfokuseret diagnostisk psykiatri. Men det ser samtidig ud til, at de hver især mangler, hvad den anden har at byde på. Jeg vil nedenfor forsøge at skitsere et perspektiv, der integrerer både hjernen og livskonteksterne i en teori om

psykopatologi som situeret, og det vil jeg gøre ved at formulere fire tentative principper for en sådan teori. Hverken hjernen eller konteksten er tilstrækkelige i sig selv, for det situerede består netop i måden, hvorpå de to (og andre relevante faktorer) mødes i en persons liv. Det er i hvert fald den hypotese, der skal forfølges i resten af artiklen.

### 1. En teori om psykopatologi som situeret er relationel

Dette er måske det vigtigste punkt, fordi det understreger betydningen af at beskrive psykopatologi hverken som et rent hjerne-/personanliggende (jf. RDoC) eller et rent miljø-/kontekstanliggende (jf. PTMF). At psykopatologi er situeret betyder nemlig ikke, at personens bidrag til at påvirke miljøet negligeres. At noget er situeret betyder derimod, at alle relevante faktorer, der bidrager til at skabe en situation i en persons liv, skal tænkes med. Og selvfølgelig betyder personens hjerne, krop og erfaringer noget, når de bringes ind i verden til at skabe en situation.

Den medicinske sociolog Dorte Gannik (2005) udtrykte det på klar og enkel vis i sit arbejde med at udvikle en situationel sygdomsteori, hvor sygdom aldrig alene er en egenskab ved en person eller et miljø, men altid ved *relationen* mellem person og miljø. Ifølge Gannik betyder det, at vi må forlade enhver essentialisme med hensyn til, hvad sygdom er. På den ene side skal vi se sygdomsbegrebet som noget relationelt, dvs. ”indbegrebet af og identisk med en persons interaktive forhold til sine omgivelser” og på den anden side som noget performativt: ”Teorien afstår fra at antage, at sygdom er ’noget’ i sig selv, ud over de handlinger eller reaktioner, hvormed en person responderer på hverdagslige, kropslige fornemmelser.” (s. 332). Sygdom er noget, mennesker ”gør” i relation til fysiske og sociale miljøer. Det betyder ikke, at sygdom kan fjernes gennem en beslutning om at gøre noget anderledes, men det betyder, at sygdom findes i dens manifesterede fremtræden, der ses, når personer interagerer og handler i miljøer. Ganniks forskningsfelt var somatikken (særligt ryglidelser), men hendes teori lader til mindst lige så godt at kunne beskrive psykiske problemer, hvor de relationelle og performative aspekter efter min mening er endnu mere iøjnefaldende (igen betyder det ikke, at folk er ansvarlige for deres lidelser, fordi de bare kunne ”gøre” dem anderledes, men derimod at lidelsen findes i måden den fremtræder på i menneskers livssammenhænge).

En anden understregning af det relationelle ses hos Jerome Wakefield.<sup>ii</sup> Hans teori om psykisk sygdom kaldes ”harmful dysfunction”-teorien og har to komponenter (Wakefield, 1992): For at tale om psykisk sygdom/forstyrrelse skal der for det første være noget, der er skadeligt (eng. harmful). Man er altså kun psykisk syg, hvis man oplever lidelse og ubehag i et tilstrækkeligt omfang. Dette er ifølge Wakefield en værdi-

komponent i teorien, idet han mener, at det er sociale normer og værdier, der afgør, både hvad der tæller som "tilstrækkeligt", og hvad der normalt gøres for at hjælpe, aflaste og lindre. Disse normer varierer historisk og kulturelt. Men ud over denne værdi-komponent, indgår også en ren faktuel komponent med hensyn til dysfunktion, hævder han. Man er nemlig ikke psykisk syg, alene fordi man lider (da lidelse jo kan hidrøre fra alskens forskellige problemer og livssituationer), men kun hvis lidelsen er forbundet med en dysfunktion i personens mentale mekanismer.

