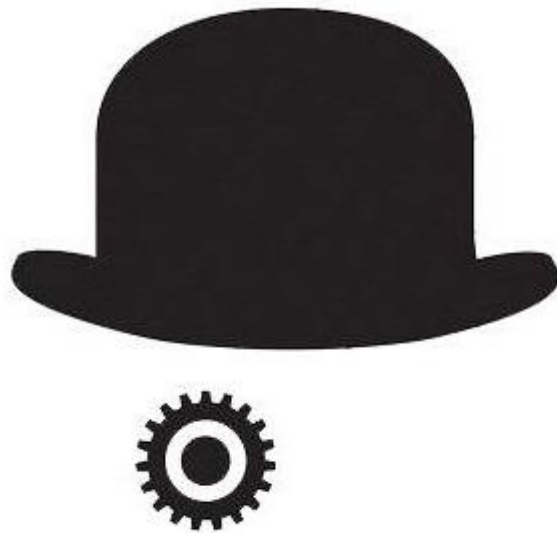

DEPRESSIONENS GENEALOGI

En genealogisk analyse af diagnosticering og behandling af depression i Danmark.



Nicolaj Riise Clausen

Speciale, november 2015

34136 ord

Vejleder: Gunnar Scott Reinbacher

Sociologiuddannelsen, Aalborg Universitet

INDHOLDSFORTEGNELSE

Abstract	2
Indledning.....	4
Depressions omfang og udbredelse	6
Tidligere undersøgelser	10
En anfægtet betegnelse.....	13
Problemfelt.....	16
En irreducerbar definition af depression.....	17
Genealogi.....	20
Foucault	21
Magt og viden	23
Vidensformernes slægtskabsanalyse.....	25
Analyseredskaber	27
Udsagn	27
Diskurs og diskursformation	28
Magtteknologier	30
Selvstyring og selvteknologier	31
Metodiske betænkninger	32
Kilder.....	33
Diskontinuiteter	34
Afgrænsning.....	35
Analyse	36
Det sociale arbejde i Danmark.....	37
1960erne og 1970erne – En socialpolitik til fuld beskæftigelse.	38
1980erne – Krisens økonomiske konsekvenser.....	43
Det sociale udviklingsprogram under socialministeriet (SUM).....	46
Afmontning af socialfagligheden – Destabilisering af det sociale arbejde.....	48
Skiftende fokus – Ressourceorienteret socialt arbejde	51
Nye velfærdsteknologier – Aktiverings- og revalideringsindsatser	56
Psykologiens samtidige udvikling	62
Mentalhygiejne.....	64
Familiopsykiatri og socialpsykiatri	66
Mod en individualiseret og agnostisk psykiatri.	71
Depressionsteknologi	74
Konklusion	78
Perspektivering	82
Litteraturliste	86

ABSTRACT

The purpose of this thesis "*The genealogy of depression – A genealogical analysis of the diagnostic practice and treatment of depression in Denmark*" is to offer an alternative to the generalized narrative of the history of contemporary treatment of depression in Denmark, as rooted in the history of psychiatry. In light of this objective, the thesis seeks to answer why the practice of diagnosing and treating depression has assumed such a dominant role in the social work of Denmark. This thesis suggests that to uncover the relevant forms of knowledge, that shape the contemporary understanding and treatment of depression in Denmark, one must look at the history of social work in the years immediately predating the proliferation of depression in the 1990s.

A central element of the thesis's methodological foundation is the particular definition of depression that it applies, which is made possible by the strictly symptomatological and descriptive nature of the diagnosis itself. This centers the effort of the thesis so that the historical practice, whose traces I strive to uncover, is the treatment of individuals with the specific set of symptoms that would be interpreted as depression in contemporary social work in Denmark. This particular adaptation expands the analytical focus to the history of the structural and political demands that the social work exists within, while also implying the criticism of the search for origins in particular regimes of knowledge. The thesis therefore stands in opposition, or as an alternative to, historically based sociological studies with an exclusive focus on psychiatry and/or psychology.

The thesis is structured around a genealogical analysis, which seeks to implement a wide range of different sources from around 1960 and on. The application of the genealogical framework in the analysis naturally owes a great debt to Michel Foucault, but also contemporary Danish sociologist Kaspar Villadsens work has, to a large extent shaped the analytical approach. The empirical foundation of the analysis can be loosely divided into two primary types of sources, one that seeks to relay what can be considered official, dominant and significant points of view, in the debate over regimes of knowledge and technologies of welfare. The other variety seeking to convey the coinciding debate, within the community of social workers, primarily through a reading of an extensive volume of the Danish social workers union magazine.

The analysis is presented in two parts, the first of which proposes a reading of the overall social work and context in the period of analysis, seeking to contextualize the interpretation of depression as an element of social work. The second portion of analysis seeks to trace psychiatry and psychology coinciding developments, and focuses on tracing relevant cardinal changes in the development of these regimes of knowledge.

The conclusion of the thesis highlights a few major elements to the success of depression in contemporary Danish social work, among these the etiologically agnostic understanding of illness implemented by psychiatry, in the wake of the development of efficient psychopharmaceuticals. This particular understandings implementation of elements and rationalities from different preceding technologies and regimes of knowledge that dominated the field of social work is highlighted as an important aspect as well. Another disclosed

element are the shifts that occurred in general social politics, both in developing the large welfare state that we know today, and in dismantling its implicit production of knowledge. This thesis thusly proposes a historical reading of the development of the diagnostic practice and treatment of depression as an element of social work, predominantly established to pursue the goals and logics of the labor market.

Mit speciale tager udgangspunkt i en undren over den enorme vækst i antallet af deprimerede vi har oplevet i den vestlige verden, og i særlig høj grad i Danmark i de seneste årtier. Denne stigning forklares ofte som enten en konsekvens af den stigende individualisering i samfundet, eller af den redefinition af psykiatrisk sygdomsforståelse, som udsprang i overgangen fra psykoanalytiske forklaringer, i den amerikanske diagnosemanual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*¹-II, til biomedicinske i dens tredje udformning, DSM-III i 1980. Jeg ønsker i denne forbindelse at fremanalysere et alternativt bud på hvorfor denne stigning har fundet sted. Den implicite kritik af de tidligere belysninger af feltet, som jo ligger naturligt i ønsket om at lave en alternativ tolkning, stammer fra en opfattelse af at mange af de tidligere belysninger har haft et overdrevet fokus på psykiatrien, og i modsætning til disse vil dette speciale tage udgangspunkt i den generelle tradition for socialt arbejde i Danmark. Denne alternative belyning ønsker jeg at opnå, igennem en genealogisk analyse, der afklarer perioden op til introduktionen af den vidensform², der idag former vores forståelse og behandling af depression; den førromtalte biomedicinske forståelse. Specialets analyse tager ikke udgangspunkt i selve begivenheden at man overgik til DSM-III internationalt, men det må alligevel anerkendes, som et afgørende brydningspunkt i vidensformernes udvikling, dog må det også pointeres at den danske sundhedsstyrelse altid henviser til *International Classification of Mental and Behavioural Disorders*³ 10 i forbindelse med forståelsen af depression, og at denne først udkom i 1992. Jeg vil igennem analysen dog påvise at de strømninger i vidensproduktionen, som overgangen til DSM-III og ICD-10 er repræsentanter for, var til stede i den danske kontekst før disse overgange, og måske nok fik afgørende autoritet og legitimitet af de internationale diagnosemanualers implementering af denne type sygdomsforståelse, men de kan ikke i dansk kontekst betragtes som ophavet til disse. Således er det specialets formål, igennem en genealogisk analyse, at undersøge om der eksisterede særlige forhold i det danske sociale arbejde, der har gjort det muligt for diagnosticeringen og behandlingen af depression, at indtage en så markant rolle som den har, i det nuværende sundhedsvæsen i Danmark. Formålet bliver således at afdække hvordan de vidensformer, der var til stede i det sociale arbejde på dette tidspunkt, påvirkede feltet så diagnosticering og behandling af depression fik så stor en rolle. Analysens udgangspunkt er den danske kontekst, og udviklingen af vidensformer inden for denne. Der er naturligvis en lang række overlap med internationale vidensproduktioner, men forståelsen af depression og behandlingen af denne tager sit udgangspunkt i det danske behandlingsvæsen.

På baggrund af undersøgelser af den danske behandling af depression, fremgår det tydeligt at omdrejningspunktet for denne er de praktiserende læger, og derfor tager min definition af depression udgangspunkt i disses diagnostiske praksis. Denne måde at definere depression på gør at specialet i højere

¹ Herefter DSM

² Vidensform benyttes hele specialet igennem som betegnelse for en given skole af viden som indeholder egne forskrifter for produktionen af denne viden. For eksempel biologi, psykiatri, psykologi, fysik eller kemi.

³ Herefter ICD

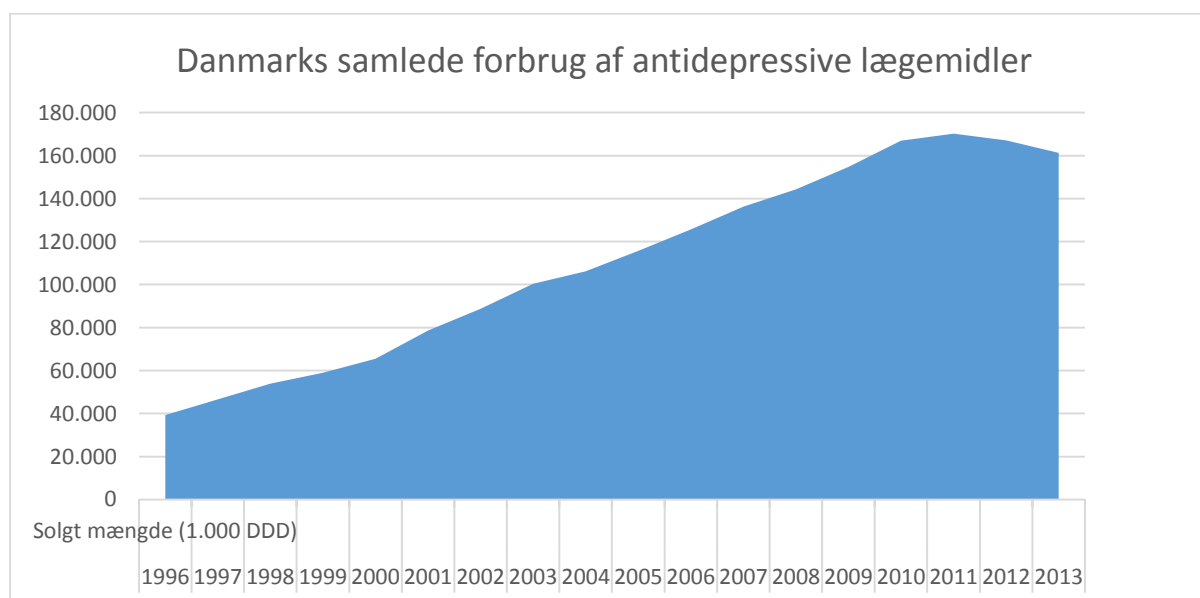
grad søger at spore udviklingen af vidensformer, som historisk set har udgjort behandlingen af de personer, som på grund af udformningen af deres sygdomsbillede idag indgår under depressionsdiagnosen, end det søger at spore selve depressionsdiagnosens udvikling. Dette gøres således på baggrund af den betragtning, at depressionsdiagnosens rolle i det sociale arbejde tidligere kan have været varetaget af andre dele af dette. Det er dog også gjort muligt fordi den nuværende depressionsdiagnose udgøres af rent deskriptive symptombillede, hvilket jeg senere i afsnittet om specialets definition af depression vil redegøre for.

Jeg vil i dette indledende kapitel, redegøre for min motivation for projektet, dets sociologiske relevans og baggrund, samt give et kort indblik i problemstillingen. Jeg starter min indledning ved at belyse den grundantagelse som hele specialets argumentation hviler på, at der er sket en markant stigning i antallet af depressioner de senere årtier, samt at problematikken udgør en

DEPRESSIONS OMFANG OG UDBREDELSE

World Health Organization⁴ udgiver jævnligt rapporter om de globale byrder ved enkelte sygdomme, og I 2004 opgjorde de ved denne at depression repræsenterede den anden største byrde, målt I antallet af sygdomsregulerede år. Den vurdering de giver baserer sig på to faktorer: hvor mange forventede leveår der går tabt som konsekvens af dødsfald på grund af den pågældende sygdom samt hvor mange år der leves med sygdommen hvor den ramte har nedsatte funktionelle kapaciteter som indebærer mobilitet, kognition og sansernes funktion (healthdata.org 2015). I en stratifikation af sygdomme baseret på denne opfattelse, oplyser WHO at depression er den tredje mest debilerende sygdomstilstand i verden, og at det er forventet at den i 2020 vil have indtaget andenpladsen, samt at der er omkring 151 millioner ramte på verdensplan (WHO 2001: 30; WHO 2004: 32, 44).

Ser man på depressions omfang i Danmark er der en række forskellige tal at arbejde med, men da der desværre ikke foreligger statistik over antallet af diagnosticerede med depression, er det besværligt at opgøre præcist hvor mange deprimerede der er i Danmark. Går man for eksempel til sundhedsstyrelsens tal henviser de på deres hjemmeside, opdateret i 2012, til at der er omkring 150.000 deprimerede i Danmark, imens man hos psykiatrifonden arbejder med tal på omkring 200.000 (Sundhedsstyrelsen.dk 2012; Psykiatrifonden.dk). Retter man i stedet blikket imod internationale undersøgelser beskæftiger en stor del af disse sig med statistikker for mængden af antidepressiv medicin, da der her eksisterer udførlige statistikker.

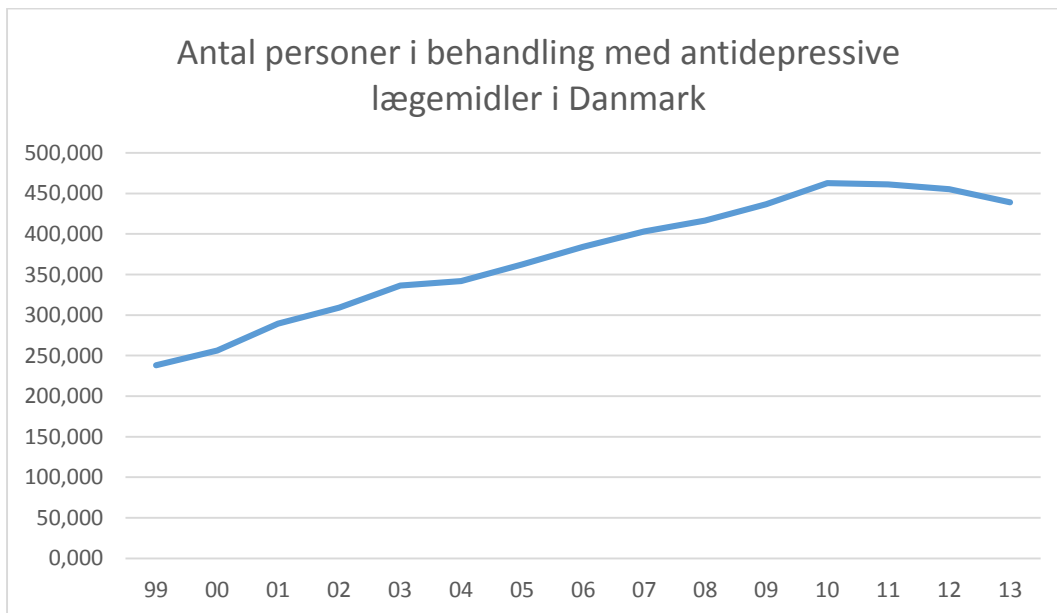


Figur 1 - Samlet forbrug af antidepressive lægemidler fra 1996 - 2013 i antal daglige doser (Kilde Medstat.dk).

⁴ Herefter WHO

Ser man udelukkende på forbruget af antidepressiv medicin i Danmark fremgår en meget markante stigning. Fra 1996 til det foreløbige højeste forbrug, registreret i 2011, er der således sket en forøgelse fra 39.334 daglige doser til 170.245. Således blev forbruget på 15 år mere end fordoblet. Der er i de seneste år dog sket en stagnering i forbruget, og de seneste tal fra seruminstituttet viser at der i 2013 var sket et fald til 161.259 daglige doser som det fremgår af figur 1.

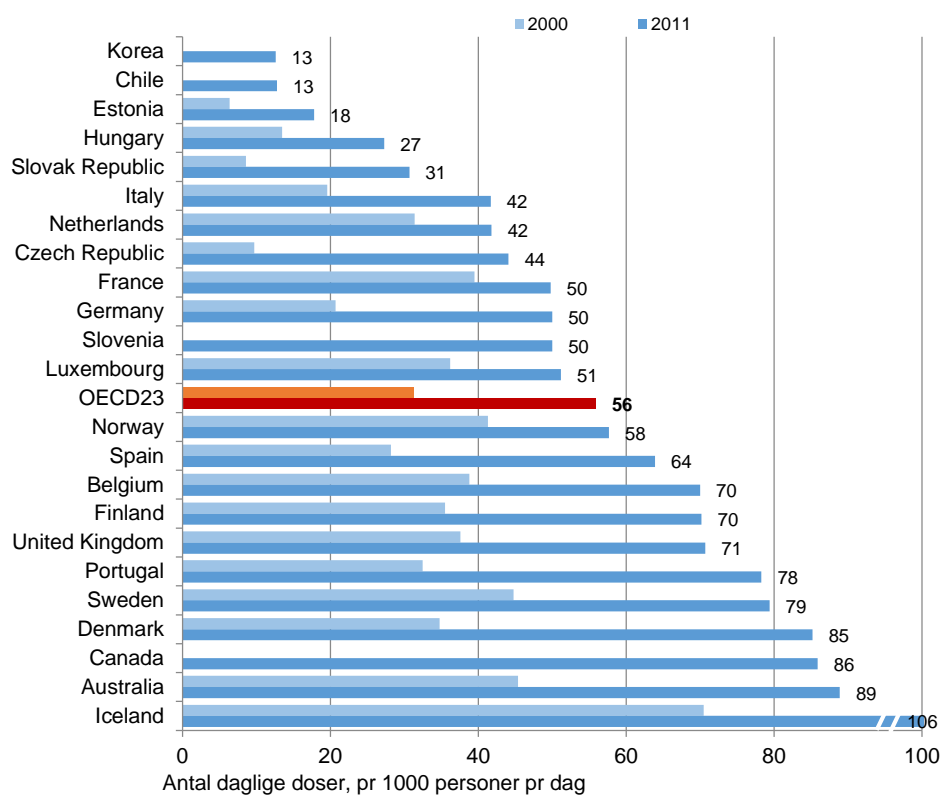
Retter man fokus imod antallet af personer der modtog antidepressive medicin i perioden fra 1999 til 2013, som er gengivet som figur 2, afspejler denne statistik nogenlunde det samme billede som forbruget generelt. Her ses det at det samlede antal personer toppede i 2010 med 460.949 behandlede, og at der ligeledes her er sket et fald de seneste par år. Disse fald i statistikkerne må man dog tage med et vist forbehold, da der i 2011 blev foretaget en ændring af lovgivningen om tilskudsordning til lægemidler. Her overgik en række af de antidepressive lægemidler fra at være "lægemidler med generelt tilskud", til at blive "lægemidler med generelt klausuleret tilskud", hvilket naturligvis kan have givet anledning til at genoverveje ens medicinering (Sundhedsstyrelsen 2013: 4). Denne mistanke understøttes ligeledes af at, det er i netop de grupper af lægemidler som har fået ændret deres tilskudsordning, at faldet i forbruget skete (Sundhedsstyrelsen 2013: 6). Det er altså svært at afgøre om det faldende forbrug af antidepressive lægemidler fra 2011 udgør en reel afvikling af depressioner i befolkningen, eller om det blot er udtryk for en statistisk bølgedal skabt af økonomiske forhold omkring behandlingen.



Figur 2 - Samlet antal af personer i behandling med antidepressive lægemidler opgjort pr år. Opgørelsen baserer sig på udelukkende personhenførbare data. (Kilde: Medstat.dk)

Sammenligner man stigningerne i de to statistikker fra medstat fra 1999 til 2013 er der sket en stigning på 84% i antallet af personer i behandling, og en stigning i antallet af daglige doser på 173%. Således er der også sket en generel stigning i størrelsen af de doser der bliver givet.

En sådan undersøgelse har man for eksempel lavet om en række lande inden for OECD. OECD's opgørelse angiver mængden af antidepressive lægemidler, der er brugt i de pågældende lande, med udgangspunkt i målet for en standardiseret daglige dosis og er gengivet på figur 3. OECD opgiver deres tal i form af antal daglige doser pr 1000 indbyggere i de pågældende lande. Det gælder gennemsnitsligt for de inddragede lande at der er sket en stigning på 80,6% i forbruget fra 2000 til 2011, imens Danmark i samme periode har oplevet en stigning på 142,9%, den største stigning ud over Slovakiet og Tjekkiet som dog skiller sig markant ud ved deres meget lave udgangspunkt⁵.



Figur 3 - Antal daglige doser antidepressiva pr. 1000 indbyggere i 2000 og 2011 (OECD Ilibrary 2013)

Der er altså tale om en markant stigning, og samtidig en stigning som Danmark både havde et relativt højt udgangspunkt for, samt den højeste stigning i sammenligning med lande med nogenlunde ens udgangspunkter.

Behandlingen af depression har altså, i hvert fald siden 1996, udgjort en kontinuerligt større problemstilling i Danmark, dog ses der en stagnering i udviklingen siden 2010-2011 hvor der indførtes nye tilskudsregler. Der er

⁵ 9 og 10 daglige doser pr. 1000 indbyggere i forhold til et OECD23 gennemsnit på 31

i perioden fra 1996 ligeledes sket en stigning i gennemsnitsstørrelsen af doseringer. Udgangspunktet for dette speciale er som sagt en undren over denne stigning, og med den motivation står jeg naturligvis ikke alene.

TIDLIGERE UNDERSØGELSER

Ser man på tidligere undersøgelser af stigningen fremgår det at der er mange forklaringer på en række forskellige forklaringsmæssige niveauer. Man ser for eksempel overgangen fra psykologi-teoretiske forklaringstyper baseret på ætiologi til de moderne symptombaserede diagnoser som et udtryk for den biomedicinske models indtog i psykiatrisk behandling som en hovedårsag (Nielsen & Reinbacher 2013: 139). Grunden til denne overgang skal ifølge Brett J. Deacon findes i den historiske kontekst som omgav udgivelsen af American Psychiatric Associations udgivelse *Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorders III* (Herefter DSM-III) i 1980. Der havde i løbet af 1960'erne og 70'erne været stor bekymring for effekterne af "anti-psykiatri" bevægelsen, som nød stor opbakning og truede psykiatriens troværdighed. Man så særligt kampene imellem biologiske psykiatere og freudianere som afviste de biomedicinske forklaringsmodeller, som værende skadelige for feltets omdømme. Reaktionen på denne krise blev udgivelsen af DSM-III som altså nu indeholdt en, i langt højere grad biomedicinsk inspireret forståelse af diagnoserne. Udgivelsen var således i højere grad udtryk for en interdisciplinær opridsning af jurisdiktionen over forståelsen af psykiatriske diagnoser, end noget egentligt videnskabeligt gennembrud, som Deacon understreger:

"The publication of the DSM-III in 1980 was heralded by the APA as a monumental scientific achievement, although in truth the DSM-III's primary advancement was not enhanced validity but improved interrater reliability." (Deacon 2013: 848)

Denne overgang til en mere biomedicinsk argumentation gjorde ligeledes at man kunne appropriere dele af den legitimitet og troværdighed som de mere traditionelle somatiske sygdomsopfattelse havde. Joe Franklin skrev således i hans Pulitzer Prize vindende artikelserie om psykiatriens nybrud i 1984 også om denne overgang:

"...psychiatry today stands on the threshold of becoming an exact science, as precise and quantifiable as molecular genetics. Ahead lies an era of psychic engineering and the development of specialized drugs and therapies to heal sick minds" (Franklin 1984: 1)

Andre store sociologiske værker har påpeget samme tendens med udgangspunkt i udgivelsen af DSM-III i 1980, og det er ifølge Juane Clarke og Adele Gawley hovedårsagen til den stigende medicinering, da opfattelsen blev at de fysiske fejl kunne rettes med evidensbaseret medicin i stedet for eksempelvis samtalerapi (Clarke & Gawley 2008: 98f).

En anden undersøgelse som søger at give sit bud på hvorfor denne store stigning i antallet af diagnosticerede med depression er opstået, er Nicholas Roses 5 teser om stigningen i antallet af psykiatriske diagnoser. Rose er uddannet biolog, men har i mange år lavet kritiske sociologiske behandlinger af psykiatrien, særligt med henblik på psykofarmakologiens udviklinger i de seneste årtier. Rose fokuserer i sin artikel *"Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice"* særligt på ADHD, personlighedsforstyrrelser og depression med udgangspunkt i et dikotomisk skel imellem hvad han kalder "fornuftens tidsalder" og "frihedens tidsalder"; en fremstilling som han låner af Aubrey Lewis og Michel Foucault. Han beskriver det

således at vi tidligere var i fornuftens tidsalder, som var kendetegnet ved asylernes håndtering af de psykiske lidelser og den separation fra "de normale" som denne behandlingsform udgjorde. Firhedens tidsalder derimod er kendetegnet ved den enorme stigning i antallet af psykiske lidelser vi ser, hvilket han forstår som en effekt af at flere mennesker generelt indgår i den pulje af mennesker der så at sige er kvalificerede til at få en sådan, at der altså er sket et overordnet skred i de diagnostiske klassifikationer (Rose 2006: 466). Overgangen imellem de to perioder markerer ligeledes en overdragelse af den diagnostiske autoritet fra psykologien til psykiatrien, en pointe jeg vil undersøge yderligere i specialets analyse. Rose udligger 5 hypoteser som han mener kan give forklaringen på denne udvikling:

1. **Der er sket en reel stigning i antallet af depressioner.** Rose foreslår med denne hypotese at der simpelthen er sket en markant stigning i de krav som samfundet stiller til de enkelte individers mentale kapacitet hvilket har medført den omtalte stigning (Rose 2006: 474)
2. **Vi er blevet bedre til at genkende psykiske lidelser.** Rose peger med denne hypotese på den tendens som også bærer en del af hans overordnede teori, at der er sket en vækst i antallet af kvalificerede til at have psykiske lidelser. Dette mener han desuden er hjulpet på vej af asylernes gradvise afvikling hvilket har undermineret den strenge dikotomi som herskede imellem "de gale" på asylerne og "de normale" (Rose 2006: 475)
3. **Psykiatere og farmaceuter som moralske entreprenører.** Denne tese underbygges ved Howard Beckers forståelse af det såkaldte moralske entreprenørskab, hvilket kort fortalt går ud på at der er en række fællestræk ved bevægelser i det sociale liv som har evnen til at rette fejl. Becker mener at der ligger en evangelistisk karakter i sådant arbejde da der er en tendens til, på grund af arbejdets frelsende karakter, at udøverne, altså psykiatrikerne og farmakologerne, påtager sig en moralsk forpligtelse for at fortsætte og så vidt muligt udbrede dette arbejde. Dette afspejles ligeledes i tendensen til at overdrive, eller propagandere for alvorligheden i de problemer deres patienter bliver frelst for, da de igennem en sådan får mulighed for at frelse endnu flere med baggrund i en, i deres optik moralsk forpligtelse (Rose 2006: 476f)
4. **Big Pharmas rolle.** Denne teori er den simpleste mekanisme som Rose foreslår, nemlig at de mennesker og firmaer som tjener penge på at behandle psykiske lidelser, har påvirket processen med at definere kliniske diagnoser. Rose ser den maskinelle logik som et udtryk for den kapitalistiske profitmaksimering, hvilket resulterer i en industri med enorme midler som igennem lobbyisme, bidrag til enkelte behandlere og så videre har søgt at udvande forståelsen af psykiske lidelser, diagnoserne og hvornår der skal gives medicin for en sådan (Rose 2006: 479). Som Rose selv påpeger er det nok svært at forestille sig at denne hypotese ikke i hvert fald er en del af forklaringen.
5. **Psykiatriens redefinition af de utilfredse/utilpassede.** Her påpeger Rose den betragtning at der er sket en psykiatisering af de biologiske præmisser for det menneskelige liv, således at grundlaget for psykiske diagnoser er udvidet. Han påpeger ved forklaringen af denne hypotese at det i dag nærmere er reglen end undtagelsen at man kan nikke genkendende til symptomer indeholdt i psykiatriske diagnoser. Denne hypotese er kort fortalt markeret ved at en række fænomener som for eksempel

muskelsmerter, træthed eller manglende initiativ er overgået fra at blive betragtet som en præmis for det daglige liv, til at være et sygeliggjort symptom (Rose 2006: 479f).

Disse 5 opridsede hypoteser skal naturligvis ikke betragtes som stående alene, og udviklingen må i høj grad betragtes som en konsekvens af mere end en af de påpegede tendenser ifølge Rose.

Jeg er i særlig høj grad, i forbindelse med dette speciale særligt interesseret i den 5. tese som Rose præsenterer, at der er sket en redefinition af utilfredse eller utilpassede i forbindelse med at man har underlagt de biologiske præmisser for det menneskelige liv psykiatrien. Et meget relevant indledende spørgsmål for specialet blev således hvorvidt dette afspejledes i andre kontekster hvor ordet depression benyttes.

EN ANFÆGTET BETEGNELSE

I mange vestlige lande er debatter om behandlingen af depression blevet en stor sag og er vokset i takt med sygdommens prævalens i befolkningerne. Et særligt træk ved debatten om depression er dog, at der generelt hersker en stor grad af varians i brugen af udtrykket depression, og hvad det indebærer at være deprimeret. Jeg vil herunder gennemgå nogle af de forskellige måder ordet bliver brugt og behandlet på.

