

## *Samfundet og ”de gale”*

**Magt og afmagt i psykiatrien**



# Samfundet og ”de gale”



I denne tekst fås et indblik i, hvordan samfundet gennem tiderne har behandlet mennesker med psykiske lidelser i sindet. Teksten beskriver udviklingen i opfattelsen af, hvad der udløser psykisk sygdom – fra umoralsk levned over sygelige forandringer i hjernen til den biopsykosociale model. Håndteringen af svær sindssygdom i de forskellige tidsperioder beskrives – fra galehuse og dårekister over helbredelsesanstalter med streng disciplin og fysisk afstraffelse til et nærhedsprincip.

Mennesker med svær sygdom kan rammes dobbelt: på den ene side skal de kæmpe med de lidelser og indskrænkninger i deres liv, som sygdommen medfører, og på den anden side skal de kæmpe mod forudindtagelser og fordomme, undertiden i form af diskriminering, som møder dem fra omverdenen. I denne tekst om ”Samfundet og de gale” diskuteres også stigmatisering, tabuisering og diskriminering.

## Samfundets syn på og behandling af ”de gale” – særligt i Danmark<sup>1</sup>

Både i det gamle Grækenland og senere i den romerske kultur var sindssygdom forbundet med udstødelse og skam. Med kristendommens indførelse blev holdningen til sindssygdom mere nuanceret. Også her fandtes udstødelse og skam på baggrund af en opfattelse af sindssygdom som straf for syndefuldt levned, men holdningen ændrede sig også i middelalderen i retning af at se på sindssygdom som Guds uransagelige vilje. Der var derfor ikke nogen særlig fordømmelse forbundet med sindssygdom. Galehuse var en betegnelse for huse, der i middelalderen blev indrettet som opbevaringssted for forskellige steder i Europa til at huse de gale. Det ældste galehus i Europa var Bedlam ved London, der blev indrettet i 1246. Galehuse fandtes ikke i Danmark, som i stedet ved de almindelige hospitaler, Sankt Jørgensgårde, optog alle syge og fattige.

Grundbetydning af ordet ”gal” (af oldnordisk ”galinn”): *forgjort, forhekset ved tryllesang*<sup>2</sup>.

Efter hekseprocesserne og en samfundsmæssig drejning mod mere moralfilosofiske overvejelser med fokus på det personlige ansvar og skyld, blev psykiske lidelser efterhånden op gennem 1700-tallet betragtet som en følge af synd og skyld eller ”djævelens værk” – i modsætning til fysiske lidelser, som i stigende grad blev anset for biologiske fænomener. Som en konsekvens heraf blev mennesker med psykiske lidelser stemplet

<sup>1</sup> Der kan som baggrundslitteratur for den følgende gennemgang først og fremmest henvises til Kragh, Jesper Vaczy (red.) (2008): *Psykiatriens historie i Danmark*, Hans Reizels Forlag.

<sup>2</sup> Kilde: <http://ordnet.dk/ods/ordbog?select=gal,2&query=gal>

og udskilt fra det øvrige samfund. Man søgte at helbrede tilstanden med religiøse påvirkninger eller ved fysisk straf, som skulle få den syge til at angre sine synder.

### *Beplankninger og dårekister*

Christian V's Danske Lov (1683) bestemte, at "Findis nogen rasende, eller galind, da maa hvem der vil hannem binde, og føre ham til Tinge, og tilbyde hans Frænder hannem, og de ere pligtige at forvare hannem, saa fremt de have Middel dertil; Hvis ikke, da bør Øvrigheden at sette hannem i Forvaring". De sindssyge var således først og fremmest familiens ansvar. Mange sindssyge blev spærret inde i private dårekister, eller på jysk: beplankninger. Denne bestod af et bræddeskur, bygget af tykke planker, som den sindssyge ikke kunne bryde ud af. Der blev efterhånden oprettet offentlige dårekister, knyttet til stiftshospitalerne, som var specielt beregnet til at optage de afsindige, som blev betragtet som så farlige for sig selv og deres omgivelser, at det ikke var tilrådeligt at lade dem opholde sig frit i samfundet. Dårekisterne var små plankekasser med en luge til at række maden ind ad og indbyggede brikse. Familien vedblev indtil 1840-erne at spille en væsentlig rolle i forplejningen af de afsindige.

### *Anstalterne*

I starten af 1800-tallet blev Sct. Hans Hospital flyttet til Roskilde og senere indrettet til at være en institution udelukkende for sindssyge. Hospitalet var det oprindelige Pesthus (grundlagt omkring 1612) og havde hidtil været placeret forskellige steder omkring København. Hospitalet var landets eneste institution med en større gruppe sindslidende indtil 1852, hvor Jydske Asyl ved Risskov ved Århus blev opført. De psykiske kurmetoder, der blev anvendt blandt andet på Sct. Hans Hospital i starten af 1800-tallet, skulle bringe fornuften tilbage til den afsindige ved hjælp af fysisk undertvingelse af drifterne, hård disciplin og fysisk tvang. De disciplinære midler bestod typisk af tvangsstole, styrtebade, spændetrøjer, sulte- og tørstekure, kvalmemiksturer m.m.<sup>3</sup>

Opfattelsen af, at udvikling af sindssygdom først og fremmest skyldtes umoralsk levned, seksuelle udskejelser og synd mod Helligånden, blev efterhånden fortrængt. Op gennem 1800-tallet blev en lægelig opfattelse af, at sindssygdom skyldes sygdom i hjernen, fremherskende. Fremtrædende og nytænkende læger anførte, at kuren mod afsindighed først og fremmest var terapeutisk behandling i anstaltsregi, som skulle hjælpe de syge til at genvinde kontrollen over deres sind.

