

Socialkonstruktivistisk analyse af depression som fænomen

- en studie i vor tids folkesygdom



Institut for sociologi og socialt arbejde ved Aalborg Universitet

Kandidatafhandling i socialt arbejde - august 2016

Vejleder: Pelle Korsbæk Sørensen

Udarbejdet af Mette Hallstrøm

Stud. nr. 20141390

Antal tegn: 239.395

Abstract

The purpose of this thesis is to explore depression as a phenomenon from within a social constructivist context. In order to highlight depression from several different angles, the phenomenon is analysed on three different levels; a political, a social and a critical level. The analysis on the political level contemplates the different actors behind the official guidelines on depression, that are made for health professionals. In the analysis on the social level the articulation of depression is investigated through a discourse analysis. The reason behind this, is to uncover which discourses are dominant, when it comes down to depression. The discourse analysis also discloses whether or not the analyzed sources have different views upon depression's etiology and the perception of how depression should be treated. The analysis on the critical level identifies the need for change in the sources, and discusses whether or not the needs are met in the social practice of depression and/or on a societal level. This approach relies on using critical theory, theories about normality and deviance and theories about power and stigma.

The conclusion of the analysis is that, despite a minor dislocation in the field of depression, the social practice of depression has not been affected to any large extent. The concept of depression seems to have lost its meaning to a certain degree, and is therefore open to discursive battles. However, these battles only seem to have a small influence on the current way of treating depression. This may be due to the subject positions behind the guidelines. Many of the analyzed sources agree on society's rather large role in the occurrence of depression in Denmark, but still we don't seem willing to change our ways on a societal level in order to prevent this issue. The competitive society, that seem to have taken the place of our welfare society, may play a certain role in the reluctance to change, with its neoliberal view of humanity and an almost exclusive focus on efficiency and financial growth.

***“Fænomenet (fainomena) er den umiddelbart givne
erfaringsverden, som kan forklares gennem
begrebserkendelse”***

Aristoteles

Abstract	1
Indledning	6
Problemfelt	7
Samfundets rolle	9
Depression	9
Ætiologi	11
Behandling	12
Normalitet og afvigelse	14
Stigma	14
Det diskursives magt	15
Medialisering	15
Socialt arbejde	16
Sammenfatning	17
Problemformulering	17
Teoretisk undersøgelsesramme	18
Sprogets betydning og diskursteori	18
Kritisk redegørelse	20
Diskurser og magt	23
Socialkonstruktivisme	24
Normalitetsbegrebet	25
Afvigelse	27
Stigma	28
Kritisk teori og samfundets rolle	30
Socialt arbejde og menneskesyn	33
Metode	34
Socialkonstruktivisme	34
Diskursanalyse som metode	35
Kritisk redegørelse som metode	37
Videnskabsteori, ontologi og epistemologi	39
Litteratursøgning	40
Empirisk grundlag for analysen	42
Analysestrategi	43
Samlet analyse	46

Det politiske niveau	46
Aktører bag vejledninger.....	48
NKR for non-farmakologisk behandling af unipolar depression	48
Hørings svar	50
Medicinsk behandling af unipolar depression hos voksne	51
Aktører i debat.....	53
Det sociale niveau	55
Diskurser i dagblade	56
Behandlingsdiskurs	60
Ætiologi	62
Opsamling.....	64
Sammenhæng	65
Diskurser i fagtidsskrifter	65
Behandlingsdiskurs	68
Ætiologi	69
Opsamling.....	71
Sammenhæng	72
Aktører.....	72
Hegemoni.....	72
Det kritiske niveau	73
Samfundets rolle	73
Normalitet og afvigelse.....	77
Stigma	79
Psykofarmaka eller terapi	79
Den sociale praksis.....	82
Diskussion.....	83
Diskussion af undersøgelsens resultater	83
Kritik af undersøgelsesmetode	84
Validitet og reliabilitet	86
Forslag til yderligere undersøgelser	87
Konklusion	87
Det politiske niveau	88
Det sociale niveau	89
Diskurser i dagblade	89

Diskurser i fagtidsskrifter	89
Hegemoni.....	90
Det kritiske niveau	90
Den sociale praksis.....	92
Perspektivering	92
Referenceliste	98
Referenceliste - analysemateriale	109
Dagblade.....	109
Fagblade	111

Indledning

Omtalen af fænomener kan få stor betydning for hvordan de opfattes. Diskurser er, inden for det socialkonstruktivistiske perspektiv, i høj grad med til at forme det, der i bred forstand opfattes som virkelighed, og de kan derfor have konkrete konsekvenser for en social praksis. Det diskursives indflydelse på den sociale virkelighed understøttes af en øget medialisering i verden. Professor i medier og samfund, Stig Hjarvard, har gennem intensiv forskning undersøgt den øgede medialiseringens påvirkning af samfundet. Han beskriver hvordan det er blevet så gennemsyret af medierne, at de ikke længere kan betragtes som adskilt fra samfundets øvrige institutioner. Mediekulturen skaber en stimuleret verden, der ikke bare fremstår mere virkelig end den fysiske verden, men som er i risiko for at erstatte den.

Natur og omfang synes hele tiden at ændre sig, når det kommer til psykiatriske diagnoser. Nogle diagnoser forældes med tiden, som det var tilfældet med neurosen, alt imens nye diagnoser kommer til. På nuværende tidspunkt findes der over 400 psykiatriske diagnoser og ifølge Psykiatrifonden vil hver tredje af os opleve psykiske vanskeligheder i sådan en grad, at vi vil få en diagnose. På den måde er det næsten blevet normalt at have en sindslidelse. Visse sindslidelser rammer kun en ganske lille andel af befolkningen, mens lidelser som angst og depression er blevet så udbredte, at man kan karakterisere dem som folkesygdomme.

Det er vanskeligt at redegøre for den store udbredelse af depressionsdiagnosen. Den synes at have taget fart fra 1970'erne, og på nuværende tidspunkt kæmper mellem 150.000 og 200.000 danskere med sygdommen. Der findes flere forskellige bud på hvad årsagen til den pludselige stigning i antallet af depressionstilfælde kan skyldes. En del af vor tids tænkere mener, at sammenfaldet mellem de radikale samfundsændringer i slutningen af 1970'erne, og de mange tilfælde af depression, ikke blot er en tilfældighed. Således skriver Hartmut Rosa om øget acceleration i samfundet, som giver det moderne menneske følelsen af at sidde fast i et hamsterhjul, hvor det ikke er muligt at sænke farten eller træde ud, uden at

blive tabt af samfundet. Konkurrencesamfundets høje krav til individet, kan gøre, at man gribes af følelsen af personligt nederlag, som kan udvikle sig i retning af patologi.

I Danmark behandles depressioner overvejende medicinsk eller ved hjælp af terapi. Det hyppigst benyttede psykofarmaka i landet er antidepressiva, som uddeles til mere end 400.000 mennesker årligt. Sundhedsstyrelsen er Danmarks øverste sundhedsmyndighed og den 27. maj 2016 offentliggjordes de 'Nationale Kliniske Retningslinjer for non-farmakologisk behandling af unipolar depression'. Før den tid drejede samtlige vejledninger på området sig om medicinsk behandling. Vejledningerne har til formål at støtte sundhedspersonale i beslutningsprocesser, når det kommer til behandling af vor tids folkesygdom.

I den offentlige debat om depression er de mest dominerende behandlingsdiskurser uden tvivl terapi- og medicindiskursen. Der ses tydelige diskursive kampe mellem faggrupper med henholdsvis psykologisk og psykiatrisk baggrund. Begrebet depression synes at have mistet sin faste betydning, og repræsenterer noget forskelligt i mange af de analyserede kilder. Der ses desuden store forskelle på depressionens ætiologi, hvor mange dog peger på samfundets rolle i den store udfordring, som depression udgør i dag på både globalt og lokalt plan.

Problemfelt

Psykiatrien har alle dage været et omdiskuteret felt. Som det yngste blandt medicinske specialer, lader det til, at psykiatrien endnu ikke har fundet sin endelige form, og der findes mange bud på hvad sindslidelser er, samt hvordan de bør behandles (Køppe 2013:396). Psykiatrien har ændret sig drastisk over tid og gik fra at fungere som opbevaringsinstitution for sindslidende, til den egentlige behandling, som fik sin spæde start i 1930'erne, og et reelt gennembrud med medicinsk behandling i 1950'erne (Køppe 2009:405). Med psykofarmakas opståen blev psykiatriens status som videnskab for alvor slået fast, og man begyndte at se resultater af den psykiatriske behandling. Meget psykofarmaka viste sig dog at have stærke bivirkninger og gjorde patienterne syge (Køppe 2013:413). Denne problematik ses stadigvæk i dag, og der hersker stridigheder, når det kommer til medicinsk behandling af sindslidelser.

Nogle ser det som en nødvendig del af den psykiatriske behandling (Kessing, Nordentoft & Middelbo 2014:7), mens andre har den holdning, at der finder en alt for høj grad af overbehandling og overdiagnosticering sted i psykiatrien i Danmark (Gøtzsche 2015:155). Peter Gøtzsche, overlæge og professor i klinisk medicin, er en af psykofarmakas mest fremtrædende kritikere. Han mener, at den høje grad af overbehandling i psykiatrien, skyldes for brede diagnostiske kriterier samt at bivirkninger fra medicinforbruget forveksles med symptomer på sygdommen, hvorfor en behandling ofte fortsættes, selvom den burde været standset (Gøtzsche 2015:155). Han mener i øvrigt at den kliniske forskning i alt for høj grad finansieres af medicinalindustrien, hvilket risikerer at skævvride forskningsresultaterne til medicinens fordel (Gøtzsche 2015:155). Lars Vedel Kessing, Merete Nordentoft og Thomas Middelbo, som alle er overlæger og ansat ved Psykiatrisk Center København, har skrevet en kronik i Politiken, hvori de giver udtryk for, at den offentlige debat om psykofarmaka domineres af ensidige eller ekstreme synspunkter (Kessing, Nordentoft & Middelbo 2014:7). De udtaler i forhold til det høje forbrug af psykofarmaka i Danmark:

“De psykoterapeutiske metoder er i de senere år blevet stadig mere effektive...Når det er sagt, er der ingen tvivl om, at den medicinske behandling har haft – og også fremover vil have – stor betydning for behandlingen af sygdomme som angst, depression, bipolar sygdom (maniodepressivitet), skizofreni og skizofrenilignende psykose” (Kessing, Nordentoft & Middelbo 2014:7)

I 2010 udgav Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) en hvidbog om mentalt helbred, hvori det ytres, at psykisk sygdom koster det danske samfund i omegnen af 55 mia. kr. årligt (NFA 2010). Der findes over 400 forskellige psykiatriske diagnoser, som hele tiden ændrer sig i både natur og omfang (Petersen 2015:60). Svend Brinkmann, professor i Psykologi ved Aalborg Universitet, kalder vores samfund for diagnosesamfundet, og mener dermed at vi har et overdrevet fokus på psykiatriske lidelser og diagnoser i det danske samfund i dag, og at vi sygeliggør tilstande af lidelse, der ikke nødvendigvis er patologiske (Brinkmann 2014:376).