Ordet depression må nok betragtes som et af de mest anfægtede begreber i vores samtid, og det er langt fra unormalt at berette at et stykke musik eller en film er decideret deprimerende, ligesom man sagtens kan føle sig lidt deprimeret over det faktum at det er mandag og en ny arbejdsuge er startet – Denne afslappede omgang består på trods af sygdommens voldsomme effekt på samfundet og for individer, og den ligeledes langt mere alvorlige tilgang til ordet, der oprinder når det angives at man altså *har* en depression. Der foregår altså i daglig tale en omgang med begrebet som er kendetegnet ved en meget afslappet og upræcis tilgang.

Inden for den skønlitterære genre ser man ligesom i den daglige omgang med ordet mange forskelligartede behandlinger af depression, dog typisk med en meget mere alvorlig tilgang end i den daglige omgang. Titler som *Prozac Nation*, *An Unquiet Mind* og *Noonday Demons* alle opnået bestseller status og deler udgangspunktet for beretningen, en personlig erfaring med depression. En af de mest udbredte og stærkest tematiserede værker inden for denne genre er William Styrons *Darkness Visible, A memoir of madness*, hvor i han ligeledes forsøger at forklare den deprimeredes optik igennem fortællingen om hans personlige kamp med depression. William Styron giver i bogen et meget altomsluttende billede af depression som en sygdom der suger alt energi, initiativ og livsglæde ud af ham, som et krybende mørke der omslutter ham og farver hans optik på alt omkring sig (Styron 1991). Værket giver altså en anderledes alvorlig optik på depression, men giver ligesom den daglige omgang med ordet en meget holistisk og nuanceret forståelse, som ikke rigtig kommer tæt på at definere sygdommen, eller dennes eventuelle udspring mere specifikt. Styrons beskrivelse af oplevelsen giver en meget barsk og altomsluttende optik på depression, som bestemt er med til at udgøre den mere alvorlige ende af skalaen for forståelser af depression. Han noterer således selv at:

“To most of those who have experienced it, the horror of depression is so overwhelming as to be quite beyond expression” (Styron 1990: 83).

Depression er altså ganske ubeskriveligt, men enormt debilerende ifølge Styron. *Darkness Visible* er et interessant værk i forhold til at forstå opfattelserne af depression i samfundet, blandt andet fordi den er forsøgt behandlet igennem en retorisk analyse af bogens metaforer for depression. Analysen har særligt to interessante pointer, den første at billedet af depression heller ikke her er særlig nøgternt eller præcist, men derimod holder sig inden for meget holistiske beskrivelser af oplevelsen. Den anden interessante pointe er en vurdering af bogens metaforsystem og beskriver hvordan Styrons konsistente beskrivelser placerer sig inden for den kulturelle kontekst som den har opnået så stor status inden for:

“The success of Darkness Visible as a description of the experience of depression lies in the author’s assembly of common, current metaphors into a coherent system. This system of metaphors is internally consistent and

coheres with a number of interlocking cultural programs, including habits of everyday thought, conceptions of emotion, stereotypes and professional models of mental disorder, and a complement of literary sources."

(Schoeneman, Schoeneman & Stallings 2004: 343).

Man kan naturligvis betragte Styrons beskrivelse af hans oplevelse på mange måder, og med varierende grad af genuinitet, særligt fordi han allerede var forfatter inden sin depression, og derfor må forventes at beherske et vist dramaturgisk og farverigt sprog som kunne friste, bevidst eller ubevidst, i videreformidlingen af oplevelsen. Det interessante element ligger under alle omstændigheder i konklusionen om at der eksisterer en kulturel indlejring, som lader til at have indflydelse på hvor godt modtaget en sådan depressionsberetning bliver, og at denne indlejring i depressions tilfælde lader til at være afhængig af at depression defineres holistisk og i generelle, men kulturelt indvævede referencer. En sådan effekt kunne man naturligvis også sagtens forestille sig være særligt afgørende når det kommer til et anfægtet fænomen som depression.

Ser man nærmere på den videnskabelige litteratur er der også her spor af den enorme beskæftigelse med fænomenet. I 1966 blev der således udgivet 703 artikler i medicinske journaler med ordet depression i deres titel, et tal som i 2005 var steget til 8677. Udviklingen var særligt voldsom i 90erne og relevante kritikere af en sådan umiddelbar statistisk præsentation, såsom stigningen i det samlede antal af artikler i medicinske journaler, modsvares af at udviklingen langt overstiger den generelle udvikling, i antallet af udgivne artikler inden for psykiatri, samt at ingen anden diagnose kommer i nærheden af dette antal artikler (Horwitz & Wakefield 2007: 5).

Et bud på hvorfor der eksisterer denne store varians i brugen af ordet er at der indenfor hvad man kan kalde psykopatologierne, hersker anderledes metodiske forholdsregler end der gør for de "sædvanlige" somatiske patologier. Der har over mange årtier foregået en generel debat imellem de humanistiske og naturvidenskabelige/positivistiske videnskaber, som typisk tager udformning som en udveksling af synspunkter og holdninger, mere end en egentlig debat af metodiske forholdsregler. Naturvidenskaberne forholder sig nøgternt til en række strenge metodiske principper som blandt andet sigter imod en isolering af faktorer og separation af forskerens subjektivitet, for at sikre forskningsresultaters validitet og reliabilitet. De humanistiske og samfundsvidenskabelige forskningsstrategier kan derimod tage udgangspunkt i oplevelser, adfærd, betydninger og forståelser og er derfor udformet ganske anderledes. Den videnskabelige materie, det råmateriale som de humanistiske og samfundsvidenskabelige videnskaber arbejder med, er jo i udgangspunktet af en beskaffenhed hvor det ikke kan separeres fra de interpersonelle relationer og intersubjektive tolkninger som de præsenteres i, og det gør således også at udformningen af den videnskabelige praksis bliver markant anderledes. Det drejer sig typisk om at træffe en valg imellem hvor meget man ønsker at reducere kompleksiteten i ens forskningsobjekt, overfor hvor generaliserbar man ønsker ens resultater bliver. Dette har medført at der foregår en meget livlig diskussion af de humanistiske videnskabers resultater, disses validitet, og derved også af depressions udformning og eksistens, som påvist af psykologien.

Blandt flere fortolkninger ligger specialets forståelse af denne problematik i forlængelse af Michel Foucaults udsagn om, at denne tendens må ses som et udtryk for, at psykologien for psykiatrien, ikke i samme grad som fysiologien for den somatisk medicin, har kunnet agere eller opfattes som et validt analyseredskab (Foucault 1971a: 8ff). Den meget upræcise omgang med ordet depression som står i modsætning til de fleste somatiske sygdomsbetegnelser, kan altså ses som et symptom på psykopatologiernes manglende autoritet. Havde psykopatologierne haft den fornødne autoritet ville de prosaiske præsentationer af depression, forventeligt være tættere på de videnskabelige, og omgangen med ordet noget mindre lemfældig. Andre nutidige eksempler på manifestationer af psykopatologiernes svage autoritet er omgangen med betegnelser som OCD, når folk får en trang til at rydde op og have orden, at folk er lidt "skizo" hvis deres humør skifter radikalt inden for en kort periode eller oplever ambivalente følelser, ligesom de overordnede betegnelser at man er "sindssyg" eller "psyko" kan bruges i daglig tale, men sjældent har noget som helst med de videnskabelige forståelser at gøre.

Der er altså med betegnelsen depression tale om en meget anfægtet forståelse, og det er et af specialets mål at bidrage til en afklaring af begrebet historiske ophav i det danske sociale arbejdes vidensformer.

PROBLEMFELT

Det er med udgangspunkt i et ønske om at ville fremanalysere et bud på hvorfor der bliver diagnosticeret og behandlet så mange depressioner i Danmark at jeg udformer min problemformulering. Jeg tager her udgangspunkt i en type historiske analyser, som den franske tænker Michel Foucault har dannet skole for, genealogien, hvis nøjagtige implikationer for projektet vil blive gennemgået senere i specialet.

Foucault har i en række af sine analyser påvist hvordan moralske projekter er blevet videreført i de moderne videnskaber, der gennem skel imellem syge og raske eller normale og afvigende, således har bevaret de optikker som har oprindelse i godt og ondt eller syndigt og rent. Udgangspunktet for den genealogiske analyse er at man må betragte fortiden for at kunne belyse nutiden, og dette som regel med det formål at levere kritiske alternativer til den "almindelige" historieskrivning. Dette gøres igennem en afvisning af de undersøgte fænomeners permanente essens, og en opstilling af problemorienterede forskningsspørgsmål som søger at afdække fænomenets nutidige rolle, igennem en belysning af dennes idehistoriske ophav. Specialet anvender ikke blot hele det teoretiske genealogiske apparat, både fordi dette kan være meget svært at klarlægge, da de fleste vil argumentere for at Foucault ændrer sine teoretiske og metodiske tilgange markant i løbet af sin karriere, og fordi enhver teoretisk opstilling naturligvis må tilgås kritisk. Specialet opererer dog i overvejende grad med genealogiens forskrifter som vejledende for opbygningen, og deler blandt andet det perspektiv, at det er undersøgelsens formål at levere en kritisk nutidshistorie, som søger at præsentere en alternativ tolkning af depressionens ophav. Således bliver specialets problemformulering med henblik på at afdække depressions ophav i det sociale arbejde:

Hvordan har diagnosticeringen og behandlingen af depression fået så stor en rolle i det sociale arbejde?

Jeg søger at besvare denne igennem en genealogisk analyse af det sociale arbejde i Danmark, i perioden op til indførelsen af den nuværende praksis. På foranledning af et sådant opstillet problem, gælder det altså om for mig igennem genealogien at fremanalysere og påvise de påvirkninger og levn, fra tidligere tiders praksisser og vidensformer som man kan se videreført eller ikke videreført, i den nutidige behandling af depression. Man kan sige at genealogiske analyser generelt har søgt "*... at fremvise de »ubekvemme« slægtskabslinjer, som den moderne velfærdsstats institutioner har...*" Og at jeg indskrives mig i denne tradition (Villadsen 2007: 32).

En anden essentiel del af udgangspunktet for specialet bliver naturligvis definitionen af depression, da denne jo naturligt kommer til at afgøre, hvilke praksisser og vidensformer fra det tidligere sociale arbejde, som er relevante for analysen. Denne vil derfor blive gennemgået nedenfor før jeg vil gennemgå specialets teoretiske og metodiske forskrifter med udgangspunkt i Foucaults magtbegreb. Herefter vil jeg gennemgå en række metodiske betænkninger som har præget specialets analyse.

EN IRREDUCERBAR DEFINITION AF DEPRESSION

En af de grundlæggende problematikker specialet søger at påtale inden for de historiske redegørelser om depression og det psykiatriske arbejde i Danmark, er at de i meget vid udstrækning tager udgangspunkt i psykiatrien eller psykologiens historik. Specialets genealogiske arbejde vil derimod tage det udgangspunkt at definitionen af depression udgøres af dennes praksisser til diagnostik og herfra er ikke kan reduceres. Det lyder muligvis ikke som den mest kontroversielle eller omfangsrige beslutning for specialet, men det har dog visse praktiske implikationer og tager udgangspunkt i en moderat ontologisk idealisme. Denne ontologi forskriver at virkeligheden er skabt i den observerendes sind, og uden at tilskrive mig alle dennes implikationer og snævre socialkonstruktivistiske konklusioner, mener jeg at det er hensigtsmæssigt at undgå de faldgrupper som denne retmæssigt advarer imod. Dette opnås gennem applikationen af en definition som tager udgangspunkt i de personer som bliver diagnosticeret med, eller med andre ord, defineret som deprimerede.

Dette er muligt og hensigtsmæssigt da de danske vejledninger som skal guide diagnostikken selv angiver at *"Depressionsdiagnosen hviler altså på et rent deskriptivt sygdomsbillede uden hensyn til mulige årsager"*. (DSAM 2010: 10). Således er der ikke bagvedliggende ætiologiske, psykologiske eller psykiatriske forhold at tage hensyn til. Hvis patienten lever op til de deskriptive krav som der opstilles har patienten en depression. Det er således sådan det danske behandlingsvæsen diagnosticerer depression, samt den måde jeg definerer depression i specialet.

Havde der for eksempel været ætiologiske forhold at tage hensyn til ville det ikke være muligt med en sådan definition. Hvis man for eksempel tog udgangspunkt i den klassiske psykoanalytiske forståelse af lidelser, som foreskriver at de bagvedliggende problemer ikke nødvendigvis har nogen sammenhæng med hvilke symptomer som disse manifesterer sig i, ville det være meget mere besværligt at spore den gruppe som nu indgår i behandlingen, ved en retrospektiv analyse som denne. Præmissen for definitionens udformning er jo netop at den muliggør at, jeg ved tilbageblik har mulighed for at identificere de individer, som i det nuværende sociale arbejde ville blive klassificeret som deprimerede.

Med til denne orientering hører det faktum at de undersøgelser der er lavet af deprimeredes møde med behandlingssystemet i Danmark, som tidligere nævnt, netop pointerer de praktiserende læger som den typiske diagnosticerende, adgangsgivende og medicinsk behandlende instans, og at det netop er dem som den føromtalte vejledning adresseres (Hauge-helgestad, Johansen & Hansen 2012: 10; Dansk Psykiatrisk Selskab 2001: 18; Bjerrum et al 2002). Jeg mener derfor at det mest relevante sted at sætte ind i forhold til at forstå hvem der bliver klassificeret som deprimerede, og på hvilket grundlag dette sker netop er hos de alment praktiserende læger som altså benytter denne rent deskriptive diagnostiske vejledning. Jeg vil derfor kort gennemgå vejledningens diagnostiske praksis her for at redegøre for specialets definition af depression.

Vejledningen, *Unipolar depression, diagnostik og behandling* fra 2010, udgives af Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). DSAM er en sammenslutning af almen medicinere, det vil sige de medicinsk uddannede med henblik på at arbejde som praktiserende læge, og de rapporterer at så godt som alle under uddannelse til

almen medicinere er medlemmer, ligesom det fremgår at omkring 75% af de nuværende praktiserende læger er medlemmer⁶ (DSAM 2015; Danske Regioner 2015). Ud over denne kunne man inddrage pointer fra *Referenceprogram for unipolar depression hos voksne fra 2007*, og *Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog for patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst* fra 2012, da disse begge er udgivet af sundhedsstyrelsen og derved også repræsenterer det officielle, danske behandlingsvæsens forståelse af depression. De to sidstnævnte vejledninger henviser dog begge til den diagnosevejledning der er i DSAMs vejledning, og derfor har denne en meget central rolle, dog bygger alle 3 vejledninger langt størstedelen af deres diagnostik på ICD-10, og har derfor meget ensklingende forståelser hele vejen igennem.

Den nuværende forståelse af depression som danner grundlag for behandlingen i Danmark baserer sig som sagt overordnet set på ICD-10 (DSAM 2010: 7; Sundhed.dk 2012; Sundhedsstyrelsen 2007: 10; sundhedsstyrelsen 2012: 5). ICD-10 er udformet som et statistisk klassifikationssystem, og er derfor opbygget i en lang række koder som har til formål at skabe mulighed, for internationalt sammenlignelige datagrundlag. Inden for kodesystemet er der 2 overordnede klassifikationer der opfattes som depression: F32 *Depressive episode* og F33 *Recurrent depressive disorder*, dog kan man også inddrage F34 *Persistent mood [affective] disorders* der foreskriver enten "milde" depressive episoder, hvor symptomerne er utilstrækkelige til at kunne indgå under F32 eller F33, eller en blanding af disse og maniske episoder der ligeledes ikke udgør en klassifikation som reel mani (WHO 1996: 335ff).

ICD-10 har som nævnt delt depressionsklassifikationen op i koderne F32 og F33. F33 er dog en afledt diagnose som udelukkende klassificeres som kontinuerlige episoder af F32-klassificerede tilstande; herfor vil jeg begrænse mig til at påtale F32 Depressive episode. ICD-10 beskriver i første omgang en lang række symptomer, som er gengivet i de danske vejledninger:

- Nedsat humør
- Nedsat energiniveau
- Et fald i aktivitetsniveau
- Manglende kapacitet til at finde nydelse
- Nedsat koncentrationsevne
- Træthed efter selv meget små præstationer
- Forstyrret søvnmønster
- Nedsat appetit
- Manglende selvværd
- Manglende selvtillid
- Følelse af skyld
- Følelse af værdiløshed

⁶ Baseret på tal fra Danske regioner (2015) og DSAM (2015)

- Meget lille variation i humør fra dag til dag og er ikke påvirket af omstændighederne
- Manglende interesse og positive følelser
- Opvågning flere timer tidligere end normalt
- Værst humør tidligt om morgenen
- Psykomotorisk retardation⁷
- Irritabel
- Vægttab
- Manglende sexlyst

ICD-10 forklarer videre at det er antallet af tilstedeværende symptomer fra den ovenstående liste som afgør depressionens sværhedsgrad:

- En person med 2 til 3 af symptomerne er klassificeret som havende en mild depression, og det tilføjes at personen som oftest vil være i stand til at fortsætte med de fleste af dennes daglige gøremål.
- En person med 4 eller flere symptomer er klassificeret som havende en moderat depression, og forventes at have meget svært ved fortsat at gennemføre sine daglige gøremål.
- En person med adskillige symptomer, oftest suppleret med selvmordstanker eller forsøg og typisk med et markant tab af selvværd og en følelse af værdiløshed, er klassificeret som havende en svær depression (World Health Organization 1996: 335ff)

Det er denne diagnostik der danner grundlaget for min forståelse af depression, og jeg betragter som sagt denne som værende irreducerbar fra ovenstående symptomer og sygdomsbeskrivelse. En reduktion af kompleksiteten i definitionen, for eksempel skrevet ud i et par generaliserede sætninger om kendetegn ved depressionsdiagnosen, vurderer jeg ville medføre en for stor udgift i form af tabt validitet til at kunne retfærdiggøres ved en nemmere tilgang til analysen. En anden inddragelse man kunne argumentere for, ville være at markere hvad visse vejledninger betegner som ”kernesymptomer”, og forklarer er særligt kendetegnende for depression. De samme vejledninger sidestiller dog samtlige symptomer i forhold til graduering af milde, moderate og svære depressioner, og det er således min opfattelse at opdelingen i kerne- og øvrige symptomer i vejledningerne reelt set ingen konsekvens har for den diagnostiske praksis.

Denne definition udgør grundlaget for min udvælgelse af empiri til i analysen, hvor det således bliver specialets intention at inddrage de former for socialt arbejde, som er eller har været rettet imod grupper eller individer, som kan tænkes at falde inden for denne klassifikation.

⁷ Beskriver det kognitive og psykiske tempo – således fremstår den ramte som langsomt tænkende og reagerende samt med stivnede bevægelser.

Jeg vil i dette afsnit gennemgå specialets teoretiske grundlag, de redskaber som analysen kan siges at basere sig på, samt den videnskabsteoretiske og metodologiske baggrund for specialet. Genealogiens forskrifter, som jeg forstår dem, baserer sig hovedsageligt på Foucaults grundlæggende forståelse af forholdet imellem magt og viden, og søger at agere en afart kritisk samtidshistorie. Til afklaring af de teoretiske og konkrete analytiske begreber inddrages Kaspar Villadsens læsning af Foucault sporadisk, da denne i min optik indeholder en lang række relevante og begavede overvejelser. Jeg vil indledningsvist redegøre for forholdet imellem magt og viden, dog har Foucault selv beskrevet udgangspunktet for genealogien i en meget atypisk komprimeret form, som jeg vil lade gå forud for min egen tolkning:

"... It must record the singularity of events outside of any monotonous finality; it must seek them in the most unpromising places, in what we tend to feel is without history – in sentiments, love, conscience, instincts; it must be sensitive to their recurrence, not in order to trace the gradual curve of their evolution, but to isolate the different scenes where they engaged in different roles."

(...)

Genealogy, consequently, requires patience and a knowledge of details and it depends on a vast accumulation of source material. Its "cyclopean monuments" are constructed from "discreet and apparently insignificant truths and according to a rigorous method"; they cannot be the product of 'large and well-meaning errors.'" In short, genealogy demands relentless erudition. Genealogy does not oppose itself to history as the lofty and profound gaze of the philosopher might compare to the molelike perspective of the scholar; on the contrary, it rejects the metahistorical deployment of ideal significations and indefinite teleologies. It opposes itself to the search for "origins."

(Foucault 1971b: 139f)

FOUCAULT

Jeg vil i dette speciale bestræbe mig på at gennemføre en genealogisk analyse med teoretisk udgangspunkt i Foucaults magtbegreb. Igennem en læsning af denne tradition vil jeg i det følgende argumentere for at depression kan anskues som en form for dissocieret modstand, og at en genealogisk analyse af feltet potentielt kan bidrage med flere nye perspektiver på depression og behandlingen af depression.

Dette sker blandt andet da denne optik rent teoretisk og analytisk, opløser det skel der eksisterer imellem det sociale arbejde, med for eksempel arbejdsløse, og det psykiatri- og sundhedsfaglige arbejde med depressive. Således er det også en del af specialets ambition at lade resultaterne af analysen indgå i en diskussion med en række af de mere relevante og aktuelle perspektiver på depression og socialt arbejde, både med det formål at efterprøve analysens resultater, og for indgå i den verserende debat om depressionens meget store omfang og indvirkning, i Danmark såvel som i resten af verden, særligt de liberale demokratier i "den vestlige verden".

Ideen til specialets udformning stammer som sagt i første omgang fra en undren over forholdet imellem det sociale arbejde og den psykiatrifaglige diskurs i arbejdet med deprimerede i Danmark. Herudover er undersøgelsen motiveret af en særlig betragtning af Michel Foucault som han fremlægger i sin tekst *The Subject and Power*. I denne tekst foreslår Foucault at der må laves en række analyser af de kampe der foregår i de moderne liberale stater, kampe han ser som udtryk for modstand imod subjektivering. Under en redegørelse for sit teoretiske blik forklarer han således om mulighederne for at lave frugtbare analyser af disse kampe:

"I would like to suggest another way to go further (...) it consists of using this resistance as a chemical catalyst so as to bring to light power relations, locate their position, and find out their point of application and the methods used. Rather than analyzing power from the point of view of its internal rationality, it consists of analyzing power relations through the antagonism of strategies. (...) in order to understand what power relations are about, perhaps we should investigate the forms of resistance and attempts made to dissociate these relations." (Foucault 1982: 780).

Citatet inddrager en række interessant aspekter, men særligt interessant er det at han mener at analysen må tage udgangspunkt i de antagonistiske kampe, som optræder over for de subjektiverende praksisser i de moderne liberale stater. Hvis man læser det ovenstående citat alene kan man dog nemt få det indtryk at depression må ses som modstanden imod den psykiatriske behandling af individet, men det er dog ikke nødvendigvis tilfældet ifølge Foucault. Neden for det ovenstående citat forklarer han således at kampene har en række fælles karakteristika, blandt andet forklarer han således om det øjensynlige mål for kampene:

In such struggles people criticize instances of power which are the closest to them, those which exercise their action on individuals. They do not look for the "chief enemy" but for the immediate enemy. (Foucault 1982: 780).

På baggrund af en sådan forståelse af depression som modstand imod subjektivering og kritikken af psykiatrien/psykologien som en afledt effekt, mener jeg altså at analyserne må tage udgangspunkt i de kampe der foregår, men er besværliggjort af det faktum at de ikke kan forventes at være modstand opstået på baggrund af de praksisser som de kritiserer. Denne betragtning har givet mig anledning til at forstå depression i Danmark som et udtryk for en kamp imod en subjektiverende praksis, som ikke nødvendigvis er psykiatriens behandling af individet, altså dissocieret modstand. Jeg ønsker således at udføre en genealogisk analyse af depression i Danmark, blandt andet med henblik på at identificere det magtforhold som den antagonisme som depressionen udgør, retter sig imod. Dette gøres netop hensigtsmæssigt igennem genealogisk analyse da man igennem en sådan får syn for hvilke praksisser, institutioner og vidensformer forståelsen af depression har sit ophav i.

Jeg vil i det nedenstående redegøre for specialets analytiske tilgang, herunder genealogiens muligheder, betragtninger og analytiske redskaber. Indledningsvist vil jeg redegøre for Foucaults særlige magtforståelse, herefter baggrunden for den genealogiske analyse, og afslutningsvist de konkrete begreber som former analysen.

Specialets analyse af depressionens ophav i Danmark tager udgangspunkt i Foucaults forståelse af forbindelsen imellem viden og magt. Man kan overordnet set sige at det er specialets formål at belyse den viden der dominerer og har domineret depressionsdiskursen, med det formål at kunne redegøre for vidensregimernes historiske ophav. Derfor må jeg kort redegøre for Foucaults forståelse af forholdet imellem magt og viden.

Foucault forstår forbindelsen imellem magt og viden således at de i virkeligheden er en og samme ting, eller rettere at de ikke eksisterer separat, og at de er manifestationer af hinanden. Grundlæggende for den forståelse er det forhold at Foucault forstår de vidensformer og institutioner der eksisterer som kontingente, altså at de ikke er konsekvens af en historisk akkumulerende rationalitet, men derimod konsekvens af en lang række historiske forhold som har formet det pågældende felt, hvis udformning således ikke er tilfældig, men som bestemt heller ikke er betinget af en eller anden form for overordnet *grand narrative*⁸ af rationalitet (Villadsen 2006: 91). De er derimod dannet over tid på baggrund af de påvirkninger der historisk har været i feltet, og det er igennem denne optik at man ser Foucaults syn på forholdet imellem magt og viden.

Foucault forstår det således at magt er et allestedsnærværende fænomen som er en grundlæggende præmis for menneskelige interaktion, og mener at den produktive kraft som magten indeholder har været underrepræsenteret i andre tilgange:

"What makes power hold good, what makes it accepted, is simply the fact that it does not only weigh on us as a force that says no, but that it traverses and produces things, it induces pleasure, forms knowledge, produces discourse. It needs to be considered as a productive network which runs through the whole social body, much more than as a negative instance whose function is repression" (Foucault 1977: 119).

Lige så ofte som magten tager sig ud som en undertrykkende kraft, danner den altså grundlaget for produktive og ønskværdige effekter i samfundet. Han beskriver at der altid eksisterer rationaler og intentioner i den menneskelige handlen, men også at disse på en og samme tid er intentionelle og ikke-subjektive. Dette forklarer han er således da intentionen ikke er skabt i det artikulerende subjekt, men derimod i definitionen af diskursen. Den magtudøvelse der sker igennem diskursen sker altså igennem artikulationen og brugen af den pågældende diskurs, mens intentionen har sit ophav i den tilgængelige viden som diskursen indeholder og producerer. (Foucault 1994: 100; Villadsen 2007: 21).

En sådan form for magt skaber en række mere eller mindre faste magtforhold der er resultatet af den diskursive viden. Det er således på baggrund af den diskursivt producerede viden at magt opstår og bindes i magtforhold. Magtforholdenes udformning er altså legitimeret og skabt af viden og Foucault forklarer:

⁸ Som **defineret af** Jean-François Lyotard: en form for meta-narrativer der sammenbinder andre fortællinger igennem historien ved at tilskrive disse en plads i en større narrativ som for eksempel humanismens eller rationalitetens fremkomst (Lyotard 1984)

“In effect, what defines a relationship of power is that it is a mode of action which does not act directly and immediately on others. Instead, it acts upon their actions: an action upon an action, on existing actions or on those which may arise in the present or the future. (Foucault 1982: 789).

Der er altså tale om magtforhold når en given aktør igennem en autoritær position begrundet i diskursiv viden, begrænser antallet af udfoldelsesmuligheder for en anden aktør. Foucault definerer det også som måden hvorpå feltet for mulige handlinger og udfald struktureres (Foucault 1982: 791). I forlængelse af dette er den konkrete og korte definition på magtudøvelse således:

The exercise of power consists in guiding the possibility of conduct and putting in order the possible outcome. (Foucault 1982: 789).

Det er med udgangspunkt i denne forståelse af forholdet imellem magt og viden, at genealogiens analytiske forskrifter er dannet.

Genealogien har som det meste af Foucaults teoretiske apparat karakter af en omskiftelig definition, og mange vil mene at han bevidst var omskiftelig i hans metodik for ikke at danne skole (Heede 2004: 37). Foucault har dog efterladt en række tekster som yder bidrag til at forstå hans optik på genealogiens særlige samtidshistorie. Hans udgangspunkt er opfattelsen af at nutidige vidensformer, institutioner og almengyldige opfattelser er kontingente, altså at de ikke nødvendigvis er summen af en udvikling der er dikteret af fornuft, moral, etik eller andre overordnede narrativer. Et sådant udgangspunkt efterlader os således med opgaven at afdække den historiske frembringelse af de objektiviserede vidensformer i nutiden, dette med en ambition om at levere en kritisk analyse (Foucault 1982: 779). I specialets tilfælde er det den objektiviserede forståelse af behandlingen af depression som afledt af psykiatri/psykologi-faglig viden jeg søger at problematisere. Dette opnås igennem en analyse af den historiske frembringelse af behandlingen af depression og dennes legitimitet begrundet i diskursiv viden. Man må dog være opmærksom på at det ikke drejer sig om for genealogien at danne store kontinuerlige historiske fortolkninger, som forklarer enkelte elementers fuldkomne ophav, derimod er det nærmere målet at agere en form for modhukommelse, at påvise det absurde i tanken om den rene oprindelse (Foucault 1971b: 141ff).