I takt med at lægestanden udviklede videnskabelige begrundelser for, at afsindighed var en somatisk funderet sygdom, der kunne helbredes under de rette forhold på den terapeutiske anstalt, blev det efterhånden accepteret af statsmagten at tage det fulde ansvar for at forvare, pleje og behandle alle afsindige, uanset om den afsindige blev anset for farlig eller ej.<sup>4</sup> Hvor de sindssyge før var placeret i dårekister, beplankninger, fattighuse og arrester eller hjemme hos familien, blev de nu overført til hospitaler.<sup>5</sup> Overgangen fra familiens ansvar til statens og fra beplankninger til anstalter skyldtes således en ændret forståelse af sindssyge som sygdom, som hørte under lægeligt regime. Dette markerede begyndelsen til den psykiatriske behandling af sindssyge i særligt indrettede hospitaler, og var en meget stor humanistisk forbedring af de sindssyges forhold.

<sup>3</sup> Fra Kragh, Jesper Vaczy (red.) (2008): *Psykiatriens historie i Danmark*: Trine Fastrup Nielsen "Fra dårekiste til terapeutisk anstalt", s. 65.

<sup>4</sup> Kragh, Jesper Vaczy (red.) (2008): *Psykiatriens historie i Danmark*: Trine Fastrup Nielsen, s. 86.

<sup>5</sup> Se om udviklingen i Vendsborg, Per m.fl. (red.) (2011): *Dømt på forhånd*, Psykiatrifondens Forlag, s. 9-11.

I 1852 blev Helbredelsesanstalten for Sindssyge i Nørrejylland (også kaldet Jydske Asyl), bygget i Risskov. Herefter satte institutionaliseringen af afsindige for alvor ind, og fra 1852 til 1915 opførtes fem større psykiatriske hospitaler i Danmark.<sup>6</sup> Det psykiatriske væsen hørte under staten, der drev de psykiatriske statshospitaler. Ansvar for forplejning og behandling af afsindige ændredes således fra at være et privat anliggende for familie og slægtinge til at blive de offentlige myndigheders ansvar.<sup>7</sup>

I sidste halvdel af 1800-tallet var der som nævnt en stærk lægevidenskabelig orientering i den psykiatriske ætiologi.<sup>8</sup> Udgangspunktet for psykiaternes arbejde var, at der lå patologisk-anatomiske, dvs. observerbare sygelige forandringer i hjernen, til grund for sindssygdommene – altså at sindssygdom var en ren hjernelidelse. Behandlingsstrategien var at fjerne patienterne fra hjemmet på afsides liggende særligt indrettede anstalter. Patienterne skulle skjermes fra nysgerrige blikke og isoleres fra omverdenen, pårørende og sygdomsfremkaldende forhold eller relationer i deres hverdag. Ro og isolation i særligt indrettede bygninger beliggende i smukke omgivelser var kernen i den nye behandlingsstrategi. På anstalterne kunne der sættes ind med to former for behandling: dels somatisk behandling, som bestod af beroligende og dæmpende medikamentelle og forebyggende tiltag, herunder særlige diæter og lange bade, dels psykisk behandling, som bestod af et opdragelsessystem, der via fasthed, fornuft og eksemplets magt skulle korrigere den syge og dennes adfærd og genopdrage denne til orden, mådehold og selvbeherskelse. Et vigtigt led i den genopdragende behandling var beskæftigelsesterapien.<sup>9</sup> Ved indlæggelsen påtog anstalten sig formynderskabet over patienten og ansvaret for at sørge for denne. Den syge måtte – som led i behandlingen – underkaste sig anstaltens regler og overlægens myndighed og herredømme. Anvendelsen af disciplin og kontrol blev legitimeret ud fra et behandlingssigte.

### *Psykoanalysen, psykofarmakologien og galebevægelsen*

Fra slutningen af 1800-tallet til omkring 1930 udviklede der sig forskellige videnskabelige "skoler" funderet i henholdsvis psykologi og naturvidenskab. Både psykoanalysen, som Sigmund Freud udviklede, og som skulle føre til indsigt i det ubevidste sjæleliv for derved at forstå årsagen til den psykiske lidelse, og den biologiske psykiatri, som lægger hovedvægten på forstyrrelser i centralnervesystemet, var med til at præge den videre udvikling inden for psykiatrisk teori og praksis. Den moderne psykiatriske behandling søgte at kombinere en empirisk medicinsk model med en intensiv behandling af den enkelte patient og hans eller hendes individuelle livssituation. Af behandlingsmetoder, der blev afprøvet i perioden i tiden efter 1920-erne, var blandt andet malariabehandling, chokbehandlinger med insulin og cardiazol, elektriske chok og operative indgreb i hjernen. Mange af patienterne fik dog alvorlige skader af nogle af disse behandlingsformer, og ikke sjældent indtrådte der dødsfald under behandlingen. Fra 1930-erne og frem var også en stærkt sociologisk funderet socialpsykiatri fremtrædende. I årene efter 2. verdenskrig fik man en række nye og effektive behandlingsmetoder inden for psykiatrien, specielt inden for psykofarmakologien. I løbet af 1950-erne udviklede den moderne

<sup>6</sup> Jydske Asyl ved Århus (1852) samt anstalter i Vordingborg (1858), Viborg (1877), Middelfart (1888) og Nykøbing Sjælland (1915). Dertil kom Kommunehospitalets 6. afdeling for nerve- og sindssygdomme i København, der åbnede i 1875.