Wakefield læner sig her op ad evolutionspsykologien, der argumenterer for eksistensen af genetisk baserede mentale moduler, der forstås som medfødte psykobiologiske mekanismer i analogi til rene fysiologiske mekanismer i kroppens organer. Så lige som et hjerte er dysfunktionelt, når det fejler noget, som gør det ude af stand til at pumpe blodet rundt i kroppen, er et mentalt modul på samme måde dysfunktionelt, når det fx får en person til konstant at føle angst, uden at der i realiteten er noget at være bange for. Det er ikke sygeligt at føle stærk angst, hvis man er en faldskærms-soldat, der om lidt skal kastes ned bag fjendens linjer, men hvis man oplever samme ubehag i ufarlige hverdagssituationer, og hvis dette ubehag skyldes defekte mentale moduler, da kan vi ifølge Wakefield tale om angst som en psykisk sygdom. Det objekt, der kan "gå i stykker" og blive dysfunktionelt (og dermed afstedkomme psykisk sygdom), er altså et forestillet mentalt modul.

Ganniks teori er situeret, fordi den placerer psykopatologien i en relation mellem person og miljø, og Wakefields teori placerer psykopatologien i en relation mellem en dysfunktionel mental komponent hos personen og et miljø, der påfører personen lidelse, fx på grund af manglende hjælp og støtte. En psykisk lidelse eller psykisk forstyrrelse er altså først til stede, når begge sider af relationen mødes i en situation: Et skadeligt (harmful) miljø og en dysfunktion (dysfunction) hos individet. En dysfunktion i et understøttende miljø giver ingen psykisk forstyrrelse (fx fordi der kompenseres), og et skadeligt miljø uden dysfunktion giver heller ingen psykisk forstyrrelse (men dog oplevet modgang, lidelse eller ubehag). Det står tilbage for Wakefield at forklare, hvad der kan menes med et "mentalt modul", men uanset om dette lader sig specificere tilfredsstillende eller ej, er det intuitivt plausibelt, at en situeret forståelse må involvere en relation mellem en person-komponent og en kontekst-komponent, der ikke er to uforanderlige elementer, men som derimod indgår i en transaktionel proces, der danner situationen.

## 2. En teori om psykopatologi som situeret har brug for et begreb om nicher

Det næste punkt handler om specificeringen af det situerede – hvad vil det sige, at noget er situeret og i hvad? Et velbegrundet bud, der har rod i evolutionsbiologien, er, at psykopatologi, ligesom alle andre slags livsprocesser, er situeret i en niche. Nyere forskning har udviklet et begreb om *neuroøkosociale nicher* (Rose, Birk & Manning, 2022), der er særligt relevant for psykologien og en teori om psykopatologi. I ordet ligger en sammenkædning af det neurale, det økologiske og det sociale. Det er hjerner, fysiske miljøer og sociale relationer, der tilsammen danner en niche som livsgrundlag for mennesker. Nichebegrebet kan defineres på mange måder, men forfatterne skriver:

“We think of niches as both relational – established in relation to other niches – and substantive, in that a niche implies a certain mode of life of the organism within a specific habitat in an ecological system.” (s. 124).

I evolutionsbiologien bruges begrebet typisk til at betegne gensidighedsforholdet mellem organisme og omverden. På den ene side er en niche livsgrundlag for organismen – fx en edderkops spind eller regnormens muldjord – og på den anden er dette livsgrundlag selv påvirket af og i nogle tilfælde skabt gennem organismens egen aktivitet. Edderkoppen laver selv det spind, som den klatrer rundt i og bruger som net til insektfangst, og muldjorden er et affaldsprodukt fra regnormens optagelse af organisk materiale (døde insekter og blade), som i sig selv giver grobund for vækst af nye planter, og på den måde kører det økologiske kredsløb (Costall, 2004).

I biologien understreger teorien om nichekonstruktion, at organismer ikke blot er passive ofre for selektionspres, men selv tager del i udformningen af det miljø, der favoriserer bestemte egenskaber. Med dette perspektiv – der sommetider kaldes *mutualisme* (Still & Good, 1998) – får vi således et langt mere dynamisk syn på forholdet mellem organisme og miljø, hvilket bliver endnu mere sammenfiltret, når det gælder mennesker, der som kulturvæsener i enestående forstand lever i en økoniche, der tilvirkes gennem social praksis. I en menneskelig livsform sker nichekonstruktionen ved, at normer og viden materialiseres i alt fra bygninger, databaser, biblioteker og til internettet, som overleveres på tværs af generationer i mesterlærelignende relationer (Sterelny, 2012).