Samfundets rolle

Den store udfordring i mental sundhed betragtes af nogle som en indikation på, at der findes træk i konkurrencesamfundet, som er medvirkende til skabelse af mange psykiske og sociale problemer (Høilund & Juul 2015:138). Ifølge den tyske sociolog, Hartmut Rosa, oplever vi en voldsom acceleration i det moderne samfund, der kan få konsekvenser for vores trivsel og helbred. Det moderne menneske føler sig fanget i et roterende hamsterhjul, som det ikke har mulighed for at træde ud af, uden samtidig at sakke agterud (Rosa 2014:37/38). I stedet for at gøre oprør mod modernitetens urimelige krav, gribes det moderne menneske af en følelse af nederlag, når det ikke lever op til den stigende hastighed. Omstillingsparathed og fleksibilitet bliver en del af menneskets situationelle identitet (Rosa 2014:53). Den franske sociolog, Alain Ehrenberg, anser depression for værende en tidstypisk patologi, som bunder i en følelse af utilstrækkelighed, og en træthed ved konstant at skulle realisere sig selv (Ehrenberg 2010:29). Han beskriver desuden depressionen som en funktionspatologi, hvor individet ikke ser sig i stand til at imødekomme de normer og forventninger, der hersker i samfundet (Ehrenberg 2010:36).

Depression

Forekomsten af depression er på det nærmeste eksploderet indenfor de seneste årtier og på verdensplan menes omkring 350 millioner mennesker at være ramt af lidelsen (WHO 2016). Punktprævalensen i Danmark anslås til at være 3,3%, hvilket betyder at mellem 150.000 og 200.000 danskere kæmper med depression (Sundhed.dk 2015). Depression er ifølge WHO en global byrde og på deres hjemmeside kan man læse, at: *“Depression is the leading cause of disability worldwide, and is a major contributor to the overall global burden of disease”* (WHO 2016). Depression er en stor samfundsøkonomisk byrde i Danmark, og når udgifter til behandling og tabt arbejdskraft lægges sammen, koster sygdommen samfundet mere end fire milliarder kroner på årlig basis (Flachs, Eriksen, Koch, Ryd, Dibba, Skov-Ettrup, Juel, Statens Institut for Folkesundhed & Syddansk Universitet 2015:163). Tabt arbejdskraft udgør mere end tre milliarder kroner, grundet sygemeldinger og nytillkendte førtidspensioner, og selve behandlingen koster mere end en milliard kroner om året (Flachs et al. 2015:163). Ifølge WHO er depression blevet den lidelse, som er skyld i flest år med både nedsat funktionsevne og tabt arbejdsevne, og vil i løbet af de næste tyve år være

blandt de to mest belastende sygdomme, hvad angår økonomiske konsekvenser (WHO 2016).

Der synes at herske rimelig bred konsensus omkring symptomerne på depression, hvorimod der findes et hav af forklaringer på årsagen til depressionens opståen, og hvordan den skal behandles. I patienthåndbogen på sundhed.dk kan man læse:

“Depression er en psykisk sygdom. Den viser sig ved vedvarende nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi og øget træthed. Det er en sygelig tilstand, som ikke skyldes dovenskab, personlig svaghed eller mangel på evne til at tage sig sammen. Ting, som tidligere ville gøre en i godt humør og glad, er nu ligegyldige og tomme”
(Sundhed.dk 2015).

Denne tilstand skal vare i mindst to uger, for at blive karakteriseret som en depression. Der skelnes mellem lette, moderate og svære depressioner. National Institute of Mental Health (NIMH) beskriver depression som en tilstand, der influerer på den enkeltes måde at føle, tænke og handle på. Symptomerne på depression er både af kognitiv og følelsesmæssig karakter (NIMH 2016). De officielle klassifikationer og kriterier, på baggrund af hvilke depressionsdiagnosen stilles i psykiatrien, findes i ICD-10, som er WHO's vejledning til den diagnostiske udredning i klinisk psykiatri (WHO 2011). Ved depressiv enkeltepisode af lettere grad ser kriterierne således ud:

A	Generelle kriterier for depressiv episode opfyldt
B	Mindst 2 af følgende depressive kernesymptomer:
	(1) nedtrykthed
	(2) nedsat lyst eller interesse
	(3) nedsat energi og øget træthedsbarhed
C	Mindst 2 af følgende depressive ledsagesymptomer:
	(1) nedsat selvtillid eller selvfølelse
	(2) selvbebrejdelse eller skyldfølelse

	(3) tanker om død og selvmord
	(4) tænke- eller koncentrationsbesvær
	(5) agitation eller hæmning
	(6) søvnforstyrrelser
	(7) appetit- og vægtændring (WHO 2011:)

Ved den depressive enkeltepisode af moderat grad ses de samme kriterier, men med mindst fire depressive ledsagesymptomer. Ved den depressive enkeltepisode af svær grad, ses alle tre kernesymptomer, ledsaget af mindst fem ledsagesymptomer (WHO 2011:87/88/89). I 2014 kunne man dog læse i Ugeskrift for Læger, at definitionen på depression skal skrives om, da der finder for stor over- og underdiagnosticering sted, når det gælder depression (Steenberger 2014:22). Kriterierne for depression er for uklare og begrebet skal defineres skarpere, så det bliver nemmere for psykiatere og praktiserende læger, at stille den korrekte diagnose (Steenberger 2014:22). *“Vi vil lave en basal, grundlæggende undersøgelse, hvor vi vil prøve at definere depression mere skarpt og snævert og finde nogle lidt klarere grænser i forhold til andre tilstande, såsom stress, belastningsreaktioner og sorg”* (Kessing i Steenberger 2014:22).

Ætiologi

Ætiologi er den medicinske term for sygdommes årsager (Gannik 2015:30). Depressionens ætiologi er uklar, og forskellige kilder peger på forskellige udløsende faktorer. NIMH nævner en kombination af genetiske, biologiske, miljømæssige og psykologiske faktorer som udslagsgivende i forhold til at udvikle depression (NIMH 2016). På Sundhed.dk kan man læse at: *“En række psykosociale hændelser kan udløse depression, f.eks. tab af nærtstående personer, ulykker og eksistentielle kriser”* (Sundhed.dk 2016). Genetisk disposition nævnes også som udslagsgivende faktor (Sundhed.dk 2016). I en rapport, som er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen, påpeges det, at den individuelle sygdomsrisiko bestemmes af et komplekst samspil mellem genetiske og ikke-genetiske risikofaktorer - altså et samspil mellem arv og miljø (Sundhedsstyrelsen 2007:23). Sociale forhold lader til at influere på risikoen for at udvikle en depression og der ses således en sammenhæng mellem lav socioøkonomisk status og øget hyppighed af depression (Sundhedsstyrelsen 2007:23).

Formanden for Dansk Socialrådgiverforening, Majbrit Berlau, udtaler sig i et debatindlæg i 'Arbejderen' om sociale forholds rolle i udviklingen af depression:

“At være økonomisk presset medfører mismod, forøget risiko for social deroute, angst og depression. Konsekvenserne er farlige for den enkelte og for de børn, der er i familien, men de er også uhensigtsmæssige i et samfundsøkonomisk perspektiv” (Berlau 2014).

Derudover har civilstand, køn, stress og belastninger indflydelse på forekomsten, og vanrøgt og tidlige traumer i barndommen spiller ind på hvor stor ens disposition for sygdommen vil være i voksenlivet (Sundhedsstyrelsen 2007:23/24).

Behandling

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside kan man læse, at: *“Sundhedsstyrelsen er den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark”* (sundhedsstyrelsen 2016b). Sundhedsstyrelsen bistår med rådgivning til ministre, og yder rådgivning til statslige, regionale og kommunale myndigheder (Sundhedsstyrelsen 2016b). Sundhedsstyrelsen står også for udformningen af både vejledninger og Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR), som er kliniske anbefalinger med det formål, at støtte sundhedsprofessionelle i beslutningsprocesser (Sundhedsstyrelsen 2016c). Den 27. maj 2016 udkom 'NKR for non-farmakologisk behandling af voksne med unipolar depression' (Sundhedsstyrelse 2016a), men før den tid fandtes der ingen officielle retningslinjer for non-farmakologisk behandling af depression. Sundhedsstyrelsens NKR er en direkte respons på en lignende vejledning, med fokus på medicinsk behandling udgivet af Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) (Sundhedsstyrelsen 2016a:7).

Antidepressiva er det hyppigst benyttede psykofarmaka i Danmark. Man kan læse i Statens Serum Instituts statistikker (Medstat) at der i 2015 var 419.062 danskere på antidepressive lægemidler (Medstat.dk 2016a). Dette tal lyder måske voldsomt, men er faktisk et fald på mere end 40.000 i forhold til 2010, hvor tallet toppede med 462.558 (Medstat.dk 2016b). Tallet hænger ikke sammen med antallet af registrerede depressionstilfælde i Danmark, hvilket skyldes at lægemidlet benyttes til behandling af andre lidelser end depression.

Antidepressive lægemidler anvendes til behandling af flere typer psykiske lidelser som f.eks. panikangst, social fobi, generaliseret angst, OCD, posttraumatisk stress og spiseforstyrrelser (Medstat.dk 2016a+b). Ikke alle responderer på antidepressiva, der menes at virke tilfredsstillende på ca. 33% af depressive: *"...hver tredje patient opnår et tilfredsstillende resultat (remission), hver tredje opnår en vis effekt (respons) og hver tredje opnår en utilfredsstillende effekt af akut antidepressiv behandling"* (Sundhedsstyrelsen 2007:44). Der hersker dog stor usikkerhed omkring virkningen af antidepressiva, og nyere studier fra 2015 tyder på, at aktiv placebo kan være lige så effektiv som antidepressiva (Peciña, Bohnert, Sikora, Avery, Longenecker, Mickey & Zubieta 2015). Dette får forskerne bag undersøgelsen til at anbefale aktiv placebo som førstevalgsbehandling; *"Resultaterne støtter anvendelsen af placebo som en mulig førstevalgsbehandling mod depression"* (Dansk Psykiatrisk Selskab 2016).

Terapi er tillige en udbredt behandlingsmetode af depression. Siden 2008 har det været muligt at modtage psykologhjælp med tilskud fra det offentlige, og siden da har antallet af henviste med depression været stigende (DP 2016). Dansk Psykolog Forening (DP) skriver på deres hjemmeside, at der er lang ventetid til behandlinger hos psykologer grundet de det store antal af henviste (DP 2016). Dette på trods af en ret tydelig advarsel, som formanden, Eva Secher Mathiasen, kommer med: *"Risikoen for, at disse mennesker bliver alvorligt syge, stiger, des længere tid der går, før de kommer i behandling"* (DP 2016). I et radiointerview fra december 2012, udtaler hun desuden:

"Vi kan konstatere, når vi ser på forskningen, at psykoterapi virker bedre end medicin. Og når vi samtidig ser, at rigtig mange danskere med let til moderat depression tager antidepressiv medicin, så er der i hvert fald indikationer af, at der er noget galt" (DP 2012).

Ifølge DP kan depression altså behandles uden brug af antidepressiva, og terapi kan tilmed forebygge tilbagefald i højere grad end medicinsk behandling (DP 2012).

