

Vilde Serena Skaara

# Ungdom og opplevde psykiske plager

Medikaliseringens konsekvenser for  
identitetsutvikling og selvforståelse

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Veileder: Cecilie Ellefsen

Mai 2022



Vilde Serena Skaara

# Ungdom og opplevde psykiske plager

Medikaliseringens konsekvenser for  
identitetsutvikling og selvforståelse

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Veileder: Cecilie Ellefsen

Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap

Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden



## **Sammendrag**

I denne oppgaven forsøker jeg å drøfte en problematikk rettet mot medikalisering og psykisk helse. I løpet av denne oppgaven utforsker jeg hvilke konsekvenser medikalisering av psykiske plager kan ha for ungdoms identitetsutvikling og selvforståelse. Oppgavens metode er systematisk litteratursøk. Denne metoden er benyttet for å finne relevante vitenskapelige artikler. I tillegg bygger oppgaven på annen relevant faglig litteratur og teori. Gjennom oppgaven finner jeg ut at mennesker er sosiale vesen, og vår identitet og selvforståelse påvirkes i stor grad av de sosiale omgivelsene vi lever i. Ytre symboler og systemer gir grunnlag for hvordan vi opplever oss selv. Medikaliseringssystemet presenterer psykiske diagnoser, som diskuterer å uttrykke en objektiv forståelse av individuelle opplevelser og tilstander. Ungdommer kan oppleve psykiske plager som følge av kulturelle koder og diskurser som råder i dagens moderne samfunn. Slike opplevelser kan i lys av medikaliseringsskulturen forsås som behandlingstrengende. Dette kan påvirke ungdommens identitetsutvikling og selvforståelse, ettersom medikalisering av subjektive opplevelser kan være både positivt og negativt, begrensende og befriende. Problemforståelsen kan virke stigmatiserende, og stå i fare for å tilsløre et komplekst ungdomsliv.

## **Abstract**

In this assignment I aim to discuss an issue related to medicalization and mental health. Along this scholar task, I investigate which consequences medicalization of less serious mental issues can have on youths' development of identity and self-understanding. The assignment is based on relevant literature, theory, and scientific articles. During the task, I find out that humans are social beings, and our identity and self-understanding are highly affected by our social environmental surroundings. Interaction with exterior symbols and systems affect how we understand our self. The medicalization system present mental diagnoses, and they express an objective understanding of individual experiences and conditions. Youth can experience mental illness because of the cultural codes and discourses that prevails in the modern society. Such understandings can consider the medicalization system be read as a need for treatment. This can affect the youth identity construction and self-understanding, as medicalization of subjective experiences can result as both positive and negative, limiting and liberating. Medicalization can seem stigmatizing and leave out the complicity of the adolescents.

## **Forord**

Det har vært en ny erfaring for meg å skrive en bacheloroppgave. Jeg tror aldri at jeg tidligere har dykket like dypt ned i en problematikk. Jeg sitter igjen med at det har vært spennende, og jeg har lært veldig mye. I løpet av våren 2022 har jeg brukt mye tid til å tenke på og reflektere over medikalisering av psykiske plager, og jeg har lært utrolig mye om temaet. Denne kunnskapen setter jeg nå stor pris på og ville ikke vært foruten.

Jeg vil takke veilederen min ved NTNU, Cecilie Ellefsen. Takk for god hjelp til utformingen av problemstillingen til dette temaet som i startfasen var et stort felt å orientere seg i. Takk for gode litteraturtips, og for god hjelp til å strukturere oppgaven.

Jeg vil også takke studievennene mine som har gjort skriveprosessen mer innholdsrik. Takk for gode samtaler, godt selskap, og hyggelige lunsjpauser. Hverdagen er mye morsommere i lag med dere.

Trondheim, Mai 2022.

Vilde Serena Skaara

## Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON .....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Problemstilling og avgrensing .....	6
1.3 Den sosialfaglige relevansen .....	6
1.4 Presentasjon av oppgavens kapitler .....	7
2.0 METODE .....	8
2.1 Søkeprosessen.....	8
2.3 Forskningens relevans .....	9
2.4 Et kritisk blikk på valgt forskning .....	9
3.0 TEORETISK RAMMEVERK .....	10
3.1 Sosialkonstruktivisme og virkelighetsforståelse .....	10
3.1.1 <i>Språkets makt</i> .....	11
3.2 Kulturelle koder – en påvirkning.....	11
3.2.1 <i>Moderniteten</i> .....	11
3.3 Konstruksjon av normalt og unormalt .....	12
3.3.1 <i>Psykiske plager som avvik</i> .....	13
3.4 Ungdom, identitet og selvforståelse .....	13
3.4.1 <i>Identitet og Erik Erikson</i> .....	14
3.4.2 <i>Selvforståelse og Charles Taylor</i> .....	15
4. 0 DRØFTING.....	15
4.1 Økt sykeliggjøring av seg selv?.....	16
4.1.1 <i>Ung, privilegert, men utilstrekkelig</i> .....	17
4.2 Forsterket fokus på det individuelle .....	18
4.2.1 <i>En tilsløring av fellesskapet</i> .....	19
4.3 Usynliggjøring av det komplekse menneskelivet.....	19
4.3.1 <i>En merkelapp på individet</i> .....	21
4.4 Diagnose som forklaring – et gode eller mindre gode?.....	22
5.0 AVSLUTNING .....	23
5. 1 Avsluttende refleksjoner.....	24
REFERANSER .....	26

## 1.0 INTRODUKSJON

Det er ingen hemmelighet at det vestlige samfunnet har gjennomgått en enorm utvikling på mange ulike områder. Naturligvis har utviklingen av det moderne samfunnsprosjektet påvirket hvordan vi lever våre liv, og hvilke muligheter vi har i samfunnet. Flere har tatt til orde at en sentral faktor som skiller moderniteten fra det tradisjonelle samfunnet, er det voksende fokuset på økt individuell liberal frihet (Krange & Øia, 2005, s. 46). Der våre forfedre fokuserte mer på kollektivism og fellesskap, preges dagens samfunn av en tankegang om at alle mennesker har frihet til å realisere seg selv, og mulighet til å oppnå sine drømmer.

Den gruppen som blir ansett som særlig mottakelig for det som rører seg i tiden, er ungdom (Krange & Øia, 2005, s. 18). Ungdom gjennomgår en sårbar livsfase der de utvikler seg fra barn til voksen. Denne tiden er preget av en identitetskrise der individet er på leting etter svar på spørsmål som *hvem er jeg?* (Madsen, 2018, s. 35). Samfunnet ungdommen lever i spiller en viktig del av denne prosessen. Søken etter selvrealisering foregår i en sosial kontekst, og et meningsunivers som påvirkes av kulturelle koder og forståelser (Krange & Øyen, 2005, s. 20). Det moderne samfunnet inneholder et nytt hav av kunnskaper og muligheter ulikt fra tidligere epoker. Dermed møter moderne ungdom andre utfordringer enn deres foreldre i sin tid gjorde, og dagens ungdomstid lar seg ikke sammenlikne med noe kjent tidligere historisk eller sosialt fenomen (Krange & Øia, 2005, s. 35).

Det spekuleres på om det er for krevende for dagens ungdom å gjennomgå en identitetsutvikling i dagens firhetsorienterte samfunn, preget av normer som individualisme, selvrealisering og lykkejag. Objektivt sett tilsier det moderne samfunnet at vi aldri har hatt det bedre målt fra materielle gjenstander og gjennomsnittlige levealder. Likevel ser det ut til at spesielt unge mennesker føler seg subjektivt dårligere, og strever med ulike psykiske helseproblemer av varierende alvorlighetsgrad (Madsen, 2018, s. 14). Det er uvisst om dette skyldes at dagens ungdom har det vanskeligere enn tidligere, eller om det kan henge sammen med den store kunnskapsutviklingen innenfor psykisk helse. Omfattende verktøy for medikalisering av ulike psykiske utfordringer og adferdsvansker later til å ha medført at flere tilstander som tidligere ble sett som personlighetstrekk eller tilstander en måtte leve med, nå ha fått behandlingsmuligheter i medisinen (Anderssen & Gjernes, 2012, s. 65).



## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helse-Norge definerer psykisk helse til å handle om hvordan vi oppfatter oss selv og andre, hvordan vi har det i hverdagen, og hvordan vi takler utfordringer (Helsenorge, 2022). I Norge brukes WHO's kodeverktøy ICD-10 i arbeid med psykisk helse og medikalisering. Kapittel F handler om psykiske lidelser og adferdsproblemer, og dette kapittelet inneholder 100 ulike kategorier for klassifikasjoner med underinndeling i desimaltall på firetegnsnivå (FHI, 2018, s. 59). Ettersom det derav eksisterer mange beskrivelser på opplevd psykisk ubehag, er det kanskje ikke overraskende at forskning viser at det i vestlige samfunn er blitt mer normalt enn tidligere å medikalisere hvordan vi føler oss, eller hvordan vi oppfører oss (Anderssen & Gjernes, 2012, s. 65).