En økoniche er derfor normativ, idet den fortæller deltagerne, hvordan verden *bør* tilgås, hvilket den økologiske psykologi har begrebsliggjort som *affordances* (normativt foretrukne handlemuligheder som materialiseret i relationen til omgivelserne). Mennesker indføres i og opdrages til at kunne percipere, forstå og genskabe disse normative handlemuligheder i deres økonicher. Men disse processer kan også gå galt

eller blive problematiske, og nogle forskere er begyndt at analysere psykiske forstyrrelser som uflexible handlinger, der går imod en persons egne interesser inden for en niche eller netværk af affordances (Nielsen, 2022).

Hvis man vil afhjælpe psykopatologi kan det ud fra dette perspektiv handle om at skabe niches, der er fleksible og inklusive for mennesker (Krueger, 2022). Nichebegrebet har den fordel, at det understreger, at personen selv er en aktør i eget liv, der kan påvirke egne livsbetingelser, samtidig med at det fremhæves, at der kan være forskellig og ulige adgang til ressourcer til nichekonstruktion. Som Rose og Fitzgerald (2022) gør opmærksom på, skal vi undgå at gøre individer ansvarlige for deres egen "biosociale skæbne" (s. 206), samtidig med at vi bør holde fast i, at mennesker ikke blot er passive ofre for en omverden, men aktivt kan transformere miljøet ud fra egne interesser (s. 185). Netop nichebegrebet skulle gerne fange den dobbeltsidighed (at personen både skaber og er skabt i et miljø), og der genstår nu et stort og vigtigt arbejde med at fortolke menneskers psykiske lidelser i lyset af problematiske relationer til økosociale niches.

### **3. En teori om psykopatologi som situeret har en eksternalistisk komponent**

I de senere år er der vokset mange perspektiver frem inden for psykologien og beslægtede videnskaber, som har kritiseret det klassiske kognitivistiske informationsprocesseringsparadigme, dvs. hele synet på sindet som en slags maskine, der behandler indre, mentale repræsentationer af den ydre verden efter nærmere bestemte syntaktiske regler eller algoritmer (Brinkmann, 2018b). Som alternativ hertil står den overordnede tilgang, der nu er kendt som 4E-paradigmet. De fire E'er står for, at det mentale opfattes som *embodied, embedded, enacted* og *extended*.

Det er naturligvis ikke alle forskere på området, der bekender sig til alle principper. De fire E'er kan oversættes til, at sindet er *kropsbåret*, dvs. ikke blot lokaliseret i hjernen, men funktionelt koblet til en levende, sansende, bevægelig krop (jf. Merleau-Ponty, 1945); at psykiske funktioner nødvendigvis er *indfældet* i en konkret kontekst, hvor mennesker lever, handler og erfarer (jf. Wittgenstein, 1953); at det mentale liv knytter sig til *handlen og aktivitet* og ikke primært til en passiv beskuen (jf. Dewey, 1896; Gibson, 1986); og endelig – hvad angår det eksternalistiske – at det, vi kalder et menneskes sind, er *udstrakt* ud over hjerne og krop gennem alskens ydre mediatorer herunder forskellige former for teknologi (Rowlands, 2010).

En af de kendteste fortalere for det eksternalistiske synspunkt i dag er filosofen Andy Clark, som hævder, at vi mennesker er "natural born cyborgs" (Clark, 2004). Vi anvender ting og hjælpeteknologier til at udvide og forfine vores mentale processer. Alt lige fra briller, der hjælper os til at se tydeligere, til videnskabelige instrumenter, bøger, diagrammer osv. er involveret i menneskelig erkendelse som en indre del af det psykiske liv. Clarks teori kan mere præcist kaldes "aktiv eksternalisme" (Clark & Chalmers, 1998), da den sætter fokus på, hvordan personer og omgivelser aktivt og gensidigt er involveret i de kognitive og mere bredt psykiske processer. Konklusionen er kort sagt, at kognitive processer ikke er i hovedet – i hvert fald ikke udelukkende.