<sup>7</sup> Sindssyge mennesker blev dog stadig forvaret og plejet i private hjem, på plejeanstalter samt på fattiggårdene.

<sup>8</sup> Inden for lægevidenskab læren om sygdommenes årsager.

<sup>9</sup> Kragh, Jesper Vaczy (red.) (2008): *Psykiatriens historie i Danmark*: Jette Møllerhøj "Sindssygdom, dårevæsen og videnskab", s. 98-103.

psykofarmakologi sig, og med fremkomsten af neuroleptika, det vil sige lægemidler mod sindssygelige symptomer, startede en hel ny æra i behandlingen af psykiske lidelser. Man kunne nu opnå angstdæmpende og beroligende virkning uden at fremkalde generel sløvelse af bevidstheden, og lægemidler var effektive over for invaliderende symptomer, som fx hallucinationer, vrangforestillinger og svære depressioner, som tidligere slet ikke kunne påvirkes medikamentelt.<sup>10</sup> Psykofarmakologien bidrog afgørende til styrkelse af den biologiske sygdomsopfattelse ved psykiske sygdomme.

De nye behandlingsmetoder samt indførelsen af den medikamentelle behandling af sindslidelser bidrog til et nyt billede af psykiatrien og sindssygebehandlingen, som kunne sammenlignes med behandlingen af andre syge. Som mange somatiske sygdomme kunne de psykiske lidelser nu behandles effektivt med lægemidler. Dette medførte en større integration i det almindelige sygehusvæsen, og udover en vis modernisering og udbygning af statshospitalerne blev der etableret psykiatriske afdelinger ved de somatiske sygehuse.

I løbet af 1970-erne begyndte en antipsykiatrisk bevægelse at markere sig, og blandt andet spørgsmål som patienters rettigheder, bivirkninger og tvangsbehandling blev temaer i offentligheden. Galebevægelsen, som opstod blandt patienter med psykiske sygdomme i 1979, havde en stærk skepsis over for moderne psykofarmaka, som man anså som en form for kemisk spændetrøje med uacceptable bivirkninger i form af blandt andet stærk vægtøgning og en form for zombieeffekt, hvor patienterne mistede det normale følelsesmæssige forhold til sine omgivelser.

#### *Sygdomsopfattelser og -modeller*


I 1970-erne blev en ny fase i psykiatriens historie indledt, hvor ansvaret for det psykiatriske sygehusvæsen overgik til (de daværende) amtskommunerne. Man fandt ikke længere grundlag for at opretholde skellet mellem et somatisk og et psykiatrisk sygehusvæsen, og et tættere samarbejde mellem det psykiatriske og det somatiske sygehusvæsen var nødvendiggjort af den medicinske udvikling. Endelig var overdragelsen ud fra et prioriteringsmæssigt synspunkt et naturligt led i kommunalreformen, som var trådt i kraft 1. april 1970.<sup>11</sup>

Der opstod imidlertid efterhånden en tiltagende kritik af den biomedicinske sygdomsopfattelse, der tit nedladende blev kaldt "apparatfejlsmodellen" under henvisning til dens påståede forenkede opfattelse af, at psykiske sygdomme udtømmende kunne forstås som forstyrrelser af hjernefunktioner.<sup>12</sup> Fortalere for en socialpsykiatrisk frem for en biologisk tilgang til psykiske sygdomme og deres behandling fremhævede, at sygdom ikke skulle ses som en sygelig proces i hjernen, men som en social konstruktion, hvor sygdom ses som en form for afvigelse fra et sæt af normer, som repræsenterer og afgrænser sundhed og normalitet. Samtidig blev det tydeligt, at de meget langvarige hospitalsindlæggelser, hvor den syge var isoleret fra både sin familie og andre sociale relationer, havde en umyndiggørende effekt med manglende sociale evner og tilhørsforhold til følge. Slagordet blev distriktspsykiatri, hvor de kronisk syge skulle integreres i samfundet, og de psykiatriske behandlingstilbud skulle decentraliseres. Distriktspsykiatrien blev i løbet af 1990-erne organiseret og udbygget, hvor de enkelte sengeafdelinger med

<sup>10</sup> Kragh, Jesper Vaczy (red.) (2008): *Psykiatriens historie i Danmark*: Raben Rosenberg, "Den psykofarmakologiske udvikling 1050-1970", s. 265.

<sup>11</sup> Kragh, Jesper Vaczy (red.) (2008): *Psykiatriens historie i Danmark*: Merete Bjerrum "Fra stat til amt", s. 256.

<sup>12</sup> Kragh, Jesper Vaczy (red.) (2008): *Psykiatriens historie i Danmark*: Raben Rosenberg, s. 307.



tilhørende udgående funktioner betjente afgrænsede geografiske områder. Distriktpsychiatrien skulle behandle patienten i sit eget nærmiljø i et samarbejde mellem vedkommendes praktiserende læge og et behandlerteam fra hospitalet.

Anne Lindhardt skriver om sygdomsopfattelser i *Etik og værdier i psykiatrien*<sup>13</sup>:

”To grundlæggende, men meget forskellige strømninger præger psykiatriens historie – og de har både folkelige og videnskabelige rødder. Den ene kan kaldes for den moralske. Den betoner, at det er egenskaber hos individet selv, der gennem psykologisk udvikling, opvækst, sociale vilkår og personens handlinger er med til at fremkalde sygdommen. Der kan fx være tale om en konflikt, som er en del af personens mentale indre bagage, og som udspiller sig i forhold til vigtige personer i omgivelserne. Begrebet om skyld er centralt i den moralske tilgang, hvor den psykiske sygdom opfattes som noget, man selv kan gøre for, eller familien kan gøre for. Men samtidig kan man også selv gøre noget for at komme ud af tilstanden eller situationen igen. Ulempen er, at den moralske tilgang let bliver moraliserende – den pålægger de involverede personer skyld. Fordelen er, at personen og andre i omgivelserne, fx familien, i høj grad er inddraget. Både personen selv og familien kan bidrage til, at personen får det bedre. Autonomi bliver her vigtigt for behandlingen, og recovery-begrebet tager sit udgangspunkt her.