Foucaults opfattelse af historieskrivning kan meget overordnet set inddeles i 3 typer af fortællinger, *arkivariske*, *monumentale* og *objektive*. Han forklarer om den *arkivariske historieskrivning* at den er præget af en møjsommelig dokumentation af fortiden, dog set ud fra det udgangspunkt at fortidens tendenser ses som logiske forløbere for nutidens. Den *monumentale historieskrivning* beskæftiger sig derimod med de meget store fortællinger, de såkaldte grand narratives, fortællinger som udgør en form for samtidspropaganda hvor man sammenstykker fortidens lektioner som et regnestykke hvis sum er samtidens logik. Det drejer sig altså om en type fortællinger hvor samtiden bliver betragtet som en reaktion på samtlige erfaringer menneskeheden har gjort sig og således bekræfter civilisationens forståelse af sig selv som moralsk, oplyst, dannet og så videre. Den *objektive historieskrivning* ser Foucault som den rene historiedyrkelse, en form for historie for historiens skyld. Den udføres igennem en rekonstruktion af fortiden "som den var", uden at forholde sig til historikerens samtidige kontekst (Foucault 1971b: 160ff).

Foucaults egen tilgang til historieskrivningen, genealogien, udgøres af en kritisk nutidshistorik som altså ligesom den arkivariske tager sit udgangspunkt i et nutidigt fænomen, dog her med det eksplicite formål at afdække samtidens udformninger af for eksempel institutioner og vidensformer. Hans tilgang forklarer han, ikke står i opposition til den almene historieskrivning, men derimod til en "søgen efter oprindelsen". Denne implicite antagelse som danner grundlag for den arkivariske og i særlig grad den monumentale historieskrivning beskriver han hvordan former historieskrivningen:

"This search is directed to "that which was already there," the image of a primordial truth fully adequate to its nature, and it necessitates the removal of every mask to ultimately disclose an original identity. However, if the genealogist refuses to extend his faith in metaphysics, if he listens to history, he finds that there is "something altogether different" behind things: not a timeless and essential secret, but the secret that they have no

essence or that their essence was fabricated in a piecemeal fashion from alien forms. Examining the history of reason, he learns that it was born in an altogether "reasonable" fashion - from chance" (Foucault 1971b: 142).

Foucault kritiserer historieskrivningens for hvad der kan betragtes som en form for ontologisk essentialisme. Han ser denne problematik, "oprindelsens problem" således at historikeren betragter fortiden igennem samtiden, og derved forvansker den til en formålsorienteret fortælling. Han betragter det således at der i historikerens samtid eksisterer forskellige rationaler der betragtes som objektive og som historiefortællingen derfor dikteres af. Han forklarer fejlslutningen således:

"These developments may appear as a culmination, but they are merely the current episodes in a series of subjugations (...) In placing present needs at the origin, the metaphysician would convince us of an obscure purpose that seeks its realization at the moment it arises. Genealogy, however, seeks to reestablish the various systems of subjection: not the anticipatory power of meaning, but the hazardous play of dominations." (Foucault 1971b: 148).

Foucault forklarer altså at det afgørende ikke er at se bort fra ens undersøgelsesobjekts nutidige tilstand, men derimod at lade være med at tage denne tilstand som udtryk for en højere logik. Den pågældende tilstand dikterer for genealogen i høj grad undersøgelsesernes udgangspunkt og disses mål, der således bliver at afdække tilblivelsen af den nuværende tilstand, igennem en analyse af de diskursive magtforhold der har formet denne. Foucault plæderer altså for en type kritisk historieskrivning hvor man i stedet for at lede efter røde tråde af ideologi og rationalitet i de historiske udviklinger, redegøre for de enkelte indflydelser der igennem kampe om dominans har søgt at fremme deres egne tolkninger:

"The isolation of different points of emergence does not conform to the successive configurations of an identical meaning; rather, they result from substitutions, displacements, disguised conquests, and systematic reversals. If interpretation were the slow exposure of the meaning hidden in an origin, then only metaphysics could interpret the development of humanity. But if interpretation is the violent or surreptitious appropriation of a system of rules, which in itself has no essential meaning, in order to impose a direction, to bend it to a new will, to force its participation in a different game, and to subject it to secondary rules, then the development of humanity is a series of interpretations." (Foucault 1971b: 151).

Med denne argumentation som ender i en teoretisk konstruktion af de kampe om dominans, der søger at influere forskellige vidensformer som kampe om forståelser eller tolkninger, har Foucault opridset feltet for en sociologisk analyseform med et fokus rettet imod magten over diskursen og definitionerne.

ANALYSEREDSKABER

Overordnet set kan man sige at den genealogiske analyse har til formål at belyse hvordan mennesket har gjort sig selv til subjekt. Der er dog en række hensigtsmæssige inddelinger man kan lave for nemmere at kunne strukturere sin analyse, og således kan problematikken undersøges på 3 måder som dog alle unægtelig hænger sammen (jf. Foucaults magtbegreb). Disse 3 måder at undersøge magtens påvirkninger på kan formuleres som besvarende 3 overordnede teoretiske spørgsmål:

1. Hvordan konstitueres individer som subjekter i forhold til magtudøvelse igennem viden?
2. Hvordan konstitueres individer som subjekter der enten udøver eller underkastes magt?
3. Hvordan konstitueres individer som subjekt for egne handlinger? (Villadsen 2007: 22; Foucault 1987: 103)

Opdeler man analysen på denne måde kan man tale om 3 forskellige subjektiveringer som hver især kan forstås igennem Foucaults begrebsapparat. Disse 3 spor vil jeg forklare nedenfor, efter en kort forklaring af den genealogiske analyses mindsteenhed. I specialets analyse vil der hovedsageligt være fokus på de 2 første former for subjektivering, da det ligger uden for empiriens muligheder at belyse individers motivationer og begrundelser for egne handlinger.

UDSAGN

Udsagnet er den mindste enhed inden for diskursanalysen og udgøres af en af de faktisk fremsatte tekster, taler m.fl. der kan siges at frembringe objekter, etablere subjektpositioner og indgå i begrebsnetværk (Villadsen 2007: 25). Det er således altid en mængde udsagn som udgør empirien for en genealogi eller diskursanalyse.

DISKURS OG DISKURSFORMATION

Denne del af Foucaults analyse handler overordnet set om hvordan mennesket bliver gjort til genstand for objektiverede vidensformer, for eksempel vidensformer som psykologi eller psykiatri. Der er i analysen af diskurser fokus på hvordan den diskursivt producerede viden er i sammenspil med sociale forhold, politik, institutioner og teknologier og blandt andet herigennem begrænser mængden af legitime udsagn. Foucault definerede selv begrebet diskurs således:

“We shall call discourse a group of statements in so far as they belong to the same discursive formation (...) it is made up of a limited number of statements for which a group of conditions of existence can be defined. Discourse in this sense is not an ideal, timeless form that also possesses a history; the problem is not therefore to ask one-self how and why it was able to emerge and become embodied at this point in time; it is, from beginning to end, historical – a fragment of history, a unity and discontinuity in history itself, posing the problem of its own limits, its divisions, its transformations, the specific modes of its temporality rather than its sudden irruption in the midst of the complicities of time.” (Foucault 2002: 131).

Foucaults diskursbegreb tager sit afsæt i en afvisning af 2 elementer som ellers kan inddrages i analysen af udsagn: disses sandhedsværdi og disses intention eller subjektivitet. Udsagnet analyseres i stedet med henblik på at afdække de regelsystemer som betinger disse, og således bliver formålet med analysen af diskurs at finde grænserne som de pågældende udsagn må operere inden for. Dette gøres ved at betragte det samlede arkiv af fremsatte udsagn med henblik på at definere udfoldelsesmulighederne for udsagnene. Med denne tilgang afvises også den betragtning at udsagn i analysen må anskues som repræsentanter eller manifestationer af for eksempel andre magtformer. Foucault pointerer at man igennem en sådan analyse negligerer diskursens egen produktive karakter, og derved mister blikket for både objekternes og subjekternes repræsentation i diskursen (Villadsen 2007: 22ff).

Igennem en afvisning af elementers essentialistiske karakter og muligheden for at et udsagn kan have objektiv sandhedsværdi, skaber diskursanalysen således sit særlige analysefelt, den samlede masse af faktiske udsagn (Foucault 1970: 155). Det er igennem analysen af en sådan mængde udsagn at der kan udledes en *diskursformation*. Man betragter således alle udsagn som *”»Forudstruktureret« af specifikke tvangsprincipper - »tavse ordensmagter«, som det gælder om at lægge frem”* (Villadsen 2007: 24). Man søger altså igennem en sådan analyse at etablere de omkredsede grænser for hvad der kan ytres som legitime udsagn inden for diskursen, som altså er begrænset af en række praksisser der udmønter sig i forventninger og konventioner som individer er underlagt, for eksempel hvad der kan betragtes som videnskabeligt redeligt inden for psykiatrien. Det er igennem en analyse af det enkelte udsagn som både betingende for og betinget af diskursen at man kan fremmane de diskursive formationer. En bog som eksempel på et udsagn kan således betragtes som *”et punkt i et net, den bærer på et system af henvisninger – eksplicit eller ikke – til andre bøger, andre tekster eller andre sætninger”* (Foucault 1970: 152). Eller som Foucault forklarer det andetsteds:

“it is a body of anonymous, historical rules, always determined in the time and space that have defined a given period, and for a given social, economic, geographical, or linguistic area, the conditions of operation of the enunciative function” (Foucault 2002: 131)

Den diskursive formation består således af en orden som ethvert givent udsagn må rette sig ind efter, og det er således målet for analysen at afdække dennes udformning.

MAGTTEKNOLOGIER

Overordnet set drejer det sig her om teknologier som søger at underkaste menneskers vilje bestemte formål og bestemme disses adfærd. Det er teknologier som gør individer til genstand for de diskursive logikker som indlejres i institutioner og vidensformer, men også de teknologier som er med til at forme den diskursive viden, ved for eksempel at skabe hierarkiseringer eller skel imellem syge og raske eller afvigere og normale (Villadsen 2007: 28ff). Man kan således sige at magtteknologierne er de praktiske manifestationer af den diskursive viden, forstået således at de både har evnen til at agere ud fra videnskabelige diskurser, samt at underbygge og ændre disse igennem muligheden for at foretage nye observationer. Et relevant eksempel er hamilton-skalaen der indgår som en kort spørgeskemaundersøgelse der skal vurdere sværhedsgraden af den enkeltes depression i Danmark. Skalaen skaber således en hierarkisering af depressionerne som både tillader mere målrettet behandling, altså en ny mulighed for den diskursive viden, og for eksempel igennem en statistisk behandling af disse resultater, at der dannes nye forståelser af depressionernes udformning. Dette kan igen give anledning til nye magtteknologier eller en ændring af de nuværende, og således ses den vekselvirkning imellem diskursiv viden og dennes manifestationer i magtteknologier. Disse betragtes derfor i vid udstrækning som manifestationer af det samme, da de begge har evnen til at videreføre den diskursive vidensproduktion og bevare dennes logikker. En central og vigtig pointe her er at magtteknologierne ofte både subjektiverer "den styrede" og "den styrende", og således kan både psykologer, læger, psykiatere og patienter regnes for genstande for den diskursive praksis' magtteknologier (Villadsen 2004b: 47).

Magtteknologier kan tage mange udformninger og har meget varierende kompleksitet, således kan både et stetoskop og forsikringsselskaber som samlet samfundsinstitution betragtes som eksempler på magtteknologier, på trods af deres meget varierende udformning. (Donzelot 1995; Ewald 1991; Villadsen 2007: 28f).

SELVSTYRING OG SELVTEKNOLOGIER.

Begrebet selvteknologier dækker over de måder hvorpå individer gør sig selv til genstand for den diskursive viden. Dette opnås for eksempel ved at bruge psykologiske eller psykiatriske forståelser applikeret på egen opfattelse af ens adfærd og tilbøjeligheder. Det handler grundlæggende set om hvordan de forskellige vidensformer manifesterer sig i teknologier som individer selv applikerer på dem selv. Dette udmønter sig i en selvstyring hvor igennem individer disciplinerer kroppen i henhold til de forventninger og argumentationer der eksisterer i de diskursive vidensformer.

Teknologier som for eksempel kontrakter med sociale klienter, som udformes i samarbejde med klienten er et eksempel på hvordan en sådan selvstyring kan anvendes. I sådanne tilfælde er det et spørgsmål om at få klienten til at indvirke i at formulere nogle mål eller retningslinjer for fremtidig adfærd som man herefter kan referere til, og som klienten er klar over at denne kan måles op imod. Selvteknologier er således teknikker eller redskaber hvormed *"subjektet kan isolere bestemte aspekter i sig selv som videns- og styringsobjekter"* (Villadsen 2007: 30f). Et andet og måske mere relevant eksempel er brugen af anti-depressiv medicin der underligger det depressive individ psykiatriens vidensproduktion, og igennem denne begrænser de uønskværdige træk som defineret af psykiatrien.

Begrebet selvstyring referer således både til denne form for indlejring af viden, men foregår også i mere subtile sammenhænge hvor alene bevidstheden om de diskursive sandheder giver klienten anledning til at kritisere og disciplinere aspekter af sig selv.

METODISKE BETÆNKNINGER

Den genealogiske analyse indeholder kun svært opnåelige metodologiske forskrifter, og det er i vid udstrækning op til den enkelte læser at afgøre validiteten i opgaven. Det forholder sig således da enhver given analyse efter genealogisk forbillede, i meget høj grad vil afhænge af de kilder analysen inddrager og hvilke objektiverede vidensformer eller diskurser der ønskes problematiseret. Det er som nævnt heller ikke genealogiens opfattelse at man kan opnå objektiv viden om et givent fænomen, men derimod kan man igennem denne levere alternativer som danner grundlag for en udvidelse af de legitime betragtninger i feltet.

Analysen må tage sin udformning som en eller flere kronologisk gennemgange af nogle udvalgte spor i argumentationer, forståelser og logikker, og i denne forbindelse bliver det afgørende for genealogen at vurdere hvorvidt der er grundlag, for at bringe et givent udsagn som en del af analysen. Herfor må man søge at vurdere de enkelte udsagns repræsentativitet for deres samtid, dog uden at bortkende udsagn som udgøre reelle nybrud, eller skaber nye diskursive formationer, da disse jo naturligvis vil stikke ud og ikke være repræsentative. Dette gør at læsningen af kilder i forbindelse med analysen hele tiden skifter karakter på baggrund af en række faktorer.

En af de egenskaber hos genealogien som alligevel gør at denne kan antage en videnskabelighed, er at den i vid udstrækning er transparent, og er relativt ukompliceret at replicere. Således er det muligt for enhver at skaffe sig adgang til de kilder som jeg har benyttet i analysen, og igennem disse levere alternative tolkninger eller så tvivl om min specifikke læsning. For genealogen er formålet netop at lade kilderne tale for sig selv, ind i en, af genealogen genskabt kontekst. Dette resulterer som oftest, i at der inddrages en lang række citater. At gengive ens kilder meget tekstnært giver netop genealogen mulighed for at underbygge de dele af analysen som der eventuelt kunne være tvivl om, eller som udgør særligt kontroversielle tolkninger. Man kan igennem denne praksis pointere, med lange tekststykker hvor kildens logik og argumentation fremstår gennemformuleret, at der er solidt grundlag for det fremlagte tolkning.

Genealogien indeholder også det særlige kendetegn, betragtet som en sociologisk metode, at der ikke foregår nogen synderlig stor analytisk kreativitet i selve arbejdet med at fremstille analysen. Jeg har i specialets analyse søgt at inddrage en særlig *foucaultsk optik* på min empiri, men det er rimeligt at påstå at der i genealogiske analyser helt generelt, er tale om meget redegørende udformninger; det analytiske arbejde består i den særlige optik, samt i selve udvælgelsen af kilderne og indføring i en allerede redegjort for teoretisering.

Således er der en række praktiske parametre i analysens udformning, man i forbindelse med en genealogi kan adressere.

KILDER

De vurderinger af kilder som jeg har foretaget i forbindelse med analysen, er blandt andet lavet ud fra separate og konkrete vurderinger af disses rolle på det givende tidspunkt, dette igennem en læsning af kilder, der hjælper med at orientere mig i og kortlægge disses samtidige kontekst. I specialets analyse har jeg dog for eksempel også inddraget officielle udmeldinger og taler fra forskellige socialministre, og dette i høj grad også når disse udgør nybrud i forhold til de herskende diskurser. Disses inddragelse baserer sig blandt andet på en vurdering af aktørernes centrale rolle i det sociale arbejde som jeg søger at belyse, og således dannes der på denne måde konstante vurderinger af de enkelte kilders indvirkning på og rolle i samtiden. Et modsat eksempel er at jeg inddrager en lang række artikler fra fagblade, hovedsageligt rettet imod socialrådgivere. Når disse bringes er det som oftest for at indgå i en tæt sammenhæng med andre kilder, da det er min vurdering at tonen i disse blade antager en friere form, og som oftest indgår i konkrete verserende debatter i feltet. Således vil disse sjældent stå alene, i forbindelse med et centrale brud eller udviklinger i analysen. Der er dog også eksempler på centrale aktører som, for eksempel socialministre eller toneangivende forskere, som bringes i disse blade, og som derved indtager en mere afgørende rolle. De konstante vurderinger der foregår i arbejdet med kilderne, baserer sig således på genealogens egne vurderinger og dennes læsning af samtidige udsagn. Igennem analysen er der, i de tilfælde hvor der er tale om en ekstraordinær kontekst, redegjort for denne ved første brug af kilden. Specialets fremstillingen af baggrunden for diagnostikken og behandling af deprimerede i Danmark, er således ikke endegyldig, det er en grundlæggende betragtning at en sådan er umulig, men den udgør i min optik de vigtigste og tydeligste påvirkninger af diskursen der har været i den undersøgte periode.

DISKONTINUITETER

Der foregår således konstante vurderinger af udsagnetes rolle i deres samtid, dog har jeg i det analytiske arbejde fravalgt en række perspektiver som kun har været omtalt meget få gange. Eksempler på disse er en række af de initiativer der opstår i det eksperimenterende sociale arbejde, som dominerer en stor del af den periode som jeg analyserer, men som ikke lykkedes med at fastholde deres plads i form af sociale indsatser eller vidensproduktion. Sådanne udviklinger har jeg beskrevet enkelte af, men grundet specialets begrænsede omfang har jeg måttet opgive at gengive en så grundig gennemgang af brud i udviklingerne, som det kunne være ønskværdigt. Således har jeg prioriteret at belyse de udviklinger som udviser slægtskab til de efterfølgende perioders sociale arbejde. Ideelt set må diskontinuiteter indtage en mere central rolle i en fuldstændig genealogi, men det er min vurdering at en sådan er umulig at foretage inden for specialets rammer, uden at det udvander grundlaget for den samlede analyse og konklusion for meget. Således er det prioriteret at bringe en solidt underbygget og stærkt argumenteret analyse, af perioden fra 1960 og frem til den førømtalte stigning i antallet af depressionsdiagnoser i Danmark i 1990erne.

AFGRÆNSNING

Det er altid besværligt at afgøre udgangspunktet for analyser af historiske udviklinger, da intet nogensinde sker uden for historisk kontekst, og dette bestemt ingen undtagelse er. Jeg har igennem det analytiske arbejde fundet en række nedslag der er relevante for det fremlagte problem, men der vil uundgåeligt være andre udviklinger end dem jeg påpeger, som også har været med til at skabe grundlaget for depressionsbehandlingens fremvækst. Analysen tager sit udgangspunkt i de strømninger der skete i det sociale arbejde i 1960erne og frem.

ANALYSE

Det er mit formål med denne analyse at belyse hvordan de vidensformer og teknologier, der har dannet det sociale arbejde, har udviklet sig i perioden op til, at behandlingen af depression i stigende grad har været inddraget, med henblik på at redegøre for de påvirkninger forståelsen af depression har været underlagt. Ser man på de statistiske behandlinger af feltet begynder denne stigning for alvor i midten af 90erne. Igennem arbejdet med analysen, har jeg vurderet at det er mest hensigtsmæssigt, inden for den givne tids- og pladsramme, at inddrage det sociale arbejde ca. fra 1960 og frem. Analysen vil blandt andet fokusere på hvordan psykiatriens vidensform har vundet legitimitet, så fokus vil være på den periode hvor denne søger autoritet og udbredelse, dog med udgangspunkt i at finde spor af slægtskab imellem forskellige udsagn, der markerer arven til de vidensformer og forståelser, som former den nuværende behandlingsteknologi.

Analysen er udformet todelt således at jeg først laver en gennemgang af det generelle sociale arbejde og dets præmisser i den undersøgte periode, for herefter at koncentrere mig om de strømninger og udviklinger der antog sammenlignelige udformninger med den moderne psykiatri og psykologi. De indledende afsnit i den første del af analysen, vil antage en relativt overfladisk karakter i forhold til de resterende afsnit. Dette er gjort således da de hovedsageligt udgør en beskrivelse af konteksten omkring det undersøgte. Jeg ønsker igennem analysen at undersøge de vidensformer der har givet depression den særlige rolle, som den får i det sociale arbejde fra omkring midten af 90erne, og således udgør en redegørelse for 1960erne til 1980erne, mere en kontekstuel, men strengt nødvendig indførsel, i det sociale arbejdes baggrund i den relevante periode. Med denne orientering, både i det sociale arbejde og de vidensformer som traditionelt betragtes som afgørende for forståelsen af depression, udelukker jeg således heller ikke at der tidligere har været en tættere sammenvævning af disses arbejdsområder.

Jeg vil indledningsvist i denne del af analysen redegøre for en række generelle strømninger i det sociale arbejde og dets præmisser, hovedsageligt økonomiske. Dette er gjort således, for at analysen fra start af, er indsat i den rette kontekst. Inddragelsen af visse dele af denne orientering kan fremstå som ubegrundede, disses grundlag og relevans bliver dog underbygget senere i analysen.

De første 3 underafsnit i denne del af analysen dækker udviklingen af socialpolitikken fra 1960 og frem til og med det sociale udviklingsprogram under socialministeriet. Herefter vil de 3 næste underafsnit koncentrere sig om centrale udviklinger inden for den inddragede periode. Det første emne, *afmontering af socialfagligheden – destabilisering af det sociale arbejde* beskriver en tendens der ses i det sociale arbejde fra omkring 1980 og frem, hvor det bliver tydeligt at det sociale arbejdes samlede vidensformers legitimitet i denne periode, udfordres af centrale aktører, hvilket medfører markant anderledes præmisser for det efterfølgende sociale arbejde. I første omgang antager dette meget eksperimentelle og frie former, dog bliver det påvist hvordan overliggende politiske målsætninger der eksisterer udenfor vidensproduktionen, begynder at forme indsatserne. Denne udvikling markerer sig i en række logikker der i andet underafsnit, *Skiftende fokus – Ressourceorienteret socialt arbejde*, bliver fremanalyseret. Afslutningsvist vil denne delanalyse påvise hvordan den ovenstående udviklings logikker begynder at dominerer kontinuerligt mere, og resulterer i en række nye former for socialt arbejde i *Nye velfærdsteknologier – Aktiverings- og revalideringsindsatser*.

Danmark i 1960erne var markeret af økonomisk højkonjunktur, og hoveddelen af den danske befolkning oplevede et generelt løft i levestandard. Der var i denne periode fuld eller næsten fuld beskæftigelse, og den spirende økonomiske situation kan eksemplificeres ved at der fra 1960 til 1974 skete en næsten tredobling af antallet af personbiler i Danmark (Plovsing 1990: 70). I denne periode begyndte man også at danne en række lovgivninger og foranstaltninger der udvider det vi i dag kunne kalde social- og sundhedsområdet. På foranledning af den store vækst i BNP og beskæftigelsessituationen danner man således *revalideringsloven* i 1960 der gør op med princippet om at man udelukkende søger økonomisk at dække de invaliderede; der skal nu ligeledes ydes indsatser for at få disse tilbage på arbejdsmarkedet. Herudover indføres der i samme år *lov om offentlig sygeforsikring* som gør ydelsen universel, og derved fjerner de begrænsninger der hidtil havde eksisteret på baggrund af alder, helbred og økonomi. Denne lovgivning indeholder samtidig også en obligatorisk dagpengeordning for alle lønmodtagere. I 1961 indføres *lov om offentlig forsorg* der fjerner skellet imellem fattighjælp, kommunehjælp og særhjælp. Herudover fjernes det frafald af valgret og valgbarhed som tidligere havde kunne medføres ved udbetalingen af ydelser. I 1964 ændres *loven om børne- og ungdomsforsorg*, og i 1965 revideres lovgivningen om invalidepension. Fra 1967 til 1970 fortsætter tendensen med ændringer i *loven om arbejdsanvisning og arbejdsløshedsforsikring*, ændringer i reglerne om børnetilskud ligesom der indføres fuld folkepension til alle over 67 år (Plovsing 2000: 49ff; Knudsen 1978: 17ff.)

Hovedtrækkene i den udvikling der kendetegner 1960erne er at der sker et enormt løft i de sociale ydelser, og at der generelt inddrages stadigt flere elementer af borgernes liv i den offentlige service. Der ses således en udvikling fra 1960 til 1975 hvor udgifter til den offentlige sektor stiger, fra at udgøre en fjerdedel af BNP til at udgøre halvdelen (Plovsing 2000: 47). En del af denne stigning omhandler foranstaltninger der er sat i gang som reaktion på at flere og flere kvinder indtræder på arbejdsmarkedet, men der sker dog herudover stadig en meget stor vækst. Herudover sker der en udpræget decentralisering da en del af de nye opgaver udstikkes til kommunerne.

I løbet af 60erne har der dog været en vedholdende kritik af det sociale system, og i 1964 vedtager man således at nedsætte *socialreformkommissionen* der har til formål at forberede en reform af det samlede offentlige trykkesystemets struktur. Denne kommissions betænkninger, kommer i vid udstrækning til at betinge de reformer man, samlet set kommer til at betegne som socialreformen i 70erne. Socialreformen var så omfattende at dennes implikationer udgør et separat projekt, og jeg vil derfor kun kort præsentere relevante hovedtræk fra denne.

En af de grundlæggende ændringer man lavede med socialreformen allerede i 1970 var at tilrettelægge det sociale arbejde omkring kommunerne. Man gjorde således kommunerne økonomisk ansvarlige for socialpolitikken i højere grad end tidligere. I denne forbindelse udviklede man en lang række instanser som tidligere havde stået for det sociale arbejde med familien, børn og unge, mødre, revalidering, invalide samt de dertilhørende ankesystemer. I stedet for disse systemer indførte man *det enstrengede system*. Det var i det hele taget et styrende princip for de ændringer der skete inden for det sociale arbejde i 70erne, at man søgte

at sammenkøre de instanser som klienterne skulle i kontakt med. Ligeledes afviklede man i stor stil private sygekasser, og erstattede dem med offentlige amtskommunale systemer, med undtagelse af dagpengesystemet. Dagpengesystemet fik dog et generelt løft således at dagpenge nu kunne udgøre en større andel af den pågældendes løn, ligesom der lempedes på regler for hvor længe dagpenge kunne modtages.

En lang række af de administrative ændringer der blev lavet i denne periode, skete som nævnt i henhold til princippet om enstrengede systemer. Dette gjorde man blandt andet for at borgerne altid vidste hvor de skulle henvende sig, hvilket i klart størstedelen af tilfældene nu var ved en kommunalt ansat socialrådgiver. Man nedlagde også i forbindelse med socialreformen særfor sorgen, som traditionelt havde stået for forsorgen for åndssvag, vanføre, døve og blinde. Disse opgaver skulle nu indgå som del af det almindelige social-, sundheds- og uddannelsessystem. Dette skete ud fra en optik om at, det ville bringe disse samfundsgrupper tættere på den resterende del af befolkningen, at de blev behandlet i samme system. *Bistandsloven* udgjorde ligeledes et centralt element i socialreformen. Hovedtrækket, og det centrale for specialens analyse er at man i denne forbindelse rettede en lang række indsats ind, så deres administration og organisation var i stil med det resterende sociale arbejde. Herudover er det centralt at man på dette tidspunkt i stor stil tildelte og udmålte de ydelser der indgik i det nye bistandssystem, efter skøn.

Der blev i forbindelse med socialreformen oprettet social- og sundhedsforvaltninger i samtlige kommuner, en stor omvæltning i mange kommuner, hvor de sociale sager tidligere blev håndteret af de folkevalgte, og uden ansat personale med ekspertise på området (Knudsen 1978: 27ff; Plovsing 1990: 72ff; Plovsing 2000: 52ff).

Denne overgang skabte grundlaget for den professionalisering det sociale arbejde undergik i disse år, ligesom det ovenstående forhold, at der indgik en lang række opgaver der tog sig ud som skøn, krævede at man udviklede en faglig/teoretisk oplyst tilgang til det sociale arbejde. Den sociale faglighed der her for alvor fik grobund beskriver Bent Rold Andersen, hovedansvarlig for den socialreformkommission, som i høj grad havde udstukket retningen, for de samlede sociale reformer i perioden.