Medikalisering betegner at et problem defineres og forstås med medisinske begreper, eller at man bruker medisinske intervensjoner for å behandle det (Conrad, 2005, s. 3). Problemer som medikaliseres er rettet mot fysisk sykdom, eller psykiske tilstander. Aktuelt for denne oppgaven er medikalisering av subjektive opplevelser av psykiske plager. Det er interessant å betrakte om medikaliseringssystemet skaper en virkelighetsforståelse og et meningsmønster av opplevde psykiske tilstander som vi kan identifisere oss med. Albert Einstein (1935) sa i sin tid: *“It is the theory which decides what we can observe”*. Sitatet er tankevekkende fordi det kan trekke linjer til om det er kjennskapet til psykiske plager, som gjør at vi kan forklare opplevelser som fenomener i kodeverktøy. Videre, er det spennende å undersøke om slike forklaringsmønstre på opplevde psykiske plager påvirker hvordan vi forstår oss selv og vår identitet.

Denne oppgaven bunner i en nysgjerrighet til hvordan medikalisering av ulike tilstander preger ungdommers forståelse av hva som anses som, og hva som innebærer, en optimal psykisk tilstand. Dermed synes det interessant å undersøke om sosiale konstruksjoner av medikalisering påvirker ungdoms forhold til egen opplevelse av psykisk helse. I hverdagsspråket bruker ungdom begreper som angst og deprimert til å forklare hvordan de føler og oppfører seg. Dette kan i seg selv være et uttrykk for medikalisering der et problem forstås med et medisinsk begrep. Informasjon om psykiske diagnoser er lett tilgjengelig på internett og i sosiale medier. Nærhet til kunnskap om medikaliseringsfenomener gjør at det er lettere å relatere til, og fortolke seg selv og egen adferd gjennom den (Røstbakken & Røstbakken, 2017, s. 282). Nysgjerrighet på hvordan dette påvirker ungdommers identitetskonstruksjon og selvforståelse i ungdomstiden, har engasjert meg til å skrive nettopp denne oppgaven.

## **1.2 Problemstilling og avgrensning**

Problemstillingen jeg skal undersøke i denne oppgaven er *Hvilke konsekvenser kan medikalisering av opplevde psykiske plager ha for ungdoms identitetsutvikling og selvforståelse?*

Jeg avgrenser medikalisering av opplevde psykiske plager til å dreie seg om psykiske helseproblemer av mindre alvorlighetsgrad. Psykiske plager er mentale plager som er utfordrende, men ikke i stor nok grad til å kvalifisere til medisinerer (Madsen, 2018, s. 87). Derfor er ikke medisinerer inkludert i denne oppgaven, og medikalisering er gjennom begrepsdefinisjonen et synonym til diagnostisering. Lettere psykiske plager refererer her til subjektive opplevelser av plager hvor adferd, stemningsleie og, eller, emosjoner avviker vesentlig fra det normale (FHI, 2018, s. 61). Et eksempel på en medikalisert psykisk plage rettet mot stemningsleie er depresjon, som også er en av de vanligste medikaliserte tilstandene for unge (Madsen, 2018, s. 87). Depresjon kan også være en tilstand som kvalifiserer til medisinerer, men da er den vurdert å være mer alvorlig enn det jeg tar høyde for i denne oppgaven. Ungdom avgrenses til den perioden i ungdomsutviklingen der ungdom utvikler seg fra barn til voksen. I lys av psykologen Erik Erikson er dette fra omtrentlig starten av tenårene til 20 års alderen. Det er denne sårbarhetstiden, og identitetsutviklingen som ungdom gjennomgår, som er relevant for oppgaven. Videre avgrenses samfunnskonteksten til å dreie seg om ungdom som lever i det moderne vestlige samfunnet.

## **1.3 Den sosialfaglige relevansen**

Sosialt arbeid handler om å bistå mennesker som opplever sosiale problemer, som oppstår mellom individ og samfunn (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2015, s. 25). På individnivå arbeider sosialarbeidere direkte med mennesker som har behov for hjelp for å sikre menneskeverdig levekår og livskvalitet (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 3). I relasjonsarbeidet er en sosialarbeider opptatt av menneskets livskontekst, og de viktige systemene i dets omgivelser. Dermed vektlegger sosialt arbeid betydningen av hvordan de psykososiale forholdene til et individ kan påvirke dens opplevelse av et problem. Det psykososiale perspektivet tar høyde for at både individets subjektive psykiske tilstand samt individets sosiale forhold er av betydning for helse og mental fungering (Svardal, 2020, Definisjon, avsn. 1). Dette perspektivet er ulikt fra helsearbeid i medisinen. Medisinske modeller tar høyde for å tillegge individet beskrivende karakteristikk som implisitt sier at det er noe i veien med individet som må rettes opp (Shulman, 2003, s. 29). Dermed kan det hevdes at sosialt arbeid bevarer kompleksiteten til et problem ved å alltid betrakte at mennesker lever i

spenn mellom det individuelle og det samfunnsmessige (Madsen, 2018. s. 77). På den måten er ikke en sosialarbeiders fokus kun rettet på individets psykiske tilstand, men også på dets interaksjon til relevante systemer rundt seg (Shulman, 2003, s, 29). Eksempler på slike systemer er forholdet mellom individet og familien, venner, og skolen.

Oppgavens problemstilling handler om ungdom og medikalisering av psykiske plager. I lys av definisjonen ovenfor kan det sies at medikalisering av opplevde psykiske utfordringer baserer seg på individet og dens væremåte, fremfor strukturer i miljøet ungdommen lever i. Gjennom en sosialarbeiders perspektiv, vil det være aktuelt å undersøke om det er andre forhold i ungdommens liv som kan påvirke dens opplevelse av en psykisk plage. En sosialarbeider vil dermed forsøke å stille seg inn på individets subjektive opplevelse, samtidig som den tar hensyn til at miljøet også kan spille en viktig faktor på det opplevde problemet. Dermed er det relevant for faget å undersøke om det kan påvirke ungdommens identitetsutvikling og selvforståelse å problemforklare opplevde psykiske plager gjennom medikaliserte intervensjoner, som ikke tar hensyn til eventuelle påvirkende faktorer i miljøet ungdommen lever i. Ved å bruke en sosialarbeiders briller, kan det også virke mer ressursorientert å lete etter hvilke faktorer i systemene rundt personen som kan forandres, fremfor å lete etter hvordan psykiske plager kan kategoriseres og medikaliseres. Et slikt ressursorientert perspektiv på et individs problem vil også være mer interessert i individets positive sider, fremfor negative (Shulman, 2003, s. 31).

#### **1.4 Presentasjon av oppgavens kapitler**

Oppgavens andre kapittel består av metodedelen. Dette kapitlet redegjør for det litterære redskapet mitt i møte med problemstillingen som jeg undersøker i oppgaven. Kapitlet avklarer søkeprosessen jeg har gjennomført for å innhente relevante litteraturer og artikler, dataens relevans, og et kritisk blikk på valgt forskning. Det tredje kapitlet fremstiller oppgavens teoretiske rammeverk. Her avklares sentrale begreper og teorier for oppgaven, som er ment til å skape en oversiktlig kontekstbeskrivelse til temaet. I kapittel fire drøftes oppgavens problemstilling. Her foretas en drøfting opp mot valgt fagkunnskap, teori og data. Det siste kapitlet, nummer fem, er avslutningen på oppgaven. Her presenteres en oppsummering av oppgaven, og avsluttende konklusjoner og refleksjoner.

## 2.0 METODE

Fra oppgavetekstens beskrivelse, er grunnlaget for denne bacheloroppgaven et bredt utvalg litteratur med relevans for problemstillingen. Dermed er oppgaven et slags litteraturstudium, med metoden systematisk litteratursøk for å innhente data. I en litterær oppgave hentes data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207). Videre i dette kapitlet skal jeg redegjøre for hvordan jeg har søkt meg frem til de aktuelle kildene. Jeg skal vise hvilke fagkunnskap, forskning og teori jeg har funnet, og hvilke kriterier jeg har benyttet meg av i valget av disse (Dalland, 2017, s. 214).

### 2.1 Søkeprosessen

Jeg startet litteratursøkeprosessen uten et bredt teoretisk kjennskap til temaet. Jeg var i det hele tatt usikker på om dette var et aktuelt litteraturområde å orientere seg inn i. Lite visste jeg at litteratursøkeprosessen skulle føre meg inn i en verden av aktuelle bøker og artikler, med ulike relevante fagkunnskaper, teorier og forskninger. Jeg startet med å skape meg en oversikt over temaet i faglitteraturen. Dette er hensiktsmessig fordi litteraturen hjelper til å se hvilke data jeg trenger, og deretter til å bedre forstå det materialet jeg samler inn (Dalland, 2017, s. 222). Det er spesielt to litterære fagbøker som har vært viktige for meg i denne oppgaven, og som særlig har dannet mitt kunnskapsgrunnlag for den videre utvelgelsen av forskning. Dette er Madsen (2018) *Generasjon prestasjon*, og Krange & Øia (2005) *Den nye moderniteten*.