Normalitet og afvigelse

En definition på en afvigelse, i form af en psykisk lidelse, kan være afgørende for definitionen på selve den menneskelige psyke, hvilket er hvorfor psykiatriske diagnoser er svære at stille (Køppe 2013:395). Det forekommer nok de fleste langt mere simpelt, at definere en brækket arm, med et forholdsvis begrænset antal behandlingsmuligheder, end at skulle definere normalitet (Køppe 2013:395). Ifølge den franske filosof og idéhistoriker, Michel Foucault, er grænserne for det normale versus det anormale socialt konstruerede, og sygdom kan anskues som kulturelt betinget på den måde, at den er et produkt af de træk, en kultur fortrænger og ser ned på (Foucault 2005:111). Sygdommen er defineret i forhold til en norm, som en afvigen fra det, der betragtes som gennemsnitligt (Foucault 2005:111). Foucault beskriver den relative sygdomsopfattelse således: *“Sygdommen har kun sin virkelighed og sin sygdomsværdi inden for en kultur, der erkender den som sådan”* (Foucault 2005: 109).

Ifølge Psykiatrifonden er det overhovedet ikke ualmindeligt, at have en psykisk sygdom, og på deres hjemmeside kan man læse, at psykisk sygdom er normalt (Psykiatrifonden 2016). Kampagnen En-af-os er iværksat med det formål, at mindske afstanden mellem sindslidende og samfundet. Dette gøres ved at øge danskernes viden om psykisk sygdom, for at skabe større forståelse og mindske stigmatisering (En-af-os 2011). Der ses altså en tydelig tendens i samfundet til at ville normalisere og afstigmatisere sindslidelser (Psykiatrifonden 2016; En-af-os 2011). I et debatindlæg i Information udtaler sundhedsantropolog og tidligere medarbejder i socialpsykiatrien, Hanne Struensee Schmidt : *“Normaliseringen er forståelig i en kultur, hvor det giver anerkendelse at høre til i normalitetskassen, og hvor psykisk sygdom gennem mange år er blevet forstået som en kronisk tilstand. Konsekvenserne kan dog være katastrofale”* (Schmidt 2013). En af konsekvenserne ved normaliseringen er, ifølge Schmidt, at vi risikerer at bidrage til udviklingen af og fastholdelse i psykisk sygdom, gennem normer om, at vi skal være ens på alle områder (Schmidt 2013).

Stigma

Både psykiatriske patienter og psykiatriske diagnoser italesættes i de danske medier med jævne mellemrum. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA) er på nuværende tidspunkt i gang med at forske i betydningen af denne omtale for

almenbefolkningens opfattelse af psykisk syge (KORA 2015). De har i den forbindelse, som et led i en afstigmatiseringskampagne for En-af-os, fundet ud af, at mere end ni ud af ti mennesker med psykiske lidelser har oplevet at blive diskrimineret og stigmatiseret på grund af deres sygdom (KORA 2015). Undersøgelsen viser samtidig, at den oplevede diskrimination medfører begrænsninger på flere forskellige områder, bl.a. i sociale kontakter til venner og familiemedlemmer, ved søgning af offentlige ydelser og i jobsøgningssammenhænge (En-af-os 2016). Denne forskelsbehandling kan altså være starten på en ond cirkel, hvor den psykisk syge risikerer at tage omgivelserne negative stempeling på sig, og agere ud fra den, f.eks. ved tilbagetrækning fra samfundslivet (En-af-os 2016).

Det diskursives magt

Magt i diskursiv forstand er ikke ensbetydende med den mere gængse forståelse af magt, som tager udgangspunkt i, at nogle aktører eksplicit påvirker andres handlemfrihed (Nexø & Koch 2007:130). Diskurser kan være magtfulde når de frembringer "sandheder", der er med til at etablere den virkelighed som flertallet handler i og forholder sig til (Nexø & Koch 2007:131). De udgør dermed en sammenhængskraft i samfundet, som ikke ville fungere uden fælles viden eller regler for accepteret adfærd, og diskursiv magt bliver dermed noget produktivt (Nexø & Koch 2007:131). Enhver sandhed eller selvfølgelighed vil således være et produkt af de magtrelationer, som herskede på tidspunktet hvor sandheden blev kreeret (Nexø & Koch 2007:131). Når en patient får en diagnose, kan diagnosen i sig selv spille en rolle i personens selvforståelse og identitet. En diagnose er ikke blot en beskrivelse af allerede eksisterende tilstande i patientens liv og psyke, men kan spille aktivt ind på de symptomer, som vedkommende oplever (Brinkmann 2015:51). Dette fænomen kaldes for Interaktive diagnoser. Diagnosen samler symptomer og giver adgang til en sygerolle; på den måde kan den i høj grad spille ind på og forme et menneskes identitet (Jutel i Brinkmann 2015:51).

Medialisering

Medialisering er et begreb, som beskriver den tilstand i det senmoderne samfund, hvor en efterhånden stor del af vores viden formes af medietekster. Samfundet underlægges på denne måde medierne, og bliver afhængig af deres logik (Phillips & Schrøder 2005). Stig

Hjarvard, som er professor i medier og samfund, beskriver måden hvorpå samfundet er så gennemsyret af mediernes fremstilling af fænomener, at medierne ikke længere kan betragtes som værende adskilt fra samfundets øvrige institutioner. Medialiseringen kan ses som et udtryk for en postmoderne tilstand, hvor medierne er med til at skabe en helt ny kulturel orden (Hjarvard 2009:10). Den mest radikale påpegelse af sammenhængen mellem medialisering og postmodernisme ses hos Jean Baudrillard, fransk filosof og sociolog (Hjarvard 2009:10). Ifølge Baudrillard skaber mediekulturen en stimuleret verden, der ikke bare kan fremstå mere virkelig end den fysiske verden, men som faktisk kan være i risiko for at erstatte den. Baudrillard beskriver hvordan medierne er styret af en tegnlogik, som kan skabe en alternativ virkelighed, og mediernes symbolverden menes at være i stand til at dominere menneskers måde at forstå og anskue verden på (Hjarvard 2009:10).

Socialt arbejde

International Federation of Social Workers (IFSW) har i 2014 godkendt en officiel global definition af socialt arbejde (IFSW 2014). En del af definitionen lyder:

"Socialt arbejde er en praksisbaseret profession og en akademisk disciplin, der fremmer social forandring og udvikling, social samhørighed, og empowerment og frigørelse af mennesker. Principper om social retfærdighed, menneskerettigheder, kollektivt ansvar og respekt for forskelligheder er centrale for socialt arbejde" (IFSW 2014).

Det er flotte ord, som dog kan vise sig at være svære at føre ud i livet. Ifølge Søren Juul, lektor ved Aalborg Universitet, er den neoliberalistiske retorik, som har præget det sociale arbejde gennem de seneste årtier, til hinder for, at de svageste borgere mødes på en anerkendende måde (Juul 2015:139). Den neoliberale udvikling i Danmark har været med til at skabe ubalance i normsystemerne, og de etiske og retlige normer, som har til formål at beskytte den enkelte borger, står svagt i forhold til økonomi, effektivitet og optimering af ressourcer (Juul 2013:25). Ifølge Majbrit Berland, formand for Dansk Socialrådgiverforening, er psykiske problemer overrepræsenteret blandt kontanthjælpsmodtagere (Nørby 2015:7). Således kan man se i statistikkerne at hver tredje kontanthjælpsmodtager er i medicinsk

behandling mod depression (Jensen 2015:9). Disse tal indikerer, at hvis et menneske, som er ramt af en sindslidelse, ikke allerede er udsat, er vedkommende i risiko for at blive det.

Sammenfatning

Psykiske lidelser er langt mere komplekse end de somatiske, hvilket gør at man må spørge sig selv hvor langt vi egentlig er kommet, i forsøget på at afdække det mysterium, som sindet udgør. Mentale helbredsproblemer udgør et stigende menneskeligt og samfundsmæssigt problem, hvad end det så skyldes et øget fokus på sindslidelser, en øget forekomst, eller samfundsmæssige tendenser, der presser mennesker ud i psykisk lidelse. Samtidig ses en tendens til, at normalitetsbegrebet bliver stadigt mere snævert, da vi kæmper for at blive ens på alle områder. Dette får uvægerligt den gruppe, som ligger uden for normaliteten, til at synes større.

Depression, som er blevet en folkesygdom i Danmark, italesættes ofte i medierne. Omtalen af fænomener kan være med til at skabe dem, og kan derfor få indflydelse på den sociale praksis, og den øgede medialisering faciliterer dette. Det sociale arbejde, som historisk set skulle beskytte borgere mod samfundsmæssige belastninger, synes at ændret karakter med neoliberalismens udbredelse, og har nu nærmere en funktion, der går ud på at disciplinere utilpassede og syge mennesker. Dette kan få store konsekvenser for udsatte borgere.

Problemformulering

Hvordan italesættes depression i medier, vejledninger og retningslinjer og hvilke konsekvenser kan det tænkes at have for den sociale praksis.

- De danske medier er i denne afhandling afgrænset til skrevne medier, nærmere bestemt dagblade og fagtidsskrifter.
- Social praksis: Vedvarende og rutinemæssige former for menneskelig og social reproduktion, som ved dislokation kan blive til en politisk praksis (Glynos & Howarth 2007:104). Begreberne uddybes i den teoretiske undersøgelsesramme. I denne afhandling dækker begrebet over den iværksatte praksis på depressionsområdet.

Teoretisk undersøgelsesramme

I følgende afsnit redegøres for afhandlingens teoretiske undersøgelsesramme. Indledningsvis præsenteres sprogets betydning, (post)strukturalisme og socialkonstruktivisme, og der gives en kort introduktion til diskursteorien. Herefter præsenteres teorien om kritisk redegørelse, teorier og normalitet og afvigelse samt teori om stigma. Dette efterfølges af en præsentation af kritisk teori og samfundets rolle i depression. Afsnittet rundes af med det sociale arbejde og dets menneskesyn.

Sprogets betydning og diskursteori

Platon fremstillede, med sin allegori om hulemennesket, historiens første artikulationsteori (Laclau 1997:15). I allegorien sidder mennesket med ryggen mod indgangen til en hule, og ser andre mennesker som skygger på hulens vægge. Han konkluderer, at de stemmer, han hører, kommer fra de skygger, han ser. Da han endelig slipper ud af hulen, går hans vrangforestillinger op for ham, idet han ser stemmernes egentlige oprindelse (Laclau 1997:15). I allegorien fremstilles hverdags erfaringen som et system af vildledende artikulationer, hvori begreber ikke knyttes sammen af logiske relationer, men af konnotative kæder, som vane og skøn etablerer mellem dem (Laclau 1997:15). Disse artikulationers systematiske karakter, ville Platon opløse gennem en kritisk proces, der skulle føre til en raffinering af de enkelte begreber (Laclau 1997:15). Al sand viden forudsætter således et brud på sammenhængen mellem enkelte begreber, der udelukkende er baseret på vane og skøn (Laclau 1997:15).

Ferdinand de Saussure betragtes som strukturalismens grundlægger, med hans posthume værk 'Kursus i almen lingvistik'. Ifølge Saussure er forholdet mellem tegnene i et sprog arbitrært (Saussure 1983:68) og sproget har, modsat mange andre objekter, der studeres videnskabeligt, ingen umiddelbart observerbare enheder (Saussure 1983:105). Verden dikterer ikke hvilken betydning den skal tillægges, betydningen opstår gennem sociale konventioner, hvorigennem en genstand forbindes med et tegn (Jørgensen & Phillips 1999:18/19). Tegnenes betydning stammer fra deres relation til andre tegn på den måde, at et ord er spændt op i en struktur af andre ord. I kraft af forskelligheder fra de andre ord i den pågældende struktur, fastlægges ordets betydning. Strukturen blev i strukturalismen opfattet som totalitær - alle tegn stod i entydigt forhold til hinanden (Jørgensen & Phillips

1999:19). I den saussureske tradition skelnes der mellem to niveauer i sproget. Det første er langue, som er sprogets faste struktur. Det andet er parole, som henviser til den konkrete brug af sproget. Parole ville ikke eksistere uden langue, men ansås for værende irrelevant at analysere (Jørgensen & Phillips 1999:19). Næsten udelukkende langue, det faste netværk af tegn, blev gjort til objekt i sprogvidenskaben (Jørgensen & Phillips 1999:19).