Et simpelt eksempel, der fremhæves af Clark, er en notesbog. Hvis en patient med begyndende Alzheimers formår at klare en hverdag ved at notere relevante oplysninger i en notesbog, da er notesbogen selvfølgelig en erstatning for den "hjernekræft", der tidligere hjalp vedkommende til at huske, men der er ingen grund til at mene, at notesbogen er mindre psykisk relevant, blot fordi den er en ydre ting i forhold til hovedskallen. Hvis en person spørger patienten, om han ved, hvor højt Himmelbjerget er, og patienten siger ja, men kun kan svare ved at konsultere notesbogen, hvori der korrekt står "147 meter", da har vi ingen grund til at benægte, at personen vitterligt kendte til Himmelbjergets højde. Notesbogen spiller i det eksempel samme funktionelle rolle for personen, som den "hjernebaserede" hukommelse spiller for de mennesker, hvis hjerner fungerer på en sådan måde, at de kan anvende den (hjernen) til at huske Himmelbjergets højde. En person, der ikke lider af Alzheimers, vil måske først have svært ved at huske det og sige "Vent... jeg skal lige komme i tanke om det... jo, nu har jeg det: 147 meter!". Det er korrekt at sige, at personen hele tiden kendte til Himmelbjergets højde, ligesom det er korrekt at sige, at patienten, der må slå op i notesbogen for at huske det, hele tiden kender til det samme faktum (Brinkmann, 2018b).

For det eksternalistiske perspektiv på psyken er det en udfordring, at det er svært at trække en grænse for, hvad der hører det mentale liv til, når nu alt muligt i realiteten indgår funktionelt i en persons livsprocesser. Men hvis vi opfatter psyken som evner og dispositioner til at erkende træk ved verden, løse problemer, handle og respondere emotionelt på det, der sker (Brinkmann, 2018b), så vil man fra et eksternalistisk og bredere 4E-perspektiv fokusere på de betingelser, teknologier og mediatorer, som muliggør disse evner og dispositioner. Nogle af dem hører til hjernen, andre til kroppen, det sociale liv og den fysiske verden bestående af blandt andet ting og teknologier.

Jeg mener, at dette er et meget lovende perspektiv rent almenpsykologisk, men det er endnu kun sparsomt anvendt til en forståelse af psykopatologi. Dog kan nævnes

artikler af Sneddon (2002), der argumenterer for et eksternalistisk syn på visse psykiske lidelser; Hoffman (2016), der undersøger implikationerne af perspektivet for psykiatrien; og Stotz (2014), der kobler det eksternalistiske 4E-perspektiv til en evolutionær rammeforståelse, hvor det er kulturel og ikke blot genetisk arv, der er i centrum. Igen har vi et paradigme i sin vorden, der venter på at blive udviklet i relation til psykopatologiske problemstillinger.

#### **4. En teori om psykopatologi som situeret ser hjernen som et socialt organ**

Jeg har argumenteret for, at en teori om psykopatologi som situeret skal være relationel, da det er relationen mellem person- og miljøfaktorer, der er konstituerende for den psykiske lidelse eller forstyrrelse. Denne relation kan med fordel konciperes via det biologiske nichebegreb, der hos mennesker ikke blot handler om en simpel relation mellem organisme og verden, men også involverer kultur, teknologi og socialitet, der medierer denne relation. Endvidere bør en sådan teori, i tråd med 4E-perspektivet, have blik for de eksternalistiske faktorer, da psykiske forstyrrelser ikke blot angår det intra-kranielle, men også faktorer uden for personens hjerne og krop. Jeg har tidligere forsøgt at analysere ADHD ud fra dette perspektiv (Brinkmann, 2016b). Sluttelig vil jeg vende tilbage til hjernen, som fortjener en grundigere behandling, da den naturligvis er involveret i alle former for mentalt liv, herunder også psykisk lidelse, men det er vigtigt at beskrive dens rolle korrekt, så man undgår at reducere psykisk liv til processer i hjernen.

Thomas Fuchs, en fænomenologisk tænkende psykiater, har ydet et værdifuldt bidrag til beskrivelsen af hjernen som et socialt organ, der er relevant for en teori om psykopatologi som situeret (Fuchs, 2009; 2018; 2021). Fuchs tilslutter sig et eksternalistisk og økologisk syn på psyken og hjernen (Fuchs, 2009). Han argumenterer for, at det mentale liv er knyttet til både hjerne og krop og kan beskrives ved tre cyklusser: En der handler om organismisk selvregulering; en der angår koblinger mellem organisme og miljø; og en der vedrører intersubjektive interaktioner. Han skriver, at hjernen er et socialt og biografisk organ, der indgår i alle disse cyklusser. Ikke som det sted, hvor psyken er lokaliseret, for det giver slet ikke mening at sige, hvor psyken "er", men som en væsentlig komponent i et menneskes interaktion med verden: Sindet, skriver Fuchs;

"is not located in any one place at all, but distributed among the brain, the body and the world, and thus continually crosses the borders of the skull."  
(Fuchs, 2009, s. 229).