Jeg har foretatt systematisk litteratursøk i databasene Oria og Idunn. Oria har vist seg å innebære mest relevant litteratur, og dermed vært den viktigste databasen ved innhenting av data. Jeg startet litteratursøkeprosessen med vide og enkle begrep som en inngang og informasjonsoppbygging til tematikken. Jeg søkte på ord som «diagnoser», «virkelighetsforståelser», «identitet» og «selvforståelse». Ettersom kunnskapen min vokste, og jeg fikk en bredere forståelse av eksisterende forskning, kunne jeg starte å innsnevre søkene mine på leting etter spesifikke relevante artikler for min problemstilling. Jeg fant raskt ut at temaet jeg valgte for oppgaven er veldig stort. Jeg har brukt mange søkeord, og i mange ulike kombinasjoner. Noen av søkeordene som har gått mye igjen er «ungdom», «identitet», «sosial avvik», «diagnose», «medikalisering», og «selvforståelse». Jeg har avgrenset med fagfelleverderte artikler, og forskning innenfor totusentallet. Jeg har også benyttet meg av den såkalte snøballmetoden, der jeg har gått videre til dataenes referanselister og henvendelser.

## 2.3 Forskningens relevans

Fra oppgavetekstens beskrivelse skal oppgaven inkludere minst fire vitenskapelige artikler. De vitenskapelige artiklene jeg har funnet er for det meste fagartikler i norske tidsskrift som «*Fokus på familien*» og «*Tidsskrift for psykisk helsearbeid*». Jeg har funnet både teoretiske fagfelleverderte vitenskapelige artikler, og forskningsartikler som er vitenskapelig fremstilt. Forskingen jeg har brukt i oppgaven drøfter problemstillinger innenfor medikalisering av psykiske plager på ulike måter, og belyser ulike perspektiver og informasjonskanaler til temaet. Videre viser også noe valgt forskning eksempler på studier av der informanter har erfart diagnostisering av psykiske plager. Det har vært til hjelp å lese vitenskapelige undersøkelser som er gjort av ungdom som har opplevd å få en psykisk diagnose av lettere alvorlighetsgrad.

## 2.4 Et kritisk blikk på valgt forskning

En utfordring i søkeprosessen var at det viste seg å være mye relevant faglitteratur og teori til temaet. Det følte som jeg kunne lese evig på aktuelle fagbøker og artikler skrevet av ulike forskere og forfattere. Videre finnes det mange teoretikere som fremstiller ulike forståelser av for eksempel samfunnet, moderniteten, ungdom og identitet. Det har var utfordrende å begrense oppgaven, og velge litteratur. Jeg har lagt vekt på å inkludere og anvende data som jeg har vurdert som mest aktuelle for oppgavens drøftedel, men ettersom det er et stort tema er det mye relevant data som jeg har måtte utelatt. Avgrensingen har vært noe utfordrende og valgene jeg har tatt har trolig påvirket oppgaven.

Forskingen jeg refererer til, og tar utgangspunkt i, er i hovedsak skrevet av norske og skandinaviske forfattere. Dette gjør at temaet innsnevres til det skandinaviske samfunnet. Oppgaven var ment til å dreie seg om det moderne vestlige samfunnet i verden. Ettersom dette kan innebære mange ulike land, kunne det med fordel vært benyttet mer engelsk litteratur fra andre vestlige industrialiserte land. Videre, benytter jeg som sagt både vitenskapelige artikler som er fagfelleverderte, og artikler som er vitenskapelig forskning. Jeg opplevde at det var vanskelig å finne vitenskapelig forskning som belyste problemstillingen min på en relevant måte, og kanskje kunne jeg med fordel benyttet og anvendt mer vitenskapelig forskning.

Ingen går løs på en oppgave med blanke ark (Dalland, 2017, s. 61). Det betyr at jeg har hatt en forforståelse til temaet som har påvirket min undersøkelse av data, og det utvalget jeg har gjort. Som sagt tidligere startet jeg søkeprosessen med lite kunnskap til temaet. Jeg var

snarere nysgjerrig på hvilke litteratur jeg kom til å finne, og hvilken kunnskap den kom til å gi meg. Ettersom jeg begynte å lese forstod jeg at mye av litteraturen jeg fant stilte seg kritisk til medikaliseringsskulturen blant ungdom. Med lite forkunnskaper, er det rom for å hevde at litteraturen jeg har lest har formet min forståelse av problematikken. Ettersom mesteparten av forsinkingen representerer kritiske synsvinkler, kan dette ha formet oppgaven min i en kritisk retning. Jeg kunne trolig med fordel valgt mer litteratur som retter et positivt blikk på medikalisering av opplevde psykiske plager.

### **3.0 TEORETISK RAMMEVERK**

Som en kontekstbeskrivelse til oppgaven skal jeg i dette kapittelet definere sentrale begreper, og skape et teoretisk rammeverk. Hensikten med dette er å gjøre rede for perspektiver og teorier jeg ønsker å se problemstillingen i lys av (Dalland, 2017, s. 214). Dette vil også skape en oversikt over litteratur jeg har valgt å benytte i oppgaven. Fagkunnskapen og teoriene som belyses i dette kapittelet former «brillene» til materialet som jeg bruker i denne oppgaven (Dalland, 2017, s. 199). Jeg har valgt nøkkelbegreper og teorier som er hensiktsmessige å avklare for å videre skape en oversiktlig og grundig utforsking av problemstillingen.

#### **3.1 Sosialkonstruktivismen og virkelighetsforståelse**

Sosialkonstruktivismen er et perspektiv på menneskers virkelighetsforståelse. Perspektivet er bredt og komplekst, og det er et avansert fenomen å fordype seg i. Ettersom jeg ikke skal dykke for dypt ned i dette perspektivet i denne oppgaven, avgrensers jeg ved å bevege meg på dets overflate og fokusere på en innfallsvinkel som er relevant for denne sammenhengen. Sosialkonstruktivismen innebærer kort sagt at mennesker i samfunnet utvikler forståelser av den sosiale virkeligheten i samhandling med hverandre (Ingstad, 2013, s. 42). Sagt på en annen måte, betyr det at mennesker som er deltakere av de samme sosiale mekanismene konstruerer felles forståelser av verden – hvordan den fungerer og hvordan vi skal leve i den. Virkelighetsforståelsen konstrueres gjennom opplevelser, situasjoner og kommunikasjon, og den gir seg til kjenne gjennom sosiale og kulturelle «meningsmønstre» (Helliesen, 2011, s. 11). Ulike samfunn kan konstruere virkeligheten på ulike måter, og derfor påvirkes vår virkelighetsforståelse av hvor vi lever, og hvilke innputt vi får fra våre omgivelser. Ulike land, og ulike samfunn kan oppleve omstendighetene ulikt, leve i ulike situasjoner, og føre ulike kommunikasjonsformer.

### **3.1.1 Språkets makt**

Som sagt over er kommunikasjon sentralt i konstruksjoner av virkeligheten. Dette gjør språket spesielt sentralt, da det er en nær forbindelse mellom språk og opplevd virkelighet (Grønneberg, 2014, s. 35). Språket har definisjonsmakt til hva som konstrueres som virkelig, fordi fenomener blir til ved at vi blir enige om at de finnes, og deretter navngir dem. Det kan forstås som at det som ikke snakkes om, eller ikke navngis, dermed ikke eksisterer (Johannisson, 2007, s. 15). Knyttet til forståelsen av medikalisering av psykiske plager, kan dette systemet forstås som et språklig produkt, frembrakt av kulturelle og historiske betingelser. Gjennom en slik forståelse er denne typen medikaliseringer nødvendigvis også sosiale konstruksjoner (Helliesen, 2011, s. 12). Dermed kan en diagnose forstås som en språklig enighet som søker å gi mening til en bestemt type psykisk tilstand (Helliesen, 2011, s. 15).

### **3.2 Kulturelle koder – en påvirkning**

I et samfunn er det også kulturer som råder, og som påvirker hva som angår vår virkelighetsforståelse. Samfunnskulturen er menneskeskapt. Kultur omfatter ulike former for bevissthet som oppstår og utvikles gjennom interaksjon og erfaring med en mer objektiv sosiomateriell verden, og gjennom kommunikasjon mellom mennesker. Med andre ord er kultur de verdier, motivasjonsstrukturer, normer og ideologier som samfunnets individer er bærere av (Krange & Øia, 2005, s. 74). Dermed er det hensiktsmessig å kjenne til hvilke idealer som råder i kulturen individet lever i for å forstå hvilke påvirkninger individet får fra omgivelsene.