Han forklarer grundlæggende om den vidensform, der i vid udstrækning dikterer den komplette omvæltning af det social trykkesystem og det sociale arbejde i disse år, at optikken bedst forstås sat over for Karl Kristian Steincke, den daværende socialministers tanker ved gennemførelsen af socialreformen i 1933:

"Ifølge den traditionelle opfattelse bestemmes borgerens adfærd eller reaktion på de påvirkninger, han udsættes for, af ham selv, hvad enten det drejer sig om påvirkninger af boligmæssig, økonomisk eller familiemæssig art, eller det er de påvirkninger, som miljøet udsætter ham for. Han er sin egen lykkes smed, og den adfærd han udviser, er først og fremmest et produkt af hans egenskaber, herunder frem for alt af hans egen gode vilje. Det moderne synspunkt derimod siger, at borgeren har et beredskab, der er blevet bygget op gennem hans tilværelse; en psykisk, fysisk og uddannelsesmæssig struktur, som er skabt af de krav der er stillet til ham og de muligheder, han har haft for at opfylde kravene. I den givne situation udsættes han for påvirkninger, og hans svar er afhængigt af hans beredskab. Måske reagerer han med at blive kriminel, måske er hans reaktion sygdom eller resignation, der forstyrrer hans situation og hans mulighed for at fungere i

samfundet eller omgivelserne. Men det er ikke problemet »skyld og ansvar«, der er det afgørende, men derimod hvad der praktisk kan gøres for at ændre i de ydre betingelser eller i hans reaktionsmåde, så de utålelige konflikter mellem ham og samfundskravene mildnes eller undgås. Man erkender, at hvor det drejer sig om alvorligere forstyrrelser i en persons eller families sociale balance, nytter det ikke at sætte ind med sanktioner eller påvirkninger af borgeren selv. Vil man ændre hans svar eller reaktion, så han kommer til at fungere bedre i omgivelserne, må man påvirke alle de stimuli, han udsættes for. Det vil sige, at man må påvirke ham selv, hans boligforhold, hans familieforhold, det nærmiljø han lever i etc.” (Andersen 1973b: 5).

Dette grundlæggende menneskesyn var altså udgangspunktet for det sociale arbejde og den sociale faglige vidensform som i de omkringliggende år dominerede udformningen af social- og sundhedssystemerne. Bent Rold Andersen betegner dette syn *totalitetssynspunktet* og forklarer videre at den grundlæggende praksis der ligger op til med denne udvikling, er at man i det nye og samlede sociale arbejde altid må søge at angribe klientens totalsituation, og at denne viden da også allerede danner udgangspunktet for praksis i mange kredse i det sociale arbejde. Dette grundlæggende syn på det sociale arbejdes rolle kan man se spor af allerede ved påbegyndelsen af de sociale reformer i 1960'erne, hvor den daværende socialminister allerede under et foredrag i 1960 forudser at:

”Hvis vi i dag skulle sammenstille en socialreform – hvad næppe er tænkeligt, vi udgiver dog kun de enkelte love, - måtte den bestå af tre dele: De love, der vedrører produktionen og arbejdsmarked, de social tryghedslove og de love, der vedrører omsorg for familien og den enkelte.” (Bomholt 1960: 2)

Dette forklarer han skyldes at faktorerne der påvirker samfundets produktion igennem arbejdernes velvære er mangfoldige og må tage udgangspunkt i almenvellet. Man ser i uddraget fra 1960 endvidere, at han forstår socialpolitikens grænser som nærmest fiktive, da disse må tage udgangspunkt i muligheden for demokratisk udfoldelse.

”Den socialpolitiske funktion kan ikke afgrænses til det materielle: Sikring gennem pengehjælp el. lign. Den sociale målsætning har et langt højere sigte: At sikre den sociale standard for at den kulturelle aktivitet, der er en livsnødvendighed for et demokratisk samfund, kan videreføres ” (Bomholt 1960: 2).

Således er det tydeligt at de tanker der ligger bag reformerne af de sociale systemer i 60'erne og 70'erne er et resultat er en langsomt fremvoksende tankegang, som har eksisteret i det sociale arbejde og de politiske kredse i mange år. Hvor det kan være svært at bedømme Bent Rold Andersens grundlæggende optik på, hvorfor det sociale arbejde er nødvendigt som samfundsopgave, giver socialministeren tilnærmelsesvist en besvarelse af en sådan problematik da han forklarer at den samfundsbundne opgave, i sidste ende tager udgangspunkt i hensynstagen til organisationen af arbejdet i samfundet:

”En moderne socialpolitik begynder med det ord: Beskæftigelse, — svarende til det kendte arbejderslogan: »Arbejde er bedre end understøttelse«. Dette synspunkt har fundet sit udtryk i grundloven, hvis § 75, stk. 1, lyder: »Til fremme af almenvellet bør det tilstræbes, at enhver arbejdsduelig borger har mulighed for arbejde på vilkår, der betrygger hans tilværelse.« ” (Bomholt 1960: 3).

Det er en genspejling af dette argument som danner grundlaget for Bent Rold Andersens optik i socialreformkommissionen. Andersen forklarer således også i forbindelse med socialreformkommissionsarbejdet, som forberedelse til socialreformen i 70erne, at arbejdet ikke drejede sig så meget om at finde frem til den tilgang der måtte anlægges i det sociale arbejde, den eksisterede jo som sagt allerede; men derimod at bestemme det hensigtsmæssige forhold, imellem hensyntagen til kontrol med ydelser og behandlinger, samt muligheden for at kombinere et opsplittet felt:

”Opgaven var at skaffe materiale til at bedømme, om det var muligt inden for et så stærkt opsplittet felt at gennemføre en indsats, der giver effektiv bistand til borgeren, og hvor han og det offentlige støtter hinanden i forsøget på at realisere et individuelt præget totalitetsprincip.” (Andersen 1973b: 6)

Der er ligeledes i foredraget af socialministeren i 1960, spor af den kommende specialisering og faglige udbygning, som det sociale arbejde i de kommende 20 år gennemgår. Han forklarer problematikken med folkevalgte der varetager opgaver i det sociale arbejde, som de ikke reelt set er rustet til:

”Det er beundringsværdigt, hvad vore socialkontorer har kunnet udrette. I såvel ydre udstyr som i indre administration er de stadig blevet forbedret. Men kvalifikationskravet vil fremover blive skærpet. Der bliver brug for specialuddannelser for de mange, der er beskæftiget i kommuner og sociale institutioner.” (Bomholt 1960: 10).

Denne udvikling ser han som en naturlig konsekvens, af de landvindinger der er sket inden for humanvidenskaberne. Det er altså med udgangspunkt i kendskabet til forskningen, inden for blandt andet samfundsvidenskaben, lægevidenskaben og psykologien at socialministeren forstår behovet for at ændre praksis for det sociale arbejde. Socialministerens anke allerede i 1960 er altså at disse vidensproduktioner må implementeres i en samlet socialpolitik, der søger at skabe holistiske betragtninger om den enkelte borger, og ud fra disse aflede hensigtsmæssige fagligt og teoretisk belyste behandlingsformer og ydelser. Således er grundlaget for den socialfaglighed der dominerer det sociale arbejde under sin eksplosive vækst i 60erne og 70erne lagt.

Man søger altså at kombinere de teknologier der tidligere separat havde været udgangspunktet for en velfungerende fodring af markedet med arbejdskraft. Som reaktion på at tilpasning af det sociale arbejde, til graden af beskæftigelse, ikke længere lader til at være en gældende problematik, begynder man således at sammenstykke alle de mekanismer, inden for det sociale arbejde, som har mulighed for at gøre en større andel af befolkningen arbejdsduelige. Disse teknologier har igennem deres grundlag i vidensdiskurser, indlejrede optikker på hvordan dette opnås. Disse indlejrede vidensdiskurser bliver således grundlaget for den samlede teknologi, og de indsatser som denne indeholder bliver udformet i henhold til logikken i de tidligere teknologier og deres forskrifter. Således har man i løbet af 60erne og 70erne lavet en enorm omvæltning af det sociale arbejde i Danmark, som har ændret organisationen således at indsatserne tager udgangspunkt i holistiske og humanistiske forskrifter. Sådanne indsatser må dog underbygges af et vidensgrundlag, og dette finder man således i de tidligere teknologiers diskursive vidensproduktioner.

Således er den diskursive konstellation af viden der danner grundlag for velfærdsstaten i 60erne og 70erne dannet. Denne vil i resten af analysen blive omtalt som den *sociale faglighed*.

Der begynder i 1980erne og 90erne at dukke nye kategoriseringer, arbejdsmetoder og tilgange op i det sociale arbejde i Danmark, man begynder blandt andet at sammenføre tidligere adskilte elementer i overordnede grupper med henblik på ens behandlingsmuligheder. Perioden er i det hele taget karakteriseret ved en række brud med de tidligere tiders sociale arbejde, og er derfor også kendetegnet ved en lang række socialfagligt eksperimenterende tilgange. Disse tilgange og de opbrud der skete inden for socialfagligheden, bliver der argumenteret for er strengt nødvendige. Daværende socialminister Ritt Bjerregaard udtaler således i forbindelse med en forsøgskonference holdt af socialministeriet i 1981 at "*... vi kan ikke bare fremskrive udviklingen og bruge flere offentlige midler. Derfor bliver forsøg, nytænkning og alternative løsninger en nødvendighed.*" (Bjerregaard 1981a). Denne økonomisk trængte situation leder til en stor omvæltning af det socialfaglige arbejde, som nu bliver karakteriseret af en modstand imod centralisering, bureaukratisering og formynderi. Meget af den tænkning om ny socialpolitik som fremlægges i disse år, kulminerer i det *sociale udviklingsprogram under socialministeriet*⁹, der på baggrund af et kompromis imellem to lovforslag fra det radikale venstre og socialdemokratiet, i 1988 vedtages som en ramme for finansiering, af forsøg på at skabe nybrud i det sociale arbejdes vidensformer. Under SUM indgår en lang række nye eksperimenter og sociale tiltag, og mange af de bevægelser og initiativer der har nydt stort fokus i 60erne, 70erne og 80erne får således anledning til at blive afprøvet yderligere, samt vurderet ud fra nye succeskriterier.

Den 16. og 17. juni 1981 afholder socialministeriet en konference om forsøg og udvikling hvor den daværende socialminister pointer, hvad hun ser som to grundlæggende problemer for det sociale arbejde i Danmark. I sit oplæg forklarer ministeren at, socialektoren er kommet under pres som konsekvens af en stigende tilstrømning, til forskellige grupper uden for arbejdsmarkedet, men siger endvidere at den nye udformning af de social indsætter, ligeledes må udformes i modsvar til hvad hun opfatter som tidligere tiders formynderiske og bureaukratitunge sociale arbejde. Det må her understreges at der rigtigt nok skete en meget stor tilstrømning til overførselsindkomsterne i de år, således var der i 1970 omkring 875.000 helårspersoner på overførselsindkomster i Danmark, omkring 18 % af befolkningen. I 1980 var det tal steget til 1.311.000, omkring 26 % af den samlede befolkning. Denne stigning indeholder blandt andet en fordobling af antallet af personer, i den arbejdsduelige alder, der lever på en overførselsindkomst (Plovsing 2000: 37f). Ministeren understreger dette syn ved at pointere at hun mener at det sociale arbejdes klienter ikke har samme mulighed som for eksempel studenterne, til at gøre oprør over et formynderisk system da de i form af deres håb om hjælp fra staten "*er nødt til at finde sig i det, de får.*" og hun pointerer således: *Klientopgøret mod pædagogvældet svarende til studenteroprøret mod professorvældet behøver vi ikke at frygte – eller rettere: kan vi ikke håbe på*" (Bjerregaard 1981b: 1). Den overordnede opfattelse i socialministerens oplæg er altså, at man må afmontere de formynderiske og bureaukratiske elementer, hvilket skal resultere i en socialpolitik som med samme midler, kan tage imod langt flere klienter. Denne udstikning fra ministeren betragter jeg som

⁹ Herefter SUM

særligt central for de udviklinger jeg vil afdække i denne del af analysen, og tekstens overordnede pointer vil jeg derfor gennemgå nedenfor med sporadisk inddragelse af andre udtalelser:

- **Specialisttankegangen:** det bliver pointeret at der må gøres op med hvad der opfattes som en alt for høj grad af specialisering. Dette er problematisk da det danner "*velafgrænsede arbejdsområder og specialiserede arbejdsprocesser*" (Bjerregaard 1981b: 5). Senere i dette afsnit er ministerens holdning til disse uddybet, men det er åbenlyst at ministeren ikke mener at der er grundlag for at oprette specialiserede velfærdsteknologier, og mener at de er udtryk for formynderi og bureaukrati.
- **Funktionelt fokus:** Der er et påbegyndende fokus på at få folk tilbage i en funktionsdygtig rolle, en samfundsøkonomisk ydende rolle. Dette udformes ofte som et fokus på at få dagligdagen til at køre. "*Jeg tror det, der er det rigtige i tankegangen [ansættelse af uuddannede tidligere husmødre], at det, folk først og fremmest har brug for, er hjælp til at etablere følelsesmæssige og sociale fællesskaber og hjælp til at leve en almindelig daglig tilværelse, men jeg tror ikke, at de erfaringer, husmødre har, kan overføres direkte i en social profession*" (Bjerregaard 1981b: 6)
- **Kunstige miljøer:** Det forstås at det sociale arbejde i mange henseender varetager funktioner, der tidligere blev klaret inden for de enkelte familier, og derved er der i disses sted trådt en række *kunstige miljøer*, der ikke har samme naturlige potentiale til at løse disse problematikker. Disse miljøer må modsvares af "*... tillid til, at de enkelte gennem medmenneskelige fællesskaber selv kan løse en række af sine sociale problemer, og vi må acceptere, at løsningerne bliver nogle andre, end vi ville have foreslået.*" (Bjerregaard 1981b: 7). Det bliver ligeledes pointeret at disse naturlige fællesskaber må lades være i fred, hvis de skal formå at opnå deres særlige kvalitet som problemløsende, og således er opgaven i denne forbindelse, i højere grad at fjerne hindringer for de lokale initiativer end ellers at påvirke dem. En del af denne argumentation er at det har negative konsekvenser for den sociale solidaritet: "*Vi belaster den sociale solidaritet ved at uddele sociale ydelser til alle og enhver.*" (Bjerregaard 1980: 59).
- **Decentralisering og ønskværdig regional varians:** I oplægget fremlægges det at man må ligge langt mere ansvar ud i de enkelte kommunalbestyrelser, og at det er ønskværdigt at der eksisterer regionale forskelle i for eksempel ydelsers størrelser og form. Ministeren forklarer: "*Forskelle fra kommune til kommune er et gode – og det er for at opretholde det, vi overhovedet har kommuner. Intet ville være simplere (og billigere) end at administrere 5 millioner mennesker under et*" (Bjerregaard 1981b: 8). Hvorfor disse regionale forskelle er ønskværdige forklares ikke, men argumentationen lader til at hænge sammen med optikken om at erstatte de kunstige miljøer med medmenneskelige fællesskaber, og opfattelsen af disse som helbredende, for en lang række af socialfaglighedens problemer. Tidligere analyser har ligeledes pointeret en sådan sammenhæng, og understreger optikken om at de naturligt opståede fællesskaber lader til at tillægges en særlig produktiv kvalitet (Villadsen 2004a). Under alle omstændigheder pointerer denne optik, at tiltroen til socialfaglighedens muligheder for at komme med reelle løsninger og viden ikke er stor.

- **Åbne forsøgs- og udviklingsorienterede regler:** De centralt udstykkede regler og vejledninger, må udformes så de ikke begrænser mulighederne for at eksperimentere og afprøve forskellige tiltagstyper. De skal bestræbe sig på at danne grundlag for eventuelle erfaringsudvekslinger og at få ændret uddannelsernes indhold så det løbende er i overensstemmelse med kravene (Bjerregaard 1981b: 8f).

Det kan nævnes at socialministerens syn på den sociale arbejdes muligheder for at rette op på de sociale problemers årsag også var begrænset. Således præsenterede hun i en tale til OECD i 1982, dog kort efter hendes fratrædelse som socialminister, hendes optik som i stor stil tog udformning som en marxistisk analyse, der pointerer strukturelle elementer, som for eksempel produktionens udbytteforhold og ejerskab som årsagerne (Bjerregaard 1982).

På baggrund af disse demografiske, økonomiske og socialfaglige problemstillinger, skabte man altså i 1980 "socialstyrelsens forsøgsudvalg", der frem til 1987 bevilgede økonomisk støtte til eksperimenterende sociale indsatser og forsøg. Disse indsatser valgte man i 1988 at udvide og samle i det sociale udviklingsprogram under socialministeriet.

DET SOCIALE UDVIKLINGSPROGRAM UNDER SOCIALMINISTERIET (SUM)

De ovenstående tendenser er i stor stil repræsenteret da det førnævnte SUM bliver vedtaget i 1988, og det fremgår endda hvor indlejret forståelsen af den transition det social arbejde undergår i disse år, da man i formålsbeskrivelsen blot skriver at formålet er *"At styrke det lokale initiativ og fremme omstillingen og den forebyggende indsats inden for det sociale område."* De meget store målsætninger for SUM understreges ligeledes af daværende socialminister Aase Olesen der i 1989 beskriver SUM således:

"Programmet handler først og fremmest om ændringer af mål, arbejdsmetoder og organisationsformer i alle dele af den sociale indsats, kort sagt om udvikling af socialpolitikken overalt, hvor denne besluttet og føres ud i livet. Det vil først og fremmest sige i landets kommuner og amter, i institutioner, i private organisationer, i lokalsamfundet, og ikke mindst: i møderne mellem dem, der modtager hjælp." (Olesen 1989).

Den del af SUM som jeg særligt vil beskæftige mig med i analysen, er de indsatser der inden for programmet er defineret som rettet imod *særligt ressourcetsvage*. Jeg vil dog først gennemgå en række overordnede kendetegn ved programmets udformning og organisation, ligesom jeg vil komme ind på efterdønningerne i det sociale arbejde i de efterfølgende år.

SUM modtog i årene efter dets vedtagelse en række forskellige kritikker, men særligt markerede et par kritikpunkter sig ved at fremhæve projektets manglende retning og øjensynlige handlingslammelse, hvilket mange mente havde udmøntet sig i et overordnet set meget uvirksomt tiltag (Winter 1991: 38, Albæk 1993: 21). Sådanne kritikker er underbygget af senere analyser der har påpeget interne ledelsesproblemer i socialministeriet i applikationen af projektet. Organisationen af bevillingerne skulle i henhold til den officielt udmeldte beretning laves således, at bevillingerne var styret af socialministeriets udviklingsråd samt bevillingsudvalget. Udviklingsrådet opgave var at *"rådgive om de overordnede retningslinjer for bevillingsudvalgets arbejde og rådgive i principielle spørgsmål omkring gennemførelsen af udviklingsprogrammet"*, imens det var bevillingsudvalgets opgave *"at behandle de konkrete ansøgninger om økonomisk tilskud til projekter og om støtte til lokale ressourcetsvage og formidlingspersoner samt at rådgive socialministeren med hensyn til fordeling af projektmidlerne"* (Hulgård 1995: 216ff). En evaluering af bevillingsprocedurerne afdækkede dog hvordan den intenderede organisation, reelt set var blevet afviklet. Det forklaredes at udviklingsrådets meget vage opgaveformulering, centreret omkring rådgivning, over for bevillingsudvalgets meget konkrete opgaver, med bevilling og fordeling af midlerne resulterede i at det reelt set var bevillingsudvalget som også afgjorde de overordnede linjer og principielle spørgsmål (Clausen 1991: 95f). Ligeledes ses det at evalueringerne som ellers antog hidtil uset store proportioner, op til 4-6% af det samlede budget, blev domineret af bevillingsudvalget, og Lars Hulgård konkluderer da også samstemmigt med Hans Clausens evaluering at det i stor stil endte med at være bevillingsudvalget, samt en række embedsmænd i socialministeriet, som udformede politikken, og således deltog hverken politikere eller fagpersoner, udover de siddende i udvalget, reelt set til udformningen (Clausen 1991: 96; Hulgård 1995: 98ff).

Det var altså ingenlunde en uproblematisk konstellation man havde fået skabt i SUM, og bevillingerne blev i meget stort omfang, afgjort af nogle få personer med privilegerede positioner til udvalgte embedsmænd fra socialministeriet. Det afgørende ved denne konstruktion er dog at den tillod, muligvis på grund af den ensidige kontrol, et årti inden for det sociale arbejde i Danmark som i høj grad var domineret eksperimenterende tilgange, forsøgsstrategier og vagt definerede indsatser. Lars Hulgård kalder i sin afhandling om SUM-tiden; 80erne for "forsøgsstrategiens årti", men ser man på de senere års socialpolitik lader tendensen ikke til at have udmøntet sig i nye erfaringsdelinger, som har kunnet danne præcedens for nye forståelser inden for det sociale arbejde. Tværtimod lader den nye strategi til at være en kontinuerlig tendens i det sociale arbejde. Det opgøres således at man i løbet af 80erne brugte omkring 1 mia kr til forsøgs- og udviklingsarbejde, inden for det social- og sundhedsfaglige område, mens man fra 1994 til 1997 endte med at afsætte 1,3 mia til samme formål (Hulgård 1995: 202f; Socialministeriet 1994).

Min pointe med den ovenstående er ikke som sådan en kritik af SUM, men i stedet mener jeg det er sandsynliggjort at man ved at have skabt en evigt eksperimenterende tilgang til det sociale arbejde, som over 14-15 år, øjensynligt ikke har været i stand til at afkaste særlige overordnede socialfaglige retningslinjer som er implementeret bredt, udover at det altså må koste mindre pr klient end det hidtil har gjort, ikke har været i stand til at erstatte den eksisterende sociale faglighed med en ny. Altså har man afviklet en stor del af den diskursivt producerede socialfaglige viden, og har således på baggrund af begrænsede midler og en modstand imod formynderi skabt en kontekst for det sociale arbejde som har meget uafklarede grænser og retningslinjer.

Det er svært at afgøre om perioden i virkeligheden blot afspejler en overgang til en anderledes form for socialt arbejde, der på grund af en decentralisering af styringen og udviklingen af forskellige socialfagligheder, har bevaret de fleste elementer der kunne indordnes under de nye økonomiske rammer,

Jeg vil nedenfor gå nærmere i dybden med den svækkelse af socialfagligheden som sker i årene omkring og efter SUM.

Man fjerner i 80'erne og 90'erne en lang række af de tiltag, som ved formidling af den sociale faglighed op igennem de tidligere årtier, har formet det sociale arbejde. Disse erstattes af en form for eksperimenterende etik for, og tilgang til socialt arbejde, hvor initiativer med enorm varians og uden den store faglige argumentation eller styring, dominerer feltet. Dette gøres således fordi man ved en række fremskrivninger kan se at der vil være en stigning i tilgangen til grupper uden for arbejdsmarkedet, for eksempel arbejdsløse, efterlønsmodtagere og pensionister (Bjerregaard 1981b: 3; Plovsing 2000: 37f). Derfor søgte man at skabe en eksperimenterende tilgang inden for feltet, hvilket i høj grad også lykkedes.

Det problematiske ved opgøret med de socialfaglige vidensformer var at der ikke umiddelbart forelå noget alternativ i de nye retningslinjer. Hvis man bevarede de resterende pointer fra socialministerens oplæg til SUM men søgte at argumentere inden for den socialfaglige vidensdiskurs, kunne undertrykte opfattelser inden for dette vinde frem, hvilket i realiteten nok også er sket i et vist omfang, men ved at basere sin argumentation på den simple opfattelse, at der er et problem med socialfaglighedens nuværende udformning, men samtidig ikke fremhæve at det er inden for den socialfaglige viden at man må hente argumenterne for den nye udformning, har man i realiteten afvist socialfagligheden som en legitim vidensproduktion for det sociale arbejde. Man kunne for eksempel have argumenteret for problematikken med en for høj grad af specialiseret viden, med at det sociale arbejdes præmissers kompleksitet var blevet reduceret for meget, i forsøget på at isolere variable, og derved have udformet en argumentation i stil med den intersektionalistiske tilgang til sociale problemer, hvis man ønskede at bevare faglighedens legitimitet. I stedet anklager man uden videre argumentation eller bevisførelse den stigende specialisering for udelukkende at være *”udviklet for at sikre medlemmerne en tilstrækkelig lønstigning”* (Bjerregaard 1981b: 8). Et lignende argumenter udfoldes senere, rodfæstet i den nuværende liberale politik og sociolog Henrik Dahls fremstilling af socialarbejderen, i et svar på om hvorvidt socialrådgivere glæder sig over *”samfundets ofre”*: *”Man kan i hvert fald sige, at det er i socialarbejdernes økonomiske interesse, at der hele tiden er en passende forsyning af mennesker, der skal hjælpes. I yderste konsekvens ville de i modsat fald blive arbejdsløse.”* (Dahl 2007: 2).

Dette betyder ikke at de nye tiltag ikke var baseret på socialfaglig viden, da der naturligvis er andre aktører inden for feltet som bevarer deres rodfæstede socialfaglighed, ligesom der fortsat eksisterer velfærdsteknologier der reproducerer de vidensformer de er dannet af, men det legitimerer dog som ovenfor, en række argumenter imod tiltag baseret i sociale vidensformer, og svækker derved diskursen. Svækkelsen af diskursen tillader således i højere grad at de teknologier der tages i brug i det sociale arbejde, ikke er funderet i socialfagligheden. Dette har den effekt at mere eksperimenterende tilgange kan finansieres og afprøves på klienterne, ligesom andre typer af humanfagligheder har større legitimitet, i deres forsøg på at inddrage feltet.

Et andet element der ligeledes svækker socialfaglighedens generelle stilling, er den måde argumentationen omkring afviklingen af centraliseringen er udformet. Her ser man hvordan argumentationen fra ministeren ved oprettelsen af SUM er, at der kan være forskellige løsninger på de samme sociale problemer inden for forskellige kommuner. Det er naturligvis underminerende for viden om sociale såvel som psykologiske

problemer, at det fremhæves, at der eksisterer så stor lokal varians at man må søge at udforme behandlinger anderledes, selv inden for samme amt. Det er ikke nogen ultimativ argumentation ministeren fremlægger, men ved at fremhæve det ønskværdige i stor varians i behandlingerne af de samme problematikker, uden at forholde sig til relevante vidensformer inden for disse behandlinger, eller om hvorvidt disse kunne bidrage, har man positioneret sig skeptisk over for de gældende vidensformer. Effekten af dette forstærkes naturligvis kun når forskrifterne for den centrale styring søges tilrettelagt, så *"de centrale regler [udformes] så åbne for forsøgs- og udviklingsarbejde, som vi kan bevemme os til."* (Bjerregaard 1981b: 9).

Man har således ikke udskiftet den socialfaglige viden, men man har i stort omfang sået tvivl om dennes værdi, og derved skabt rum for at andre vidensformer som for eksempel biologi, psykologi, psykiatri, anatomi eller spiritualitet i højere grad har kunnet tilbyde anderledes teknologier, med udgangspunkt i deres egne vidensproduktioner.

Dette er der som sådan ikke noget særligt overraskende eller strukturelt uhensigtsmæssigt i, når man ser på det stigende antal borgere på overførselsindkomster, og at budgetterne pr individ på overførselsindkomst skulle falde. Men med det udgangspunkt kan det i hvert fald virke som en meget svær opgave at varetage det sociale arbejde, inden for en vidensform der foreskrev at man måtte investere endnu tungere i forebyggende indsatser.

En sidste faktor som kan have haft en indflydelse på den succes, målsætningen om det eksperimenterende sociale arbejde oplevede, er at der i samtidige analyser af det sociale arbejde, eksisterede en opfattelse af, at de socialfagligt oplyste praksisformer og teknologier holdede efter i forhold til teoriudviklingen. Således forklares det i en redegørelse for det sociale arbejde i 80erne og dettes baggrund at:

"'Lappeskrædderdebatten' fra 60ernes socialpolitiske diskussioner markerede en ny epoke for selvforståelsen blandt socialarbejdere. Man erkendte nu i højere grad de sociale problemers samfundsmæssige oprindelsesårsag og tog som følge heraf afstand fra den individualiserede klientbehandling. Socialarbejderen opfattedes som noget i retning af 'velfærdssamfundets sminkør', og det sociale arbejdes tilslørende og kontrollerende effekter blev afdækket.

(...)

Kritikken af socialarbejdet førte ikke til nogen fundamental omstrukturering af praksis, men førte gradvist over i en ny 'fase' af teoriudviklingen for det sociale arbejde, nemlig en periode med 'marxistiske analyser. Denne fases kritik af det sociale arbejde har det imidlertid også vist sig svært at forbinde med praktisk handling." (Jensen et al. 1985: 187).

Det er egentlig forståeligt nok, at det har været problematisk for de sociale institutioner at rette ind i forhold til eventuelle marxistiske kritikere, da disse forventeligt ville foreskrive radikale skift i udbytteforholdene og organiseringen af samfundets produktion. Der kunne naturligvis formes mindre radikale indsatser, men det er

nok også den udformning man i forvejen mente det sociale arbejde havde. Dette pointeres således også af den på det tidspunkt lige fratrådte socialminister:

"Anskuet som politik har socialvæsenet dén opgave, om muligt at løse eller i det mindste tildække og skjule de modsætninger og ændringer, der opstår i samfundet. Da samfundets modsætninger for størstedelens vedkommende udspringer af forhold i produktionen: spændinger mellem arbejdere og arbejdsgivere, mellem udnyttede og udbyttede, mellem dem, der bestemmer og dem, der adlyder - kan man næsten sige sig selv, at socialpolitikken ikke rummer særlige muligheder for at ophæve samfundets modsætninger ... Socialpolitik er historisk set - lige det modsatte af socialistisk: opstået som et middel til bekæmpelse af socialismen, ved at mildne nogle af kapitalismens mest iøjnefaldende overgreb..." (Bjerregaard 1982).

Der herskede altså i denne periode en række kritikker af det sociale arbejde, som institutionerne ikke var i stand til at imødekomme med praktiske foranstaltninger eller nye teknologier. Kombineret med den politiske ambition om ikke at lade udgifterne for det sociale arbejde stige, kendsgerningen at antallet af klienter ville komme til at øges de følgende årtier, og de retoriske angreb på den daværende socialfaglighed, skabtes der således grobund for den eksperimenterende tilgang til det sociale arbejde, som dominerede feltet de efterfølgende år.

Jeg vil i det følgende afsnit bearbejde en af de fremtrædende tendenser der opstod i det sociale arbejde i de efterfølgende år.