Den anden strømning kan kaldes den neutrale. Her rammes personen af noget udefrakommende. Det kan være en sygdom i hjernen i form af en hjerneskade. En besættelse af udefrakommende kræfter kan også opfattes som neutral i forhold til ens eget ansvar. Ingen af delene kan man gøre for. Situationen er bestemt af skæbnen, og det er ikke nogens skyld. Tanken om objektivitet er her en del af forståelsen. Det er neutralt i forhold til individet, en defekt, som overvejende kan reparerer ved hjælp af en teknik. Den såkaldte apparatfejl-model er en del af denne forståelse. Individet er uden egen skyld, men har også begrænset mulighed for selv at reparere ”fejlen”. Forholdet mellem læge og patient er paternalistisk. Det vil sige, at lægen er den, der har viden, mens patienten er den ”uvidende”. Det er imidlertid vigtigt, at læge og patient kan samarbejde. Fordelen ved denne model er, at hvis man har en psykisk sygdom, kan det være en befrielse, at sygdommen kan forklares i en lægefaglig terminologi. Det føles værdigt, fordi sygdommen hermed er ligestillet med alle andre sygdomme. Ulempen er, at man som patient bliver mere passiv, og at forklaringerne netop er forklaringer og ikke gør en i stand til at forstå det, man oplever med sin sygdom. De betydninger, man lægger ind i selv at forstå de mentale processer, bliver uinteressante og private.”

Man tænker ikke længere ud fra sådanne absolutte forståelser. Man har i stedet forsøgt at forstå og betragte psykiske lidelser ud fra forskellige modeller, hvilket man for så vidt stadig gør.<sup>14</sup> Et forsøg på at sammenligne forskellige modeller er forståelsen af psykisk sygdom ud fra en biopsykosocial model, hvilket betyder, at der indgår noget biologisk/arveligt, noget psykologisk og noget socialt i vores opfattelse af psykisk sygdom. De fleste i psykiatrien i dag bekender sig til denne samlende model, men i praksis ses dog stor forskel på, hvordan den enkelte behandler og den enkelte afdeling vægter modellens tre elementer.<sup>15</sup>

<sup>13</sup> S. 131-132.

<sup>14</sup> Se en beskrivelse af de forskellige modeller for opfattelsen af psykisk lidelse i: Lindhardt, Anne (2011): *Etik og værdier i psykiatrien*, Psykiatrifondens Forlag, s. 134-138.

<sup>15</sup> Se Lindhardt, Anne (2011): *Etik og værdier i psykiatrien*, s. 138.

### *Recovery-tanken*

Et begreb, der i de senere år har vundet frem i psykiatrien, er recovery-tanken, som bygger på den grundholdning, at der altid er mulighed for en ændring i den syges situation. Recovery bygger på budskabet om, at det er muligt at komme sig helt eller delvist efter selv svær sygdom, og at det at komme sig også skal ske i kraft af patientens egen aktive indsats. Recovery handler for det første om at give håb – om at livet og sygdommen kan bedres. For det andet at give indsigt i og tro på, at det er muligt at leve med forskellige vilkår – også sygdomsmæssige – og alligevel have et godt og rigt liv. Endelig for det tredje hjælper recovery-processen en person med en sygdom til at være ”herre” i sit eget liv.

Et recovery-forløb bygger på autonomi og består af forskellige faser, hvor personen efterhånden får kontrol over sin sygdom og lærer at mestre eventuelle konsekvenser af denne, og herefter genetablerer sit sociale liv og herved får et meningsfyldt liv. Recovery sker i en social sammenhæng, hvor både personens egne ressourcer og hans eller hendes sociale netværk er væsentlige elementer. Recovery betyder ikke nødvendigvis, at sygdommen er væk, men den sætter fokus på den proces, hvor sygdommen træder så meget i baggrunden, at vedkommende bliver i stand til at forholde sig til sine ressourcer og interesser og leve et tilfredsstillende liv.<sup>16</sup>

### *Psykiatrien i dag*

Familien og samfundet har gennem tiderne haft en skiftende rolle i håndteringen af psykisk sygdom. Som det fremgår, skulle de sindssyge i gamle dage spærres inde og holdes så langt væk fra det øvrige samfund som muligt. Familiens rolle har både været som den primære omsorgsgiver, som at blive opfattet som part og måske delvis skyld i sygdommen, og som et besværligt og forstyrrende element.

Efter afviklingen af ”asylpsykiatrien” talte man i stedet om nærhedsprincippet – en ideologi om, at psykisk syge så vidt muligt skal blive i egen bolig og integreres i samfundet. Sengeafsnittene og de tilknyttede ambulante enheder var dermed organiseret i forhold til bopæl. I de senere år har man i højere grad set øget specialisering og centralisering som vejen til at fastholde kvaliteten i behandlingen.<sup>17</sup> Og familien skal i højere grad ses som en ressource, der så vidt muligt skal inddrages i behandlingen og restitueringen af den syge.