#### **3.2.1 Moderniteten**

Innledningsvis har jeg belyst at autonomi og frihet har vokst frem som sentrale og verdsatte idealer. Fokuset på individet og dets mulighet til å oppnå sine mål og ønsker, har vært en motor i den pågående moderniseringen (Krange & Øia, 2005, s. 46). Denne utviklingen har formet et mer «individualistisk samfunn». Frønes (1994) forklarer individualismen med at der det tradisjonelle mennesket kunne lene seg mot tradisjonene, må det moderne mennesket kunne skape seg selv (Krange & Øia, 2005, s. 44). Denne definisjonen peker på at mennesket står mer alene i dag, og at det ikke er noe tradisjonelt fellesskap som passer på at individet finner sin plass i samfunnet. Dette symboliserer en kultur av tapt fellesskap, og tapt tradisjonelle normer, verdier og væremåter (Mørck, 2001, s. 216). Uten felles verdisett og moralske koder å forholde seg til, kan det fornemmes at vi er alene i valget om hvordan vi skal forme vårt liv, vår livsstil og identitet (Sørensen, 2001, s. 16). Normative trekk ved

dagens modernitet peker på selvansvarlighet, ytelse, uavhengighet og selvrealisering (Madsen, 2018, s. 77). Slike rådende normer i samfunnet kan synes å skape et individualistisk ansvarsområdet for mennesker til å «bli den beste versjonen av seg selv».

Den britiske sosiologen Anthony Giddens er særlig kjent for sin modernitetsteori (Krange & Øia, 2005, s. 103). Han benevner tiden vi er inne i nå som senmoderniteten. Relevant for denne oppgaven er hans beskrivelse av hvordan dagens samfunnsborgere i mange situasjoner stilles overfor ulike og ofte konkurrerende kunnskapsbaserte valg eller handlingsalternativer (Krange & Øia, 2005, s. 108). Han mener at særegent for moderniteten er refleksiviteten. Mennesker må hele tiden overveie og vurdere ulike handlingsalternativer. På den måten er samfunnet organisert slik at sosiale fenomener og handlinger kontinuerlig blir utsatt for tvil og endring (Krange og Øia, 2005, s. 108). Han vektlegger at det moderne mennesket står i et hav av situasjoner der det må tas valg, og til syvende og sist har vi ikke annet valg enn å velge (Mærck, 2001, s. 216). Dermed kan alt tas til betraktning, og det er ingen tradisjonell målestokk å sammenlikne sine valg med.

### **3.3 Konstruksjon av normalt og unormalt**

Så langt i oppgaven har jeg kort forsøkt å belyse at medikalisering av psykiske helseplager konstrueres av samfunnets virkelighetsforståelse til problematikken. For å utdype dette ytterligere, skal jeg se nærmere på hvordan mennesker skaper felles forståelser til hva som er normalt og unormalt innenfor sykdomsbildet.

Gjennom vitenskapelig og biologisk medisin har samfunnet kunnskap om kropp og sykdom. Samtidig viser et sosialkonstruktivistisk perspektiv at sykdom oppstår gjennom samtaler mellom kropp, samfunn og samtidens kulturelle koder (Johannisson, 2007, s. 15). Gjennom en slik tilnærming skapes sykdomsbilder av at vi har kunnskap til fenomener, og deretter erkjenner dem i vår virkelighetsforståelse. På en side har vi biologien og dens objektive vitenskapelige fakta om mennesket og kropp, og på den andre siden har vi den felles konstruerte sosiale forståelsen av hva som innebærer å «være syk». Det betyr at subjektive følelser og forståelser av sykdommer i stor grad er påvirket av sosiale og kulturelle virkelighetsforståelser til menneskets helse (Johannisson, 2007, s. 21). I dagens samfunn har vi en felles forståelse av at det ikke er godt å være syk, og sykerollen er blitt en rolle vi kan inntre når vi ikke er i stand til å utføre hverdagsoppgaver på en adekvat måte (Andressen & Gjernes, 2012, s. 67). Det betyr at det er konstruert en enighet om at det er normalt å være frisk, og når vi tilegnes begrensninger som gjør at vi ikke fungerer slik vi optimalt sett gjør er



vi syke. Med andre ord benevnes en tilstand der vi er syke, som «unormal». Dette medfører at sykdom er et sosialt akseptert avvik fra det normale (Klyve, 2017, s. 74).

### **3.3.1 Psykiske plager som avvik**

Den menneskelige psykiske helse er et veldig komplekst tema, og innenfor dette medisinske fagfeltet er det ikke alt som kan forklares med biologien. Psykiske tilstander dreier seg i stor grad om individets subjektive følelser både når det gjelder adferd, emosjoner og stemningsleie. Til tross for stor kunnskapsutvikling innenfor genetikk og nevrovitenskap, er det fremdeles ikke funnet biologiske markører som korresponderer med psykiske plager slik de kategoriseres i diagnoseverktøyene (Madsen, 2017, s. 32). En psykisk plage kan derfor anses å være et uklart biologisk fundament. Følgelig vil en tilstand bestående av subjektivt ubehag være et ganske åpent fenomen som kan være vanskelig å behandle, og utfordrende å medikalisere.

Gjennom et sosialkonstruktivistisk perspektiv, er det samfunnets felles sosiale virkelighetskonstruksjon av normal psykisk helse som gjør at det finnes unormal psykisk helse. En psykisk tilstand som medikaliseres betegnes som en psykisk lidelse. En psykisk lidelse kan igjen forstås og defineres som en unormal adferd. I den begrepsdefinisjonen ligger forståelsen av psykisk lidelse som *«klart avvikende adferd fra kulturelle normer, følges av subjektiv ubehag, rigiditet i atferd, tanker og følelser, og innebærer en redusert evne og mulighet til å fungere adekvat og tilpasse seg krav og omgivelsene»* (Håkonsen, 2014, s. 274). Det betyr med andre ord at unormal adferd formes fra samfunnets konstruksjoner, i samsvar med en subjektiv følelse av ubehag og mistriivsel. Dermed oppstår diagnoser i møte mellom opplevd atferd, og det sett av konstruerte «betingelser» observatøren tar utgangspunkt i (Helliesen, 2011, s. 11). Da blir symptomer på psykiske tilstander til i møte med den som fortolker. For eksempel er det ingen som har sett fenomenet «depresjon», men heller symptom mønstre som anses som depressive (Helliesen, 2011, s. 12). Det kan derfor diskuteres om vi fortolker vår psyke fra det vi kjenner til i våre omgivelser, påvirket av kulturmønstre og samtidens rådende diskurs til fenomenet. Det leder til at diagnosesystemet kan forstås som et resultat av den virkeligheten språket produserer, altså en diskursiv ide om en antatt virkelighet (Helliesen, s. 12).

### **3.4 Ungdom, identitet og selvforståelse**

Ungdom er en vanskelig gruppe å definere ettersom det ikke er en ensartet gruppe. Avhengig av livskontekst og bakgrunn, møter vi ungdomstiden med ulike personlige eller individuelle

ressurser (Krange & Øia, 2005, s. 19). Likevel innebærer ungdomstiden en utvikling vi alle gjennomgår, nemlig forandringen fra å være barn til å bli voksen. Dette er en prosess som strekker seg ut over ungdomsårene, og livsfasen kjennetegner utvikling av både holdninger, verdier, selvbilde og identitet (Krange & Øia, 2005, s. 20).

### **3.4.1. Identitet og Erik Erikson**

Identitet synes å være et avansert begrep å definere. Kanskje den som er mest kjent for sin teori om identitet, er psykologen Erik Erikson. Han definerer identitet som den opplevelsen vi har av oss selv, som en bestemt person i en sosial sammenheng og i et sammenhengende historisk perspektiv (Sørensen, 2001, s. 30). Med andre ord handler det om hvem vi er som menneske, og hvordan vi opptrer i fellesskapet og i samfunnet.

For å belyse utviklingen og konstruksjonen av identitet og selvforståelse som foregår i ungdomstiden, skal jeg anvende forståelsen til psykologen Erik Erikson. Han forklarer en forestilling av hvordan mennesket utvikler seg gjennom livets ulike faser. Den psykologiske forståelsen tar høyde for at et menneskelig livsløp består av åtte psykososiale faser, der følelsene våre, selvbildet vårt og selvforståelsen vår utvikles. En av kjernene i denne forståelsen er at vi utvikles i samhandling med andre mennesker (Håkonsen, 2014, s. 55). Ungdomsfasen er særlig kjent innenfor hans fase-teori. Den kjennetegnes ved at individet starter å konstruere sin identitet. Selv om det kan stilles kritikk til hans psykologiske forståelse av menneskers livsutvikling, er det anerkjent innenfor forskning av ungdomstiden at det er den viktigste perioden i livet for menneskers identitetskonstruksjon (White & Wyn, 2004, s. 186).