Et af de centrale elementer ved det sociale arbejde er det måde at iagttage og definere skillelinjen imellem det normale og det unormale, eller det ønskværdige over for det uønskværdige. Ved svækkelsen af den sociale faglighed har man således også skabt rum for nye forståelser af, hvordan disse skel skal foretages, og de forskrifter der tidligere forelå er fjernet. Når vi ser på det nye mål for det sociale arbejde, er det dog ikke så simpelt at afdække hvordan disse er dannet.

I tiden op imod SUM arbejdet og de brud der sker i det sociale arbejde i 80erne og 90erne er der en række markant andeledes perspektiver i brug. Der er implementeret en række strukturelle opfattelser i forståelserne af de sociale problemers oprindelse, og således anskuer man i højere grad klienten som et offer for sin samfundsmæssige og sociale kontekst. Man forklarer hvordan borgeren *"... har et beredskab, der er bygget op gennem hans tilværelse: en psykisk, fysisk og uddannelsesmæssig struktur, som er skabt af de krav der er stillet til ham og de muligheder, han har haft for at opfylde kravene.* (Andersen 1973b: 5). Man ser altså borgerens mentale og sociale kompetencer og mangler, alene som et udtryk for den kontekstuelle præmis som denne har levet under. I denne tankegang ligger også et højt niveau af forpligtelse for at samfundet finder løsninger på klienternes problemer, da disse er, om end uintenderede, forårsaget af selvsamme samfund. Klienterne er dog ikke kun underlagt strukturerne i forbindelse med deres beskaffenhed over for arbejdsmarkedet, samfundets forskellige institutioner og egne mentale evner; de er også underlagt strukturer som ikke oplyser dem om egne rettigheder eller behov for hjælp (Andersen 1973b: 91). Bent Rold Andersen forklarer således andetsteds:

"Den sociale situations komplicerethed illustreres især af det udbredte behov for vejledning og personlig støtte. De fleste undersøgelsespersoner havde kun et meget vagt kendskab til deres sociale rettigheder. De var ofte rådvilde og ude af stand til at ordne deres egne anliggender. Flertallet havde behov for rådgivning og vejledning, men kun et mindre antal fik dækket dette." (Andersen 1970: 256)

Denne opfattelse søgte man dog at udskifte i de kommende årtier, og særligt synet på borgerne som rådvilde klienter betragtedes som en formynderisk tankegang. Man skabte derimod forskrifter for at den enkelte måtte anskues i sin egen personlige kontekst, og at man derfor heller ikke kunne definere dennes behov ud fra sådanne universalistiske krav til individet. Klienten måtte reelt set selv definere hvilke dele af dennes sociale og mentale beskaffenhed var problematiske, såfremt det ikke påvirkede denne kapacitet over for samfundsfællesskabet. Men begyndte i alle typer af institutioner at inddrage optikker på klienternes mulige kompetencer, og erstattede således den optik der tidligere havde fokuseret på disses begrænsninger, for at rydde disse af vejen. Forståelsen af den formynderiske stats rolle i at fastholde klienterne i deres passivitet eksemplificeres således af afdelingsleder Ib Oustrups næsten satiriske fremstilling af det sociale arbejde som ren opbevaring:

"Det er vor opfattelse, at der i valget af behandlingsredskaber hersker en vis målsikkerhed indenfor socialt arbejde. Er det opgaven at opbevare de til institutionerne henviste mennesker som en passiv gruppe, at nedfryse menneskelige ressourcer i en for omverdenen isoleret sammenhæng?"

Såfremt dette er tilfældet, føler man sig næsten forpligtet til at overveje, om denne opbevaring kunne ske på en mere underholdende og inspirerende måde for klienterne.

Her ser man altså hvordan klienternes situation forklares ud fra disses mulige indsats som menneskelige resurser, i stedet for det tidligere syn der nok ville have pointeret visse af disse personers grundlag, for at være tilknyttet dags- og døgntilbuddet. Man kunne også have en forhåbning om at der foregik andet end blot opbevaring på en sådan institution, men optikken eksemplificerer, måske med provokatoriske undertoner, den opfattelse af institutionernes rolle som en hæmmende teknologi som hersker fremadrettet. Ib Oustrup fortsætter således, og forklarer om hans optik på det sociale arbejdes rolle:

Eller er det faktisk de social institutioners opgave, at 'bringe det sociale klientel i en situation, hvor de kan virke som samfundsborgere, såvel menneskeligt som økonomisk'? At søge at ændre klienternes situation: fra nydende til ydende mennesker, fra umyndiggjorte til myndiggjorte personer, fra behandlede til handlende individer?

Det har været vores opfattelse i Dag- og døgncentret, at godt socialt arbejde måtte kunne vurderes på dette grundlag." (Oustrup 1981: 40)

Der er enkelte sproglige elementer der her kan understreges ganske uden anden lingvistisk indførsel, at klienterne på institutionerne betragtes som *nydende* over for det resterende samfund der således er *ydende*. Således udpensles en optik hvor de sociale klienter, ligegyldigt de kæmper de kæmper i form af deres sociale beskaffenhed, handicap og så videre, ikke kan betragtes som samfundsborgere eller ydende. For at opnå denne status må vi forstå at der skal arbejde, altså økonomisk samfundsudbytte til. Endvidere foreslår han at vurderinger af de sociale institutioner kan udføres på dette grundlag, altså disses evne til at skabe ydende samfundsborgere ud af de nydende klienter. Der lå ligeledes den samtidigt meget fremtrædende emancipatoriske kritik af behandlingssystemet i denne kritik, i form af de sproglige dikotomier umyndiggjorte/myndiggjorte og behandlede/handlende. De optrukne modsætningsforhold imellem en klient i det sociale væsen og det handlende, myndige og ydende individ som er til gavn for samfundet forstærkes således.

En sådan optik blev i nogen grad gennemført i de efterfølgende år, delvist fordi det naturligvis gav god mening at støtte de teknologier, hvor der kunne påvises et højt afkast af ens investering, i form af øgede skatteindtægter og lavere udgifter til sociale ydelser, men også som konsekvens af at den diskursive vidensform på området var svækket, og der derfor kunne tænkes uden for de traditionelle socialfaglige rammer.

Med friheden til at afprøve nye strategier, og sikre dem støtte såfremt man kunne påvise positive samfundsøkonomiske konsekvenser, invaderede denne logik en lang række behandlingsindsatser i de kommende år. Logikken får mange manifestationer, men fælles for dem er det truende faktum at de ikke må være omkostningstunge. Det nye fokus, her i form af en målsætning om autonomi, fremgår blandt andet af en afsluttende redegørelse for en temarunde om indsatsen for kronisk psykisk syge i Danmark, anmodet af sundhedsministeriet i 1991:

"Det er en fælles målsætning for både den psykiatriske og den sociale indsats, at patienterne så vidt muligt skal genvinde deres autonomi og blive i stand til at klare sig selv" (Sundhedsstyrelsen 1991a: 26).

Her er det altså målet om autonomi, at man slipper for at behandle yderligere som bliver det nyttemaksimerende mål for indsatsen. Det er naturligvis nærliggende at påtænke disse aktører i behandlingsinstitutionerne for blot at tilrettelægge deres retorik og argumenter så den er tilpasset de nye målsætninger, men det ligger uden for genealogiens undersøgelsesobjekt af flere grunde, særligt da dette i stort omfang, alligevel har samme konsekvens for den diskursive virkelighed, som hvis man reelt rettede indsatserne markant til, i takt med retorikken. Derfor kan der også i mange tilfælde være tale om at argumentationen for indsatserne kan fremlægges forskelligt, og at man derfor hurtigere kan ændre selve begrundelsen for ens sociale indsatser end man kan ændre selve indsatsen. En situation der kan sammenlignes med *"Lappeskrædderdebatten" fra 60ernes socialpolitiske diskussioner* og de marxistiske magtanalytiske kritikere der efterfulgte, men som ikke kunne mønstre praktiske ændringer i det sociale arbejde (Jensen et al. 1985: 187; Christensen 1969).

Måske er det netop denne manglende evne, til at reagere på årsager til de sociale og psykiske manifesterende problemer, som får det sociale arbejde til næsten udelukkende at søge resultatorientering, i forhold til nyttevirkning over for samfundet og særligt økonomien, for her er en målsætning som kan kvantificeres, og man kan måle sin indsats indenfor. Man ser allerede i starten af 80erne hvordan optikken på det sociale arbejdes rammer ændres, og man tager indledningsvist den meget optimistiske tilgang at: *"Det individuelle klientarbejde skal i højere grad end at fokusere på de manglende ressourcer stimulere og opmuntre klienten til helt eller delvist at løse sine egne problemer."* (Jensen et al. 1985). Ligeledes forstår man formålet med dette arbejde således:

"Det har til formål at bygge på og styrke ressourcer hos borgeren og i borgerens omgivelser, at sætte ind der hvor problemerne opstår og inden de bliver for store, at støtte målsætningen om "hjælp til selvhjælp", at lette presset på social- og sundhedsforvaltningen, at skabe indhold i tilværelsen og mindske isolationen for de grupper i samfundet, som er uden arbejde". (Socialstyrelsen 1984: 43).

Man har altså ændret fokus for det sociale arbejde således, at man er gået fra en socialpolitik hvor man søgte at kompensere for de strukturelle uligheder, der er skabt igennem samfundets organisation, til en der i højere grad søger af vurdere den enkeltes resurser som de er, og at få applikeret disse efter bedste evne.

Denne ændring skal få stor indvirkning, men ligesom det er afgørende hvilke elementer og vidensformer der består, er det helt afgørende hvilke elementer der ikke gør. I denne sammenhæng ser vi hvordan de teknologier, der er skabt på baggrund af en viden om de strukturelle forholds konsekvenser for individet videreføres, men netop fordi ætiologien ignoreres i disse teknologier bortfalder den. Dette skyldes i henhold til Foucault det særegne forhold imellem teknologier og vidensformer, at disse i virkeligheden er to sider af samme sag. Det skal forstås således at man af teknologierne kan aflæse de rationaler som de diskursive vidensformer har indlejret i dem, altså som de er dannet på baggrund af. Derfor har man ved at rette indsatsen mod "symptomerne", af hvad man opfatter som strukturelle problematikker, reelt heller ikke skabt grundlaget for en diskursiv reproduktion af det originale rationale. Dette skyldes den grundlæggende forventede logik i det sociale arbejde, at hvis X skyldes Y, så må indsatsen rettes imod Y. Således aflæses de indlejrede logikker i teknologien reelt set forkert, og man ser allerede inden for få år hvordan markant anderledes argumentationer for de sociale og psykiske problemers opståen, er indlejret i forståelsen:

"At være uden arbejde igennem længere tid, medfører ofte sociale og psykiske problemer. Forskellige rapporter har vist, at disse problemer viser sig allerede efter 3 måneders arbejdsløshed. En stor del af projekterne er rettet mod at afhjælpe disse sociale og psykiske følger. De problemer, som opstår i forbindelse med længerevarende arbejdsløshed, kan ikke altid afhjælpes blot ved et beskæftigelsestilbud. Det kan ofte være nødvendigt med en form for forrevalidering, hvor de sociale og psykiske følger af arbejdsløsheden forsøges afhjulpet, inden der gives et beskæftigelses- eller uddannelsestilbud." (Socialstyrelsen 1990: 38).

Her ses altså hvordan en af de stærkeste tendenser i det sociale arbejde i denne periode, aktiverings- og revalideringsarbejdet er begrundet i de problematikker der er opstået som konsekvens af det manglende arbejde, og som kuren på er selve arbejdet. Således er den oprindelige argumentation om problemernes årsag bortfaldet, da denne ikke var indlejret i indsatsens udformning, og er erstattet af det nærliggende rationale, at hvis kuren er arbejde, må årsagen være manglen herpå. Dette er en logisk slutningstype der går igen i de vidensproduktioner der skabes af teknologier uden ætologi, som jeg senere i analysen vil komme nærmere ind på.

Således er det specialets opfattelse at man igennem indlejrede diskursive vidensformer i teknologierne, i det sociale arbejde, har ændret kausalitetsforholdet i sammenhængen. I de nye indsatses argumenteres der således for at det er selve livet væk fra arbejdets rytme som har forårsaget problemerne, hvor man før så problemerne som strukturelle konsekvenser, og oplevede at konjunktursituationen blot skubbede disse elementer uden for arbejdsmarkedet. Det sociale arbejde er ikke længere som Ritt Bjerregaard forklarede det, et spørgsmål om at sminke på kapitalismens konsekvenser, men er i stedet en indsats som må søge at få folk på arbejdsmarkedet, der i sig selv opfattes som kuren til de sociale og psykiske problemer.

En af de indsatser i det sociale arbejde som begrundes med denne forståelse af passivitetens farlige karakter er aktiveringsarbejdet. Der eksisterer og har eksisteret mange forskellige former for aktiveringsarbejde, og jeg bruger denne betegnelse som samlende for en række forskellige indsatser, som alle har til fælles at ville få modtagere af overførselsindkomster, i gang med nyttearbejde eller opkvalificering. Jeg vil igennem denne del af analyse påvise hvordan disse alle er udtryk for den samme grundlæggende diskursive erkendelse.

Ser man på nogle af de evalueringer af det sociale arbejde i perioden, fremgår det ovenstående fokus tydeligt. Således udgør indsatser til aktivering og revalidering den klart største gruppe af indsatser under SUM-arbejdet, og det er hovedsageligt indsatser som sigter imod at få arbejdsløse, kontanthjælpsmodtagere, handikappede, sent udviklede, sårbare og udstødte tættere på arbejdsmarkedet (socialministeriet 1991: 4; Socialstyrelsen 1990: 34f). Man argumenterede for disse indsatser på baggrund af en forståelse af sociale og psykiske problemer, som vist i det ovenstående citat, og indsatsen har i medgift den hensigtsmæssige egenskab at den flytter folk fra overførselsindkomster til arbejdsmarkedet, samt fastholder logikken om at samfundet må yde en indsats for disse individer. Denne type indsatser passer således også særlig godt til de målsætninger, der blev fremlagt af socialministeren i 1980 og SUM arbejdets tilsvarende; de sparer penge på socialfaglig behandling, de skaber flere ledige hænder til arbejdsmarkedet, indsatserne er altid lokalt forankrede og de kan udformes meget frit inden for den overordnede ide om at arbejdet i sig selv er målet.

Denne type indsatser begyndte særligt i 90erne at indtage det sociale arbejde, men allerede i de sene 80ere under SUM arbejdet forsøgte man sig med en række aktiveringsprojekter. En gennemgribende tendens der påpeges i evalueringerne af SUM er *”at der frem for passiv forsørgelse, skal ske en aktivering af modtagerne af forsørgelsesydelse.* ” (Socialstyrelsen 1990: 39). Dette skal ske ud fra en begrundelse om at den hidtidige forsørgelse af de arbejdsløse, havde tvunget klienterne ud i en passivitet, som Aase Olesen, daværende socialminister forklarer i fagbladet socialrådgiveren i 1990:

”Vi må revidere den tankegang, at blot vi sikrede mennesker økonomisk, var vores forpligtelse over for de svage opfyldt. Derfor må vi se at komme væk fra kontantlinien og over til arbejdslinien. Det gamle ordsprog »lediggang er roden til alt ondt« har jo vist sig at være alt for sandt. ” (Olesen 1990: 11)

Revisionen over de tidligere indsatser har, i overensstemmelse med redegørelsen i sidste afsnit af analysen, intet spor af strukturelle eller demografiske forklaringer på arbejdsløsheden. I stedet har man ekstrapoleret af logikken om at de passive klienter bliver syge uden arbejde, at den socialfagligt oplyste indsats man tidligere ydede reelt set var skadelig, og at man nu med de nye krav om ”aktiv forsørgelse” er i gang med at rydde op i efterdønningerne. Det forstås at indsatsen nu må rettes ind så man igen kan give *”mulighed for en aktiv tilværelse”* og det forstås at socialpolitikken iblandt andre faktorer har udgjort *”barrierer, der skal nedbrydes for at give plads for et par stykker af dem, som går udenfor, og som gerne vil gøre en indsats, hvis bare de fik lov.* ” (Olesen 1990: 11). Det forstås altså at der foreligger en enorm vilje til den aktive tilværelse iblandt de personer som står uden for arbejdsmarkedet, og det er således bare et spørgsmål om, for det sociale arbejde,

ikke at spænde ben for denne vilje. Implicit må vi nu også forstå at der ikke eksisterer strukturelle begrænsninger for arbejdsmarkedet, og at en mangel på arbejdspladser således er udtryk for mangler ved de individer der står uden for arbejdsmarkedet. Ministeren opridser målet for indsatsen således:

"... både den enkelte og samfundet vil vinde ved, at den passive linje, der hidtil har været anlagt over for disse grupper, ændres til en aktiv linje. Målet er, at alle der kan, også skal have mulighed for at yde noget til gengæld for forsørgelsen." (Olesen 1990: 11).

Man må altså forstå på socialministeren at de initiativer der skal i gang, er rettet imod de dele af de ledige der har lyst til at bliver aktiveret på forskellig vis. Udviklingen i aktiverings- og revalideringsindsatsen er naturligvis stærkt påvirket af hvad vi nu ville kalde beskæftigelsespolitik, altså et felt der naturligt ligger imellem de daværende social- og arbejdsmarkedspolitikker. Dette pointeres også af den indre revision at der *"Desuden kan ses en tendens til opblødning af de sektorielle grænser, specielt mellem social- og arbejdsmarkedssektorerne."* (Socialstyrelsen 1990: 39). Denne tendens tager sin udformning som en lang række fælles indsætter i aktiveringsgenren, der særligt administreres af sundheds- og socialforvaltningerne, der igennem opblødningen har fået tilgang til den nye kur mod sociale og psykiske problemer, aktivering. I det hele taget var et af problemerne for det sociale arbejde i denne periode, at det var udformet så det centreredes omkring arbejdsmarkedet, men var tiltænkt som arbejdsopgaver til socialrådgiverne, som ikke havde adgang til de redskaber som arbejdsformidlingerne havde. Derfor er denne udvikling også ganske forventelig.

Initiativerne tager som sagt i denne periode mange forskellige udformninger, og der dukker for eksempel ungdomsindsætter op særligt rettet imod at få disse i beskæftigelse, særligt i de tilfælde hvor der ikke er ledige pladser på de ønskede uddannelser. En af disse er den særlige ungdomsydelse der udbetales på betingelse af, at den unge indvilliger i at arbejde på omtrent halv tid uden mulighed for A-kasse (Bjerg 1991b). Der søges ligeledes i denne periode at gøre uddannelserne mere fleksible, for eksempel ved at tilpasse skemaerne til deltidsansatte (Thomsen 1991), samt at genfinde ressourcer ved førtidspensionerede igennem revalideringsindsætter (Nielsen & Hansen 1991; Græsborg 1991; Storgård 1991; Bjerg 1991a; Holm 1991; Rossen 1991). Man indfører ligeledes i denne periode økonomiske forhold, der skal skabe incitament for at kommunerne selv tager initiativ til flere indsætter, som den interne revision af SUM forklarer:

"Endvidere blev gennemført en ordning, hvor de kommuner, som igangsætter ekstraordinære (beskæftigelses)projekter for kontanthjælpsmodtagere, kan få refunderet halvdelen af den sparede kontanthjælp" (Socialstyrelsen 1990: 39)

I den næstkommende periode sker der mange ændringer i udførelsen af det sociale arbejde, og der foregår her et opgør mellem socialrådgiverne, der fortsat er forankret i den socialfaglige vidensform der tidligere har hersket i feltet, og den socialpolitiske indflydelse. Denne konflikt kan man følge ved gennemlæsning af socialrådgivernes fagblad fra perioden, socialrådgiveren.

I 1990 hvor de konkrete aktiveringsindsatser begynder at dukke op som en fast del af det sociale arbejde, er der en række forskellige indledende kritikker. Blandt andet reaktualiseres de tidligere ætiologiske udgangspunkter i kritikker af arbejdet som nærmest meningsløst, da det kun dækker over den strukturelle mangel på rigtige arbejdspladser (Juul 1990; Josephsen 1990), ligesom det påpeges at indsatserne er med til at danne et sekundært arbejdsmarked med strukturel underbetaling af arbejderne (Kjeldahl 1990; Rander 1990; Bjerg 1991a).

Overlappende med denne periode sker der en præsentation af en række forskellige initiativer, der ikke lever op til socialministerens fremlagte ambition, om at rette sig imod de frivillige. Således foregår aktiveringsindsatsen i denne periode, igennem en række "forpligtende aftaler", som borgerne kun kan undsige sig ved samtidig at undsige sig de offentlige ydelser de modtager. I forbindelse med disse initiativer intensiveres kritikkerne, for eksempel ved at henvise til FN's menneskerettighedserklæring (Kjeldahl 1990; Smidt 1990; Weimar 1991; Jensen 1992).

Kritikken af initiativerne begynder i de følgende år at påpege andre problematiske elementer ved initiativerne, og påpeger blandt andet arbejdets karakter som uværdigt (Astrup 1993), undertrykkende (Marsling & Græsborg 1993) samt at der ingen brugerindflydelse er (Græsborg 1993a). Kritikken begynder dog i disse år at centrere sig om tvangen i initiativerne (Græsborg 1993a; Græsborg 1993b; Græsborg 1993c; Marsling & Græsborg 1993; Müller 1993; Rasmussen 1993; Astrup 1993; Kehlet 1994; Djurhuus 1995; Thorbek 1995). Forsvaret i denne periode tager typisk udformning ved at man anser de gamle "passive" ydelser, som en måde at fravriste klienterne deres problemer, og derved deres muligheder for selv at kæmpe sig igennem disse (Jensen 1992). Ligeledes støttes indsatsene af opfattelser af at arbejdsmarkedet på dette tidspunkt er i en unormal kritisk situation, og at et opsving er nært forestående, og man derfor må holde gang i den del af befolkningen som lige nu står uden for arbejdsmarkedet, men som man må forvente der er behov for på arbejdsmarkedet meget snart (Kehlet 1993).

I januar 1994 træder loven om kommunal aktivering i kraft, der dikterer at der indenfor 12 måneder af disses fratrædelse ved det normale arbejdsmarked skal stilles et aktiveringstilbud til alle kontanthjælpsmodtagere. Dette ledsages af en artikel der søger at besvare en række af de kritikker der er belyst ovenfor, skrevet af socialminister Karen Jespersen. Socialministeren fastholder en retorik hvori hun pointerer at loven kun har til sigte at "*alle kontanthjælpsmodtagere fremover får ret til et tilbud om aktivering*", og at dette udgør et løft i disses rettigheder. Ministeren forklarer videre at:

"Et tilbud om aktivering er en hjælp til kontanthjælpsmodtagere med henblik på at få et arbejde eller komme i gang med en uddannelse. Alt andet lige, vil de blive stillet bedre, end hvis vi blot udbetaler en passiv forsørgelsesydelse og lader folk skytte sig selv" (Jespersen 1994: 8).

Det er altid genealogens rolle at følge de argumentationer der bliver fremstillet og redegøre for disses logik relativt ukritisk, men når man stiller en sådan opsummering af lovgivningen, som noget der blot giver tilbud til kontanthjælpsmodtagerne, over for konsekvenserne af loven, er man ude i en mildest talt meget selektiv

læsning. Den altoverskyggende konsekvens af loven er, at kommunerne må sende kontanthjælpsmodtagere i aktivering, uden at brugerne har ret til at klage over indholdet i selve aktiveringen. Det var ellers dette klagesystem som tidligere sikrede klienterne imod at kommunerne var frie til at tilbyde hvad end indsats de mente klienterne kunne bidrage til, og således kunne fratage dem deres ydelser såfremt de nægtede, for eksempel hvis de mente at aktiveringen var irrelevant. Dette forklarer socialministeren da også tilnærmelsesvist, men fastholder dog at *"... der er givet kommunerne det ansvar, at de skal tilstræbe at kontanthjælpsmodtageren får flere tilbud om aktivering at vælge imellem"*. Og at dette opvejer tvangen i arbejdet. Socialministeren fortsætter med at fremlægge sin forståelse af loven således:

Kontanthjælpsmodtagere har også tidligere skullet stå til rådighed for arbejdsmarkedet, dvs. tage imod et rimeligt tilbud om arbejde eller beskæftigelsesfremmende foranstaltning - heri er intet ændret. Det nye er, at kontanthjælpsmodtagere over 25 år ikke mere er afhængige af, hvordan man prøver at hjælpe i den pågældende kommune. Alle kommuner får nemlig pligt til at aktivere - og alle kontanthjælpsmodtagere ret til et tilbud om aktivering." (Jespersen 1994: 8).

Således forstår socialministeren at man ved denne lovgivning har givet kontanthjælpsmodtagerne ret til tilbud om aktivering, dog må det nævnes at aktiveringstilbud medfører at kommunen, i tilfælde af at klienten ikke ønsker at deltage, har anledning og ret til at fratage denne sin kontanthjælp. Således har de tidligere fremlagte kritikker af tilløbet til loven, også påpeget at man ved at forpligte kommunerne til disse aktiveringstilbud indenfor 12 måneder af klientens udtrædelse fra ordinær beskæftigelse, samt den førømtalte afskaffelse af retten til at klage over indholdet i aktiveringen, reelt har givet kommunerne ret til at tvinge klienterne i en vilkårlig aktivering, såfremt de vil fastholde deres sociale ydelser. Ved en senere evaluering af lovens implementering påpeges det at 80 procent af alle kommuner stort set altid standser kontanthjælpen hvis modtageren har nægtet aktivering og at 63 procent af kommunerne stort set altid eller ofte fratager kontanthjælpen i samme scenarie, selv hvis det er belyst at klienten har andre sociale eller psykiske problemer (Socialforskningsinstituttet 1997: 83f).

Dette ændrer således markant ved aktiveringsteknologien. På dette tidspunkt har man således en samlet aktiveringsteknologi der kan opridses således:

- Der skal stilles et aktiveringstilbud til samtlige kontanthjælpsmodtagere, senest 12 måneder efter den pågældende har påbegyndt at få kontanthjælp.
- Indholdet og hvorvidt aktiveringen er relevant og har værdi fastsættes af kommunen, uden mulighed for at klienten kan klage.
- Hvis kommunen officielt er enige med klienten i at aktiveringsindsatsen er irrelevant, har kommunen forbrudt sig imod sit eget lovpligtige ansvar til at fremstille et relevant aktiveringstilbud, så i realiteten bliver aktiveringstilbud som foreslås klienten altid anset som relevante.
- Hvis klienten nægter at indgå i det fremstillede aktiveringstilbud kan denne fratages sin kontanthjælp, og bliver det i klart størstedelen af tilfældene.

I de efterfølgende år lader kritikken til at aftage lidt, men frembringes dog typisk i en intensiveret form når den bringes. Der opstår en opfattelse af aktiveringsindsatserne som en form for separat tredje arbejdsmarked (Jensen 1995). Her ses det ordinære arbejdsmarked som det første, job med løntilskud, offentlig forsørgelse og forskellige beskæftigelsesordninger som det andet og altså det tvangsindførte aktiveringsarbejde som det tredje. Det fremstilles i forbindelse med disse kritikker som en afart slaveri:

”Aktivering på et tredje arbejdsmarked er en ufri arbejdsform i lighed med slaveri. Der er ikke tale om arbejde, men om vedligeholdelsestræning. Der er ikke noget marked, og det, der tager sig ud som hjælp, er i virkeligheden kontrol og disciplinering.” (Koch 1995: 11)

I denne periode dukker der ligeledes en række forsvar af de aktiverende indsatser op. Visse dukker op som helt konkret henviste modsvar til den skærpede kritik af aktiveringsarbejdet og sammenligningen med slaveriet. I forbindelse med disse forsvar skærpes også den positive forståelse af de gavnlige effekter ved aktiveringen:

”Grundlæggende tror jeg, det er sundt, at vi stiller krav til dem, der bruger det sociale system. Derved viser vi også, at vi respekterer dem. (...) For min skyld kan man gerne kalde det tvang, for det er desværre i en del tilfælde nødvendigt at smække pengekasen i for at få kontanthjælpsmodtagerne til at passe deres job. Det ser jeg principielt intet galt i - på samme måde som den studerende også skal være studieaktiv for at få SU, og jeg som almindelig »lønslave« (for nu at blive i denne terminologi) heller ikke får løn, hvis jeg ikke går på arbejde. Hvor er forskellen?” (Jensen 1995: 19).

I denne optik er det altså helt legitimt at betragte den aktiverede som en del af et arbejdsmarkedet, blot på andre vilkår end de på det ”rigtige” arbejdsmarked. Hvor begrundelserne tidligere har taget udgangspunkt i at fortællingen om et separat arbejdsmarked var en overdrivelse, og der ikke kunne være tale om reelle ufrie arbejdsformer, indlemmer man nu denne forståelse i forsvaret for aktiveringen, da vi må forstå at der er værdighed at hente i det at have nytte, ligegyldigt lønnen. Ligeledes er opfattelsen af selve aktiveringen, tydeligvis markant anderledes her, end den var for socialministeren et par år forinden. Her fremstilles kontanthjælpsmodtagerne nu som en skare hvor man, for en dels vedkommende i hvert fald, ikke kan mønstre en selvstændig trang til at indgå i aktiveringen, og således er tvangen også nødvendig og retfærdiggjort. At være i aktivering ses altså nu som et job man tilbydes, hvis man kommer til at gå arbejdsløs og ønsker at modtage løn i form af kontanthjælp. Argumentet fortsætter således:

”Det rigtige i en situation med mange arbejdsløse må være at skabe arbejde, og når det private marked ikke kan skabe fuld beskæftigelse, må det offentlige træde til. Først og fremmest fordi det er sundt at have arbejde; det giver selvværd og identitet, og vi kan hindre en del af den udstødning fra arbejdsmarkedet, der ellers ville finde sted. Det er naturligvis rigtigt, at vi i den sociale sektor må arbejde med motivation i forhold til brugerne, men hvor dette ikke slår til, må vi have sanktioner, der virker.” (Jensen 1995: 11).