Psykopatologi forstås i dette lys bedst som sammenbrud eller uhensigtsmæssigheder i de måder, hvorpå cyklusserne fungerer, og hvor hjernen indgår på central vis som et socialt organ.

Fuchs (2021) efterspørger en ”relationel lægevidenskab” og en ”personcentreret psykiatri”, der på en og samme tid fokuserer på biologiske processer, psykopatologiske erfaringer, biografiske forbindelser og sociale interaktioner frem for at reducere perspektivet til det, der foregår i hjernen. Hjernen er involveret som relationelt og socialt organ i alle disse processer, men altid som en persons organ og ikke omvendt: At være en sansende, følende, handlende, lidende person er ikke et produkt af hjerneaktivitet, men omvendt er hjernen personens organ, der muliggør disse psykologiske funktioner og sommetider spænder ben for personen. Man kan også simpelthen sige, at hjernen for Fuchs er et situeret organ, der godt nok er fysisk placeret i en persons hoved og krop, men som samtidig er personens mediator for alle mulige livsprocesser. På den måde undgår Fuchs at begå det, der er kendt som ”den mereologiske fejlslutning”. Altså at tilskrive hjernen evner og dispositioner, som kun giver mening, når de tilskrives organismen som helhed.

Mange – også anerkendte forskere – begår den mereologiske fejlslutning (Bennett & Hacker, 2003). Mereologi er studiet af relationerne mellem dele og helheder, og den mereologiske fejlslutning består i at tilskrive egenskaber til en del af noget (fx hjernen), der kun meningsfuldt kan tilskrives helheden (fx organismen). Når man hævder, at hjernen kan være opmærksom, tænke, føle, huske, sanse osv. begår man denne fejl. For i realiteten kan hjernen ikke være opmærksom på noget eller percipere noget. Hvad den kan er at transformere energi, og dens energitransformation har selvsagt betydning for, hvordan en person kan være opmærksom eller percipere noget, men det ændrer ikke ved, at det er personen og ikke hjernen, der kan disse ting.

At hjernen ikke kan være opmærksom, betyder ikke, at den er uopmærksom. At hjernen ikke kan se, betyder ikke, at den er blind – ligesom min rugbrødsmad heller ikke kan siges hverken at være vågen eller sove! Dette er ikke et empirisk faktum om hjerner og rugbrød, for vi kan ikke en dag opdage at hjernen faktisk kan se, eller at min rugbrødsmad faktisk kan sove. Det er i stedet, hvad Wittgenstein kaldte et begrebsligt faktum, dvs. et faktum om hvordan vi meningsfuldt kan anvende sprogets psykologiske termer. Wittgenstein udtrykte pointen således:

”kun om et levende menneske og hvad der ligner det (opfører sig på lignende måde), kan man sige, at det har fornemmelser; at det ser; er blindt;

hører; er døvt; er ved bevidsthed eller bevidstløs.” (Wittgenstein, 1953:§281).

Vores mentale begreber kan kun anvendes om levende væsener med en bestemt opførsel – og hjernen er ikke et ”væsen” i den forstand, men et organ, og den ”opfører” sig slet ikke på nogen måde, men er sæde for komplekse neurokemiske processer, der er med til at muliggøre, at personer kan udvise en opførsel.

På den måde er hjernen mere at ligne med et redskab, der anvendes af en person i dennes situerede livsaktiviteter, end den er et sæde for psykiske processer (Brinkmann, 2018b). Og som redskab er den uhyre relevant til en forståelse af psykopatologi, idet redskabet kan være dysfunktionelt eller decideret defekt. Det kan være her, at Wakefields noget spekulative teori om mentale moduler kan finde et sikrere fundament, hvis teorien kobles til neurovidenskabelig viden om hjernen. I det tilfælde kan der måske være tale om en legitim biologisering af vores forståelse af det psykiske (Brinkmann, Birk & Lund, 2022). Der kan muligvis også være tale om, at nogle hjerner fungerer anderledes end hos gennemsnittet, som hævdedet af neurodiversitetsbevægelsen. Implikationerne af dette er endnu ukendte, men bestemt værd at dykke yderligere ned i for en teori om psykopatologi som situeret (Leadbitter et al., 2021).