Den faste struktur i strukturalismen blev af poststrukturalister erstattet af diskursteorien. Denne henviser også til strukturer, der bare ikke er fuldstændig fastlagte og entydige som i strukturalismen, men derimod konkurrerede indbyrdes. Der skete altså en åbning af strukturbegrebet i forhold til strukturalismens taksonomiske strukturbegreb (Esmark, Laustsen & Andersen 2005A:8/9). De sproglige strukturer i dette perspektiv er foreløbige og foranderlige, og skaber dermed plads til at løse det strukturalistiske dilemma om forandring (Jørgensen & Phillips 1999:20). I poststrukturalismen blev grænsen mellem langue og parole desuden mere eller mindre opløst, og det er netop denne opløsning, der giver mulighed for, at de forskellige tegn glider i forhold til hinanden og strukturen bliver foranderlig (Jørgensen & Phillips 1999: 21). Poststrukturalisme er jævnligt blevet opfattet som en del af socialkonstruktivismen, men hvor der er mange ligheder mellem de to traditioner, er der også en del forskelle (Esmark, Laustsen & Andersen 2005A:8). Poststrukturalismen har rødder i både lingvistikken, med Saussure som grundlægger, og filosofien, i hvilken forbindelse man fremhæver Heidegger, Hegel og Husserl. Nietzsche nævnes også tit i en poststrukturalistisk sammenhæng (Esmark, Laustsen & Andersen 2005A:12).

Ernesto Laclau og Chantal Mouffes teori har rødder i strukturel marxisme fra 1960'erne, men har sidenhen bevæget sig i en mere poststrukturalistisk retning med deres diskursteori (Dreyer Hansen 2012:257). Med deres omstrukturering af marxismen på flere forskellige områder, kan de næppe kaldes marxister - selv definerer de sig som post-marxister, med tryk på begge begreber (Torfing 1998:32). Deres teori anses for værende en sammentænkning af (post)strukturalismen og marxismen (Jørgensen & Phillips 1999:35). Deres diskursteori går overvejende ud på, at blotlægge sprogets grundlæggende ustabilitet samt kampene for hegemoni, som betyder at fastlåse sprogets betydning. En diskurs repræsenterer en bestemt måde at omtale og forstå den sociale verden på, men som aldrig etablerer en endelig fiksering, da den konstant vil være truet af andre diskurser (Dreyer Hansen 2012:261). Diskurser er et resultat af hegemoniske artikulationer, hvilket vil sige

politiske forsøg på at tilskrive subjekter og objekter en bestemt mening inden for et diskursivt system (Torfing 1998:36). En diskurs er andet og mere end blot en tekst i snæver forstand, det diskursive repræsenterer en helhed af fænomener, som konstituerer et samfund, og gennem hvilke den samfundsmæssige meningsproduktion finder sted (Laclau 1997A:123). Det diskursive står ikke i modsætning til det ikke-diskursive som to forskellige niveauer, det diskursive ses derimod som noget, der nærmest har samme udstrækning som det samfundsmæssige (Laclau 1997A:123). Laclau og Mouffe skriver om det samfund, som de fleste nok tager for givet: "*Samfundet er vores forsøg på, at skabe entydighed i det sociale*" (Jørgensen & Phillips 1999:45). Det er altså ikke i sig selv en objektivt eksisterende størrelse og forholdene i et samfund kan derfor ikke tilskrives permanens. Magtforholdene i et givent samfund kan dog blive naturaliserede igennem meningsdannelser i sådan en grad, at der ikke længere stilles spørgsmålstejn ved dem (Jørgensen & Phillips 1999:43). En magt, der i sin tid måske blev etableret ved brug af tvang og vold, kan opretholdes gennem mange år uden brug af fysisk tvang, da det for den undertrykte gruppe er blevet naturligt at befinde sig i en vis social klasse eller situation (Jørgensen & Phillips 1999:43). Institutioner kan altså til hver en tid problematiseres og genfortolkes, men har omvendt en vis konstans, der skyldes, at vi, i et ubevidst forsøg på at begrænse kontingens, tager en række ting i verden for givet og dermed undlader at sætte spørgsmålstejn ved, om tingene er (eller bør være) sådan, som de er (Torfing 2004:56).

Kritisk redegørelse

Kritisk redegørelse er et forsøg på at skabe en adækvat form for social og politisk teori, som ikke behøver at vælge mellem forklarings-, fortolknings- eller kritisk teori, men som derimod integrerer alle retninger (Glynos & Howarth 2007:1). Jason Glynos og David Howarth identificerer et behov for metodisk pluralisme i socialvidenskaberne, for at få redskaber til både at kunne belyse, redegøre for og forudsige samfundsændringer i en hurtigt omskiftelig verden (Glynos & Howarth 2007:1/2).

Den klassiske poststrukturalistiske diskursanalyse har modtaget kritik fra flere forskellige kanter. Den er blevet beskyldt for at have både normative og metodiske utilstrækkeligheder (Glynos & Howarth 2007:6/7), hvilket uddybes i metodeafsnittet. Denne kritik forsøger Glynos og Howarth at imødekomme med deres bog '*Logics of Critical Explanation in Social and Political theory*'. Her beskriver de deres teori som værende et supplement til den

poststrukturalistiske diskursanalyse, og en måde hvorpå det bliver muligt at lokalisere det normatives rolle i diskursteorien, dog uden at tilbyde en klar normativ ramme (Glynos & Howarth 2007:7). Glynos og Howarth fremlægger ikke en egentlig fastlagt metode, men understreger at teorien heller ikke opfordrer til subjektivitet i retning af 'alt er tilladt'. Derimod tilbyder bogen et ontologisk standpunkt og en konceptuel grammatik, der, sammen med en særlig forskningsetik, gør det muligt at besvare empiriske problemstillinger (Glynos & Howarth 2007:7). I denne afhandling kaldes teorien for 'kritisk redegørelse' [egen oversættelse].

I et samfund kan der opstå et fænomen, der kaldes for dislokation. En dislokation er et sammenbrud i eksisterende magtstrukturer, som medfører muligheden for forandring. En økonomisk depression kan være et eksempel på dette (Glynos & Howarth 2007:104). Når forretninger og fabrikker lukker ned, folk mister deres arbejde, vil der herske socialt kaos, og der vil være flere måder hvorpå de implicerede aktører kan reagere. Nogle resignerer og trækker sig tilbage, mens andre vil reagere med vrede og oprør. Den sidstnævnte handle måde kan skabe forandring, hvis den struktureres og bliver til en politisk praksis i form af politiske projekter eller sociale bevægelser (Glynos & Howarth 2007:104). Dislokationer i et samfund kan være med til at belyse det faktum, at det eksisterende system, der tages for givet som social virkelighed, blot repræsenterer én måde blandt mange at indrette et samfund på (Glynos & Howarth 2007:104). Den sociale praksis, som er en rutinemæssig form for menneskelig og social reproduktion, der ikke kræver videre selvrefleksion, kan via dislokation udfordres og vil i nogle tilfælde blive en politisk praksis (Glynos & Howarth 2007).

Glynos og Howarth opererer i deres teori med begrebet 'logic'. Når man taler om 'the logic of a practice', søger man at fange essensen af den pågældende praksis. En logic prøver at efterforske fænomeneres muligheder i tidslige og rumlige kontekster (Glynos & Howarth 2007:135). På mange måder minder begrebet om diskursbegrebet, og Ernesto Laclau har førhen beskrevet logic som værende en grammatik eller regelklynge i sproget, der muliggør visse sproglige kombinationer, alt imens den udelukker andre (Glynos & Howarth 2007:135). Man kan sige om begrebet logic, at det omfatter de grammatiske regler for en praksis såvel som de omstændigheder, der både muliggør den pågældende praksis og gør den angribelig

(Glynos & Howarth 2007:136). Der skelnes mellem tre typer logics; social, political og fantasmatic (Glynos & Howarth 2007:106). Når begreberne benyttes sammen, udgør de en forklaringsmæssig basis for den socialkonstruktivistiske indgangsvinkel for kritisk redegørelse, og begreberne bidrager med teoretiske redskaber til at karakterisere regimer og sociale praksisser samt til at redegøre for hvorfor de forandrer sig - eller hvordan de modstår forandring (Glynos & Howarth 2007:106).

Social logics har til formål at indfange dannelsen af mønstre i sociale praksisser. For eksempel vil 'social logics of individualisation' søge at identificere de mønstre af diskursive artikulationer som individualiserer og adskiller forskellige aktører fra hinanden (Glynos & Howarth 2007:140). Social logics karakteriserer en praksis eller et regime synkront, hvilket vil sige at et fænomen studeres i et afgrænset tidsrum (Glynos & Howarth 2007:141).

Political logics gør det muligt at forstå måden hvorpå en praksis eller et regime er institueret (Glynos & Howarth 2007:106). Hvor social logics beskæftiger sig med en social praksis inden for en begrænset tidsramme, fokuserer political logics på det diakrone aspekt af en praksis, altså tilblivelsen og/eller forandringen af den (Glynos & Howarth 2007:141). Political logics har til formål at undersøge de processer af kollektiv mobilisation, der er et resultat af forekomsten af den politiske dimension i en social praksis. Samtidig søger political logics at indfange processerne i en mulig de-etablering af selv samme praksis (Glynos & Howarth 2007:141/142).

Hvor political logics bibringer en ramme, indenfor hvilken sociale praksisser skabes eller forandres, afdækker fantasmatic logics kraften bagved operationerne. Med andre ord; hvor political logics forsøger at vise *hvordan* en social praksis bliver til eller forandres, søger fantasmatic logics et besvare *hvorfor* visse praksisser eller regimer 'griber' subjekter (Glynos & Howarth 2007:145). Fantasmatic logics bidrager til forståelse af modviljen mod forandring (den sociale praksis' inert) samt hastighed og retning af forandringsprocesser, når de rent faktisk finder sted (den sociale praksis' vektor) (Glynos & Howarth 2007:145). Fantasmatic logics kan enten aktivt rumme eller undertrykke den politiske dimension i en praksis (Glynos & Howarth 2007:146).

Groft sagt kan man sige at de tre typer logics besvarer tre forskellige typer spørgsmål: Social logics kan assistere i processen med at karakterisere *hvad* en praksis er, political logics kan bidrage til undersøgelsen af *hvordan* den pågældende praksis udfordres eller forsvares, og

fantasmatic logics kan hjælpe til med grunde til *hvorfor* en praksis enten vil bestå eller transformeres (Glynos & Howarth 2007:108).