Ifølge Erikson gjennomgår ungdom en identitetsutvikling i ungdomsårene, fra omtrentlig 14 til 20 års alderen. Alle hans faser innebærer et bestemt utviklingsmål som skal nås. I ungdomsfasen vektlegges målet om at individet skal gjennomgå en identitetsutvikling. Ettersom identitet ikke er et enkelt fenomen, er dette naturligvis en utvikling som er preget av forvirring og usikkerhet. Dette gjør ungdomsårene til en krevende tid. I forandring fra barn til voksen løsrives individet fra sine foreldre og starter søken etter å finne sin plass i en større sosial kontekst. Som et resultat av at individet utvikler seg i sosiale samspill, foregår identitetskonstruksjonen både på et indre individuelt nivå, og på et ytre sosialt nivå. Erikson kombinerer disse to nivåene, og mener at de sosiale og kulturelle omgivelsene påvirker dannelsen av identitet, fordi individet danner sin identitet som respons på andres forventinger og vurderinger (Krange & Øia, 2005, s. 57). Dette betyr at ytre omgivelser påvirker individets

individuelle prosess. Da blir både kulturen og samfunnet ungdommen lever i viktig for hvordan individet forstår seg selv i sine sosiale omgivelser.

Erikson hevder at sjansen for å få problemer i ungdomsårene er store fordi det skjer raske endringer på både biologiske, sosiale og kulturelle nivå (Krange & Øia, 2005, s. 55). I hans teori er det med andre ord normalt å oppleve problemer og utfordringer i utviklingen av identitet, og heller unormalt å ikke gjøre det. Identitetsutvikling er en forvirrende og utprøvende periode, og Erikson hevder at det er viktig at unge får god tid til å finne ut hvem de vil være (Krange & Øia, 2005, s. 57). Han påpeker videre at det er både normalt og sunt at ungdom gjennomgår en rolleforvirring til hvem de vil være. Og selv om ungdomstiden danner grunnlaget for identitet, er den aldri helt ferdig formet. Individet må stadig tilpasse seg nye sosiale og kulturelle situasjoner der identiteten har rom for å endre seg (Krange & Øia, 2005, s. 58).

### **3.4.2. Selvforståelse og Charles Taylor**

Selvforståelse handler fra ordlyden om hvordan vi forstår oss selv. Filosofen Charles Taylor forstår mennesker som selvfortolkende vesen (Charles Taylor, s. 147). I lys av denne teorien er mennesker avhengig av å tolke seg selv gjennom ulike fortolkningsrammer i kultur, språk og historie (Stokkeland, s. 768). Han hevder at mennesker tillegger objektiver i verden betydning, og den betydningen blir avgjørende for hvordan vi forstår hvem vi er, og hvordan vi oppfatter våre omgivelser. Ved å bruke språk og symboler forstår vi oss selv og verden, og gjør livet meningsfullt (Stokkeland, s. 769). Dette gjør mennesket til symbolbrukende og meningsskapende vesen knyttet til samfunnets omstendigheter. Gjennom betydningsdannede uttrykk som mennesker fortolker sine liv i, som for eksempel hverdagsspråket, bruker vi oss selv som måleinstrumenter for å forstå fenomener (Stokkeland, s. 769). Et eksempel Taylor knytter dette til, er følelser. I fellesskapet snakker vi om følelser og gir uttrykk for hvordan vi har det. For å forstå symbolbruken til følelser, bruker vi oss selv og våre indre opplevelser av tilsvarende fenomener som er gjenkjennelige. Dette koker ned til at ved å være deltakende i miljøet rundt oss, skaper vi forståelser av hvem vi selv er.

## **4. 0 DRØFTING**

Problemstillingen denne oppgaven tar sikte på å besvare er *Hvilke konsekvenser kan medikalisering av psykiske plager ha for ungdoms identitetsutvikling og selvforståelse?* I det videre skal jeg drøfte problemstillingen fra ulike synsvinkler. Jeg skal gjennomføre drøftingen

i lys av de begreper, teorier og litteraturer jeg har presentert i oppgaven frem til nå. Eksempler er sosialkonstruktivisme, individualisme, modernitet, identitetsutvikling, og selvforståelse.

#### **4.1 Økt sykeliggjøring av seg selv?**

Frem til nå har jeg avklart og presentert idealer i det moderne samfunnet, og beskrevet sosialkonstruktivisme, og videre menneskers virkelighetsforståelse til fenomener. Videre er det relevant å drøfte hvordan samfunnet vi lever i kan innvirke på ungdoms utvikling av identitet, og deres selvforståelse. Fra teoriene til Erikson og Taylor har begge tilfelles at individualitet ikke er mulig utenfor en sosial sammenheng eller kontekst. Dermed kan det hevdes at samfunnet vi lever i, og omgivelsene vi er en del av, er viktige for vår individuelle oppfattelse av personlig identitet og selvforståelse. Dette kan utypes videre ved å betrakte hvordan det vestlige samfunnets modernistiske forståelser og konstruksjoner av avvikende tilstander påvirker ungdoms identitetskonstruksjon (Krange & Øien, 2005, s. 21).

Medikalisering av psykiske plager og adferdsvansker skapes gjennom diagnoseverktøyets fremstilling av ulike avvikende menneskelige opplevelser. Diagnosene som finnes avklart i medikaliseringssystemet er omfattende symptombeskrivelser av tilstander vi kan tilegnes. Diagnosemanualen til den amerikanske psykiaterforeningen, DSM, har utviklet seg til å innebære over 400 diagnoser (Madsen, 2017, s. 30). Det viser at det er mange opplevde tilstander som kan forstås i medikaliseringsbildet. Allen Frances, en av grunnleggerne av DSM, har uttalt at han er bekymret over at flere og flere vanskelige tilstander og opplevde psykiske plager, kan medikaliseres direkte til individet (Madsen, 2017, s. 30). Bekymringen gir inntrykk av at han er redd systemet forbigår at psykiske vansker ikke nødvendigvis trenger å være gjenstand for medikalisering, men også kan forstås som konsekvenser av utfordrende og krevende livsforhold. Ved at flere tilstander kan årsaksforklares gjennom medikalisering, forstår vi at sannsynligheten for å få en diagnose i løpet av livet har økt for hver eneste generasjon siden etterkrigstiden (Madsen, 2018, s. 20). Med bakgrunn i dette viser det seg at flere samfunnsforskere, i samsvar med Madsen (2018), har stilt spørsmål ved om dagens moderne og frie samfunn tillater for få negative følelser.

Videre løfter Allen Frances bekymringer for at økt medikalisering også kan innsnevre vår forståelse av normaliteten (Madsen, 2017, s. 30). Normaliteten er her rettet mot hvilke opplevelser av lettere psykiske plager som kan tenkes som normale og naturlige for menneskelig adferd. Forhold som vi i dag kan forstå og tolke som symptomer på avvikende adferd, ville kanskje vært en del av normaliteten i samfunnet for noen år tilbake. Da det ikke

fantas diagnoseverktøy, ble heller vanskelige og tunge symptomer veid som «naturlige» konsekvenser av en tøff hverdag (Helliesen, 2011, s. 12). En mulig konsekvens av at normaliteten krympes er at det kan skape en lavere toleranse for hva som regnes som behandlingstrengende avvik, altså unormal adferd (Lian, 2012, s. 54). Videre kan en voksende tilnærming til at flere ulike tilfeller betegnes som behandlingstrengende, medføre at det oppstår flere typer avvik, og utvikles en lavere toleranse for ulike menneskelige væremåter (Tjora, 2012, s. 24). Denne muligheten leder til at samfunnets bilde på medikalisering av psykiske plager påvirker hvor vanlig det er å sammenligne seg med slike forståelser, og hvor vanlig det er å benytte diagnosesystemet for å forstå menneskelige opplevelser.

#### **4.1.1 Ung, privilegert, men utilstrekkelig**

«Fy faen, fy, fy faen. Ingen her har tid til en mislykka dag»

(Hakeem & Temur).

Oppfatningen om at økt medikalisering av psykiske plager truer normaliteten, er svært sentral i diagnosekritikken. Kritikken retter seg mot konsekvensene ved en innsnevret normalitet, som kan medføre en lavere terskel for å medikalisere menneskelige reaksjoner og væremåter (Madsen, 2017, s. 33). Samfunnets konstruksjoner av avvikende tilstander, og av psykiske plager som kan medikaliseres, kan i lys av Eriksons forståelse av ungdomsutvikling påvirke ungdom som er på leting etter å forstå seg selv. Han begrunner at ungdommen forsøker å forstå seg selv i sine omgivelser i sitt samfunn. Gjennom et samfunnskonstruktivistisk perspektiv kan medikaliseringsskulturen av psykiske plager fremstille en diskurs til hva som anses å være utenfor det normale. Dette påvirker hvordan mennesker forstår psykiske opplevelser som synes å ikke passe inn i konstruksjonen av det normale. Det kan medføre at medikaliseringsskulturen impliserer at ungdom forklarer opplevde psykiske plager gjennom medikaliseringsskulturen. I så måte kan det diskuteres om identitetsutviklingen til ungdom blir påvirket av samfunnets rådende diskurs til psykiske forhold som er behandlingstrengende. En mulig drøfting er at en innsnevret aksept av avvikende psykiske forhold, kan konstruere et økt fokus på det «perfekte». Dette kan trolig medføre at ungdom identifiserer seg selv og sine opplevde problemer som symptomer og kategorier innenfor medikalisering.