## Konklusion

I første del af artiklen gennemgik jeg nogle af de centrale problemer ved den traditionelle psykiatriske forståelse af psykisk lidelse. Den forståelse bunder i et ikke-situeret perspektiv og udspringer på mange måder af VSAD-fejlslutningen – altså synet på symptomer som sygdom i sig selv, endda som abstraheret ud af både rumlige, tidslige og sociale kontekster. Jeg introducerede derefter to kritiske perspektiver, der på hver sin måde overskrider psykiatriens binding til symptomer, nemlig RDoC med fokus på hjernen og PTMF med fokus på miljøet. Jeg hævdede, at et situationelt perspektiv er påkrævet for at komme ud af den blindgyde, psykiatrien er endt i, hvor symptomer ses som psykiske sygdomme. I stedet må en adækvat forståelse af psykisk lidelse begribe, hvordan både personens hjerne og miljø spiller sammen i konstitueringen af det mentale liv – også når det bliver problematisk, lidelsesfuldt og dysfunktionelt.

Fra især Gannik, Wakefield og Fuchs hentes et relationelt perspektiv på psykopatologi som situeret ikke blot i en *relation*, men også i en *økosocial niche* med en *eksternalistisk* komponent, hvor hjernen indgår som et *socialt organ*. Disse fire begreber indrammer tentative principper for en teori om psykopatologi som situeret, som selvfølgelig må stå sin prøve både forskningsmæssigt, når menneskers lidelse og psykiske

forstyrrelser skal forstås, og i praksis som rammeværk til udvikling af behandlinger, der ikke bare forholder sig til diskrete, abstraherede symptomer, men anskuer menneskers liv som situeret. Fra et situeret perspektiv kan det sommetider være relevant at fokusere på en persons hjerne, når der opstår psykiske lidelser, og andre gange kan det være mere relevant at fokusere på miljøfaktorer i en behandlingssammenhæng. Men det vil i alle tilfælde være vigtigt at forstå relationen mellem hjerne-person-miljø, idet ingen af komponenterne kan forstås uden de andre, og det er netop, hvad en situeret forståelse af psykopatologi vil insistere på.

**Referencer:**

- Angel, K. (2012). Contested psychiatric ontology and feminist critique: 'Female sexual dysfunction' and the Diagnostic and Statistical Manual. *History of the Human Sciences*, 25, 3-24.
- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17, 393-404.
- Bennett, M. R. & Hacker, P. M. S. (2003). *Philosophical Foundations of Neuroscience*. Oxford: Blackwell.
- Boyle, M. & Johnstone, L. (2020). *The Power Threat Meaning Framework: An Alternative to Psychiatric Diagnosis*. Monmouth: PCCS Books.
- Brinkmann, S. (in press). Problems of diagnostic psychiatry—and the search for a way forward. *Nordic Psychology*, DOI: 10.1080/19012276.2023.2258557
- Brinkmann, S. (2018a). *Det sørgende dyr*. Aarhus: Klim.
- Brinkmann, S. (2018b). *Persons and their Minds: Towards an Integrative Theory of the Mediated Mind*. London: Routledge.
- Brinkmann, S. (2016a). *Diagnostic Cultures: A Cultural Approach to the Pathologization of Modern Life*. London: Routledge.
- Brinkmann, S. (2016b). Toward a cultural psychology of mental disorder: The case of attention deficit hyperactivity disorder. *Culture & Psychology*, 22, 80–93. <https://doi.org/10.1177/1354067X15621485>
- Brinkmann, S. (2015). Diagnostiser som epistemiske objekter. In S. Brinkmann & A. Petersen (red.) *Diagnostiser: Perspektiver, kritik og diskussion*. (ss. 37-58). Aarhus: Klim.
- Brinkmann, S., Birk, R. & Lund, P.C. (2023). Is another kind of biologization possible? On biology and the psy sciences. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 57(3): 719-737.
- Clark, A. (2004). *Natural-Born Cyborgs: Minds, Technologies, and the Future of Human Intelligence*. Oxford: Oxford University Press.
- Clark, A. & Chalmers, D. (1998). The extended mind. *Analysis*, 58, 7-19.
- Cooper, R. (2014). *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. London: Karnac.
- Costall, A. (2004). From Darwin to Watson (and Cognitivism) and Back Again: The Principle of Animal-Environment Mutuality. *Behavior and Philosophy*, 32, 179-195.
- Dewey, J. (1896). The Reflex Arc Concept in Psychology. *The Psychological Review*, 3, 357-370.
- Foulkes, L., & Andrews, J. L. (2023). Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 69, 101010. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2023.101010>