Diskurser og magt

Der findes magt i alle sociale forhold, da de eksisterer på bekostning af andre sociale forhold, der blot er blevet undertrykt. Der ligger ligeledes magt implicit i alle diskurser, og man kan sige, at hvis man kan få en beslutning gennemtruffet, er det ensbetydende med, at man har magt (Jensen 1997:166/167). Diskurser skaber de normer, sandheder og fælles referencer, som får et samfund til at fungere (Nexø & Koch 2007:131). Ligesom Glynos og Howarth opererer Laclau og Mouffe med begrebet dislokation, der i deres perspektiv forstås som en midlertidig åbning af en diskurs. Dette kaldes for en dislokation af et diskursivt system og betyder at visse centrale begreber mister deres faste betydning, og dermed åbnes for hegemoniske kampe (Torfing 2004:52/53). Ofte er Foucault blevet betragtet som værende ophavsmand til diskursanalysen, men selvom han i sine værker afdækker den systematik, der gør sig gældende på det sproglige plan, har han ingen fast metode til analyse af sproget (Raffnsøe et al. 2009:181). På det diskursanalytiske punkt tager han altså afstand fra, at kalde sig for strukturalist, eftersom strukturalismen *“havde som mål at definere en metode”* (Raffnsøe et al. 2009: 181). Ifølge Foucault er menneskets identitet et produkt af dets evne til artikulation i en grad hvor det kan være svært at skelne sproget fra subjektet: *“Sprog og menneske står i et spændingsfyldt forhold hvor de gensidigt er henvist til hinanden, uden at denne spænding kan bringes til hvile ved at den ene af de to størrelser indtager pladsen som subjekt”* (Raffnsøe et al. 2009:180). Ved begrebet subjektpositioner forstås, at det ikke er afgørende hvilken person, der taler, men i stedet fra hvilken position, der tales, og hvilken autoritet den talende udgør (Dreyer Hansen 2012:246). Ifølge Foucault vil der ofte være flere forskellige aktører, der udtaler sig om det samme emne, på baggrund af forskellige subjektpositioner, og som følge heraf, kan der opstå diskursive kampe. For eksempel kan alle sige ordene ‘ du har kræft’, men det bliver aldrig en officiel diagnose, før ordene udtales af en læge (Dreyer Hansen 2012:246). Subjekter vil altid være situeret i en position, og når en diskursiv formation analyseres, kigger man ikke på individerne, men derimod på hvilke positioner, pladser og relationer diskursen åbner op for (Dreyer Hansen 2012:246). Ifølge Foucault er magtrelationerne ikke særegne relationer. De eksisterer internt i alle former for relationer. At studere magten vil derfor i mange tilfælde være

ensbetydende med at studere relationer (Fogh Jensen 2013:288). Magt er mest virksom, når den usynliggøres og dermed er undefinerbar som magt (Richter 2011:423). Når kontrolmekanismer kamoufleres gør vi det sværere for os selv at gøre oprør imod dem. Kontrolmekanismer er dem, som er indeholdt i magten, altså andre og mere skjulte grunde til eksempelvis en lovgivning (Richter 2011:423). For eksempel kan en lovgivnings åbenlyse formål være at ville befolkningen det bedste, mens de mere skjulte grunde til selvsamme lovgivning er samfundets interesse i at spare penge. Det økonomiske aspekt vil altså fungere som den kontrolmekanisme, som er indeholdt i magten (Richter 2011:423). En kampagne for sund livsstil er et eksempel på denne form for skjulte magt, der ligger i måden hvorpå individet ansvarliggøres (Richter 2011:423). Et andet eksempel på skjult magt er når vi fastholder hinanden i identiteter, med dertil hørende stigmata. Eksempler på disse identiteter kan være at benytte benævnelser som alkoholiker, pervers, traumatiseret eller depressiv, og konsekvensen kan være at nogle kontrolmekanismer utydeliggøres, idet andre tydeliggøres. Når bare nogle enkelte facetter ved et menneskes identitet fremhæves, risikerer man at andre facetter mistes (Richter 2011:422/423).

Socialkonstruktivisme

Inden for den logisk-empiriske tradition er der en klar grænse mellem teori og empiri. Teorien refererer til hypoteser, som kan testes direkte på empiriske forhold, og den er orienteret mod forklaring af et fænomen. Forklaringen består i, at en effekt kan føres tilbage til en årsag (Esmark, Laustsen & Andersen 2005B:9). Socialkonstruktivismen gør op med denne årsag-effekt-tankegang, eftersom det logisk-empiriske udgangspunkt ifølge socialkonstruktivismen, giver anledning til to problematiske antagelser: At strukturen er aktørens årsag eller at aktøren skaber strukturen (Esmark, Laustsen & Andersen 2005B:10). I stedet for at opfatte forholdet mellem struktur og aktør som årsag-effekt, betragter socialkonstruktivismen den sociale virkelighed som et forhold mellem muliggørende og begrænsende strukturer på den ene side, og reflektive subjekter på den anden, som både vil kunne undvige og ændre strukturerne (Esmark, Laustsen & Andersen 2005B:10/11).

Ifølge Vivien Burr, lektor i psykologi ved University of Huddersfield, kan socialkonstruktivisme ikke beskrives entydigt, men der findes alligevel fire fællestræk hos alle, som kalder sig socialkonstruktivister (Burr 1995:2). Det første er, at man indtager et kritisk standpunkt i forhold til alt det, der tages for givet. Dette står i direkte opposition til

positivismen og dens formodning om, at alting kan afdækkes via observation. Det andet træk er, at man som socialkonstruktivist er historisk og kulturelt specifik, hvilket betyder at vores måde at forstå verden på, afhænger af tid og sted - altså historie og kultur (Burr 1995:2/3). Det tredje er, at viden opretholdes af sociale processer. Mennesker skaber viden imellem sig gennem interaktioner, og det er disse interaktioner, i særdeleshed sproget, der er af interesse i socialkonstruktivistiske analyser (Burr 1995:3). Det fjerde og sidste træk går ud på, at sociale handlinger og viden går hånd i hånd. Forskellige konstruktioner, inviterer til forskellige handlinger, som enten vil blive naturliggjorte eller fordømte i et samfund (Burr 1995:3). Teori i socialkonstruktivistisk forstand handler om *“udfoldelse af begreber, der gør en forskel i konstruktionen af den sociale virkelighed”* (Esmark, Laustsen & Andersen 2005b: 11). I den socialkonstruktivistiske analyse, er der fokus på at skabe politisk bevidsthed omkring konstruktionen af det, der opfattes som sandheder. Dette indebærer eksamination af hvilke magtforhold, der har påvirket tilblivelsen og institutionaliseringen af disse såkaldte sandheder (Bransholm Pedersen 2012:189). Inden for dette perspektiv kan man ikke tale om nogen klar grænse mellem empiri og teori, og en socialkonstruktivistisk analyse vil ikke som konklusion be- eller afkræfte en hypotese. Konklusionen består nærmere i en *opsamling* på en gennemført konstruktion (Esmark, Laustsen & Andersen 2005b:12). Socialkonstruktivisme som videnskabsteoretisk retning uddybes i metodeafsnittet.

Normalitetsbegrebet

Ifølge Foucault er det, der opfattes som sygt i et samfund, de træk som det pågældende samfund ikke ønsker at identificere sig med: *“Vort samfund ønsker ikke at genkende sig selv i den syge, som det forjager eller lukker inde; i selve det øjeblik hvor det diagnosticerer sygdommen, udelukker det den syge”* (Foucault 2005:112). Det syge defineres i forhold til et gennemsnit eller en norm. Vender man det på hovedet, er normalitet lig med det som et samfund gerne vil identificere sig med; de træk i vores natur, som værdsættes og hyldes i den brede befolkning. Både normalitet og afvigelse varierer meget fra kultur til kultur (Foucault 2005:111). I visse kulturer hyldes vrede og aggressivitet, og manglende villighed til at imødegå risici og farer, kan føre til afvigelse. Nogle kulturer hylder individualitet, mens andre hylder fællesskabet og forkaster den adfærd, der gavner individet, uden at gavne samfundet (Foucault 2005:110). Det, Foucault kalder den disciplinære magt, er en magtform, der har indflydelse på, hvordan individualitet skabes. Den tilhører konformiteten

i vores samfund, hvilket indbefatter de dominerende kodekser for moral samt normanvisende kategoriseringer, der findes her (Richter 2011:419). Når Foucault taler om normen, refererer han til denne magtform, og beskylder konformiteten for at være medvirkende i skabelsen af individualitet. Det konforme samfund skaber rammerne for det, der opfattes som værende normalt, hvilket samtidig vil sige, at det fastlægger hvad der falder uden for disse rammer og opfattes som værende anormalt (Richter 2011:419). Gennem stabilisering af normen, vil det, der træder uden for normen blive cementeret, hvilket er et eksempel på hvordan magten fungerer ifølge Foucault. Det konforme samfund har ikke til hensigt, at medvirke i skabelsen af det anormale, snarere tværtimod, men ikke desto mindre er det netop det, der sker (Richter 2011:420).

I det danske samfund synes der at være flere forsøg på at normalisere psykiske lidelser og sindslidende. På psykiatrifondens hjemmeside kan man som sagt læse, at "*psykisk sygdom er helt normalt*" (Psykiatrifonden 2016) som det første, når man besøger siden, for at læse deres introduktion til de forskellige psykiatriske diagnoser (Psykiatrifonden 2016). Om der refereres til det høje antal af diagnosticerede, og dermed også syge, danskere, eller om det menes, at perioder med sindslidelser er en nærmest uundgåelig del af et helt almindeligt menneskes liv, vides ikke. 'En af os' er en kampagne som løber fra 2011 til 2016 og som har til formål at afstigmatisere sindslidende i Danmark (En-af-os 2011). Kampagnen har organisationer i ryggen som Sundhedsstyrelsen, psykiatrifonden, Trygfonden og Social- og indenrigsministeriet, og har til formål at øge den generelle befolknings viden om psykisk sygdom, for på den måde at skabe større forståelse omkring sindslidende i skoler og på arbejdspladser (En-af-os 2011). Deres kampagne går hovedsageligt ud på at normalisere sindslidelser; altså, du er ikke unormal bare fordi du er syg. De forsøger med kampagnen at afstigmatisere psykisk sygdom, for på den måde at undgå udelukkelse og diskrimination blandt sindslidende (En-af-os 2011). Det er dog interessant, at der ikke ses forsøg på at afsygeliggøre de tilstande, der opfattes som patologiske i samfundet. Dette kan tænkes at have noget at gøre med begrebet sygdomsspecificitet, der betyder, at sygdomme antages at have en form for selvstændig eksistens, som er uafhængig af deres manifestationer hos det enkelte syge individ, og som er blevet en indgroet del af den lægelige praksis (Rosenberg i Brinkmann 2015:37). Ifølge den danske filosof, Søren Kierkegaard, kan man ikke gå igennem et liv uden at opleve en vis grad af lidelse og eksistentiel angst (Grøn 1994:14).

Angsten knyttes sammen med frihedens muligheder samt spørgsmålet om, hvad man skal stille op med sig selv og sit liv: *“Kort fortalt viser angsten, at et menneske ikke uden videre er sig selv, men i en afgørende forstand først skal blive sig selv”* (Grøn 1994:11). Angsten er et grundlæggende vilkår, og en måde hvorpå mennesket søger at undgå den i det ‘moderne’ liv, er ved at gøre sig almindelig (Grøn 1994:15/16).