Samfundets tilbud til mennesker med en psykisk lidelse varetages i dag af henholdsvis regionerne og kommunerne. Diagnostik og behandling af psykisk sygdom varetages i regionerne i henholdsvis den primære og den sekundære sektor. Den primære sektor omfatter de praktiserende læger samt speciallæger i psykiatri. Den sekundære sektor omfatter de psykiatriske hospitaler med tilbud om indlæggelse og behandling og dertil knyttede ambulante enheder, samt distriktspsykiatriske enheder, der tilbyder ambulante behandling og opfølgning efter indlæggelse. Dertil kommer specialiserede teams tilknyttet de enkelte centre. Kommunerne varetager først og fremmest de opgaver i psykiatrien, som er af social karakter. Socialpsykiatrien yder støtte på områder som bolig, beskæftigelse, sociale tilbud og problemer i hverdagslivet.

<sup>16</sup> Vendsborg, Per m.fl. (2011): *Dømt på forhånd*: Kristen Kistrup og Morten Kistrup ”Fordomme og diskriminering i befolkningen, på arbejdsmarkedet og i psykiatrien”, s. 78.

<sup>17</sup> Dansk Psykiatrisk Selskab, hvidbog 2012-2020.

*Hvordan er psykiatrien organiseret?* Sundhedsvæsenet i Danmark er organiseret i fem regioner, der hver er ansvarlig for såvel somatisk som psykiatrisk behandling. I hver region er der psykiatriske afdelinger med lukkede sengeafsnit, integrerede og åbne sengeafsnit samt distriktspsykiatriske centre. Flere steder er der oprettet opsøgende psykiatriske teams. Ansvar for socialpsykiatrisk arbejde og rehabilitering ligger hos kommunerne og regionerne.<sup>18</sup> Hovedparten af de socialpsykiatriske institutioner, fx bosteder, er under kommunalt regi.

*Hvordan finansieres psykiatrien?* Regionerne får årligt et beløb (bloktilskud) af staten, som primært anvendes til at drive sundhedsvæsenet for, herunder psykiatrien. Kommunerne bidrager med et aktivitetsafhængigt beløb til sundhedsudgifterne. Udgifterne til socialpsykiatrien afholdes hovedsageligt af kommunerne.

Derudover bliver behandlingspsykiatrien finansieret via øremærkede midler, først og fremmest fra satspuljen<sup>19</sup>, hvor regeringen udstikker nogle retningslinjer for, hvilke områder i psykiatrien, der skal fokuseres på. Satspuljeaftalen (mellem regeringen og en række af Folketingets partier) udmøntes som en del af årets finanslovsaftale. En stadig stigende del af finansieringen af behandlingspsykiatrien fastlægges som en del af de årlige forhandlinger om udmøntningen af satspuljebevillinger. Midlerne fra satspuljen er blevet tildelt på to forskellige måder – via midlertidige puljer og via permanente bevillinger.

#### *Handlingsplaner for psykiatrien*

Psykiatrien spænder bredt over et spektrum af sindstilstande og lidelser. Det Ethiske Råd har i sit aktuelle arbejde med psykiatrien valgt at fokusere på tvang som ét af mange vigtige fokuspunkter inden for psykiatrien. Også mange andre områder som fx forebyggelse af psykisk sygdom, herunder forskning i udløsende faktorer for sygdomsudbrud og tilbagefald, bør have samfundets bevågenhed. Der bør derfor altid foretages en nøje vurdering af, hvordan de tilførte midler bedst anvendes ud fra en samlet kvalitetsmæssig betragtning med udgangspunkt i hensynet til patienten, de pårørende og samfundet.


Herunder skal nævnes nogle af de seneste tiltag i form af handling og strategi:

- I 2009 lancerede Danske Regioner sine visioner for psykiatrien i publikationen *En psykiatri i verdensklasse – regionernes visioner for fremtidens psykiatri*. Publikationen udtrykker en blanding af bredt formulerede hensigter og mere konkrete mål.
- I 2009 udgav Sundhedsstyrelsen en *National strategi for psykiatri*. Strategien er et pejlemærke for en samlet og sammenhængende, langsigtet udvikling af indsatsen til gavn for mennesker med psykiske lidelser.
- Ligeledes i 2009 udkom Indenrigs- og Sundhedsministeriets *Handlingsplan for psykiatri*. Handlingsplanen indeholder 29 konkrete initiativer på sundhedsområdet og det sociale område. Initiativerne er målrettet 10 forskellige fokusområder.

<sup>18</sup> Sundhedsstyrelsen (2009): *Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning*, s. 22-23.

<sup>19</sup> Satspuljens midler stammer fra reguleringen af overførselsindkomster, der kun reguleres næsten svarende til den almindelige lønudvikling. 3 promille af reguleringen overføres til satspuljen årligt.



- 
- I 2012 nedsatte regeringen et udvalg, der skal komme med forslag til, hvordan indsatsen for personer med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt. Udvalgets opgave er dels at komme med forslag, der indebærer en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet på det psykiatriske område, dels at komme med nye forslag på området, der efter udvalgets opfattelse kan prioriteres. Udvalget er bredt sammensat af psykiatriens aktører. Udvalgets samlede afrapportering skal foreligge medio 2013, hvorefter regeringen med afsæt i udvalgets overvejelser og forslag vil udarbejde en samlet, langsigtet plan for den fremtidige udvikling og udbygning på det psykiatriske område.

## Stigmatisering, tabuisering og diskriminering

Mennesker med svær psykisk sygdom rammes dobbelt: på den ene side skal de kæmpe med de lidelser og indskrænkninger i deres liv, som sygdommen medfører – og på den anden side skal de kæmpe mod forudindtagelser og fordomme – undertiden i form af diskriminering – som møder dem fra omverdenen. Mange af de ting, som vi i dag definerer som god livskvalitet – godt job, stabile boligforhold, godt helbred, socialt samvær med familie og venner – er goder, som det er vanskeligere for mennesker med psykisk sygdom at opnå.