Sitatet fra den dagsaktuelle sangen til Hakeem og Temur argumenterer for at dagens samfunn stiller høye krav til prestasjon. Selv om senmoderniteten baserer seg på en unik menneskelig frihet, kan det hevdes at vi ikke er fri til å rive oss bort fra den kulturelle oppfatningen om hva som anses å være innenfor det vellykkede (Madsen, 2018, s. 77). Det at ingen har tid til en mislykket dag setter fokus på at det kan synes normalt å være perfekt, og at det ikke er rom

for å føle seg nedfor og mislykket. Plager som kan hende er uttrykk for menneskelig variasjon og funksjonsvansker i tiden, kan da bli underlagt en medikalisert forståelse (Klyve, 2017, s. 77). Erikson påpeker at det er normalt og sunt at ungdommen møter problemer og vanskelige utfordringer i identitetsutviklingen. Dersom det er lav aksept i samfunnet for å oppleve psykiske plager kan problemene forstås som avvik i moderniteten, og kanskje oppfattes som behandlingstrengende. Et eksempel er Madsen (2018) sin studium om depresjon blant unge voksne. Studiet viser at informantene som på et tidspunkt i tyveårene ble tilegnet diagnosen deprimert, opplevde at det ikke var anerkjent å kunne leve ut sårbarheten de opplevde. I nesten alle tilfellene uttrykte informantene en årsaksforklaring til depresjonen ved at de følte seg mislykket knyttet opp mot de standardiserte normene for selvrealisering og vellykkethet (Madsen, 2018, s. 77). De følte seg mislykket både ovenfor forventningene rundt, og ovenfor forventningene til seg selv – som begge er skapt i lys av moderniteten.

#### **4.2 Forsterket fokus på det individuelle**

De normene og idealene en oppfatter som gjeldende i en kultur, kan være psykisk belastende (Madsen, 2018, s. 77). Sentralt for dagens moderne samfunn er som tidligere beskrevet fokuset på individets selvstendighet og selvrealiseringsmuligheter. Det argumenteres for at den økte individualiseringen har vist seg å undergrave det tradisjonelle menneskesynet på at mennesket i hovedsak er et sosialt vesen (Klyve, 2017, s. 74). Tap av sosial støtte og fellesskap kan være en mulig årsak til økte psykiske helseproblemer (Madsen, 2018, s. 10). Det reduserte fokuset på det kollektivistiske kan synes å ha medført at dagens unge er mer jeg-orientert og individualistiske - og mer opptatt av selvutvikling (Madsen, 2018, s. 106). Ytterligere, samtidig som ungdom er på leting etter svar på spørsmål om hvem de er, stilles det forventninger til det å gradvis bli mer voksen. Ungdommen må ta mange viktige valg på nesten alle livets områder (Krange & Øia, 2005, s. 56). I lys av Giddens, representerer senmoderniteten et hav av valg og reflekseive handlinger. Identitetsutviklingen er forvirrende og krevende, og desto enda vanskeligere i tilsynelatende frie valgbare omstendigheter. Det later til at målet er å bli den beste versjonen av seg selv. Samtidig er det ingen som forteller ungdommen hva denne versjonen innebærer, eller hvordan den skal konstrueres.

I et individualistisk samfunn er de unge overlatt til seg selv og sine egne krefter når de skal finne sin plass i livet (Krange & Øia, 2005, s. 36). Dette er ikke en enkel oppgave. Det er fremdeles rom for at ungdom kan støtte seg på familien, men i lys av individualismen er ungdommen i hovedsak overlatt til seg selv for å «skape seg selv» og finne ut av ting. En konsekvens av avtradisjonaliseringen av familiens hjelpende rolle, kan være at en diagnose

virker befriende. Medikalisering av en opplevd psykisk plage kan forutsette at tilstanden er gitt, og kan forklares gjennom «faste» symptomuttrykk (Helliesen, 2011, s. 13). Som Taylor beskriver det, er mennesker meningssskapende. Dersom ungdommen står helt alene, kan det være oppløftende å få en medikalisert årsaksforklaring på opplevde plager som virker avvikende sammenlignet med andre tilsynelatende «perfekte» og flinke ungdom.

#### **4.2.1 En tilsløring av fellesskapet**

Sosialfilosofen Axel Honneth (1995) fremstiller hvor viktig det er å oppleve anerkjennelse og sosial støtte i overgangen fra ungdom til voksenlivet (Paulsen, Riise & Berg, 2020).

Ifølge hans teori er det tre former for anerkjennelse som er viktig for å oppnå selvrealisering og reelt medborgerskap (Paulsen et al., 2020). Dette er kjærlighet, rettigheter og solidaritet. Kjærlighet vektlegger viktigheten av gjensidig og emosjonell anerkjennelse fra mennesker, både nære og kjære. Rettigheter legger grunnlaget for selvrespekt, og solidaritet med andre mennesker er viktig for å skape en tilhørighet til et samfunn (Paulsen et al., 2020). Ved et blikk på hans forestilling om anerkjennelse, er det klart at spesielt ungdom som gjennomgår en sårbar utvikling, trenger å føle seg inkludert, akseptert og ikke minst tilhørig til andre mennesker og samfunnet. Et eksempel som belyser viktigheten av anerkjennelse for ungdom, er videre et annet resultat fra Madsen (2018) sin undersøkelse på depresjon. Et funn fra studiet er at en av årsakene til at informantene utviklet depresjon, var at de følte en manglende aksept og anerkjennelse til fellesskapet. Alle informantene uttrykte en sårbarhet knyttet til det å stå alene i ulike livssituasjoner (Madsen, 2018, s. 77). Dette speiler konsekvenser av økt individualisering, og hvordan ungdom kan utvikle sårbare subjektive plager ved å føle seg alene og uten sosial støtte.

#### **4.3 Usynliggjøring av det komplekse menneskelivet**

God psykisk helse kjennetegner en tilstand av mestring, deltagelse og vitalitet (FHI, 2018, s. 151), som følge av positive opplevelser av livskvalitet. God livskvalitet kommer av positive opplevelser av å mestre og håndtere hverdagslivets mange store og små utfordringer (Moksnes, 2021). Det kan dermed diskuteres for at det er en korrelasjon mellom opplevd psykisk helse og livskvalitet. Folkehelseinstituttet for psykisk helse beskriver videre at opplevelsen av livskvalitet har sammenheng med en rekke samvirkende biologiske, sosiale, kulturelle og samfunnstrukturelle faktorer (FHI, 2018, s. 163). Med dette tatt i betraktning, er det flere menneskelige faktorer som kan frembringe vanskelige livssituasjoner, som igjen kan resultere til opplevelser av psykiske plager. For eksempel kan mislykkethet knyttet til å ikke

evne å mestre utfordringer i hverdagen, skape et nedstemt stemningsleie. I bakhold av denne kunnskapen, belyses et annet argument som løfter frem en konsekvens av medikalisering. Dette synspunktet tar hold i at medikalisering av psykiske plager kan betraktes som et system av mer eller mindre tilfeldige grupperinger av symptom og adferd som ikke tar hensyn til det komplekse menneskelivet bakenfor (Madsen, 2017, s. 32). I det samme kritiseres bruken av diagnoser for å undergrave betydninger som negative hendelser og livserfaringer kan ha for personers vansker og emosjonelle smerter (Hagen, 2021). Følgelig kan det argumenteres for at medikalisering av psykiske plager kan tilsløre et mer sammensatt årsaks bilde.

Opplevde psykiske plager kan ha sin rot i de sosiale omgivelsene til ungdommen, og andre kontekstuelle forhold (Shulman, 2003, s. 29). For eksempel kan ungdommen som drøftet tidligere oppleve psykiske plager som følge av ensomhet på grunn av manglende annerkjennelse og tilhørighet. Av den grunn, sett i et mer kontekstuet perspektiv, er det ikke nødvendigvis alltid symptomer ved individet som hovedsakelig trenger å legges til grunn for vurdering. Det er flere ulike faktorer i et individs liv og miljø som kan påvirke psykiske opplevelser. I lys av dette kan det drøftes om det kan være begrensede å benytte en medikalisert problemforståelse, som kan lede til depersonifisering og være et hinder for å se hele personen bak symptomene (Madsen, 2017, s. 33). Ved å unnlate å betrakte andre sider ved den opplevde tilstanden enn ungdommens subjektive plager, kan diagnosesetting forstås som en individrettet problemforståelse. Medikalisering kan på den måten virke som årsaksforklarende mønstre på hvordan individet skal oppfatte seg selv (Johannisson, 2007, s. 23), og medføre at ungdommens vansker blir forstått som individuell «sykdom» (Hagen, 2021). I kraft av en medikalisert tilstand kan ungdommen i vesentlig grad få en sykdomsidentitet (Klyve, 2017, s.78).