Afvigelse

En almindelig, men også kompleks måde, at anskue afvigelse på, er som noget patologisk. Det vil sige træk som afslører tilstedeværelsen af sygdom i andre. Hvor sygelige tilstande i kroppen er relativt simple at sætte en finger på, er den sygelige adfærd langt mere kompleks at definere og langt mere subjektiv, da alle ikke er enige i hvad den sunde og normale adfærd består i (Becker 2005:26). Før i tiden så man en tendens til, at afvigelse nærmest automatisk blev forbundet med sindssygdom; homoseksualitet, alkoholmisbrug og afhængighed af stoffer, ansås for værende symptomer på sygdomme i sindet, som blev forsøgt kureret (Becker 2005:27). Sidenhen har vi ændret vores opfattelse, så den er mindre rigid og fordømmende, men det er stadigvæk svært at skelne det syge fra det raske sind (Køppe 2013:395). Becker skriver om tendensen til at anskue afvigelse som sygdom:

“Den medicinske metafor begrænser på mange måder, hvad vi er i stand til at se, ligesom den statistiske opfattelse gør det. Den accepterer lægmandens bedømmelse af et eller andet som afvigende, lokaliserer ved analogi dets kilde inde i individet og forhindrer os således i at se selve bedømmelsen som en afgørende bestanddel af fænomenet” (Becker 2005:27).

Afvigelse kan også betragtes som manglende evne eller manglende vilje til at imødekomme grupperegler (Becker 2005:29). Problemet med dette er, at der i et samfund eksisterer mange forskellige grupper med modsatrettede regler og at man kan tilhøre flere grupper på samme tid. Hvis man ved at overholde reglerne i én gruppe, bryder dem i en anden, er spørgsmålet om man så kan betragtes som værende afviger (Becker 2005:29). Et andet problem med denne anskuelse er, at afvigere betragtes som en homogen gruppe, fordi de har begået den samme form for regelbrud, der betragtes som afvigende. Ifølge Becker bliver et vigtigt faktum ignoreret; nemlig at afvigelse er samfundsskabt. Ikke ment på den måde at

samfundet nødvendigvis ses som årsag til den afvigende handling, men på den måde at *“sociale grupper skaber afvigelse ved at opstille regler, som skaber afvigelse, når de bliver overtrådt”* (Becker 2005:29). Afvigelse er altså i høj grad konsekvensen af andres reaktion i forhold til en persons handling og ikke nødvendigvis handlingens natur i sig selv (Becker 2005:30).

Foucault hævder ikke, at sygdom ikke eksisterer, nok nærmere at det sygelige, og dermed også normalitet, både afhænger af tid og sted. Det, der hævdes er, *“at ingen sygdom gives hinsides socialitet, historie og sprog”* (Fogh Jensen 2003:16). Foucaults interesse i galskaben består allermest i, at beskrive hvordan den igennem komplekse udviklingsprocesser ændrer funktion i det sociale. Således skrev han mere om galskab som funktion i et samfund, end han forsøgte at beskrive galskaben som en egentlig tilstand (Raffnsøe et al. 2009:85). Sorg sygeliggøres i stadig højere grad. Ifølge Sigmund Freud indebærer sorgprocesser, at den sørgende afviger fra den gængse indstilling til livet i en ret alvorlig grad (Freud 1917:243). Men han pointerer samtidig, at *“..it never occurs to us to regard it as a pathological condition and to refer it to medical treatment. We rely on its being overcome after a certain lapse of time, and we look upon any interference with it as useless or even harmful”* (Freud 1917:243/244).

Canadisk-Amerikanske sociolog, Erving Goffman, skriver om afvigelse versus normalitet, at individet i perioder af sit liv er i stand til at beherske både rollen som afviger og normal. Han kalder dette fænomen for ‘den normale afviger’ (Goffman 1975:163). Meget tyder på, at begge roller i virkeligheden har mange ligheder og paralleller, hvilket gør at man kan navigere på skift i begge verdener, og bevæge sig ind og ud af kategorien som stigmatiseret. Disse skift kræver et indgående kendskab til både afvigelse og normalitet samt en evne til at beherske flere forskellige roller (Goffman 1975:166). Goffman kalder dette fænomen for stigmastyring, og mener, at det finder sted i alle samfund og kulturer med bestemte normer for identitet og adfærd (Goffman 1975:163/164).

Stigma

Med mange former for afvigelse, følger også risikoen for stigmatisering. Begrebet stigma opstod i det antikke Grækenland i form af et synligt legemligt tegn, som gjorde

omgivelserne opmærksomme på bærerens dårlige moralske status (Goffman 2009:13). Goffman benytter begrebet stigma til at beskrive en egenskab hos et menneske, som er miskrediterende, men som ikke nødvendigvis har nogen positiv eller negativ værdi i sig selv. Den egenskab, der fremhæves som en negativ egenskab hos en person, kan hos en anden virke bekræftende på dennes normalitet (Goffman 1975:15). Vores tendens til at stigmatisere hinanden udspringer fra en latent tro på, at den person, som er bæreren af stigmaet, ikke er et helt rigtigt menneske. Denne antagelse kan retfærdiggøre den diskriminerende adfærd, som (ofte utilsigtet) begrænser den stigmatiseredes muligheder for udfoldelse (Goffman 1975:17). Den stigmatiserede har mulighed for at handle på to forskellige måder, over for omgivelsernes fordømmelse. Nogle lader sig nærmest ikke mærke med deres stigma, mens andre deler identitetsopfattelse med masserne og vil således også være enige i de andres dom over dem (Goffman 1975:19). Følelsen af skam er nærliggende for det menneske, der har indsigt i, at han eller hun besidder egenskaber, som omgivelserne ser ned på. Også selvom vedkommende i perioder kan holde egenskaberne skjult (Goffman 1975:20).

Per Vendsborg, som er psykiater og psykiatrisk konsulent for Psykiatrifonden, skriver om stigma og selvstigmatisering i rapporten 'Dømt på forhånd' fra Psykiatrifonden: *"Stigma handler mere om opfattelser hos dem, der stigmatiserer, end om fakta hos dem, der bliver stigmatiseret"* (Vendsborg 2011:16). Det er en udbredt sociologisk hypotese, at grupper af mennesker med fælles træk i et samfund søger at øge deres egen tryghed, ved at adskille sig fra andre grupper. Dette kaldes for dem og os-teorien (Vendsborg 2011:12). Det menes, at der i vores udviklingshistorie har dannet sig tre former for afstandtagen, som alle er biologisk forankrede (Vendsborg 2011:12):

- En tagen afstand fra individer, som anses for værende smittebærende – i virkeligheden eller i symbolsk forstand.
- Straffende holdninger og vrede til mennesker, som ikke præsterer så meget som andre i det sociale samspil.
- Had mod mennesker, som fra naturens hånd er forskellige fra en selv, f.eks. af anden kultur eller race (Vendsborg 2011:13).

Ifølge Per Vendsborg, overlæge og psykiatrisk konsulent i Psykiatrifonden, gør seks forhold sig gældende, når det gælder til graden af stigmatisering og måden, der stigmatiseres på (Vendsborg 2011:14):

- Hvor synligt mærket er, eller om der er mulighed for at skjule det. Til gengæld kan et mærke, der holdes skjult, føre til skamfuldhed og frygt for afsløring.
- Om der er tale om en kontinuerlig egenskab. Jo mere permanent egenskaben er, des mere stigmatiserende er det samtidig. Dette gælder specielt, når mærket er usynligt eller svært at få øje på, som det ofte gør sig gældende når det kommer til psykisk lidelse (Vendsborg 2011:14).
- I hvor høj grad den stigmatiserende egenskab virker ødelæggende for sociale relationer.
- I hvor høj grad egenskaben vækker afsky hos omgivelserne (som det f.eks. gør sig gældende med visse typer handicap eller hudlidelser).
- Spørgsmålet om, hvorledes tilstanden er indtrådt. Hvis det er den gængse opfattelse, at det er vedkommendes egen skyld, kan det øge omgivelsernes diskriminering.
- Om der er fare eller trussel forbundet med mærket, er ligeledes afgørende for graden af stigmatiseringen (Vendsborg 2011:14).

Kritisk teori og samfundets rolle

Stærkt inspireret af Marx, marxismen og dens syn på, at videnskaben ikke blot skal forklare samfundet, men være med til at forandre det, blev den kritiske teori skabt. Kritisk teori er en kombination mellem samfundsteori og videnskabsteori, og har til opgave at afsløre de magtformer, der undertrykte arbejderklassens interesser (Juul 2012:319/321). Man kan tale om tre generationer af kritiske tænkere, der stammer fra Institut für Sozialforschung i Frankfurt, som på dansk kaldes Frankfurterskolen (Juul 2012:320). Frankfurterskolens første generation havde sin mest aktive periode i 1930'erne og '40'erne og bestod på det tidspunkt af en bred vifte af samfundskritikere med flere forskellige faglige udgangspunkter, med Max Horkheimer og Theodor Adorno i spidsen. Den tværfaglige tilgang i deres studier betød, at de sædvanlige grænser mellem akademiske fag nedbrydes, og samfundet kunne analyseres som en helhedsorienteret struktur (Ramsay 2013:179). Anden generation havde Jürgen Habermas som frontfigur, og det kommunikative og sprogfilosofiske paradigme prægede

kritisk teori igennem 1970'erne og to årtier frem (Juul 2012:320). Habermas tolkede Foucaults værker om galskab som en måde hvorpå han ville ophæve undertrykkelsen af sindslidende og tale de gales sag. I dette perspektiv passede værker som 'Histoire de la folie' glimrende ind i Frankfurterskolens kritiske blik på psykiatriens funktion (Raffnsøe et al. 2009:82). Axel Honneth overtog i 1996 Habermas' professorater i sociologi og filosofi, og blev således repræsentant for Frankfurterskolens tredje generation. Kritisk teori har i denne periode fokus på teorier om anerkendelse samt de generative mekanismer i et samfund, der er til hinder for menneskets trivsel og udvikling (Juul 2012:320). Hartmut Rosa var elev hos Axel Honneth og søger med sin teori om acceleration at puste liv i traditionen efter Frankfurterskolen. Han er blevet en etableret skikkelse inden for kritisk teori og kan efterhånden anses for værende fjerdegenerations teoretiker inden for Frankfurterskolens tradition (Willig 2014:8). Rosa beskriver, med sin teori om acceleration, senmodernitetens øgede hastighed på flere forskellige områder. Han skelner mellem tre former for acceleration; den teknologiske acceleration, acceleration af social forandring og acceleration af livets tempo (Rosa 2014:20). Den teknologiske acceleration er den mest indlysende form, og dækker over tempoforøgelse af transport-, kommunikations- og produktionsprocesser (Rosa 2014:21). Acceleration af social forandring vil sige, at det er forandringstempoet i sig selv, som forandrer sig. Holdninger, forpligtelser, værdier, grupper, klasser, vaner og sociale relationer ændrer sig til stadighed og i stigende tempo (Rosa 2014:23). Acceleration af livstempoet er følelsen af at tiden er knap, som sociale aktører gribes af. I senmoderniteten opfattes tiden som et råmateriale, der bliver til en stadig dyrere knaphedsressource. Denne tidshunger, som Rosa kalder det, er et resultat af behovet for at "*gøre flere ting på mindre tid*" (Rosa 2014:26). Rosa anser depressionen for værende en uønsket form for deceleration i tiden med et konstant accelerationspres (Rosa 2014:43). Det kan meget vel tænkes, at både kroppen og psyken overbebyrdes, når samfundstempoet bliver for højt, og depression kan derfor anskues som værende en naturlig reaktion på et stigende stressniveau og tidsmæssig overbebyrdelse (Rosa 2014:81). Rosa kalder accelerationsregimet for noget nær totalitært, da det lægger et enormt pres på menneskers frie vilje og handlinger, og påvirker alle subjekter. Samtidig indskrænker det sig ikke til enkelte områder af samfundet, og er næsten umuligt at kritisere og bekæmpe (Rosa 2014:71). Eftersom ingen kan undslippe regimet, er alle tvunget til at løbe stærkere, for overhovedet at kunne følge med (Willig 2014:9).