I dette afsnit ses nærmere på stigmatisering, tabuisering og diskriminering.

### *Stigma*

”Stigma” kommer fra græsk og betyder mærke. Oprindeligt, i århundrederne før Kristi fødsel, var det et neutralt ord.<sup>20</sup> Senere i det latinske sprog fik det en negativ betydning som betegnelse for det mærke, som forbrydere, slaver og andre mindreværdige fik skåret eller brændt i huden. Mærket skulle signalere, at personen, som bar tegnet, burde undgås eller udelukkes fra fællesskabet. Sprogligt har ordet ”stigma” i dag både en konkret betydning som ”mærke efter sår” og en overført betydning som et ”socialt stempel”.

### *Stigmatisering*

Stigma og stigmatisering består af to fundamentale elementer: en udpegning eller afgrænsning (stigma), og en proces med konsekvent devaluering af personen (stigmatisering). Stigmatisering har således baggrund i de stereotype opfattelser, man tillægger alle personer, som tilhører en bestemt gruppe. Stereotyper opstår gennem social kategorisering. Når forestillingen om et menneske alene bliver dannet ud fra den kategori, som vedkommende tilhører og ikke tillader individuel variation, har man en stereotyp opfattelse af personen. Stigmatisering er således en social proces – en ”stempling” i et givent samfund på et givent tidspunkt - og handler om *opfattelser* hos dem, der stigmatiserer – og ikke så meget om egenskaber hos dem, der bliver stigmatiseret. Gennem historien og i praktisk taget alle kulturer er grupper af personer blevet stigmatiseret.

### *Stigmatisering som socialt fænomen*

Stigmatisering er et socialt fænomen, som bygger på uvidenhed og fordomme og hænger sammen med menneskers tendens til at blive skræmt af det, der er fremmed og anderledes. Når man ikke bare kender til, men rent faktisk *tror* på stereotyper og får et negativt følelsesmæssig forhold til dem, har man en fordom. Uforudsigelighed og far-

<sup>20</sup> Vendsborg, Per m.fl.(red.) (2011): *Dømt på forhånd*: Per Vendsborg ”Stigma – teorier og begreber”, s. 9.

lighed er nogle af fordommene mod mennesker med svær psykisk sygdom. Netop fordi fordomme er forbundet med stærke negative følelser, kan de skabe en forestilling om en trussel. En fordom er også, at en psykisk sygdom til en vis grad er selvforskyldt på baggrund af en svag karakter – ”han skal bare tage sig sammen!”

I en rapport om stigmatisering fra 2011 anføres, at 43 % af den danske befolkning mener, at mennesker med psykisk lidelse er farligere end andre mennesker.<sup>21</sup>

Der er gennemført undersøgelser af forekomsten af personfarlige handlinger udøvet af mennesker med psykisk sygdom. I de fleste undersøgelser har man konkluderet, at der er en moderat øget risiko for personfarlige reaktioner fra mennesker med skizofreni, især når personen samtidig har et misbrug. Imidlertid ville kun en lille – og næppe mærkbar – del af kriminaliteten i samfundet forsvinde, hvis der ikke fandtes mennesker med skizofreni.<sup>22</sup>

### *Stigmatisering på forskellige niveauer*

Man kan tale om stigmatisering på forskellige niveauer: en samfundsmæssig stigmatisering, som er den reaktion offentligheden har til mennesker med svær psykisk sygdom, stigmatisering i behandlerystemet, i familien eller omgangskredsen, eller en selvstigmatisering, som er den opfattelse som mennesker med svær psykisk sygdom vender mod sig selv.

Skizofreni ligger længst nede i hierarkiet af psykiske lidelser forstået på den måde, at der er den største grad af stigmatisering knyttet til denne lidelse. Mennesker med depression og angst oplever ikke stigmatisering og diskrimination fra andre i samme grad som mennesker med skizofreni, men døjer særligt med det stigma, de sætter på sig selv og lavt selvværd.<sup>23</sup>

### *Selvstigmatisering*

Selvstigmatisering betyder, at man identificerer sig med de egenskaber, som forbindes med stigmaet – man begynder at tro på de fordomme, andre har om en, og handler derefter.<sup>24</sup> Konsekvensen bliver dårligt selvværd og en følelse af skam samt en håbløshed, der fører til handlingslammelse på den måde, at man ikke magter at ændre sin situation, og i stedet søger at undgå de situationer, hvor man forventer at blive set ned på og udelukket. Man mister troen på at kunne blive rask og trækker sig ofte ud af fællesskabet. Nogle kan reagere med vrede, som kan give modstandskraft, men også en følelse af afmagt.

### *Stigmatisering i familien*

Også de pårørende kan komme til at medvirke til stigmatiseringen på grund af uvidenhed eller fornægtelse. Forældre opfatter måske deres teenagesøn eller -datters adfærd som dårlig opførsel, eller håber på at tilstanden går over, hvis de lader som ingenting.

<sup>21</sup> Fra rapporten (2011): *Stigma og psykiske lidelser – som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*. Rapportens undersøgelser og analyser er gennemført af Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) og Dansk Sundhedsinstitut (DSI). Rapporten kan læses på: [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk).

<sup>22</sup> Se Vendsborg, Per m.fl. (2011): *Dømt på forhånd*: Merete Nordentoft ”Farlighed og stigmatisering”, s. 85-89.