Aktivering som teknologi har således i denne optik fortsat det oprindelige formål om at sikre at individer uden for arbejdsmarkedet ikke erhverver sig sociale og psykiske problemer, imens de afventer det forestående opsving og den fulde beskæftigelse, men har nu også det formål at udgøre et separat arbejdsmarked for de

som ikke har en plads på det ordinære. Det er ligeledes struktureret med så lave lønninger og vilkår generelt, at det ikke i brugernes optik begynder at konkurrere med det ordinære marked, derimod er tilgangen af en kvalificeret medarbejder der kan ansættes med løntilskud fra kommunen, naturligvis en fordel for den pågældende virksomhed. Det opfattes således at aktiveringsteknologien stadig udfylder den sundhedsmæssige rolle, som beskytter over for de sociale og psykiske problemer, der kan opstå på grund af ledigheden, men skaber ligeledes forbedrede konkurrencevilkår for de danske virksomheder da de nu har mulighed for at tilknytte medarbejdere på løntilskud, ligesom de har tilgang til en umiddelbart mere arbejdsvandt population af villige arbejdere.

Andre positive strømninger centrerer sig særligt om en rapport fra socialforskningsinstituttet der følger op på socialministeriets samling af aktiveringsindsatsen under forsøgsprojektet "Der er brug for alle" og den efterfølgende lov om kommunal aktivering, der trådte i kraft januar 1994. Det påpeges her at tilbuddene rent samfundsøkonomisk, vurderes at have betalt sig selv ind igen allerede efter 3-7 år, alt efter hvilke konkrete indsatser man ser på (Binder 1994).

I slutningen af august 1996 udsender socialministeriet sit forslag til en ændring af "lov om social bistand" og "lov om kommunal aktivering". Heri er de største udviklinger at der nu opfordres til at udgangspunktet for nye klienter, må være aktivering så hurtigt som muligt, og at en eventuelt udredning af sociale og psykiske problemer godt kan vente til efter påbegyndt aktivering, hvis kommunen anser dette for hensigtsmæssigt (Christensen 1996).

I de efterfølgende år sker der ikke de store ændringer i forståelserne eller vidensformerne i det sociale arbejde som jeg mener er relevante for specialets analyse. Dette betyder naturligvis ikke at der ikke sker ændringer overhovedet eller at der ikke fremstilles relevante kritikker, disse afføder dog ikke de store grundlæggende ændringer som har markeret de tidligere år¹⁰.

¹⁰ Af særligt relevante analyser i de efterfølgende år må nævnes Nanna Mik-Meyers antropologiske analyse af aktiveringsarbejdet, *Kærlighed og opdragelse i socialaktiveringen*.

Samtidig med den udvikling jeg har redegjort for indtil videre i analysen skete der naturligvis også en lang række udviklinger inden for det vi i dag, i de fleste tilfælde ville genkende som psykologi eller psykiatri. Det drejer sig om de vidensformer der søger at påtale menneskets indre mentale beskaffenhed, samt definere og påvirke mentale tilstande. Der opstår i denne periode en enorm mængde forskellige perspektiver i det danske sociale arbejde som jeg ikke kommer ind på i analysen. Jeg ville gerne have uddybet flere af disse, som for eksempel socialdiagnosen der er et forsøg på at kombinere de holistiske forståelser fra socialpsykiatrien med socialrådgivernes faglighed, men jeg har prioriteret at have plads og tid til adækvat at beskrive de udviklinger i vidensformerne, som jeg mener har været mest afgørende for diagnosticeringen og behandlingen af depression i det sociale arbejde i 2015. Det første emne, *mentalhygiejne*, beskriver en fremherskende tankegang der mest i form af dens målsætninger, fremskrivninger og tilgang til konkrete behandlingsteknologier har påvirket det videre arbejde. Det andet emne her i analysen, *familiepsykiatri og socialpsykiatri*, har større indvirkning da der på baggrund af dennes vidensformer blev dannet teknologier som jeg vil argumentere for stadig er gældende i dag. Den tredje del af analysen, *mod en individualiseret og agnostisk psykiatri*, beskriver den vidensform der fra slutningen af 70'erne, har dannet den endelige ramme for den nuværende sygdomsopfattelse af depression. Denne vidensform og alle de fremanalyserede elementer og udviklinger, vil jeg til sidst i analysen påvise hvordan har formet vores nuværende diagnostik og behandling af depression, til den *depressionsteknologi* den fremstår som, i det nuværende sociale arbejde. Indledningsvist vil jeg dog redegøre for en del af konteksten omkring de efterfølgende udviklinger.

I analysen af 1960ernes sociale arbejde fremgik det, hvordan der skete en lang række udvidelser af arbejdsområdet, og de allerede eksisterende felter. Dette skete som en reaktion på den fulde beskæftigelse, der skabte foranledning til at det sociale arbejde måtte søge at få så mange hænder som muligt, valideret til arbejdsmarkedet. I denne forbindelse blev det sociale arbejdes genstand således også udvidet, og der påbegyndtes en række kampe for at definere hvilke vidensformer, der skulle diktere forståelserne af de nye problemstillinger, som kunne aktivere stadigt flere arbejdere. Man ser således hvordan de første forslag til udvidelsen af socialrådgivernes arbejdsområde, allerede i 1960 stilles i forbindelse med den førnævnte revalideringslov. I denne sammenhæng præsenteres den forståelse at socialrådgivere for sjældent er repræsenteret på de ledende poster i sociale institutioner, og at dette skaber en problematisk begyndelse for revalideringsloven. Man argumenterer således for at det er socialrådgiverens arbejdsområde der udvides, og i tråd med den stigende tendens til socialfaglighed, at dette må medføre en forøgelse af socialrådgivernes autoritet i det sociale arbejde:

”Det er vel heller ikke forkert at hævde, at vi i det daglige arbejde alt for ofte befinder os i situationer, hvor den afgørende vurdering af en klient, hans miljø og muligheder som samfundsvæsen foretages af folk, hvis

¹¹ For så vidt betegnelsen refererede til ordets brug i det danske sociale arbejde kunne psykiatri eller ”mentale lidelser” lige så godt benyttes, men her henvises til ordets etymologi. Psykologi forstås her oversat løst som *læren om sjælen*. Denne forståelse går igen igennem resten af afsnittet.

uddannelse er af juridisk, medicinsk og administrativ art. Det mest nærliggende ville dog være at spørgsmålene: hvorledes er klientens nøjagtige placering i samfundet, i familien, på arbejdsplads o.s.v. — og hvorledes kan denne placering ændres, blev endelig besvaret af en socialrådgiver. Det er det han uddannes til. Det ville være et passende tidspunkt at søge at råde bod på denne tilstand og hertil ville det være betydningsfuldt om socialrådgivere fra alle sektorer af det sociale arbejde, i langt højere grad end tilfældet er nu, gav deres meninger til kende i faglige spørgsmål. ” (Zimsen 1960: 8)

Således påberåber dele af socialrådgiverne sig definitionsmagten over de nye revaliderede klienter. Opfattelsen af dette understøttes ved henvisning til den centrale placering socialrådgiveren har i det sociale arbejde på dette tidspunkt, men det er også værd at huske på at der på dette tidspunkt ikke er skabt de specialiseringer inden for det sociale arbejde som vi kender i dag, så stort set alle led i dette som ikke begrænser sig til administration eller decideret sygdomsbehandling, fortsat er indbefattet i socialrådgivernes arbejdsområde. Der kaldes i samme åndedrag på en udvidelse af socialrådgivernes faglighed, ligesom man ser indledende tanker om et opbrud i specialiserede vidensformer: *”Det ville i høj grad virke aktivitetsfremmende, hvis foreningen [Socialrådgivernes fagforening] tog initiativet til skabelse af faggrupper for medlemmer, der arbejder indenfor samme felt. ”*. Dette begrundes, og forståelsen af at revalideringsarbejdet er begyndelsen til en udvidelse af rammerne for det sociale arbejdes indlejrede socialfaglige vidensproduktion, understreges ligeledes: *”Socialrådgiveren og hans arbejde er af voksende betydning for samfundet og det er nødvendigt at leve op til de krav, der vil blive stillet. Passivitet kan blive farlig såvel for udformningen af uddannelsesplanerne som for vore fremtidige arbejdsvilkår. ”* (Zimsen 1960: 8).

Denne tilgang gør at der begynder at dukke en myriade af forskellige tilgange op i de følgende år, og det bliver tydeligt at socialrådgivernes centrale rolle søges udvidet med en stor vækst i vidensproduktionen. Det er vanskeligt at betragte den diskursive vidensform som styrer det sociale arbejde i denne periode, som havende en ensidig betragtning som argumentationer og forståelser bliver dannet på baggrund af. Dette skyldes højst sandsynligvis at det sociale arbejde, i højere grad end tidligere, har midlerne til at eksperimentere, og derved kan lade de doktrinerne styringsprincipper manifestere sig i løsere ydre demarkationer.

Jeg vil herunder redegøre for et par af de udviklinger, der sker inden for socialfagligheden i 1960'erne, med henblik på at redegøre for optikken på psyken i det sociale arbejde.

En af de meget tydelige udviklinger i begyndelsen af 60'erne er behandlingen af det sjælelige, altså genstanden for det psykologiske og psykiatriske moderne arbejde. En af de bevægelser der tager sit indtog i det sociale arbejde og som har blik på det mentale er landsforeningen for mentalhygiejne. Dansk socialrådgiverforening melder sig i 1962 kollektivt ind i foreningen, og skaber således grundlag for en forøgelse af de mentalhygiejniske princippers betydning i det sociale arbejde. Det forklares i denne forbindelse at foreningen ser det som sin opgave:

"... at gøre opmærksom på mentalhygiejniske synspunkter i dagens debat - ikke mindst hvad angår alment samfundsmæssige områder. Pillemisbrug, skilsmisse, selvmord, rådgivningsbehov og generel utilfredshed er jo ikke alene individuelle tilfælde af mentalhygiejniske problemer, men - i takt med et stigende antal - er også symptomer på, at der samfundsmæssigt set er noget galt. " (Petersen 1962: 13)

Det forklares videre at der i deres optik er et massivt potentiale for at udvide behandlingerne i det danske samfund, og at man ved inddragelse af psykologer og psykiatere potentielt set kunne ændre det sociale arbejdes målsætninger, fra deres forankring i rene økonomiske målsætninger til at *"... tænke mentalhygiejniske eller mellem-menneskeligt også på samfundsforholdene. " (Petersen 1962: 14).* Dette forhold begrundes desuden også igennem en forståelse af at samfundets kontinuerligt stigende velstand, må danne grundlag for en ligeledes kontinuerligt stigende behandling af det sociale arbejdes genstand. Det er dog ikke kun igennem den psykologiske lære, at foreningen mener at man må udvide det sociale arbejde. Således forstås den optimale tilgang til de mentalhygiejniske problemer som en kombination af allerede eksisterende perspektiver:

" Skal man derfor – ud fra den antagelse, at rådgivningsbehovet vil stige i årene, der kommer – tænke sig udformet en egentlig offentlig rådgivningsordning, kan der ud fra ovennævnte erfaringer næppe være tvivl om, at man bør tilstræbe en enhedsordning. Og det vil sige en ordning, hvor et team af læger, psykologer, socialrådgivere og jurister i fællesskab samarbejder med den rådsøgende om den bedst mulige løsning af hans eller hendes problemer. " (Petersen 1962: 14).

Det er således igennem alle disse forskellige vidensformers implementering i det sociale arbejde omkring for eksempel skilsmisser, misbrugssituationer og lignende at indsatserne skal udvides. Af dette citat fremgår det ligeledes hvor enormt omfang foreningen mener at der sociale arbejde skal have, således har skribenten noteret samtlige deltagende fagpersoner i flertal, i en tænkt situation med kun en enkelt klient. Dette kan være udtryk for en simpel u hensigtsmæssig formulering, men det er med til at understrege hvordan optikken på det sociale arbejdes budgetter i disse år antog noget optimistiske tilgange. Denne argumentation udbygges med en lidt ubegrundet forestilling om at der ved optikkens udbredelse vil manifestere sig et stort behov for denne:

"Ud fra de erfaringer, som Landsforeningen har på indeværende tidspunkt er der ingen tvivl om, at behovet for rådgivning er ganske overordentlig stort i den danske befolkning, og at behovet – hvis kendskab til

rådgivningernes tilstedeværelse blev alment kendte – totalt ville sprænge rammerne for en amtsvis aftenkonsultation” (Petersen 1962: 14).

Den mentalhygiejniske tilgang, og derved også dennes påvirkning af det sociale arbejdes vidensformer har derved et par karakteristika der kan noteres:

- Der er sket en generel stigning i samfundets velstand, og denne må efterfølges af en tilsvarende stigning i beskæftigelsen med det sociale arbejdes problemer.
- Forståelsen af hvad der betragtes som et anliggende for socialfagligheden må ligeledes være genstand for denne generelle udvidelse af det sociale arbejde.
- Kontinuerligt flere problemer vil manifestere sig når der er dannet teknologier til at håndtere disse og kendskabet til teknologierne stiger.
- Problemerne må behandles igennem tværfaglig inddragelse af psykologer, psykiatere, socialrådgivere og læger.
- Disse problemers antal i befolkningen er *symptomer på at der samfundsmæssigt set er noget galt.*

Således argumenteres der i denne type bevægelser for en markant udvidelse af det sociale arbejde omkring psykiske lidelser, hvilket naturligvis understøttes af den store stigning i indsatsen i denne periode. Det opfattes ligeledes at der er en stor andel u- eller fejldiagnosticerede sociale problemer, der først vil blive tydeliggjorte med indførelse og udbredelsen af en teknologi til behandling af disse.

En anden af de tilgange der får en del opmærksomhed i 1960'erne er familierapi. Grundlæggende forstås de sociale problemer her som manifestationer af underliggende problemer i klientens familie. En af de store påvirkninger i denne forbindelse er den amerikanske psykiater Nathan Ackerman hvis grundlæggende forståelse er at: ” »Mentale sygdomme er for en stor del socialt betingede. Engang troede vi, at de var arvelige, men det er de almindeligvis ikke« (Erichsen 1962: 15). Det er altså ud fra nogle antagelser, vi i dag nok ville identificere som socialpsykiatriske betragtninger at familierapiens begrundelse skal findes. Argumentationen uddybes med en normativ grundide om at der er noget særligt naturligt ved familien som organisationsform, og at brud og forstyrrelser i denne formation er årsagen til sociale og psykologiske problemer:

” »Ingen kan leve uden en familie; hvis den naturlige familie splittes, søger den enkelte sig placeret i en anden familielignende gruppe«. Når et gruppemedlem bliver sygt, er det hele gruppens anliggende. Sygdommen er opstået i gruppen, måske som følge af gruppens struktur, og måske har det, som af gruppen omfattes som sygdom hos den ene, i virkeligheden sit tyngdepunkt andetsteds i gruppen. Derfor skal sygdommen behandles i gruppen, og gruppen skal bringes til at fungere mere hensigtsmæssigt og dermed bidrage til helbredelsen. ” (Erichsen 1962: 15).

Familierapiens betragtninger baserede sig således på et grundsyn, hvor genstanden for det sociale arbejde var familien, og de opståede sociale problemer måtte således også løses inden for denne. Derfor ses det hvordan afvigelser i enkelte medlemmer af familien, betragtes som havende konsekvenser for de resterende medlemmers psyke. Denne behandlingsform udgør altså en totaliserende magt, som gør samtlige medlemmer af familien til genstande for en række normative forståelser af, hvordan man må opføre sig for at have den ønskede fælles udformning som familie:

” »Man kan ikke behandle psykiske sygdomme ved at behandle den enkelte alene — man må inddrage hele familieguppen i behandlingen« (Erichsen 1962: 14).

Det er en fællestræk for mange af de samtidige psykologiske vidensformer at skilsmisser problematiseres, og den betragtning er naturligvis også indlejret i familierapiens forståelser. Det beskrives hvordan det i konkrete behandlingssituationer selv med mindre børn måtte bestræbes at disse er en del af behandlingen:

”Kun ved en enkelt lejlighed blev børnene sendt udenfor, men ellers deltog alle familiens medlemmer i drøftelserne ud fra den opfattelse, at et familiemedlems vanskeligheder er hele gruppens problem. »Pointen er at frembringe en nærmere fælles forståelse«. ”

De centrale betragtninger som ligger til grunde for familierapien i 1962 kan således opsummeres til at være:

- Familien er genstanden for det sociale arbejde, og udgør en naturlig social konstellation som bedst understøtter individers velbehag, der derved er afhængigt af indgåelse i sunde familiegupper.
- Individuelt fremtrædende problemer ansues som manifestationer af latente forstyrrelser i familiens struktur.

Som teknologi er er familierapien særligt interessant da den udgør en totaliserende praksis inden for den noget mindre konstellation, familien, der dog som enhed er genstand for vidensformen som her definerer både ekstern og intern udformning. Det kan betragtes som en teknologiform som gør familien til genstand, og holder denne ansvarlig for de enkelte medlemmers eventuelle afvigelser. Således skaber man igennem teknologien grundlag for en form for familiemæssig selvstyring, ud fra den diskursive vidensproduktions normativitet.

Op igennem 60erne bliver den koordinerede behandling af hele familier i højere grad implementeret i det sociale arbejde. Man har fundet at denne metode er højst effektiv i forhold til at få familier som samlede enheder til at fungere, og at metoden, i forhold til en betragtning om at den tidlige og forbyggende indsats er at foretrække, over for den efterfølgende og reaktionære, klart er favorabel. Det forklares således af sociallægen Gertrud Schleisner:

"Baggrunden er de senere års stigende forståelse af, at det er nødvendigt at anlægge et familieorienteret syn, hvis man effektivt skal kunne hjælpe andre mennesker med deres personlige og sociale problemer - samt en erkendelse af, at det socialpolitisk er mest rationelt, og i det lange løb det billigste, at investere sine kræfter og muligheder i den nye generations opvækstmiljø, familien." (Schleisner 1965: 4)

Netop denne rollekombination af socialarbejder og familielæge kommer til at betyde meget i det fremadrettede sociale arbejde af denne type. Det forstås at det sociale arbejde rettet mod hele familier, kan dele deres målgruppe i 3 forskellige udformninger. Den første gruppe udgør de familier som typisk kommer i kontakt med socialkontorerne, på grund af problemer af overvejende praktisk karakter, og disse vurderer man allerede er hensigtsmæssigt placeret i systemet. Den anden gruppe af familier er præget af hvad man betegner som *"mere personlige og psykologisk prægede"* problemer, og disse kommer primært i kontakt socialkontoret eller mentalrådgivningsklinikker, og vurderes også som placeret rigtigt i systemet. Den reelle målgruppe for disse former for indsatser er derimod den tredje gruppering, de såkaldt *multiproblematiske familier*. Disse familier er kendetegnet ved det klart størst opfattede behandlingsbehov, og det forklares ydermere at:

"... man kan i reglen ikke påregne ret meget aktivt samarbejde fra de pågældende familiers side, da de mangler såvel overskud af kræfter dertil og ofte og motivationen for at samarbejde." (Schleisner 1965: 5)

Det drejer sig altså typisk om relativt uvillige familier hvis problematiske adfærd må søges at rettes til igennem en lang række koordinerede indsatser. Det forklares videre at denne type familier, samt en del af familierne i gruppe 2, typisk må betragtes som havende en række andre problemer end dem som de henvender sig med til den sociale arbejder, og den holistiske tilgang som vi tidligere har set karakteriserede det sociale arbejde i 60erne og 70erne går således igen her. Denne helhedsorienterede betragtning om problemernes ikke-åbenlyse oprindelse, kombineret med optikken at individuelle problemer kan være manifestationer hvis ophav ligger i familiestrukturen, giver anledning til meget invasiv former for socialt arbejde, og det beskrives hvordan socialarbejdere tilnærmelsesvist bliver indlejrede i de pågældende familier:

"...det er et faktum, at den, der under sit arbejde med en familie kommer den så tæt ind på livet som f. eks. en familievejleder eller hjemkonsulent, der kommer i hjemmet, gør det, eller i mange tilfælde også en socialrådgiver, der forsøger at gå lidt i dybden, gør det, uanset sine kvalifikationer vil blive mere eller mindre indblandet i alle familiens væsentlige problemer, praktiske som personlige, uanset om hun ønsker det eller ej, og føler hun sig engageret i familiens situation, vil hun komme til at føle sig stærkt provokeret til at tage stilling til alle dens problemer." (Schleisner 1965: 5)

Der argumenteres i forlængelse af denne konstatering for, at den sociale arbejder må være omhyggelig med ikke at inddrage sociale problemer i sin behandling af familien, som denne ikke er kvalificeret til at håndtere. I stedet må socialarbejderen henvende sig til den relevante instans, og denne opgave med at kunne identificere problemer og henvise til andre kvalificerede bliver central, da man fremadrettet ønsker at koordinere arbejdet betydeligt mere end tidligere.

Man begynder inden for denne skole af socialt arbejde at benytte en opdeling af patologisk og raske familier for at kunne afgøre hvilke familiers problemer der måtte behandles igennem individuelle indsatser, og hvilke der skulle indgå i det familieorienterede behandlingsvæsen. Man betragter denne adskillelse som central da den udgør skillelinjen imellem to efterhånden veletablerede vidensformer, psykiatrien og socialpsykiatrien: *"Dels har psykoanalytikerne ikke helt så dominerende en position, og dels har de social-psykiatriske synspunkter begyndt at gøre sig gældende."* (Auken 1966: 136). Det pointeres at den socialpsykiatriske vidensform er fremvokset i overensstemmelse med de praktikker, der hidtil har hersket for børnepsykiatrien, hvor man længe har set børnenes psykopatologi som afledt af, eller i sammenhæng med den resterende families. Denne udvikling henviser også en del af sin baggrund til USA hvor de såkaldte "marriage counsellors" er begyndt at spille en central rolle, og bliver fremhævet da de ikke umiddelbart samarbejder ret tæt med psykiatriske afdelinger, men betragtes som havende overtaget en række af dennes opgaver, igennem optræning i basal psykologi og socialpsykiatri. De danske eksponenter for disse tilgange pointerer at der er blevet udført en del af den samme type indsatser i det danske sociale arbejde:

"I Danmark er der udført et pionerarbejde igennem mødrehjælpens familierådgivning, gennem sociallægeinstitutionen i Århus og delvis gennem Mentalhygiejnisk Forening og gennem Familiecentret på Vesterbro. Mere og mere er det synspunkt trængt igennem, at de psykiske lidelser, her tænker jeg særlig på de neurotiske, viser deres egentlige symptomatologi på familielivets scener. Ofte viser det sig, at det familiemedlem, der henvises til behandling, ikke er den, der i familien er mest afvigende, men at hans eller hendes symptomer er en reaktion over for det egentlig syge medlem af familien." (Auken 1966: 136)

De familieorienterede behandlingsformer er altså allerede en del af praksis i Danmark, og det er netop disses erfaringer som det forstås at der må bygges videre på, dog problematiseres socialrådgiverens rolle; for hvordan sikrer man at en socialrådgiver kan have et indgående kendskab til den pågældende familie, hvis denne ikke tidligere har haft sociale problemer og derved været i kontakt med myndighederne. Man ser med baggrund i denne argumentation at det mest hensigtsmæssige sted for samlingen af den familiebaserede behandling, er hos den praktiserende læge:

”Jo mere jeg arbejder med familiepsykiatriske problemer, des mere står det mig klart, at man hidtil har overset den væsentlige faktor i sygdomsbekæmpelsen og i det profylaktiske arbejde, både inden for de psykiske og de lægelige sygdomme. Jeg tænker her på den praktiserende læge.” (Auken 1966: 136)

Det pointeres ligeledes at dette er oplagt da familien som enhed netop opstår ved fødslen af det første barn, og at der i denne forbindelse er en lang række anledninger til at snakke med familiens praktiserende læge, og således er han eller hun allerede indlejret i den sociale kontekst omkring familien, og har fulgt denne fra sin oprindelse. Det fremføres ligeledes at man har en forventning om at den praktiserende læge i fremtiden vil få betydeligt færre opgaver, dette er dog en antagelse der ikke rigtig underbygges, men som blot understreger den optimisme der kendetegnede det sociale arbejde i denne periode frem imod begyndelsen af oliekrisen i efteråret 1973.

Et centralt forslag for støtterne af de familierapeutiske tilgange bliver derfor at man må opkvalificere de praktiserende læger inden for socialpsykiatrien. Herudover skal kommunikationen imellem de praktiserende læger og det omkringliggende behandlingsvæsen styrkes. Den foreslåede praksis kan opsummeres således:

”en praktiserende læge er den, der først træffer problemfamilien. Han er den eneste, som kender hver enkelt familiemedlem, og som har behandlet både de somatiske, de psykosomatiske og de social-psykiatriske lidelser. Fra en psykiaters synspunkt ville det være en lykke, om de praktiserende læger i særlig grad følte sig knyttet til de psykiatriske enheder, som samtidig ville arbejde langt mere effektivt, hvis de havde lejlighed til at behandle familien gennem den, der kender familiens hele problematik, nemlig gennem familiens egen læge og hans hjælper, heriblandt socialrådgiveren.” (Auken 1966: 137).

Således kan den samlede familie- og socialpsykiatriske argumentation opsummeres i en række vejledninger til det sociale arbejde:

- Familien er den behandlingsmæssige genstand, og således kan problemer der er opstået i en given familiekonstruktion ikke reduceres til individualistiske behandlingsmetoder.
- Socialpsykiatrisk sygdomsopfattelse tager udgangspunkt i at der inden for familien kan være en lang række forskellige grunde til at problemer opstår, og at de observerbare problemer kun kan betragtes som disse dybereliggende neurosers manifestationer, og derved er der ikke nødvendigvis nogen åbenlys relation imellem manifestationen af problemet og den forårsagende afvigelse eller neurose.
- Den praktiserende læge må udgøre den helt centrale figur i behandlingen af socialpsykiatriske problemer.
- Psykologiske problemer må som udgangspunkt forsøges behandlet igennem socialpsykiatriske indsatser, der enten udføres af den praktiserende læge, eller som familien henvises til igennem denne.

På dette tidspunkt er der således i det sociale arbejde, allerede mange af de træk som vi kender fra den moderne behandling af depression på plads, inden for den socialpsykiatriske vidensform, der dog fortsat argumenterer for at de sociale grupper, typisk familien, er genstanden for det psykiatriske arbejde. Ligeledes

argumenteres der igennem interesseorganisationer som landsforeningen for mentalhygiejne for øgede indsatser over for patienter med forskellige manifestationer af de psykologiske lidelser.

For at redegøre for den danske psykiatris tilstand i det nuværende sociale arbejde er det nødvendigt at starte med fremkomsten af hvad man kaldte de *store psykofarmaka*. Indledningsvist må der dog fremhæves en række betragtninger om psykiatrien indtil disses fremkomst i 50erne. Psykiatrien var, som vi har set det ovenfor påvirket af en lang række vidensformer i 60erne og 70erne, og disse indeholdt forskellige elementer som i varierende grad er bevaret i behandlingen af psykiatriske patienter i det nuværende sociale arbejde. Ser man på psykiatriens egen forståelse af sin oprindelse, argumenteres der for at denne voksede ud af en diskursiv kamp, der foregik fra starten af det 20. århundrede, imellem to markant anderledes forståelser, som beskæftigede sig med 2 forskellige felter inden for psykologien:

”Det ene var teorien om de organiske hjerneforandringer som årsag til psykiatriske lidelser, det andet ideen om forstyrrelser i personlighedsudviklingen: karakterneurosen, som den væsentlige ætiologiske faktor. Der var ikke nødvendigvis nogen modstrid mellem disse hypoteser, fordi den ene kunne handle om en speciel gruppe, nemlig psykoserne, medens den anden kunne dække de neurotiske eller reaktive sygdomsbilleder.” (Møllergård 1978: 39)

Denne tilstand af flere forskellige forklaringer fortsatte og flere vidensformer gav deres bud på forståelser af de psykologiske problemer. Dette udviklede sig ikke som man havde håbet på, til mere præcise og velafgrænsede definitioner, men derimod fortsatte man med at få kontinuerligt flere forskellige bud på årsager og sammenhænge:

”Forsøget på at strukturere informationsmængderne lykkedes ikke, og man fik i stedet tilføjet en række nye emneområder, der ikke tvangfrit lod sig indpasse i de allerede kendte systemer. Håbet om at finde frem til velafgrænsede nosologiske enheder blev efterhånden noget tyndslidt, og man kom i stedet til at stå med nogle særdeles komplicerede interaktionsmodeller, hvor biologiske, psykologiske og sociale forhold måtte antages at spille sammen i en multifaktoriel ætiologi, men hvor sygdomsbeskrivelsen til gengæld udviklede sig diffust.” (Møllergård 1978: 46)

I denne periode udviklede psykiatrien og psykologien sig således på nogenlunde samme måde som det resterende sociale arbejde, og oplevede således en stigning både i antallet af teknologier, ætiologiforklaringer og sygdomsopfattelser; der skete altså en hastig udvikling i antallet af, og variationen imellem vidensformerne. Den behandlingsform der er dominerende i det moderne arbejde blev dog psykofarmakologien, der igennem medicinsk behandling af de deprimeredes symptomer søger at reducere disse i en sådan grad, at depressionen formindskes eller helt bortfalder. Dennes udspring påviser dog meget godt den store variation og tilbøjelighed til eksperimenterende tilgange der herskede i feltet, og derved ses det hvordan den vidensform som begrunder behandlingsformerne, i virkeligheden er opstået som konsekvens af farmakologiens nybrud; En praksis hvis formål ikke har ændret sig markant siden dens gennembrud, og som noteres i Danmark allerede i starten af 60erne:

”Fremkomsten af de »Store psykofarmaka« omkring 1950 betød derimod noget principielt nyt, idet man herved på betydningsfuld måde fik midler til at påvirke de alvorlige symptomer ved de egentlige sindssygdomme, et område hvor gentagne forsøg på medikamentel behandling før havde været uden succes” (Amdisen 1962: 14).