Ehrenberg kalder depressionen for en tidstypisk utilstrækkelighedspatologi. I det moderne samfund hersker individualiteten og friheden til at skabe sit eget liv og identitet, hvilket dog hurtigt bliver til et krav om selvrealisering, der kan føre til handlingslammelse og udmattelse hos det moderne menneske (Ehrenberg 2010:35). Han beskriver depressionen som en funktionspatologi, hvor individet ikke længere er i stand til at tilpasse sig samfundets forventninger. Man kan sige at evnen til at handle er en forudsætning for succesfuld socialisering, hvorimod den blokerede handling, i form af hæmning, er kendetegnende for depressionen (Ehrenberg 2010:312). Individet har teoretisk set alle muligheder åbne, men vil alligevel opleve følelsen af, at intet er muligt (Ehrenberg 2010:36). Antidepressiva kan anses for værende en slags "afhæmmere" i dette perspektiv, da de kan medvirke til at gøre den deprimerede handledygtig igen (Petersen 2005:72). Der er dog ingen indikationer på, at antidepressiv medicin helbreder depression, da den på intet tidspunkt gøres overflødig i behandlingen. Den ophæver blot hæmningen, som i virkeligheden kun er et symptom på den depressive lidelse (Petersen 2005:73/74). Antidepressiva er altså ikke decideret behandling i dette perspektiv, men er med til at resocialisere den depressive, på den måde, at den ophæver den passivitet, der gjorde den depressive patient handlingslammet og uarbejdsdygtig (Petersen 2005:72). Grænsen mellem det normale og det patologiske bliver dog en anelse sløret, når man ved hjælp af psykofarmaka bliver i stand til at fungere uden reel helbredelse, og det samme gør forholdet mellem medicin og præstationsfremmende midler (Petersen 2005:72).

Svend Brinkmann, professor i psykologi ved Aalborg Universitet, kaster et kritiske blik på tendensen til at stille diagnoser og medicinere sindslidende, uden at kigge på selve årsagen til patologien. Han skriver i 'Diagnosesamfundet': *"man kan kun diagnosticere individer - ikke umenneskelige, fornedrende eller uretfærdige livsvilkår. Derfor bliver individerne let bærere af problemet"* (Brinkmann 2013: 390). Han kalder vores samfund for diagnosesamfundet og mener dermed bl.a. at det psykiatriske sprog udgrænser og nedtoner andre tilgængelige lidelsessprog. De psykologiske, eksistentielle, religiøse og moralske forklaringer på lidelse og tilværelsens indre kampe, bliver overtaget af nutidens tendens til at forklare alting ved hjælp af diagnostiske betegnelser (Brinkmann 2013:377). Annemarie Jutel, fransk professor og forsker, har skrevet om diagnosernes sociologi, og beskriver i den

forbindelse deres rolle i det moderne samfund. En af diagnosens funktioner er, at den samler menneskets oplevede symptomer, og transformerer dem til en organiseret sygdom. Dette kaldes for interaktive diagnoser, da det at samle symptomer, er en aktiv proces, der ikke blot neutralt beskriver en allerede eksisterende realitet (Brinkmann 2015:51). Filosof og videnskabshistoriker Ian Hacking betragter ligeledes diagnoser som værende interaktive, da de kan forårsage en ændring i den diagnosticeredes adfærd (Hacking i Brinkmann 2015:54). Adfærden kan ændre sig i retning af at tilpasse sig diagnosen, eller for at komme væk fra den, hvilket nødvendiggør, at der til stadighed opstår nye klassifikationer (Hacking i Brinkmann 2015:54).

Socialt arbejde og menneskesyn

Hvilke grupper, der fremstår som socialt udsatte, kan ændre sig over tid (Rådet for Socialt Udsatte 2009:8). Det centrale ved social udsathed er, at det er en kombination af forskellige problemer eller sårbarhedstræk (Rådet for socialt udsatte 2009:9). Hvornår et fænomen fremstår som et socialt problem har både en historisk og moralsk dimension, men der ses en tendens til, at de "normale" grupper i samfundet distancerer sig fra udsathed ved at distancere sig fra udsatte og definere dem som afvigere (Elm Larsen 2009:17). Ifølge International Federation of Social Workers er formålet med socialt arbejde bl.a. at fremme social forandring, menneskelig udvikling, empowerment, social samhørighed og frigørelse af mennesket (IFSW 2014). Desuden kan man læse på deres hjemmeside, at: *Principper om social retfærdighed, menneskerettigheder, kollektivt ansvar og respekt for forskelligheder er centrale for socialt arbejde*" (IFSW 2014). Historisk set har det sociale arbejdes vigtigste funktion som sagt været, at beskytte borgeren mod belastninger fra samfundets side (Højlund & Juul 2015:138). Denne funktion har dog ændret karakter med den neoliberale bølge, som har præget Danmark siden den økonomiske krise i 1970'erne. Den neoliberalistiske tankegang, bredte sig med lynets hast i dansk politik (Juul 2013:26). Ved at sætte offentlige ydelser markant ned, ville man vække borgerne virkelyst og initiativ, hvilket var en konsekvens af, at arbejdsløshed ikke længere ansås for værende et resultat af lavkonjunktur, men derimod manglende motivation hos den enkelte (Juul 2013:26). Velfærdsstaten gennemgik en forvandling hen imod konkurrencestat, med et dertilhørende ændret menneskesyn. Konkurrencestatens idé om mennesket som værende et økonomisk og rationelt tænkende væsen, synes langt hen ad vejen uforeneligt med det mere

solidariske menneskesyn, der herskede i velfærdssamfundet (Juul 2013:25). Hvor velfærdsstatens formål var, at fremelske solidaritet og medansvar hos borgerne, var konkurrencestatens hensigt tilsyneladende at frembringe medborgere med et opportunistisk sind, som ville klare sig godt i internationale markedssammenhænge (Juul 2013:25). Med konkurrencestatens indtog, bredte idealet om konkurrence sig til store dele af den offentlige sektor. I lyset af dette bliver det sociale arbejdes højeste mål, at ansvarliggøre og disciplinere de såkaldt utilpassede borgere; dem, som er syge, stressede og deprimerede (Høilund & Juul 2015:138). Fordi politik i dag handler mere om økonomi og magt end om etik og rettigheder, betyder det i praksis, at de normer, der skal beskytte borgerne, står svagt i forhold til effektivitet og optimering af ressourcer (Juul 2013:25). Positivismen og de dertil hørende forventning om effektivitet og målbare resultater i den offentlige sektor, har i høj grad resulteret i en skævvridning af prioriteringer, som falder ud til økonomiens fordel (Juul 2010:258).

Metode

I det dette afsnit redegøres der for undersøgelsens metodiske afsæt, for at synliggøre afhandlingens metodiske valg samt de muligheder og begrænsninger valget fører med sig. Første del af metodeafsnittet vil redegøre for afhandlingens videnskabsteoretiske position og i forlængelse heraf, gennemgås afhandlingens ontologiske og epistemologiske ståsted. Herefter følger metoden til indsamling og udvælgelse af analysens empiriske grundlag, efterfulgt af en redegørelse for afhandlingens analysestrategi.

Socialkonstruktivisme

For nogle vil det socialkonstruktivistiske udgangspunkt være ensbetydende med et opgør med selve tanken om metode og metodologi (Esmark, Laustsen & Andersen 2005b:9). Går man mindre radikalt til værks, kan man fastholde metode og metodologi som en overordnet ramme for diskussion, idet man benytter en alternativ forståelse af den rolle som teorien spiller (Esmark, Laustsen & Andersen 2005b:9). Dette indebærer en alternativ opfattelse af forholdet mellem teori og empiri, da teori og empiri i socialkonstruktivismen ikke vil være skarpt adskilt, som de er det i den logisk-empiriske tradition (Esmark, Laustsen & Andersen 2005b:9/10). I den socialkonstruktivistiske analyse gør man rede for hvordan den sociale

virkelighed konstrueres af iagttagelsesledende begreber. Disse begreber er ikke en teori i logisk-empirisk forstand, da de hverken er teser eller hypoteser, men de former derimod et perspektiv på en del af den sociale virkelighed, som leder til en konstruktion af selvsamme virkelighed (Esmark, Laustsen & Andersen 2005b:11/12). Dette medfører at konklusionen på en socialkonstruktivistisk analyse ikke er, at bekræfte (eller at afvise) en tese, men derimod at foretage en opsamling på den udførte konstruktion. Erkendelsesinteressen bliver at undersøge hvordan det sociale bliver til og skaber sig selv (Esmark, Laustsen & Andersen 2005b:12). Man kan sige at socialkonstruktivisme er baseret på et opgør med realisme og essentialisme som erkendelsesfilosofiske forudsætninger. Altså udelukkes forklaring og forståelse. Konsekvensen af dette bliver, at et socialkonstruktivistisk udgangspunkt ikke medfører en præference for bestemte metoder (Esmark, Laustsen & Andersen 2005B:14). Diskursanalysen anses dog for værende et oplagt redskab at benytte som en del af den socialkonstruktivistiske analyse, da sproget i høj grad er medvirkende til skabelsen af den sociale virkelighed (Esmark, Laustsen & Andersen 2005B: 11).

Diskursanalyse som metode

Diskursanalyse er en samlet betegnelse for flere forskellige metodiske tilgange, der har den fælles opfattelse, at sproget ikke er neutralt, men aktivt bestemmende for hvordan identitet og omverden opfattes (Jørgensen & Phillips 1999:9). Denne afhandling vil overvejende benytte begreber fra diskursteorien, som er repræsenteret ved Ernesto Laclau og Chantal Mouffe. Diskursteori tager udgangspunkt i sammentænkning af to teoretiske traditioner. Den første er marxismen, der foretog kritiske analyser af det kapitalistiske samfund og den materielle produktionsmåde (Dreyer Hansen 2012:259). Den anden er (post)strukturalistisk sprogfilosofi, hvis grundtanke er, at menneskets adgang til virkeligheden går gennem sproget (Jørgensen & Phillips 1999:17). Laclau og Mouffe bevægede sig dog væk fra marxistisk ideologiteori og hen imod diskursteorien, med deres holdning til, at diskursive kampe ikke nødvendigvis behøver at være klassekampe (Dreyer Hansen 2012:258). Inden for diskursteorien skelnes der ikke mellem diskursive og ikke diskursive praksisser - det diskursive anses derimod for værende helhed af fænomener, der konstituerer et samfund (Laclau 1997:123) Sociale fænomener betragtes ikke som noget færdigt eller totalt, med en endelig og fastlåst betydning, men som noget som konstant forsøges defineret gennem endeløse kampe. De konstante kampe om at definere samfund og identitet, kan få sociale

konsekvenser, og analytikerens opgave er, at følge disse kampe om at skabe entydighed i det sociale (Jørgensen & Phillips 1999:45). Formålet med en diskursanalyse er altså, at kortlægge de processer, som søger at determinere hvordan begrebers betydning fastlægges i en sådan grad, at de opfattes som værende naturlige (Jørgensen og Phillips 1999:44).