<sup>23</sup> Fra *Stigma og psykiske lidelser*, rapport fra SFI og DSI, s. 20.

<sup>24</sup> Dybvig, Sveinung m.fl. (2004): *Stigma. Antistigma*, Stiftelsen Psykiatrisk Oplysning, s. 13.

Reaktionen i familien er ofte tavshed. Undersøgelser viser, at stigmatisering i det nære – forholdet til familie, partner, børn og venner – opleves som mest ødelæggende og sværest at håndtere. På den anden side kan velinformerede og støttende pårørende være afgørende for bedring af den syges tilstand.<sup>25</sup>

Ofte har nære pårørende også en følelse af skyld over, at deres barn eller ægtefælle er blevet syg. En følelse som både omgivelserne og de ansatte i psykiatrien undertiden påfører de pårørende ved bevidst eller ubevidst at bebrejde dem for den situation, som deres syge familiemedlem er kommet i. Samtidig stigmatiseres de pårørende også selv, fordi det (stadig) opleves som skamfuldt at have en person med svær psykisk sygdom i familien.

### *Tabu*

Stigmatisering kan medføre øget mindreværd, usikkerhed og forværring af sygdommen. Frygt, tabuer og fordomme kan få patienten til selv at benægte og skjule symptomer. Psykiske lidelser er tabubelagte på den måde, at hverken den syge selv eller familien åbent taler om sygdommen, da de oplever at blive afvist eller set ned på, hvis de gør det. Derfor lader de være og bidrager dermed selv til, at psykiske lidelser bliver tabubelagt. Stigma medfører skam, og tabu skal derfor ses som en del af stigmatiseringen.

### *Behandlersystemets stigmatisering*

De samme myter, fordomme og uvidenhed om psykisk sygdom, som præger befolkningen, kan også præge forskellige professionelle faggrupper i sundheds- og socialvæsenet. Nogle undersøgelser viser, at psykiatrisk personale er en af de grupper af sundhedspersonale, som opleves mest stigmatiserende<sup>26</sup>, og patienter og pårørende nævner, at omkring en fjerdedel af deres stigmatiserende oplevelser har fundet sted i det psykiatriske behandlingssystem.<sup>27</sup>

Stigmatisering kan udtrykke sig som afvisende adfærd, latterliggørelse eller disrespekt<sup>28</sup> og anden nedladende behandling, eller indirekte ved at give patienten indtryk af at være i en håbløs, uhelbredelig situation.

Oplevelsen af "dehumanisering" spiller en særlig stor rolle. Dehumanisering henviser til forskellige typer adfærd i interaktionen mellem patient og personale, hvor patienten oplever at blive talt til som et barn, blive ekskluderet fra vigtige diskussioner, få utilstrækkelig information om egen lidelse og behandlingsmuligheder, at blive frataget alt ansvar for eget liv, samt fornemmer en underliggende trussel om tvangsbehandling.<sup>29</sup>

<sup>25</sup> *Stigma og psykiske lidelser*, DSI og SFI, s. 20-21.

<sup>26</sup> *Stigma og psykiske lidelser*, DSI og SFI, s. 29. Se også henvisninger til undersøgelser i Dissing, Nete Skovlund m.fl. (2009): *Jeg er ikke min sygdom – jeg er mig!*, Københavns Universitet, Videnskabsbutikken (Bacheloropgave), s. 3

<sup>27</sup> Se blandt andet Vendsborg, Per m.fl. (2011): *Dømt på forhånd*: Kristen Kistrup og Morten Kistrup "Fordomme og diskriminering i befolkningen, på arbejdsmarkedet og i psykiatrien", s. 75.

<sup>28</sup> Se referencer i Dissing, Nete Skovlund m.fl (2009): *Jeg er ikke min sygdom – jeg er mig*, s. 20-21.

<sup>29</sup> Uddrag fra *Stigma og psykiske lidelser*, DSI og SFI, s. 29.

### *Mediernes stigmatisering*

Der er ingen tvivl om, at den måde, som medierne fremstiller personer med psykiske sygdomme på, er en afgørende faktor i udviklingen og vedligeholdelsen af fordomme om mennesker med psykiske sygdomme. Ofte ser man personer med psykisk sygdom fremstillet i film som enten voldelige ”den sindssyge morder” eller latterlige, og i nyhedsmediernes dækning af enkeltsager om overfald og andre voldshandlinger, hvor mennesker med psykisk sygdom er indblandet, får seeren den opfattelse, at mennesker med psykisk sygdom generelt er farlige.

### *Diskriminering*

Stigmatisering kan lede til diskriminering. Diskriminering kan defineres som en reaktion, der er udsprunget af en forudindtagelse på baggrund af en stereotyp opfattelse (stereotyp i betydningen negativ social videns struktur). Med andre ord: når man behandler en person ud fra sin fordom, så diskriminerer man vedkommende. Dannelsen af fordomme og diskriminerende adfærd er socialt og kulturelt betinget, og kan spænde over et spektrum fra at udtrykke sine fordomme, til at undgå personen eller mere direkte diskrimination ved at afvise personen i forskellige sammenhænge eller endog ved fysiske overfald.

En særlig form for diskrimination er strukturel diskrimination. Denne form kan beskrives som politikker, der i udgangspunktet ikke har intentioner om diskrimination, men ender ud med at være det i kraft af fx skæv ressourceallokering<sup>30</sup> eller i love og regler, der ikke umiddelbart er diskriminerende, men hvis konsekvenser er at patienter med psykiske lidelser bliver dårligere stillet, end patienter med somatiske lidelser.