Denne nye gruppe af lægemidler under betegnelsen store psykofarmaka, var markant forskellig fra de resterende psykofarmaka, der på dette tidspunkt bestod af lægemidler, hvis funktion enten var markant stimulerende eller beroligende. Man så således fremkomsten af de nye midler som en meget skelsættende begivenhed:

”Sådan som situationen tegner sig i dag, ser det ud til, at der med indførelsen af de »store psykofarmaka« er indledt en ny epoke i psykiatrien, som man optimistisk håber på endnu kun er i sit initialstadium. Disse stoffer er et skelsættende supplement til de behandlinger - psykoterapi, elektrostimulation, insulinkoma og leucotomi (»det hvide snit«) — der ellers står til rådighed til påvirkning af de egentlige sindssygdomme (psykoserne). ” (Amdisen 1962: 16).

Man ser ligeledes allerede på dette tidspunkt, at beskæftigelsen med ætiologi falder bort fra psykiatrien, i det omfang at denne agerer som psykofarmakologiens vidensform. Det var ikke fordi der ikke var plads til at spekulere i og undersøge eventuelle årsager, men effekten af behandlingen betragtes som symptomatisk, og teknologien adskilte således ætiologi og manifestation, en konfiguration som ikke var unormal på dette tidspunkt, og som for eksempel stemte fint overens med socialpsykiatriens, familiepsykiatriens og psykoanalysens forståelser. Denne konfiguration af vidensformen gjorde at behandlingsteknologien ikke var i konflikt med de andre dominerende vidensformer, og det var som sagt de farmakologiske midlers effekter som var centrum for den nye praksis:

”Det er også væsentlig i denne oversigt over de »store psykofarmaka« at nævne, at deres virkning er symptomatisk, d.v.s. de kan reducere psykosens ydre tegn evt. helt fjerne dem, men der er anledning til at regne med, at nedenunder den medikamentelle »paraply« forløber den sygelige proces upåvirket. ” (Amdisen 1962: 16).

Man forstår således at den symptomatiske behandling kan være med til at lette de lidelser de ramte oplever, men er også klar over dette intet gør for at fjerne eller forhindre frembringelsen af disse. Man ser hvordan psykofarmakologien som teknologi i løbet af de næstkommende år, danner grundlaget for den modificering af den psykiatriske vidensform, som den moderne behandling begrundes med. Således ser man at forståelsen af diagnosen rolle er en markant anden end traditionelt, altså at beskrive en sygdoms udformning eller årsag:

”Motivationen for ændringer – og håbet – kom egentlig først tilbage ved den psykofarmakologiske æras begyndelse i 1952, fordi man pludselig fik en ganske ny relevans for sygdomsbeskrivelsen. Den skulle pludseligt bruges til at afgrænse de patientgrupper, der kunne bedres væsentligt eller helbredes under en helt specifik behandling indenfor en overskuelig periode. ” (Mellergård 1978: 47)

Denne noget anderledes måde at argumentere for en vidensforms forståelse af depression, blev altså således, fordi der i feltet var en lang række bud på ætiologiske forklaringer, som dog ikke umiddelbart ledte til teknologier, der kunne leve op til både egne og samfundets forskrifter for behandling: *Det blev altså den terapeutiske beslutningsproces, der pludseligt begyndte at stille krav om en forfinelse eller måske en ændring af den diagnostiske.* ” (Mellergård 1978: 48). Man begrundede denne udformning med et ønske om at frembringe positive symptomatiske resultater for klienterne, man på grund af feltets anfægtede forståelser opfattede som fanget i en form for behandlingsmæssigt vakuum. Derfor kan man kun gisne om ikke der forelå en implicit ætiologisk antagelse i denne psykiatriske udvikling, men at man måske netop på grund af feltets anfægtede tilstand fravalgte denne diskursive kamp. I hvert fald var prioriteringen klar:

”Vi ønsker at indsamle oplysninger for at kunne formulere patientens problemer og for at samle argumenter, der bidrager til deres løsning. Dette betyder ikke, at vi vil opgive diagnosen som kriterium, men vi betragter de operationelle kriterier som væsentligere. ” (Mellergård 1978: 66).

Denne tilgang sikrede at psykiatrien, og psykofarmakologien som en del af denne, var klar til at behandle patienter med mere diffuse typer af symptomer end den hidtil havde gjort. Psykiatrien som vidensform var således indlejret i det danske sociale arbejde på dette tidspunkt, og havde i form af psykofarmakologiens nye medikamenter og fokuset på disses anvendelsesmuligheder, konkrete behandlingsformer og en metodik klar til udviklingen af behandlinger af nye symptombilleder. Herudover havde skiftet væk fra et ætiologisk fokus fritaget psykiatrien fra den øjensynligt uoverkommelige opgave, at beskæftige sig med konkrete kureringer:

”En ny holdning til sygdomsbeskrivelse vil nok medføre en ændring i vor opfattelse af sygdomsbegrebet. Vi bevæger os stilfærdigt, men sikkert bort fra det fortolkningsdelir og den skrivekløe, der længe har været noget i retning af en psykiatrisk erhvervsyggdom, og hen mod en situation, hvor man accepterer, at hele sygdomsbilledet, omfattende klager, beskrivelse af dysfunktioner og abnorme holdninger, trods alt kun udgør en del af patientens tilværelse. (Mellergård 1978: 68)

I den efterfølgende periode ser man mange af de samme udviklinger internationalt, og dette kulminerer i 1980 da American Psychiatric Associations diagnosemanual *DSM*, blev opdateret til sin 3. udgave hvori der ligeledes sker en overgang til ætiologiløse og symptom baserede sygdomsforståelser. Udgivelsen af den europæiske ækvivalent, ICD-10, der deler denne tilgang, cementerer den internationale psykiatris optik på psykologiske problemer, og deres fokus på symptomatiske behandlinger¹².

¹² Indførelsen af disse internationale manualer har helt sikkert givet en stor medvind til de danske aktører der agiterede for at basere det danske sociale arbejde på psykiatrien og psykofarmakologien, men det er meget uklart hvor stor denne påvirkning var. Dels har jeg allerede påvist at disse vidensformer og teknologier var på plads i Danmark da disse manualer udkom, og der er desuden allerede lavet en lang række interessante og mere udbyggede analyser af specielt DSM-III's rolle i den internationale fremvæksten af antidepressiva end jeg ville kunne foretage her (Se f.eks. Horwitz & Wakefield 2007, 2012; Rose 2006). Herfor afholder jeg mig fra at inddrage disse yderligere i analysen selvom der sagtens kan argumenteres for disses relevans.

Det er i denne næstkomende periode vi ser det sociale arbejde blive underlagt en række nye målsætninger, og den store omvæltning som 80ernes politiske behandling af det socialfaglige arbejde medbringer sig. Man begynder som der redegøres for i den tidligere delanalyse, at integrere en række realpolitiske målsætninger i det sociale arbejde: begrænsninger af omkostningerne, et højere krav om påviselige effekter over kortere perioder, og et fokus på at få gjort klienterne klar til arbejdsmarkedets funktionelle krav. Herudover bliver der fra politisk side, sået tvivl om legitimiteten af det væld af humanistisk informerede socialarbejdere, som eksisterede i det sociale arbejde i Danmark på dette tidspunkt. Denne destabilisering af det sociale arbejde og psykiatriens evne til at levere resultater inden for datidens politiske målsætninger, gav således denne legitimitet og anledning til at betinge opfattelsen af den store mængde af nyligt indtrådte klienter i det sociale arbejde. Således ser vi også at det fokus som psykiatrien foreslog i starten af 1950erne med fremkomsten af de store psykofarmaka fastholdes i den nuværende behandling af deprimerede i Danmark. Man ser ligeledes hvordan elementer fra den tidligere social- og familiepsykiatri viderebringes, herunder den praktiserende læges rolle som central koordinerende instans, og målsætningen om at denne i forbindelse med psykiatriske problemstillinger, må være den dominerende skikkelse i behandlingen. Denne strukturering af behandlingen er allerede på plads ved en undersøgelse lavet af sundhedsstyrelsen i 1991, ligesom man her ser at samtaleterapien er begyndt at flytte herud:

”Den alment praktiserende læge er i hovedparten af amterne den eneste eksterne visitator i forhold til det specialiserede psykiatriske behandlingssystem. Det er en generel tendens i amterne, at almen praksis i forbindelse med omstillingen på psykiatriområdet knyttes tættere til det øvrige psykiatriske behandlingssystem

(...)

Samtalebehandling i almen praksis tilgodeser princippet om, at behandlingsindsatsen søges løst på det mindst indgribende behandlings- og omsorgsniveau.” (Sundhedsstyrelsen 1991b: 58).

I samme forbindelse ser vi praksis omkring psykofarmaka er udlagt til den praktiserende læger der blot forstås at skulle assisteres af møder med distriktpsikiatriske repræsentanter:

Distriktpsikiatriens opgave er at støtte lægen i dennes arbejde med patientens problemer, herunder vejledning om brugen af psykofarmaka. Samarbejdet foregår eksempelvis som månedlige møder mellem distriktpsikiatrisk team og grupper af læger i lokalområdet, samt løbende kontakt omkring patienter. (Sundhedsstyrelsen 1991b: 58f)

At disse møder er lavt prioriteret, og at man forstår at de praktiserende læger godt kan håndtere den diagnostiske opgave uden assistance, understreges dog af at der kun i *”en række amter [ydes] honorering til den praktiserende læge for deltagelse i distriktpsikiatriske møder med både praktiserende speciallæger i psykiatri og distriktpsikiatriske team”* (Sundhedsstyrelsen 1991b: 59). Således er der allerede i starten af

90erne implementeret hovedtrækkene i den struktur vi kender fra vores samtidige sociale arbejde med depression.

I den nuværende behandling af deprimerede i Danmark fremstår særligt et udsagn som centralt, Dansk Selskab for Almen Medicins *Vejledning om Unipolar Depression*. Der henvises blandt andet til denne i sundhedsstyrelsens egne vejledninger til praktiserende læger om depression, og den baserer sig ligesom disse på ICD-10s sygdomsforståelse (Sundhedsstyrelsen 2007¹³, 2012; DSAM 2010:7,10). I denne vejledning finder man den model for diagnostik der er gengivet i specialets definition af depression, og som stemmer overens med de betragtninger om psykiatriens rolle og udformning, som senest fra 60erne var tilstede i det sociale arbejde i Danmark (DSAM 2010: 10ff).

Denne vejledning giver et billede af hvordan opgaven med at diagnosticere og derved forstå depression har udviklet sig. Argumentet for at lave en sådan vejledning er naturligvis i første omgang at afhjælpe eventuelle diagnoseproblemer ved de praktiserende læger, men man finder ligeledes argumentationer i vejledningen som genspejler den mentalhygiejniske antagelse om at de psykiske lidelsers ligger gemt, og at disses omfang først ved behandlingsteknologiernes udbredelse vil fremstå:

”WHO har identificeret psykisk sygdom som det område, hvor der er det største misforhold mellem, hvad det er muligt at behandle, og hvor mange der rent faktisk bliver behandlet. WHO forudser også, at depression i 2020 vil rykke op på andenpladsen over de mest belastende sygdomme på verdensplan.” (DSAM 2010: 35).

Vejledningen forklarer om deprimerede videre at *”Næsten halvdelen [af alle deprimerede] søger ikke læge, og blandt dem, der søger læge, vil mange henvende sig med andre symptomer end nedtrykthed; fx angst, træthed, søvnbesvær, smerter eller andre fysiske symptomer.”* (DSAM 2010: 7). Vejledningen fortsætter på næste side lige efter denne indledning, med afsnittet ”Opsporing”. Man må forstå på dette afsnit at det er meget nemt at overse depression, og at den praktiserende læge altså skal være opmærksom på, udover at diagnosticere de patienter der klager over symptomer indeholdt i diagnosen, også at screene klienter der klager over andre helbredsproblemer for depression:

”At opspore en depressionstilstand hos en patient er ikke så vanskeligt, når den praktiserende læge gør sig klart, hvad han skal lægge mærke til. Vanskeligheden kan ligge i, at mange patienter ikke selv er klar over, hvad der er i vejen med dem, og derfor ikke kan oplyse om deres depressive symptomer. I stedet vil patienten ofte gøre opmærksom på fysiske symptomer som træthed, smerter, problemer med bevægeapparatet, mavebesvær, manglende appetit, vægttab eller dårlig nattesøvn. Hvis symptomerne ikke har en somatisk forklaring, bør lægen overveje, om der foreligger en depressionstilstand. Det gælder især ældre mennesker og personer, der er tilflyttet fra andre kulturområder.

¹³ Der henvises i denne til DSAMs kliniske vejledning *Diagnostik og behandling af depression i almen praksis* (2001) som de selv forklarer 2010 udgivelsen er en opdatering af (DSAM 2010: 2).

Den praktiserende læge kan også få mistanke om depression, hvis patienten i stedet for depressive symptomer klager over andre psykiske symptomer, særligt hvis de er opstået for nylig, fx angst eller urofølelse, anspændthed eller irritabilitet, stress eller udbrændthed. Det samme gælder, hvis patienten tidligere har haft depressive episoder, eller hvis der optræder depression eller andre psykiske lidelser i familien. ” (DSAM 2010: 8)

At opsporing betragtes som en stor del af opgaven med at diagnosticere depression, og at man har fravalgt et ellers hyppigt brugt ord inden for særligt diagnostik og sygdomslære, screening, for i stedet at bruge det mere aktivt handlende ord opsporing, kunne antyde en implicit forståelse af at der foregår en underdiagnosticering af deprimerede, som det også blev pointeret i det tidligere citat (DSAM 2010: 7).

En anden pointe der er værd at notere i dette uddrag er, at det især er iblandt ældre mennesker og personer, der er tilflyttet fra andre kulturområder at det er nødvendigt at være opmærksom på mulige depressioner. Dette stemmer rigtig godt overens med den grundlæggende forståelse af sociale problemers opståen der blev fremført i forbindelse med aktiveringsarbejdet i 90'erne, at det er selve indgåelsen i det danske arbejdsmarked som holder disse på afstand. Således forstærkes billedet af depressionen som et supplement til arbejdsmarkedets disciplinerende effekt, efter samme princip som aktiveringsarbejdet.

Et element ved vejledningen som giver anledning til en vis undren er at der er medtaget et 2 siders afsnit med titlen ”Årsagsforhold og sygdomsopfattelse”. Dette kan virke unødvendigt og irrelevant da diagnosens deskriptive karakter ellers pointeres i rapporten: *”Depressionsdiagnosen hviler altså på et rent deskriptivt sygdomsbillede uden hensyn til mulige årsager.* ” (DSAM 2010: 10). Dette understreges ligeledes i afsnittet om diagnoseopgaven hvor det kraftigt betones, at det er en del af den diagnostiske opgave for den praktiserende læge, at ignorere mulige årsagsforhold eller udløsende faktorer:

”Depressionsdiagnosen stilles således udelukkende ud fra patientens symptomer, uden anden prioritering eller vægtning end den, patienten selv anfører, og helt uden hensyntagen til mulige årsager eller udløsende faktorer. ” (DSAM 2010: 11).

På trods af disse henvisninger følger der som sagt et afsnit i vejledningen der forklarer indgående om årsagsforhold. Dette afsnit henleder tankerne til den store variation i opfattelsen af psykiske sygdomme og sociale problemer, der eksisterede i behandlingssystemerne frem imod 90'erne, hvor SUM arbejdet igennem de eksperimenterende tilgange, havde reduceret mængden af de social- og psykologiorienterede forståelser. Depressioners ætiologi og forståelse fremlægges således:

”Depressionstilstande har efter alt at dømmes en multifaktoriel ætiologi, hvori der indgår biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Udviklingen af en sygelig depressionstilstand beror formentlig på en anlægsbetinget tilbøjelighed til defekt stemningsregulering, hvilket ofte viser sig ved øget forekomst af depressive tilstande i familien, især ved bipolar affektiv sindslidelse.

Et sådant anlæg er dog sjældent i sig selv tilstrækkeligt til at fremkalde sygdommen, som oftest udløses af en eller anden form for belastning, som rammer personen i en særlig følsom livsfase (diathesis-stress model), fx i form af tabsoplevelse eller belastende konfliktforhold.

Andre udløsende faktorer kan være misbrug, traumer, sygdom eller hormonsvingninger, fx i forbindelse med fødsel (»fødselsdepression«) og klimakterium.

Depressionstilstande kan også udløses af en årstidsbetinget nedsættelse af lysmængden og kan da optræde som vinter- eller forårsdepressioner. Hvor stærk en påvirkning, der skal til for at udløse en depressionstilstand, synes at afhænge af styrken af det genetiske anlæg: Jo stærkere det genetiske anlæg er, jo mindre skal påvirkningen være. ” (DSAM 2010: 17)

Redegørelsen fortsætter med et par tabeller over risikofaktorer og medvirkende årsagsfaktorer for udvikling af en depression, der ligeledes vidner om at vidensformernes bud på depressioners årsager, ikke har ændret sig markant siden indførslen af den nuværende psykiatriske praksis. Det fremgår altså tydeligt at der er en række elementer fra de tidligere vidensformer i det sociale arbejde, som er bevaret i tilgangen til behandlingen af depression, og at der har været afgørende strukturelle forhold som den symptomatologisk og psykofarmakologisk inspirerede psykiatri har passet særligt hensigtsmæssigt til. Disse forhold vil blive gennemgået i specialets konklusion.

KONKLUSION

I en udvikling som den belyste i 1960erne hvor demarkationerne for et feltets diskursive vidensproduktion perforeres, begynder teknologiernes indlejrede vidensformer, i stedet for de mere fastforankrede udsagn i den diskursive formation, i højere grad at betinge det sociale arbejdes diskurs. I dette tilfælde ser vi hvordan en tilstrømning af midler tillader, hvis ikke direkte opfordrer, vidensformerne til at udvide deres indsatser, men da dette sker tilstrækkeligt hurtigt, er det ikke nødvendigvis muligt inden for de givne vidensformers forskrifter, at argumentere for en tilstrækkelig stor udvidelse af de allerede eksisterende teknologier alene. Med denne forøgelse i feltets midler begynder man således at inddrage kontinuerligt mere perifere dele af vidensformen, i eksperimentelle teknologier. Disse perifere udsagn får således, igennem deres manifestationer i teknologierne mulighed for at bekræfte deres indlejring i vidensdiskursen, hvis de på adækvat vis kan argumenteres for, samt lever op til de generelle politiske målsætninger. Således kan den mekanisme som Foucault beskriver som en reproduktion af vidensformerne igennem indlejrede logikker i teknologier, ligeledes være med til at omstrukturere en diskursiv vidensforms formation der underligges strukturelle eller politiske krav om forandringer.

I specialets tilfælde ser vi som sagt hvordan den store vækst i det sociale arbejdes midler i 60erne, dannede grundlaget for en udvidelse af det sociale arbejdes diskursive vidensfelt. Denne udvidelse sker igennem en række perifere diskursive udsagn, som indlejres i teknologier. Alt efter hvor godt disse teknologier lever op til de nondiskursive målsætninger, der er udstukket politisk til det sociale arbejde, vil der være et tilsvarende stort incitament for at reproducere teknologien, og herigennem give den indlejrede vidensform, en større forankring i den diskursive formation. I 60erne og 70erne lader der ikke for alvor til at ske en afgørende forfinelse af det sociale arbejdes vidensformer, i form af en reduktion af mængden af eksperimentelle indsatser. Vidensproduktionen udvides i disse år som sagt kraftigt, men i stedet for at indsnævres i målrettede effekter, som er styrket på grund af erfaringerne fra de eksperimentelle tilgange, lader de fleste tilgange til at overleve, umiddelbart grundet svært målbare resultater, og så stor en tilstrømning af midler at det ikke har været regnet for nødvendigt.

Kort opsummeret sker der på grund af den store tilstrømning af midler i 60erne, en indlemmelse af perifere dele af den diskursive vidensform i det konkrete sociale arbejde. Denne eksperimentelle tilstand fortsætter i bred forstand indtil omkring 1980, hvor man begynder at beskære det sociale arbejde kraftigt og både direkte underminerer det sociale arbejdes vidensformer, igennem udmeldinger fra socialministeriet, og indirekte gennem en ændring af kriterierne for evaluering af indsatserne. I denne periode omkring 1980 og fremefter bevarer man den eksperimentelle tilgang til det sociale arbejde, men søger nu at indskrænke midlerne i stedet for at øge disse. Således bliver den samlede konsekvens af 60ernes perforering af grænserne for socialfagligheden, at man har udvidet feltet for legitime udsagn og teknologier inden for denne, og at man nu med den nye prioritering af rentable og arbejdsmarkedsorienterede indsatser, uden skelnen til disses grundlag i fagligheden, har sidestillet indsatser og teknologier som lever op til de nye nondiskursive krav, men som i en socialfaglig optik fra 1960, ikke nødvendigvis ville have været lige fagligt legitime. Således var præmissen for de

socialfaglige vidensformer ændret radikalt og underlagt nye politiske målsætninger og krav som påvirkede diskursens mulige udformninger afgørende.

Det er således relativt simpelt hvorfor depressionsdiagnosen passer så godt ind i den form for socialt arbejde som dikteredes fra 1980erne og frem, og hvorfor den udfylder pladsen som opfanger af generel mistrivsel i det danske samfund. Den er som diagnose udformet således for at kunne identificere den patientgruppe, som kunne drage nytte af en specifik psykofarmakologisk behandling. Således har man altså på baggrund af en teknologisk landvinding, psykofarmakologiens nybrud, de store psykofarmaka, dannet diagnosekriterier der har til formål at identificere klienter, som kunne tænkes at gavne af netop denne behandling. Det særlige i denne forbindelse, er at det indtil dette tidspunkt havde været udførelsen af det sociale arbejde, som havde drevet erfaringerne om de enkelte teknologier, og disses indlejrede vidensformer. Dette står i modsætning til psykofarmakologiens nu symptomatiske behandlingsteknologi, der hverken søger at behandle årsagerne til depressionerne, eller danne grundlag for en vidensproduktion om disse. Derimod er denne udvikling af psykiatrien, som vi ser begyndelsen til i Danmark i de sene 70ere, optaget af at skabe målbare symptomreduktioner for klienterne, inden for overskuelige tidsrammer. Da det sociale arbejdes vidensformer i 80erne kom under økonomisk og politisk pres, og i denne forbindelse blev underlagt en reduktion der tog udgangspunkt i målbare resultater og økonomiske begrænsninger, har psykiatrien således allerede i en længere periode haft meget ensklingende målsætninger, i hvert fald i forhold til at kunne skabe målbare resultater inden for korte tidsrum, og var derfor godt stillet i forhold til at argumentere for at man fortsat måtte finansiere denne type socialt arbejde. Mange af de resterende typer af socialt arbejde som psykiatrien kæmpede imod, om de nu mere begrænsede midler, havde i modsætning til psykiatrien grobund i de marxistiske, eller i hvert fald strukturelle opfattelser af de sociale problemers ætiologi, og deres teknologier havde oftest udgangspunkt i at rette op på disse grundlæggende skævheder, dannet af produktionsforholdene i samfundet. Dette udformede sig i en række oftest forebyggende eller støttende indsatser, hvis effekt var meget svært målbare, og som tit var begrundet med den socialfaglige teori som ikke indgik i de politiske målsætninger, og som på dette tidspunkt var anklaget, for at være udtryk for en nepotistisk tænkning iblandt de sociale arbejdere. Således fremstod psykiatrien med psykofarmakologien, på mange parametre som en meget hensigtsmæssig vidensform, at lade indgå i det videre sociale arbejde.

I forbindelse med denne periode begynder der ligeledes at fremstå nye objektiver for det sociale arbejde. Fokus bliver lagt på at sikre klienternes funktionelle kapaciteter i forhold til at indgå i produktionen, og der begynder at fremstå grundlaget for en ny vidensproduktion. I denne nye vidensform er den grundlæggende forståelse, at det er selve arbejdet der holder de sociale og psykiske problemer på afstand. Denne forståelse samt den relative økonomiske knaphed gør, at det sociale arbejde i meget høj grad fokuserer på de arbejdsløse, og der begynder at dukke indsatser som aktiverings- og revalideringsarbejdet op. Disse indsatser udvikler sig fra at være tilbud til de ledige til, igennem en vis mængde politisk kognitiv dissonans og kreativ argumentation, til i midt 90erne at blive en pligt og en ret at indgå i hvis man er arbejdsløs, nogenlunde rask og ønsker at modtage ydelser i forbindelse med ens arbejdsløshed. Der er dog en andel af de arbejdsløse som vurderes som ikke parate til denne form for socialt arbejde, da deres symptomers udformning netop udgør

funktionelle begrænsninger. Det er her den psykiatriske forståelse af depression og dennes behandlingsmuligheder, særligt i form af psykofarmakologien, vinder frem, og ser man på forbruget af antidepressiva i den efterfølgende periode, fremgår der en stigning fra 39 millioner til 170 millioner daglige doser fra 1996 til 2011¹⁴

Herfor passede depressionsdiagnosen så godt ind i et socialt arbejde, som var formet af den opfattelse at det er selve arbejdets udførelse der holder sygdommene på afstand. Således udgør depressionsdiagnosen en teknologi til identifikation af sociale klienter, som ikke umiddelbart er klar til inddragelse i den almindelige arbejdsstyrke, men som igennem en behandling, overvejende med psykofarmaka, kan gøres klar til dette. Således har man opnået en samlet teknologi der på baggrund af en definition af funktionalitet, dannet af arbejdsmarkedets krav til lønmodtagerne, kan identificere individer som ikke lever op til disse, og søge at behandle eller disciplinere disse. Herudover dannes der incitament for klientens accept af en diagnose og medfølgende behandling, da dette i visse tilfælde medfører nedsatte krav til individet i en periode, som for eksempel slækkelse af kravet om aktivering.

Kort opridset har specialets analyse påpeget følgende træk ved det danske sociale arbejde fra 1960 og frem, der har medvirket til at diagnosticeringen og behandlingen af depression har fået så stor en rolle i det sociale arbejde:

- Den fulde beskæftigelse frem imod oliekrisen gjorde at det sociale arbejde udelukkende havde som interesse at få så mange mennesker som muligt klar til arbejdsmarkedet. Dette udløste en stor forøgelse af midlerne til det sociale arbejde, og gav anledning til at forsøge en lang række forskellige tiltag, baseret på mere eller mindre perifere vidensformer i det sociale arbejde. Dette åbnede muligheden for at vidensformer som psykiatrien, kunne byde ind med bud på, hvordan de sociale problemer kunne løses.
- Efter denne udvidelse af det sociale arbejde medførte oliekrisen arbejdsløshed, en problematik som det sociale arbejde måtte håndtere med færre midler til rådighed pr person end tidligere. Dette gjorde at man søgte at lave kontinuerligt billigere løsninger, igennem en fortsættelse af det eksperimentelle sociale arbejde, men med en implementering af en evalueringsproces som fokuserede mere på økonomi og målbare effekter inden for kortere tidsrammer. Disse krav var psykofarmakologien særligt gode til at honorere.
- I 80'erne skete der en ændring af de grundlæggende forståelser af det sociale arbejde. Man begyndte her at forstå selve arbejdslivet som kuren imod de fleste sociale og psykiske problemer, og formålet med det sociale arbejde blev således, i stort omfang at få klienterne tilbage til dette. Denne logik manifesterede sig i en række teknologier, som aktiverings- og revalideringsarbejdet. Disse typer teknologier belyste dog en andel af klienterne, som man i stigende grad har forstået som ikke kvalificerede til denne type arbejde, på grund af funktionsnedsættelse i forskellige udformninger.

¹⁴ Kilde: Medstat.dk

Disse klienter har man igennem den psykiatriske vidensform forstået som deprimerede, og da den psykofarmakologiske behandling der her udbydes, netop tilskrives at afhjælpe et bredt spektrum af disse funktionsnedsættelser, har man i henhold til psykiatrien og det sociale arbejdes generelle diskurs, om at det er arbejdets fravær der skaber problemerne, en meget hensigtsmæssig behandlingsform i behandlingen af depression med antidepressiva.

- Udviklingen af "de store psykofarmaka" som gav mulighed for at lave en symptomorienteret behandlingsindsats, skabte grundlaget for en transformation af psykiatriens formål. Man søgte nu at udvikle symptomatiske behandlinger, der fungerede som en form for psykisk smertestillende. Disse typer af teknologier gjorde ligeledes at psykiatriens diagnoser nu søgte at identificere individer som kunne bidrage af en specifik behandling. Denne nye type diagnose blev dannet uden stillingtagen til årsagsbestemmelse, og derved undgik psykiatrien alle de kritikker der eventuelt kunne komme af vidensformens ætiologiforståelse; i stedet kunne den psykiatriske diagnose inddrages i de fleste andre vidensformer.
- Psykofarmakologien som behandlingsteknologi var, netop fordi den ikke var dannet på grundlag af nogen teoretiske forestillinger om sociale problemer, enormt fleksibel, og tilpassede sig således meget hurtigt de forskrifter for behandling som allerede eksisterede i feltet. Heriblandt de mentalhygiejniske målsætninger om udvidelse af den psykiatrisk behandling, den familie- og socialpsykiatriske forståelse af den praktiserende læges centrale rolle, samt aktiveringsteknologiens målsætning om tilbagevenden af funktionelle kapaciteter, som for eksempel evnen til at indgå i det danske arbejdsmarked.