I og med at diagnosesystemene har fått kritikk for å innebære en for snever og reduksjonistisk forståelse av psykiske plager, er det eksempler på konkurrerende tilnærminger som har vokst frem og utfordrer den medikaliserte forståelsen av psykiske plager (Hagen, 2021). Et eksempel er forståelsen som har fått navnet «Power Threat Meaning Framework» (PTMF). Målet med denne modellen er å utvikle et nytt rammeverk for å bedre kunne identifisere og forstå forhold som beskrives som «emosjonell smerte, uvanlige opplevelser, og urolig eller bekymringsfull adferd» (Hagen, 2021). Dette perspektivet skiller seg fra den medikaliserte årsaksforklaringen som retter seg mot individets avvikende opplevelser. Her er hovedfokuset på at menneskers utfordringer og plager skal forstås som et uttrykk på mestrings- og overlevelsesmekanismer som har en mening, og som må forstås i lys av den relasjonelle og



sosiale konteksten (Hagen, 2021). Med andre ord handler det om å se personen i situasjonen, fremfor å systematisere individuelle symptomer. Modellen tar høyde for å identifisere hele personen og dens livshistorie, fremfor spørsmål som retter seg mot «hva er galt med deg?» (Hagen, 2021).

#### **4.3.1 En merkelapp på individet**

Sosiologen Erving Goffmann er en fremstående teoretiker når det kommer til stigmatisering. Han definerer ideen om stigma som en mektig negativ merkelapp som endrer personens selvbilde og sosiale identitet (Madsen, 2017, s. 37). Det kan hevdes at medikalisering av en ungdoms opplevelse av psykiske plager, kan føre til en stigmatisering der diagnosen blir hovedtrekket og kjennetegnet ved dens egenskaper (Ingstad, 2013, s. 39). Utredelsen ungdom gjennomgår for å få tildelt en diagnose er ikke inkludert i denne oppgaven. Men kort belyst innebærer utredningen et standardisert spørreskjema der individet skal gjenkjenne og krysse av sine symptomer (Miller et al., 2017, s. 16). Dermed resulterer en psykisk utredning til at ungdommen «oppfyller» symptomer på tilstander som en eventuell diagnose representerer. Slike symptombilder kan stå i fare for å feie alle innenfor den samme diagnosen under samme kam. Ved å ikke konkretisere subjektets individuelle opplevelser av det psykiske fenomenet, kan ungdommen føle seg objektivisert (Grønneberg, 2014, s. 39). I det ligger det en følelse av at eksistensen ikke er selvstendig, eller viljevalgt. Videre kan en slik objektivitet også skape rammer for hvordan samfunnet skal oppfatte individet med diagnosen (Johannisson, 2007, s. 23). I lys av Goffman forstås det å være stigmatiserende dersom andre mennesker i hovedsak oppfatter ungdommen gjennom diagnosens briller.

Ved å vektlegge ungdommens medikaliseringer, symptomer og konsekvenser kan ungdommen føle seg som en kategori, som noe utenfor seg selv, og ikke som seg selv (Sommer, 2021). I et studie som er gjort av helsearbeidere som arbeider med unge med psykiske problemer, var et resultat at de profesjonelle uttrykte at det er for gjort å definere pasienten som symptomene sine (Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K., Rørtveit, K., 2014). Det later til at dersom vi ikke er bevisst slike stigmatiserende holdninger, kan hvem som helst stå i fare for å betrakte en ungdom i lys av symptommønstre. Studiet fant videre at ved å endre fokuset fra ungdommens symptom til mestringsforsøk, erfarte de å bedre kunne betrakte ungdommen på en helhetlig måte.

#### **4.4 Diagnose som forklaring – et gode eller mindre gode?**

Det kan hevdes at indre identitet dannes av hvordan en oppfatter at andre dømmer og forstår en på utsiden. Dermed blir andres vurderinger gjort til gjenstand for personlig vurdering (Krange & Øien, 2005, s. 64). Dette samsvarer også med Eriksons teori om at ungdommen i betydelig grad danner sin identitet som respons på andres forventinger og vurderinger, og Taylors teori om at mennesker selvfortolker seg selv gjennom ytre sosiale symboler. Knyttet til temaet om medikalisering av opplevde psykiske plager, kan det bety at ytre forestillinger av medikaliseringssystemer kan gjøres til gjenstand for egen identitet (Helliesen, 2011, s. 21). Individet blir bedt om å akseptere diagnosen for så å kunne forstå og fortolke seg selv i lys av denne, og spesifikke tanker, følelser og atferdsmønstre blir til meningsfulle symptomer (Helliesen, 2011, s.22). Meningssystemer av psykiske plager i medikaliseringssystemet, fremstiller «sannheter» og symboler som ungdommen kan identifisere seg selv med, eller se seg forskjellig fra. Disse «sannhetene» kan da knytte seg til individets selvforståelse og bli til opplevd identitet (Grønneberg, 2014, s. 36). Dette kan også tolkes i lys av Taylor om at mennesket er avhengig av å tolke seg selv. Gjennom dette kunnskapsbildet, kan det sies at medikalisering av opplevde subjektive plager påvirker individets indre identitet, og dermed står i fare for å personifisere en tilstand (Helliesen, 2011, s. 21). En medikalisert tilnærming til en opplevd tilstand skaper sådan rammer for ungdommens selvoppfattelse. Målet med å medikalisere psykiske plager er å bedre eller gi god psykisk helse, og i det ligger det å gi en god identitetsfølelse (Grønneberg, 2014, s. 34). Spørsmålet blir da om medikalisering av opplevde psykiske plager koker ned til ungdommens eget ønske.

Hentet fra artikler, er det gitt eksempler på ungdom som beskriver både negative og positive erfaringer med medikalisering av psykiske plager. En ungdom beskrev medikalisering som dominerende for dens liv og selvoppfattelse. Beskrivelsen er negativt ladet fordi ungdommen ikke ønsket å akseptere at selvforståelsen ble fylt med problemforklaringer gjennom medikaliseringssystemet. Ungdommen ønsket heller å fokusere på problemløsninger som kunne bedre de psykiske plagene (Rasmussen, 2011, s. 119). Fra artikkelen forstås det at ungdommen ikke ønsket å få medikalisert sine subjektive plager som symptomer innenfor medikaliseringssystemet. Snarere ønsket ungdommen å fokusere på hva som kunne gjøres for å forandre de psykiske plagene til det bedre. Dette er et eksempel på at det kan virke mer helsefremmede å fokusere på ressurser individet har til å forandre en situasjon, fremfor å identifisere tilstanden med medisinske intervensjoner (Langeland, 2014). Ut ifra dette kan det

synes å virke mer positivt å fokusere på styrker og muligheter, fremfor symptomer og vanskeligheter.

Et annet studie har bevist en situasjon der ungdommen fikk en positiv opplevelse av at den opplevde psykiske plagen ble forklart med en diagnose. Informanten i studiet beskrev at den ikke visste hvem den var uten diagnosen, men på en oppløftende måte. Ungdommen forklarte at den var dårlig til å akseptere at den bare var som den var, og derfor føltes det bedre med en diagnose til å gi en forklaring på hvorfor den var som den var (Miller, Stenhøk & Stuhr, 2017, s. 18). Dette er et eksempel som gir uttrykk for at det kan være befriende og godt å forstå en opplevd psykisk plage som en diagnose. Eksempelet viser at det kan være oppløftende med et diagnostisk fenomen som kan forklare utfordringen, og gi en sannhet som ungdommen kan identifisere seg med.

Fra undersøkelsene kan det forstås at uavhengig om medikalisering oppleves positivt eller negativt, kan ungdom oppleve at fenomenet knyttes til deres selvforståelse og identitet. Eksemplene viser at det kan virke både oppløftende og begrensende å forklare adferd og tilstand gjennom hjelpeapparatets medikaliseringssystem. Det later til å påvirkes av hvordan ungdommen selv ønsker å forstå sine opplevelser. Det kan variere om ungdommen ønsker å vurdere sin identitet gjennom kategorisering innenfor medikalisering, eller ei. Det kan også være relevant å understreke at ungdom oftere opplever positive erfaringer med diagnoser, dersom de føler eierskap til den. Den må samsvare med ungdommens ønske, og være meningsskapende i forhold til dens eget liv og selvforståelse (Miller et al., 2017, s. 20). Videre viser det seg at medikalisering også lettere oppfattes positivt dersom den medfører at ungdommen føler seg respektert og forstått i lys av den (Miller et al., 2017, s. 20). Da kan en diagnostisk forklaring virke som et gode. Men dersom diagnosen er uønsket og ikke oppleves meningsskapende på riktig måte, kan den virke som et mindre gode.