### *Oplevet diskrimination*

Undersøgelser viser, at fire ud af fem mennesker, der har en psykisk sygdom, oplever, at de bliver stigmatiseret i sociale sammenhænge, i familielivet samt i arbejdslivet.<sup>31</sup> Især oplever mange diskrimination på arbejdsmarkedet. Mange oplever, at de har mistet jobmuligheder, og de fleste personer med psykisk sygdom undlader at fortælle om deres psykiske problemer ved en jobsamtale. Også mobning på arbejdspladsen forværrer tilstanden for mange mennesker med psykisk sygdom. Mennesker, som har en psykisk sygdom, bliver også oftere udsat for vold end andre. I en stor undersøgelse, der blev foretaget samtidig i 27 lande, fandt man, at omkring halvdelen af dem, som havde en psykisk sygdom, både oplevede og forventede diskriminering.<sup>32</sup>

Det har vist sig, at menneskers ønske om social afstand til mennesker med psykisk sygdom øges i takt med nærheden i relationen – ønsket bliver større og mere tydeligt, når mennesker med psykisk sygdom optræder som nabo, kollega eller som nyt familiemedlem.

<sup>30</sup> Dissing, Nete Skovlund m.fl.: *Jeg er ikke min sygdom – jeg er mig!* s. 4, note 1.

<sup>31</sup> Vendsborg, Per, Merete Nordentoft og Anne Lindhardt (2011): ”Stigmatisering af mennesker med psykisk lidelse”, *Ugeskrift for Læger*, 2011, 173 (16): 1194-1198.

<sup>32</sup> Vendsborg, Per m.fl (2011): *Dømt på forhånd*: Søren Blinkenberg og Per Vendsborg ”Oplevelsen af fordomme og diskriminering”, s. 56.

### Bekæmpelse af stigmatisering og diskriminering

”Ordet respekt kommer fra det latinske ord ”re”, som betyder ”igen”, og ”spektare”, som betyder ”at se”, og betyder ganske enkelt ”at se igen”. At man ikke skal lade sig narre af det første indtryk, fordomme eller stigmatiserende kategorier (...) men se efter en gang til, bag etiketterne, for at se det menneske, det drejer sig om, og finde ud af, hvordan man skal møde netop dette unikke individ”. Citat af Arnhild Lauveng, norsk forfatter og psykolog.<sup>33</sup>

Stigmatisering og diskriminering kan bekæmpes på flere måder.

I bogen *Dømt på forhånd*<sup>34</sup>, beskrives en ”praksisorienteret model til bekæmpelse af stigma”, som retter sig mod:

- Problemer med viden (uvidenhed – det tankemæssige aspekt).
- Problemer med holdninger (fordomme – den følelsesmæssige aspekt).
- Problemer med adfærd (diskriminering – det adfærdsmæssige aspekt).

Landskampagnen EN AF OS er en national oplysnings- og afstigmatiseringskampagne, der blev sat i værk den 10. oktober 2011 og fortsætter frem til 2015. Kampagnens formål er at arbejde for at imødegå stigmatisering og fremme tolerance og åbenhed over for mennesker med psykisk sygdom. Bag kampagnen står netværket Den Fælles Indsats, som blev nedsat i 2010 af partnerne: Det Sociale Netværk af 2009, PsykiatriFonden, TrygFonden, regionerne, Danske Regioner, KL, Socialministeriet og Sundhedsstyrelsen. Detaljer om kampagnen kan læses på [www.en-af-os.dk](http://www.en-af-os.dk).

<sup>33</sup> Citeret fra Vendsborg, Per m.fl. (2011): *Dømt på forhånd*: Morten Kistrup og Kristen Kistrup ”Psykologien bag stigma”, s. 33.

<sup>34</sup> Vendsborg, Per m.fl. (2011), Psykiatrifondens Forlag.

# Litteratur

---



Vendsborg, Per, Søren Blinkenberg, Kristen Kistrup, Anne Lindhardt og Merete Nordentoft (red.) (2011): *Dømt på forhånd*, Psykiatrifondens Forlag.

Lindhardt, Anne (2011): *Etik og værdier i psykiatrien*, Psykiatrifondens Forlag.

Dansk Psykiatrisk Selskab (2012): *Hvidbog 2012-2012*.

Dissing, Nete Skovlund m.fl. (2009): *Jeg er ikke min sygdom – jeg er mig!* Københavns Universitet. Videnskabsbutikken (Bacheloropgave).

Kragh, Jesper Vaczy (red.) (2008): *Psykiatriens historie i Danmark*, Hans Reitzels Forlag.

Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) og Dansk Sundhedsinstitut (DSI) (2011): *Stigma og psykiske lidelser – som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*.

Dybvig, Sveinung m.fl. (2004): *Stigma. Antistigma*, Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Vendsborg, Per, Merete Nordentoft og Anne Lindhardt (2011): "Stigmatisering af mennesker med psykisk lidelse" i *Ugeskrift for Læger*, 2011, 173 (16): 1194-1198.

Sundhedsstyrelsen (2009): *Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning*.

DET ETISKE RÅD  
Rentemestervej 8  
2400 København NV  
Tel: +45 7221 6860  
[www.etiskraad.dk](http://www.etiskraad.dk)

**Samfundet og "de gale"**  
Magt og afmagt i psykiatrien

© Det Etske Råd 2012

ISBN: 978-87-91112-12-6

Udgivet af Det Etske Råd 2012

Illustrationer: Peter Waldorph

Fotos: iStockphoto, Colourbox

Publikationen kan downloades på Det Etske Råds webside [www.etiskraad.dk](http://www.etiskraad.dk)