Diagnostikken og behandlingen af depression, har således fået så stor en rolle i det danske sociale arbejde, fordi den på et afgørende tidspunkt var perfekt tilpasset de krav man stillede det sociale arbejdes vidensformer overfor, og ikke indeholdt væsentlige teoretiske grundlag som konfliktede med andre vidensformer.

PERSPEKTIVERING

Et af de aspekter som specialets analyseform ikke har mulighed for at påtale, er hvordan de enkelte diagnosticerede med depression selv forholder sig til denne. Jeg mener at sådanne undersøgelser, for eksempel med udgangspunkt i narrativ teori, på flere måder kunne hjælpe med en afklaring af feltet. Dette vil jeg plædere for i denne perspektivering hvor jeg indledningsvist vil påvise hvordan andre kald for yderligere analyser ligeledes kan besvares af narrative undersøgelser.

Ser man på nogle af de andre sociologiske behandlinger der eksisterer om depression fremstår blandt andet en række eksponenter for forståelsen, at stigningen i antallet af psykiske lidelser, har grobund i kontinuerligt højere krav om selvrealisering.

En af de nyere og interessante bearbejdnings af stigningen i antallet af deprimerede, er Anders Petersens arbejde med depression. Petersen argumenterer for at der i vores samtid, eksisterer et stigende krav om autentisk selvrealisering, baseret på en række normative krav til det enkelte individ. Han forklarer således i en nyere artikel en del af hans perspektiv på diagnosen, og en grund til at denne er særligt interessant for samfundsforskningen:

”Ved at analysere depressionsdiagnosen som en seismograf for samtiden – ved at fokusere på depressionssymptomernes normativitet – har jeg forsøgt at afspejle de samfundsmæssige vilkår for individuel succes. I depressionsdiagnosen finder vi en tydelig fremstilling af, hvilket selv der belønnes i samtiden, og hvilket selv der straffes, hvilket selv der efterstræbes, og hvilket selv der bør undgås. I den forstand opfanger depressionsdiagnosen de samtidsmæssige rystelser, der beskriver modsætningen til samtidens ideelle selv.” (Petersen 2015: 23).

En sådan forklaring ligger ikke langt fra specialets konklusioner, og man kan opfatte forskellen imellem de to perspektiver som en konsekvens af, at jeg med den genealogiske analyse har søgt at opnå en optik på depression, på et mere generelt plan. Specialets optik på depression er foreneligt med Anders Petersens, og andre lignende perspektiver, for så vidt at, der i depressionsdiagnosen gives et billede af ønskværdige træk ved individer, og at diagnosen derved udgør en form for vejledende skabelon, der opfordrer til en idealiseret udformning af selvet. Specialets teoretiske udgangspunkt er dog netop en modstand imod, hvad man kan opfatte som en teoretisk konstruktion der, selvom den sagtens kan stemme overens med det fremlagte, nødvendigvis udgør en reduktion i kompleksitet som konsekvens af ønsket om at være teoriskabende eller fastlægge kausale sammenhænge. Således udelukker specialets optik på depression ikke at en sådan kan udgøre en nøjagtig modpol til selvrealiseringen, men kan heller ikke bekræfte at de krav som depression udgør en modstand imod, eller en reaktion på, har udgangspunkt i idealet om samtidens ideelle selv.

En af de meget interessante pointer Petersen kommer med i hans fremstilling af depression som en reaktion på samtidens krav til selvrealisering, er at denne har en social slagside:

"Rystelserne rammer socialt skævt. Det tyder på, at de mere velstillede i Danmark lider mere under samtidens krav om vedvarende selvrealisering end de mindre velstillede. Diagnosekulturen synes med andre ord ikke at være end for alle. Det kræver naturligvis yderligere undersøgelser." (Petersen 2015: 23).

Kravet om yderligere undersøgelser tilskriver jeg mig naturligvis fuldt ud. Denne slagside er belyst af et speciale der har analyseret selvmordsrisikoen iblandt velstillede deprimerede, og som i den forbindelse blandt andet har påpeget at de velstillede fremligger anderledes årsager til deres depression end de dårligere stillede (Andersen 2011: 77f). Petersen forklarer andetsteds hvordan han positionerer sig i forbindelse med denne interessante problemstilling:

I den sammenhæng er det værd at inddrage spørgsmålet om, hvorvidt samtidens selvrealiseringstvang er et patogenisk eller et symptomatologisk fænomen i forbindelse med depressionslidelsen. Med andre ord: Skaber selvrealiseringstvungen depressionen, eller udgør selvrealiseringens temaer det sprog, som det i samtiden er mest nærliggende at benytte sig af, når psykiske problemer skal beskrives? Alain Ehrenberg har et sted gjort sig til fortaler for det sidste (Ehrenberg 2005:25). Jeg vil argumentere for en kombination af de to." (Petersen 2015: 22).

Jeg er ligesom både Alain Ehrenberg og Anders Petersen meget interesseret i denne sammenhæng. Jeg mener at der i form af narrativ teori allerede foreligger perspektiver der kan belyse denne sammenhæng, af de stærke eksponenter for den narrative teori er Kenneth Gergen som har fremanalyseret en række grundlæggende regler som konstruktionen af narrativer lader til at holde sig indenfor. Indledningsvist kan man sige at en narrativ handler om slutningen, det forstå således at hele den narrative fortællings formål, er at skabe en logisk konsistent og kontekstuel legitim forklaring på hvorfor det pågældende individ er som det er (Gergen 2005: 222). Således bliver det for en nyligt diagnosticeret med depression, en del af den narrative opgave at forklare hvorfor personen er deprimeret i henhold til dennes sociokulturelle kontekst. Denne forklaring må ligeledes forholde sig til personens narration inden diagnosen, og den årsagssammenhæng der præsenteres som en forklaring på depressionen må være konsistent med den ramtes sociokulturelle kontekst. Her ser man således en mulig forklaring på at der, i den nævnte undersøgelse af velstillede deprimerede, blev fundet et skel i forklaringerne på depressionen, afhængigt af om de var angivet som velstillede eller dårligere stillede. Det er således i min optik oplagt at foretage analyser af hvordan disse sygdomsnarrativer udfolder sig på tværs af socioøkonomiske skel. Det afgørende kunne være at belyse hvilke krav til årsagssammenhænge der kan fremføres legitimt i forskellige socioøkonomiske grupper.

En anden faktor der taler for flere sådanne analyser med henblik på at afklare enkelte individers forløb og forståelse af årsagen til deres depression er spørgsmålet om i hvor høj grad depressionsdiagnosen er udtryk for selvstyring. En vigtig del af Foucaults magtbegreb er netop ideen om at det er muligt at manipulere de selvregulerende mekanismer som det enkelte individ underligger sig. Det vil sige at man igennem diskursive vidensproduktioner, kan skabe viden om for eksempel sundhed, som så skaber en ønskværdig adfærd i befolkningen, der for eksempel motionerer mere og igennem en fysisk disciplinering af egen kost og aktivitet skaber en fysik der er ønskværdig i henhold til de pågældende vidensformer. Behandlingen af depression med

antidepressiva er naturligvis i de fleste tilfælde i begrænset omfang et udtryk for en sådan disciplinering, da lægen jo ikke tvangsfoдрer klienten, men behandlingen er afhængig af at klienten selv indtager denne.

Det presserende spørgsmål er derimod om den samlede depressionsdiagnose ikke efterhånden virker efter samme principper. Den meget løse definition af depression, og den enorme varians som diagnosemanualerne ligger op til at depressions symptombillede kan have, gør netop at diagnosen opfanger en række helt generelle oplevelser af misbehag. Tilbøjeligheden til at indgå i sådanne beskrivelser af ens symptomer vil naturligvis variere fra person til person, men er der ikke situationer hvor der indgår en stor andel af tolkning i hvorvidt man, for eksempel har følt at man *"det meste af tiden, næsten hver dag i de sidste 14 dage"*, har oplevet *"nedsat energi eller øget trætheden"* eller oplevet en *"nedtrykthed"* der endda også kan antage mangan andre former:

"forsænkede stemningsleje opleves også ofte som en nedsat eller manglende evne til at føle glæde ved, lyst til eller interesse for noget, som patienten ellers plejer at være glad for eller interesseret i. Nogle patienter, som har svært ved at finde ord for deres følelser, vil måske benægte at føle sig nedtrykt, men vil i stedet kunne oplyse om glædesløshed og nedsat lyst eller interesse." (DSAM 2010: 10)

Når symptomerne, ud over at blive angivet i så løse termer som de gør, også er underlagt så høj en grad af fortolkning fra lægens side, som det ovenstående citat er udtryk for, kunne det være interessant at undersøge i hvor høj grad der er varians i diagnostikken, og i hvordan diagnosen indtages af forskellige individer. Denne forklaring beskriver jo endda kun 1 af de 20 symptomer, og det er muligt at opnå en depressionsdiagnose med blot 2 symptomer. Spørgsmålet er om ikke næsten alle der har oplevet, for eksempel at blive skubbet ud af arbejdsmarkedet, kan nikke genkendende til mindst 2 symptomer i en periode, og om ikke depressionsdiagnosen kan opnås for næsten alle individer som oplever et brud som for eksempel at blive fyret. Således bliver det interessant hvorvidt depressionsdiagnosen for nogle af de individer der indgår i denne, er udtryk for selvstyring, og ikke den underkastelse af den medicinske autoritet som lægelig behandling oftest antager.

En sidste årsag til at sådanne narrative analyser er ønskværdige i feltet er oplyst af et nyligt indgivet speciale om særlige sensitive individers narrativer. Særlig sensitivitet er en type selvklassifikation inden for hvilken individerne forstår sig som særligt følsomme overfor sanselige og emotionelle indtryk, og som deler en stor del af sin udformning med depressionsdiagnosen. Dette forårsager at de således mener at føle og opleve deres omgivelser særligt kraftigt. I undersøgelsen har Mette Schmidt Laursen igennem en række semistrukturerede interview søgt at belyse hvorfor hendes interviewpersoner har valgt at klassificere sig selv som særligt sensitive, og finder blandt andet at:

"The study suggests that the personal trait of high sensitivity plays an important part in creating coherency and constructing meaning in the narrative enabling the individual to gain self-acceptance. The analysis suggests that the fact that high sensitivity is explained in biological and neurological terms is an additional component in this matter while it explains the individuals own inadequacy and frees it from just that." (Laursen 2015: 92).

Således mener jeg at det er oplagt at foretage narrative analyser af deprimeredes beretninger, og i denne forbindelse have et særligt fokus på hvilke forklaringer der anses for legitime inden for hvilke grupper i samfundet. Sådanne analyser vil bidrage med at afklare hvor stor intern konsistens der er inden for populationen af deprimerede, samt muligvis kunne give argumenter for eller imod en tolkning af depression som modstandsform, over for en disciplinering til arbejdsmarkedet, eller en reaktion på det senmoderne samfunds krav om autentisk selvrealisering.

Aastrup, Kit (1993): *Tag stærk afstand*. Socialrådgiveren nr 17/1993

Aastrup, Kit (1995): *Aktivering er tvangsarbejde*. Socialrådgiveren nr 7/1995

Albæk, Erik (1993): *Evalueringsforskning i Norden*. I: *Politica - tidsskrift for politiks videnskab* nr. 1/1993.

Amdisen, Amdi (1962): *Nyere psykofarmaka 1961-1962*. Socialrådgiveren Samlet årgang: 1962 s. 17/1962.

American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychiatric Association.

Andersen, Bent Rold (1970): *borgeren og tryghedssystemet*. Socialreformsundersøgelserne, Bind II. Socialforskningsinstituttet. København.

Andersen, Bent Rold (1973a): *Grundprincipper i socialpolitikken*. Det Danske Forlag. Albertslund.

Andersen, Bent Rold (1973b): *Hvad er der i vejen med tryghedssystemet?* Socialforskningsinstituttet. København.

Andersen, Carsten & Barfod, Anita (2001): *OP-teams - en ny vej i behandlingen af sindslidende*. Socialrådgiveren nr 15/2001.

Andersen, Pema (2011): *Selvmodet – En sociologisk analyse af årsagerne til den øgede selvmordsrisiko hos velstillede depressive*. Specialeafhandling indleveret 18/5-2011 ved Sociologisk Institut, Københavns Universitet

Astrup, Kit (1993): *Uværdigt tvangsarbejde*. Socialrådgiveren nr. 15/1993

Auken, Kirsten (1966): *Familien som socialpsykiatrisk enhed*. Socialrådgiveren Samlet årgang: 1966 s. 135/1966.

Binder, Morten (1994): *Aktivering hjælper*. Socialrådgiveren nr 12/1994

Bjerg, Lars (1991a): *Klienterne står på spring*. Socialrådgiveren nr 5/1991.

Bjerg, Lars (1991b): *Ungdomsydelsen temmelig populær*. Socialrådgiveren nr 17/91

Bjerregaard, Ritt (1980): "socialminister Ritt Bjerregaards formuleringer af et nyt socialpolitisk grundlag i 1980" i: Plovsing, Jan (2000): *Socialpolitik*. Handelshøjskolens Forlag. Århus.

Bjerregaard, Ritt (1981a): "forord" i: Socialministeriet (1981): *Forsøg, eksperimenter, fornyelse, nytænkning - Rapport fra forsøgskonference afholdt af Socialministeriet i juni 1981*. Cirkulærecentralen. København.

Bjerregaard, Ritt (1981b): "Socialministerens tale" i: Socialministeriet (1981): *Forsøg, eksperimenter, fornyelse, nytænkning - Rapport fra forsøgskonference afholdt af Socialministeriet i juni 1981*. Cirkulærecentralen. København.

Bjerregaard, Ritt (1982): "Fra stabsarbejde til græsrodsplan." I: Bjerregaard, R. & Lundgaard, L. (red.)(1982): *Til venner og fjender af dansk socialpolitik*. Fremad. København.

Bjerregaard, Ritt (1983): "Debatoplæg". I: *Socialpolitik i lokalsamfund- samspil eller konflikt*. Sammenslutningen af sociale udvalg. København

Bjerrum, L.; Larsen, J. & Søndergaard, J. (2002) *lægemiddelordinationer i almen praksis*. Ugeskrift for læger. 164/2002, s. 5273-7.

Bomholt, Julius (1960): *Fremtidsperspektiver inden for socialpolitikken*.

Buhl, Jette & Pedersen, Jette Flindt (1999): *Den ægte dialog*. Socialrådgiveren 18/1999

Christensen, Bjørn (1969): *En »lapeskrædder«s bekendelse...* Socialrådgiveren - Samlet årgang: 1969 s. 121/1969.

Christensen, Lars (1996): *Første del af en ny bistandslov.* Socialrådgiveren nr. 20/1996

Clarke, Juane & Gawley, Adele (2008): *The Triumph of Pharmaceuticals: The Portrayal of Depression from 1980 to 2005.*

Clausen, Hans (1991): *Forsøgsmarkedets anatomi.* I: Social Kritik. Nr. 15/1991.

Dahl, Henrik (2007): *Mennesket får værdighed gennem kamp.* I: Socialrådgiveren nr 01/2007 s. 2.

Dansk Psykiatrisk Selskab (2001): *Behandling af Psykisk Lidelse af Ikke-psykotisk Karakter.* Dansk Psykiatrisk Selskab. Aarhus.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)(2001): *Diagnostik og behandling af depression i almen praksis.* Lægeforeningens forlag.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)(2010): *Unipolar depression. Diagnostik og behandling.* Lægeforeningens forlag.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)(2015): *Om selskabet.* (Konsulteret d. 20-10-2015)
http://www.dsam.dk/flx/organisation/om_selskabet/

Danske Regioner (2015): *Fakta om sundhedsvæsenet - sundhedsvæsenet i tal*. (Konsulteret d. 20-10-2015)

<http://www.regioner.dk/aktuelt/temaer/fakta+om+regionernes+effektivitet+og+%C3%B8konomi/ko+pi+af+fakta+om+sundhedsv%C3%A6senet>

Deacon, Brett J. (2013): *The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research*, *Clinical Psychology Review*, vol 33, pp. 846-861.

Djurhuus, Pernille (1995): *Tvungen er uværdig*. *Socialrådgiveren* nr 4/1995

Donzelot, Jacques (1995): *Promoveringen af det sociale*. *Dansk Sociologi*, nr 6/96 s. 92-124

Efelt, Peter, C. (1999): *Aktiveringen skal deles i tre*. *Socialrådgiveren* nr 6/1999

Ehrenberg, Alain (2005): *Det mærkelige molekyle*. *Information*, 19.-20. februar, s. 24-27

Erichsen, Kirsten (1962): *En ny dimension i behandling af psykiske sygdomme*. *Socialrådgiveren* nr 8/1962.

Ewald, François (1991): "Insurance and Risk" i Burchell, Graham; Gordon, Colin & Miller, Peter: *The Foucault Effect*. University of Chicago press. Chicago.

Foucault, Michel (1970[1968]): "Diskurs og diskontinuitet", i Madsen, Peter: *Strukturalisme. En antologi*. København. Rhodos

Foucault, Michel (1971a): *Sindssygdom og Psykologi*. Rhodos, København.

Foucault, Michel (1971b): "Nietzsche, Genealogy, History" i Foucault, Michel (1977): *Language, Counter-memory, Practice: Selected Essays and Interviews*. Cornell University Press. New York.

Foucault, Michel (1977): "Truth and power" i Gordon, Colin (1980): *Power/Knowledge. Selected interviews and other Writings 1972 - 1977*. Pantheon Books. New York.

Foucault, Michel (1982): *The Subject and Power*. *Critical inquiry*, Vol. 8, No 4, pp 777-795.

Foucault, Michel (1994[1976]): *Viljen til viden*. Det Lille Forlag. Frederiksberg

Foucault, Michel (2002[1972]): *The Archaeology of Knowledge*. Routledge. New York

Frank, Arthur W. (1997): *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*. The University of Chicago Press.

Franklin, Joe (1984): *The mind-fixers*. Baltimore Evening Sun. Konsulteret d. 13-08-2015
<http://www.baltimoresun.com/media/acrobat/2010-05/53724305.pdf>

Gergen, Kenneth J. (2005): *Virkeligheder og Relationer*. Harvard University Press. New York.

Græsborg, Rie (1991): *Revalidering: behov, krav, fleksibilitet*. Socialrådgiveren nr 5/1991

Græsborg, Rie (1993a): *Rettigheder mangler*. Socialrådgiveren nr 13/1993

Græsborg, Rie (1993b): *Svar*. Socialrådgiveren nr 15/1993

Græsborg, Rie (1993c): *Kære socialminister*. Socialrådgiveren nr 18/1993

Hauge-helgestad, Amalie; Johansen, Katrine Schepelern & Hansen, Jakob (2012): *Behandling af mennesker med angst og depression - kortlægning af behandlingsfeltet og diskussion af perspektiverne ved indførelse af collaborative care*. Dansk Sundhedsinstitut. København.

Healthdata.org - Konsulteret d. 11-08-2015 <http://www.healthdata.org/gbd/faq>

Heede, D. (2004): *Det tomme menneske. En introduktion til Michel Foucault*. Museum Tusulanums Forlag; københavns Universitet

Holm, Helle (1991): *Revalidering under udvikling*. Socialrådgiveren nr 5/1991.

Horwitz, Allan V. & Wakefield, Jerome (2007): *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal misery into depressive disorder*. Oxford University Press, USA.

Horwitz, Allan V. & Wakefield, Jerome (2012): *All we have to fear - Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties into Mental Disorders*. Oxford University Press. New York.

Hulgård, Lars (1995): *Værdiforandring i Velfærdsstaten*. Ph.D Afhandling.

Jeppesen, Kirsten Just; Watt Boolsen, Merete; Nielsen, Hanne (1992): *Udstødte og Sårbare*. Socialforskningsinstituttet. København

Jensen, Dorrit Gap (1992): *Problemtytte ryster rollen af sig*. Socialrådgiveren nr 5/1992

Jensen, Keld, H. (1995): *Aktivering er respekt for klienten*. Socialrådgiveren nr 6/1995

Jensen, Mona; Lykkemark, Kristin; Pedersen, Britta & Thorøe, Merete (1985): *Hvem hjælper hvem og hvorfor - om socialpolitik og socialt arbejde i 80erne*. Roskilde Universitetscenter. Roskilde.

Jespersen, Karen (1994): *Ret til tilbud om aktivering*. Socialrådgiveren nr 2/1994

Josephsen, Knud (1990): *De unge vil gerne*. Socialrådgiveren nr 9/1990

Juul, Søren (1990): *Kommunerne og arbejdsløsheden*. Socialrådgiveren nr 10/1990

Kaas, Karin (2010): *Hver femte får en depression* (hentet 10-06-2015)

<http://www.sygeforsikring.dk/default.aspx?ID=83>

Kehlet, Thomas & Svith, Søren (1993): *Bistandshjælpløn*. Socialrådgiveren nr 11/1993

Kehlet, Thomas (1994): *Klienter føler sig jokket på*. Socialrådgiveren nr 21/1994

Kjeldal, Gitte (1990): *Mens vi venter på Christiansborg...* Socialrådgiveren nr 7/1990

Knudsen, Rita (1978): *De kontante ydelsers størrelse*. Socialforskningsinstituttet. København.

Koch, Anna (1995): *Aktivering ligner slaveri og livegenskab*. Socialrådgiveren nr 4/1995

Laursen, Mette Schmidt (2015): *I grænselandet imellem normalitet og patologi*. Speciale indleveret d. 6/8 2015 ved Institut for sociologi og socialt arbejde.

Lyotard, Jean-François (1984 [1979]): *The Postmodern Condition*. Manchester University Press. Manchester.

Marsling, Peter & Græsborg, Rie (1993): *Lov om kommunal tvang*. Socialrådgiveren nr 25/1993

Medstat.dk (2014): *statistik for det årlige salg af lægemidler i Danmark 1996-2013*. (Konsulteret 30-10-2015).

Mellergård, Mogens (1978): *Om psykiatrisk sygdomsbeskrivelse*. Janssenpharma. København.

Mik-Meyer, Nanna (1999): *Kærlighed og opdragelse i socialaktiveringen*. Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag. København

Müller, Thomas (1993): *Tvang uden(omt)anke*. Socialrådgiveren nr 25/1993

Nielsen, Margrethe & Reinbacher, Gunnar Scott (2013): "*Possible Explanations for Increasing Antidepressant Treatment in Modern Society*" i *The Social Pathologies of Contemporary Civilization*. (Keohand, Kieran & Petersen, Anders (red.))

Nielsen, Poul Sejrsild & Hansen, Per Hjelm (1991): *Investering fremfor prioritering i socialt arbejde*. Socialrådgiveren nr 6/1991.

OECD Ilibrary (2013): *4. Health care activities: 4.10 Pharmaceutical Consumption*. (Konsulteret 05-06-2015) http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/04/10/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2013-41-en

Olesen, Aase (1989): *Den sociale udvikling*. Kronik i politiken 27-11-1989.

Olesen, Aase (1990): *Et aktiverende efterår*. Socialrådgiveren nr 16/1990

Oustrup, Ib (1981): "Klienternes vilkår i behandlingskulturen, 'Hvis de ikke er en del af løsningen, er de en del af problemet'." i: Socialministeriet (1981): *Forsøg, eksperimenter, fornyelse, nytænkning - Rapport fra forsøgskonference afholdt af Socialministeriet i juni 1981*. Cirkulærecentralen. København.

Petersen, Anders (2007): *Depression - vor tidsalders vrangside*. Örebro Universitet, Örebro

Petersen, Anders (2015): *Omkring diagnosekulturen - depression som seismograf for samtiden*. Dansk sociologi, vol 1, pp. 9-26.

Petersen, Eggert (1962): *Mentalhygiejne en samfundsopgave*. Socialrådgiveren nr 6/1962.

Plovsing, Jan (1990): *Socialpolitik i velfærdsstaten*. Handelshøjskolens forlag. København.

Plovsing, Jan (2000): *Socialpolitik*. Handelshøjskolens Forlag. Århus.

Psykiatrifonden: *Depression*. (Konsulteret 17-10-2015)

<http://www.psykiatrifonden.dk/guides/diagnoser/depression.aspx>

Rander, Henrik (1990): *Lavere løn på beskæftigelsesprojekterne*. Socialrådgiveren nr 7/1990

Rasmussen, Birgitte (1993): *Vi vil til forhandlingsbordet*. Socialrådgiveren nr 14/1993

Rose, Nicholas (2006): *Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice*. Biosocieties, 1, s. 465-484.

Rossen, Jens (1991): *Når privat hjælp er sidste udkald*. Socialrådgiveren nr 5/1991

Schleisner, Gertrud (1965): *Koordineret familiebehandling - anvendelsesområde og problematik*. Socialrådgiveren nr 4/1966.

Schoeneman, Thomas J.; Schoeneman, Katherine a. & Stallings, Selona (2004): *“The Black Struggle”: Metaphors of depression in styron’s darkness visible”*, Journal of Social and Clinical Psychology, Vol 23, No 3, pp. 325-346.

Smidt, Laue Traberg (1990): *Ny socialreform?* Socialrådgiveren nr 7/1990

Smidth, Tove (1981): "En borgmesters syn på forsøgsmuligheder i en kommune" i Socialministeriet (1981): *forsøg, Eksperimenter, Fornyelse, Nytænkning*. Socialministeriet. København.

Socialforskningsinstituttet (1997): *Evaluering af lov om kommunal aktivering. Kommuneundersøgelsen*. Socialforskningsinstituttet. København

Socialministeriet (1991): *Redegørelse om Det sociale Udviklingsprogram*. Socialministeriet. København.

Socialministeriet (1994): *Information om socialministeriets puljer*. Socialministeriet. København.

Socialstyrelsen (1984): *Social- og sundhedsforvaltningerne i en omstillingstid - Pjece 1-4*. Socialstyrelsen. København

Socialstyrelsen (1990): *SUM tendenser*. Socialstyrelsen. København.

Socialudvalget (1988): *Beretning om et socialt udviklingsprogram*. Schultz Forlag. København

Storgård, Hans Peter (1991): *Kan man ikke andet, kan man så altid revalideres til xxx?* Socialrådgiveren nr 5/1991

Styron, William (1990): *Darkness visible*. Random House. New York.

Styron, William (1991): *Synligt Mørke*. Nørhaven A/S.

Sundhedsstyrelsen (1991a): *Indsatsen for psykisk syge*. Sundhedsstyrelsen. København

Sundhedsstyrelsen (1991b): *Omstilling på psykiatriområdet*. Sundhedsstyrelsen. København

Sundhedsstyrelsen (2007): *Referenceprogram for unipolar depression hos voksne*.

Sundhedsstyrelsen (2012): *Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog. For patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst*.

Sundhedsstyrelsen (2013): *Udviklingen i forbruget af lægemidler mod depression og angst fra januar 2011 til december 2012*. Sundhedsstyrelsen. København.

Sundhedsstyrelsen (2015) - *Afgørelser om generelt tilskud til medicin* (hentet 13-06-2015)

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/medicin/tilskud/generelle-tilskud/afgoerelser>

Sundhedsstyrelsen.dk (2012) - *Depression* (hentet 12-06-2015)

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/psykiatri/depression>

Sundhed.dk - *Psykologbehandling* - (Hentet 17-10-2015)

<https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/sociale-ydelser/sociale-ydelser/behandling/psykologbehandling/>

Thomsen, Thorben Koed (1991): *Socialministerens besværgelser*. Socialrådgiveren nr 16/1991.

Thorbek, Simon (1995): *(U)lovlig tvangsaktivering*. Socialrådgiveren nr 8/1995.

Villadsen, Kaspar (2002): *Michel Foucault og kritiske perspektiver på liberalismen. Governmentality eller genealogi som analysestrategi*, Dansk Sociologi, nr 2/13, s. 77-97.

Villadsen, Kaspar (2004a): *Det sociale arbejdes genealogi*, 1. udgave, 1. oplag, København, Hans Reitzels Forlag.

Villadsen, Kaspar (2004b): *Filantropiens genkomst - Medborgerskab, fællesskab og frihed under ombrydning*, Dansk Sociologi, nr 1/15, s. 45-63.

Villadsen, Kaspar (2005): *Filantropi og 'neo-filantropi' i det sociale arbejde*, Nordisk Sosialt Arbeid, nr 3/25, s. 207-219.

Villadsen, Kaspar (2006): "Genealogi som metode - fornuftens tilblivelseshistorier" i Bjerg, Ole & Villadsen, Kaspar (red.) (2006): *Sociologiske metoder*. Forlaget Samfundslitteratur. Frederiksberg C.

Villadsen, Kaspar (2007): "Foucault. Den bevægelige vefærdskritik" i Mik-Meyer, Nanna & Villadsen, Kaspar (2007): *Magtens Former*. Hans Reitzels Forlag. København

Villadsen, Kaspar (2010): *Civilsamfundet i det foucaultske blik - magtens relæ eller magtkritikkens base?*, Dansk Sociologi, nr 2/21, s. 7-29

Weimar, Rebekka & Corneliussen, Henning (1991): *Noget for noget eller tvangsarbejde*. Socialrådgiveren nr 23/1991

Winter, Søren (1991): *Summarisk forskning: Forskning, Politik og SUM*. i: SUMma summarum - tidsskrift for social udvikling. Nr. 2/1991.

World Health Organization (WHO)(1996): "ICD-10 International Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines", World Health Organization.

World Health Organization (WHO)(2001): *The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva. World Health Organization

World Health Organization (WHO)(2004): *The Global Burden of Disease*. World Health Organization.

Zimsen, Jon (1960): *Den farlige passivitet*. Socialrådgiveren nr 08/1960.