- Frances, A. (2013). *Saving Normal*. New York: HarperCollins.
- Fuchs, T. (2021). *In Defense of the Human Being: Foundational Questions of an Embodied Anthropology*. Oxford: Oxford University Press.
- Fuchs, T. (2018). *Ecology of the Brain*. Oxford: Oxford University Press.
- Fuchs, T. (2009). Embodied cognitive neuroscience and its consequences for psychiatry. *Poiesis & Praxis*, 6, 219–233. <https://doi.org/10.1007/s10202-008-0068-9>
- Gannik, D. (2005). *Social sygdomsteori: Et situationelt perspektiv*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- García-Gutiérrez, M.S., Navarrete, F., Sala, F., Gasparyan, A., Austrich-Olivares, A., Manzanares, J. (2020). Biomarkers in Psychiatry: Concept, Definition, Types and Relevance to the Clinical Reality. *Frontiers in Psychiatry*, 15;11, 432.
- Gibson, J. J. (1986). *The Ecological Approach to Visual Perception*. (Først udgivet 1979). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hacking, I. (1995). *Rewriting the Soul*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Hoffman, G.A. (2016). Out of our skulls: How the extended mind thesis can extend psychiatry. *Philosophical Psychology*, 29, 1160-1174.
- Horwitz, A. V. (2002). *Creating Mental Illness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D.S., Quinn, K., Sanislow, C. & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748-51. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09091379. PMID: 20595427.
- Jønsson, A., B., R. & Brodersen, J., B. (2022). *Snart er vi alle patienter: Overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866.
- Krueger, J. (2022). Affordances and absence in psychopathology. In Z. Djebbara (Ed.) *Affordances in Everyday Life*. (pp. 141-147). Switzerland: Springer.
- Kutchins, H. & Kirk, S. (1997). *Making Us Crazy - DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kvaale, E., Haslam, N. & Gottdiener, W. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 53, 782-794.
- Leadbitter, K., Buckle, K. L., Ellis, C., & Dekker, M. (2021). Autistic Self-Advocacy and the Neurodiversity Movement: Implications for Autism Early Intervention Research and Practice. *Frontiers in Psychology*, 12, 635690. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635690>

- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phenomenology of Perception*. (Denne udgave udgivet 2002). London: Routledge.
- Morgan, A. (2015). Is psychiatry dying? Crisis and critique in contemporary psychiatry. *Social Theory & Health*, 13, 141-161.
- Morris, S.E., Sanislow, C.A., Pacheco, J. et al. (2022). Revisiting the seven pillars of RDoC. *BMC Med* 20, 220. <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02414-0>
- Nesse, R. (2020). *Good Reasons for Bad Feelings: Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry*. London: Penguin.
- Nielsen, K. (2022). Affordances and 3E psychopathology. In Z. Djebbara (Ed.) *Affordances in Everyday Life*. (pp. 149-156). Switzerland: Springer.
- Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future*. Cambridge: Polity.
- Rose, N. & Abi-Rached, J. M. (2013). *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rose, N. & Fitzgerald, D. (2022). *The Urban Brain: Mental Health in the Vital City*. Princeton: Princeton University Press.
- Rose, N., Birk, R., & Manning, N. (2022). Towards neuroecosociality: Mental health in adversity. *Theory, Culture & Society*, 39(3), 121–144. <https://doi.org/10.1177/0263276420981614>
- Rowlands, M. (2010). *The New Science of the Mind: From Extended Mind to Embodied Phenomenology*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Singh, I. & Rose, N. (2009). Biomarkers in psychiatry. *Nature*, 460, 202-207.
- Sneddon, A. (2002). Towards externalist psychopathology. *Philosophical Psychology*, 15, 297-316.
- Sterelny, K. (2012). *The Evolved Apprentice: How Evolution Made Humans Unique*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Still, A. & Good, J. (1998). The ontology of mutualism. *Ecological Psychology*, 10, 39-63.
- Stotz, K. (2014). Extended evolutionary psychology: The importance of transgenerational developmental plasticity. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-14.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., & Rehm, J. e. al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2012. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- Wittgenstein, L. (1953). *Filosofiske undersøgelser*. (Denne udgave 1994). Viborg: Samlerens bogklub.

---

<sup>i</sup> De følgende afsnit bygger delvis på Brinkmann (in press).

<sup>ii</sup> Det følgende bygger på Brinkmann (2015), hvor det er udfoldet yderligere.