## **5.0 AVSLUTNING**

Gjennom teorier, begreper, faglitteratur, og vitenskapelige artikler, har jeg nå forsøkt å drøfte oppgavens problemstilling. Jeg har valgt å benytte ulike synsvinkler og perspektiver som jeg synes har bidratt til å skape en god tilnærming til problemstillingen. Erikson og Taylor har vært viktige i drøftelsen av at mennesker er sosiale vesen, og at en stor del av vår identitet og selvforståelse dannes i omgivelsene våre og i samspill med andre. Oppgaven har også hatt en sosiologisk vinkling, med en sosialkonstruktivistisk forklaring på samfunnets forståelse av

virkelighetsfenomener, og hvordan medikaliseringsskulturen av psykiske plager kan anses som en slik konstruksjon. Dette har ført til den videre drøftingen av hvordan medikaliseringssystemet kan påvirke ungdom som lever i miljøer bestående av moderne kulturelle koder som individualisme, selvrealisering og lykkeoppnåelse. Dette er i stor grad gjort gjennom en forestilling av hvordan en krympet normalitet kan innsnevre forståelsen vår til hva som innebærer en god psykisk helse. Det er drøftet at dette kan medføre en lavere terskel for å identifisere seg selv, og forstå seg selv, gjennom diagnostiske intervensjoner.

## **5. 1 Avsluttende refleksjoner**

Dette har vært en omfattende oppgave å skrive, og jeg har vært redd for å drøfte argumenter som kanskje noen kan oppleve som kontroversielle. Uansett, en ting jeg har lært er at medikalisering av psykiske plager blant unge er et hett dagsaktuelt tema. I skrivende stund publiserte VG en artikkel om bekymringer rundt den økte diagnostiseringen blant barn og unge (Birkeland & Lade, 2022). Den løfter problematikk til at medikaliseringssystemet gjør ensomhet, angst, sorg og utilpasset oppførsel til sykdommer (Birkeland & Lade, 2022). I oppgaven har jeg drøftet hvilke konsekvenser individuelle medikaliseringforklaringer kan ha for en ungdoms identitet og selvforståelse. Jeg konkluderer med at medikalisering av lettere psykiske plager kan føre med seg ulike konsekvenser, avhengig av hvordan ungdommen selv ønsker å forstå sine problemer. En diagnose kan være befriende fordi den på en måte løfter problemet fra ens skuldre og gir en systematisk forklaring. En diagnose kan være begrensende fordi den kategoriserer karaktertrekk og væremåter gjennom symptomer som objektive tilstander. Det kan sammenfattes at en diagnose kan skape en forståelse av hvem ungdommen er, men samtidig må det ikke utelukkes at et menneske er så mye mer enn sine utfordringer.

Dagens ungdom er friere enn noen gang, i omstendigheter der de kan ta alle mulige slags valg for seg selv og sine liv. Denne kulturen kritiseres for å glemme viktigheten av sosial støtte, annerkjennelse, og den gode menneskelige kraften av å føle tilhørighet til fellesskapet. Selv om dagens samfunnsfokus er rettet mot en individuell lykkeoppnåelse, er det menneskelig å møte motgang, være trist, og føle seg utilstrekkelig. Vanskelige opplevelser som kan forstås som symptomer for medikalisering, later til i lys av oppgavens drøfting å ikke nødvendigvis alltid være det. Ungdomslivet er komplekst, og det er mange problemer som rører seg i denne livsperioden. Selvfølgelig kan psykiske problemer være høyst alvorlig, men i oppgaven er det fokusert på at lettere psykiske plager ikke nødvendigvis trenger å forstås som avvikende lidelser. En ungdom skal løsrive seg fra sine foreldre og utvikle sin identitet, og den skal skape en forståelse av seg selv. Da trenger den å møte et realitetsnært livsbildet. Livet er ikke

alltid lett, og det er normalt å møte motgang der du baner deg vei mot det livet du ønsker å leve. Psykisk helse korrelerer med vår livskvalitet, og derfor er det viktig å analysere ungdommens livskonteksten i sin helhet. Ungdommen er ikke sine symptomer og begrensninger, den er i høyest grad sine ressurser og sine styrker.

## REFERANSER

Anderssen, J & Gjernes, T. (2012). Det moderne behandlingssamfunnet. I A. Tjora. (Red.). *Helsesosiologi. Analyse av helse, sykdom og behandling*. (side 63-75). Gyldendal Akademisk.

Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I B. Berg, T. I. Ellingsen, I. Levin & L. C. Kleppe (Red.). *Sosialt arbeid. En grunnbok*. (side. 19-35).

Birkeland, M & Lade, M. (2022, 26. april). Hardt ut mot psykisk uhelse og økt diagnostisering: - blir utrolig dårlig til å mestre livet. VG.  
<https://www.vg.no/forbruker/helse/i/66Rz13/hardt-ut-mot-psykisk-uhelse-og-oekt-diagnostisering-blir-utrolig-daarlig-til-aa-mestre-livet>

Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 46, s. 3–14

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Gyldendal.

Fellesorganisasjonen (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument 2019- 2023*.  
<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Grønneberg, S. V, (2014). Diagnose – en vei til god psykisk helse? *Fokus på familien*, 1, s. 33-48.

Hagen, J. (2021). Power Threat Meaning Framework – et alternativ til den biomedisinske og diagnostiske forståelsen av psykiske vansker og emosjonelle smerter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, s. 72-78. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-08>

Hakeem & Temur. *Fy faen*. [Video]. YouTube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=DolvQ4S5x80>

Helliesen, O. (2022). Diagnosens legitimitet innen psykisk helsevern. *Fokus på familien*, 1, s. 5-24

Helsenorge. (2022). *Hva er psykisk helse?* Helsenorge  
<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>

- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg). Gyldendal.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Johannusson, K. (2007). Sykdommens hjemløshet og diagnosens makt. I G. Engelsrud & K. Heggen (Red.). *Humanistisk sykdomslære. Tanker om helse og velvære, sykdom og diagnose*. (side 15-24). Universitetsforlaget.
- Klyve, A. (2017). Samtidsdiagnose. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), s. 73-79.
- Krange, O & Øia, T. (2005). *Den nye moderniteten – ungdom, individualisering, identitet og mening*. Cappelen akademisk forlag.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*. (Rapport nr.1). Nasjonal kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Lian, O. S. (2012). Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner. I A. Tjora. (Red.). *Helsesosiologi – Analyse av helse, sykdom og behandling*. (side 38-59). Gyldendal Akademisk.
- Madsen, O. J. (2017). Diagnosenes makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14 (1), side 25-42.
- Madsen, O. J. (2018). *Generasjon prestasjon*. Universitetsforlaget.
- Miller, T., Stenhøj, J., Sturh, J. (2017). *Så fikk jeg den der diagnose... - Om betydningen af deltagelse i diagnostisk praksis på kanten af ungdomslivet*. University College of Northern Denmark. DOI: 10.17896/UCN.cepra.n22.245
- Moksnes, U. K. (2021). Psykisk helse og velvære hos ungdom – betydningen av «opplevelse av sammenheng». <https://doi.org/10.18261/9788215042985-2021-11>
- Mørck, A. F. (2001). Etniske minoritetsunge i Danmark. Strategier, utfordringer og potentialer. I M. N. Christoffersen, Y. Mørck & K. M. Sørensen (Red.). *Ungdomssociologi*. (side 209-261). Columbus.
- Rasmussen, L. L. (2011). Farvel til diagnosen. *Fokus på familien*, 1. s. 116-123.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. (Rapport). Folkehelseinstituttet Område for psykisk og fysisk helse.

Røstbakken, T & Røstbakken, A. C. (2017). Diagnosen. Og mennesket. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14 (3), s. 280-284.

Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Gyldendal Akademisk.

Sommer, M. (2021). Støtte som mulighet til unge med psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18, s. 331-342. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-04-03>

Stokkeland, J. M. (2004). Mennesket som selvfortolkende vesen – del 1. *Psyke & Logos*, 25, s. 762-801

Svardal, F. (2020). *Psykososial*. Store norske leksikon. <https://snl.no/psykososial#:~:text=Psykososial%20er%20en%20fellesbetegnelse%20p%C3%A5,h%C3%A5ndtere%20disse%2C%20kognitivt%20og%20emosjonelt>.

Sørensen, K. M. (2001). Identitet og samfund under forandring. I M. N. Christoffersen, Y. Mørck & K. M. Sørensen (Red.). *Ungdomssociologi*. (side 10-83). Columbus.

Taylor, C. (2007). Selvføltolkende dyr. *Agora*, 25 (3), s. 140-175. <https://doi.org/10.18261/ISSN1500-1571-2007-03-07>

Tjora, A. (2012). Helsesosiologi som forskningsfelt. I A. Tjora. (Red.). *Helsesosiologi – Analyse av helse, sykdom og behandling*. (side 15-33). Gyldendal Akademisk.

Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K., Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11, s. 328-338. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-04-05>

Veronika Paulsen, Anne Riise & Berit Berg (2020). Enslige mindreåriges vei inn i voksenlivet – behov for anerkjennende praksis. *Fontene forskning*, 13(2), 31-43

White, R & Wyn, J. (2004). *Youth and society. Exploring the social dynamics of youth experience*. Oxford.