De begreber fra Laclau og Mouffes diskursteori, som benyttes til at belyse italesættelsen af depressionen, er; nodalpunkt, ækvivalenskæde, (behandlings)diskurs og hegemoni.

Et nodalpunkt er et særligt privilegeret tegn, der udvælges som omdrejningspunkt i en tekst, og som de forskellige diskurser kæmper om at indholdsudfylde. Nodalpunktet skal altså forstås som et ord, der er åbent for forskellige fortolkninger, men hvis betydning endnu ikke er fastlagt (Jørgensen og Phillips 1999:63). Begreber, som indholdsudfylder nodalpunktet, knyttes sammen i det Laclau og Mouffe kalder ækvivalenskæder og etablerer relationen mellem nodalpunktet og de værdier, som det bliver ækvivaleret med i teksterne (Jørgensen & Phillips 1999:36). En diskurs kan forstås som en midlertidig fastlæggelse af en betydning, som findes via udelukkelse af andre mulige betydninger. Diskursen er altså en reduktion af muligheder og et forsøg på, ved aktivt at ignorere konkurrerende diskurser, at skabe entydighed i en kontekst (Dreyer Hansen 2012:259). I denne kontekst benyttes diskursen til at identificere kilders bud på hvad depression egentlig er. I afhandlingen lægges der stor vægt på kildernes syn på behandling, hvilket er hvorfor begrebet behandlingsdiskurs benyttes for sig selv i analysen, udover begrebet diskurs. Begrebet diskurs benyttes altså til at belyse kildens syn på depressionen, hvorimod behandlingsdiskurs benyttes til at belyse kildens holdning til behandling.

Begrebet hegemoni benyttes til at danne et overblik over fastlæggelsen af de samlede diskurser. Begrebet benyttes ikke i analysen af den enkelte tekst, men for at undersøge om en diskurs er dominerende over de andre i den samlede sum af kilder. Ved hegemoni forstås et forsøg på, at skabe fiksering, som dog altid vil være truet. Laclau har ytret, at hegemoni er 'det samme som at skrive i vand' (Laclau i Andersen 1999:97).

Udover diskursbegreberne fra Laclau og Mouffe benyttes den kliniske term ætiologi som et ekstra begreb i diskursanalysen, for at belyse kildernes syn på depressionens årsag. Inden for lægevidenskab benyttes begrebet til at beskrive læren om sygdommes årsager, hvilket vil sige summen af de faktorer, der igangsætter en sygdom. Begrebet benyttes i denne

sammenhæng til at undersøge om der hersker forskellige holdninger i kilderne til hvorfor og hvordan depressioner opstår.

Den klassiske poststrukturalistiske diskursanalyse har som allerede nævnt modtaget kritik fra flere forskellige kanter. Den er blevet beskyldt for at have både normative og metodiske utilstrækkeligheder (Glynos & Howarth 2007:6/7). De metodiske utilstrækkeligheder kræver at forskeren kritisk reflektere over metodiske spørgsmål og sin egen og forskningsstrategi (Torfing i Glynos & Howarth 2007:6). Glynos og Howarth identificerer en mangel i flere af teksterne inden for poststrukturalistiske tradition, da de ikke beskæftiger sig dybdegående med hverken metode eller forklaring/fortolkning (Glynos & Howarth 2007:6). De normative utilstrækkeligheder går på diskursteoriens manglende kritiske standpunkt. Simon Critchley kritiserer Laclaus diskursteori for diskret at give udtryk for kritik, i både deskriptiv og normativ forstand, dog uden at tilbyde tilstrækkelig forklaring på hvad han egentlig foretager sig (Critchley i Glynos & Howarth 2007:7). Hvis hegemoniteorien udelukkende *beskriver* den nuværende tilstand, og der ikke indtages et kritisk standpunkt i processen, er der risiko for, at rummet mellem pågældende tilstand, og måden hvorpå tingene ellers kunne se ud, efterlades tomt (Critchley i Glynos & Howarth 2007:6/7).

Kritisk redegørelse som metode

Som modsvar på førnævnte kritik af den poststrukturalistiske diskursanalyse, har Glynos og Howarth udviklet et sæt af begreber, som kan benyttes til at identificere og analysere ændringer i samfundet (Glynos & Howarth 2007). Deres teori er som sagt en måde hvorpå forklarings- fortolknings- og kritisk teori kan integreres og dermed dække behovet for metodisk pluralisme i socialvidenskaberne (Glynos & Howarth 2007:1). Dette skaber plads til det normatives rolle i den socialkonstruktivistiske analyse (Glynos & Howarth 2007:7).

Kritisk redegørelse har en problemdrevet tilgang til sociale og politiske analyser (Glynos & howarth 2007:167). Tilgangen bør ikke forveksles med den problemløsende tilgang, da denne har tendens til at godtage eksistensen af sociale strukturer og regler, hvorimod den problemdrevne tilgangs analyseobjekt er konstrueret (Glynos & Howarth 2007:167). Det betyder at empiriske fænomener skal *opfattes som værende* et problem, for at være et sådan (Glynos & Howarth 2007:167). En problematisering inden for et politisk domæne vil i dette lys betyde, at man udspørger en politisk bevægelse omkring dens indstillinger til de

problematiseringer, som den konfronteres med (Foucault i Glynos & Howarth 2007:167). Dette indebærer en kritisk analyse, hvori man forsøger at gennemskue hvordan forskellige løsninger på et problem konstrueres, og samtidig får øje på, at løsningerne er et resultat af en specifik form for problematisering (Glynos & Howarth 2007:167). Den problematiserende strategi er blevet videreført af mange poststrukturalister, hvilket også gælder for Glynos og Howarth, der benytter problematiseringen i deres egen analysetilgang (Glynos & Howarth 2007:168).

Med udgangspunkt i Glynos og Howarths tre forskellige former for logics, deles afhandlingsanalyse op i tre niveauer. For at identificere forandringsprocesser på depressionsområdet, foretages altså en tredelt analyse: Første del, som er inspireret af political logics, kaldes det politiske niveau. Anden del, som henter inspiration fra social logics, kaldes det sociale niveau. Tredje del af analysen, som er løst baseret på fantasmatic logics, kaldes i denne kontekst for det kritiske niveau, da det afviger fra fantasmatic logics i en grad, der vurderes at kræve en eksplicit afstandtagen fra Glynos og Howarths begreb.

Analysen på det politiske niveau har til formål at forstå og forklare tilblivelsen af et socialt fænomen (Glynos & Howarth 2007:106). I denne afhandling bruges begrebet til at forklare tilblivelsen af lovgivning og retningslinjer inden for depressionsområdet. Med andre ord eksamineres de kræfter og de magtforhold, der står *bagved* etableringen af en social praksis (Glynos & Howarth 2007:142). Empirien i analysen på det politiske niveau består af Sundhedsstyrelsens 'NKR for non-farmakologisk behandling af unipolar depression', i både høringsversionen og den endelige udgave (Sundhedsstyrelsen 2016a). Derudover analyseres 'Medicinsk behandling af unipolar depression hos voksne' fra RADS (RADS 2015). Ud over selve retningslinjen fra Sundhedsstyrelsen, inddrages også høringssvar fra de parter, som har bidraget til høringen. Arbejdsgrupperne bag vejledningerne gennemgås ligeledes.

Analysen på det sociale niveau studerer et fænomen inden for en afgrænset tidsramme og analysen har til formål at indfange dannelsen af mønstre i sociale praksisser. Som redskab til dette benyttes diskursanalysen. Empirien i denne del af analysen består af 45 journalistiske tekster fra både dagblade og fagtidsskrifter, tidsmæssigt afgrænset til en periode på tolv måneder. Analysen eksaminerer italesættelsen af depression i det offentlige rum, og søger at afdække de mønstre og diskurser, der ligger latent i teksterne. For et fuldt overblik over analysemateriale, henvises til bilag 1.

Analysen på det kritiske niveau har til formål at identificere bagvedliggende årsager til forandringsprocesser, eller årsagerne til en praksis' inert. Empirien i analysen på det fantasmatiske niveau, består af de samme journalistiske tekster som analysen på det sociale niveau samt dele af analyse materialet fra analysens politiske niveau. I stedet for at afdække mønstre og diskursive formationer, søger analysen på det fantasmatiske niveau at afdække enten behovet for forandring, eller en modvilje mod forandring i teksterne, ved at benytte teorier om normalitet, afvigelse, stigma og kritisk teori. Der henvises til bilag 1 for fuldt overblik over analyse materialet.

Videnskabsteori, ontologi og epistemologi

Den socialkonstruktivistiske tilgang vurderes at være relevant for denne afhandling, da problemformuleringen søger at belyse hvordan depression italesættes samfundet samt at identificere den magt, de interesser og de forforståelser, der hersker hos involverede aktører (Bransholm Pedersen 2012:190). Inden for socialkonstruktivismen er virkeligheden bestemt af historiske og sociale processer, hvilket medfører at virkeligheden kan anskues som evigt foranderlig (Rasborg 2013:403). Vores erkendelse af virkeligheden er med til at præge den, hvilket betyder, at erkendelsen ikke blot er en afspejling. Virkeligheden, som vi søger at erkende, er derfor ikke den 'virkelige virkelighed', men en fortolket én af slagsen (Rasborg 2013:403). Dette betyder på ingen måde, at verden ikke eksisterer i sig selv, men nærmere at socialkonstruktivismen afviser muligheden for at virkeligheden kan erkendes som en objektiv realitet, da al erkendelse af den altid vil være en subjektiv konstruktion (Bransholm Pedersen 2012:200). Da begreber er vigtige for erkendelsen, og nødvendigvis eksisterer i alle sprog, er det at have erkendt noget, ensbetydende med at være i stand til at formulere det sprogligt. Erkendelsesrelationen kan derfor beskrives som en relation mellem sproget og det sproget handler om (Rasborg 2012:404). Man kan også sige det på den måde at vores adgang til virkeligheden går gennem sproget (Jørgensen & Phillips 1999:17).

Socialkonstruktivismens ontologi bliver hermed, at alt det, som mennesket opfatter som virkeligt i verden, må anses for værende en social konstruktion. Den socialkonstruktivistiske ontologi forkaster positivismens tro på en objektiv realitet, hvori virkeligheden eksisterer uafhængigt af menneskets erkendelse af den (Collin i Rasborg 2013:406). Der findes ikke bare én sandhed, men en række af konstruerede sandheder, der giver mening ud fra særlige perspektiver og sociale og historiske kontekster (Bransholm Pedersen 2012:190).

Socialkonstruktivismens ontologi tilkendegiver som udgangspunkt, at det er den samfundsmæssige virkelighed, som skaber individet, men at det på samme tid er individet, der skaber den samfundsmæssige virkelighed i *erkendelsen* af den (Collin i Rasborg 2013:404). Sproget hænger tæt sammen med denne proces, da artikulation betragtes som det primære ontologiske niveau i skabelsen af virkeligheden (Glynos & Howarth 2007:179).

Socialkonstruktivismen afviser, at man som forsker kan opnå en objektiv viden om det, der undersøges. Man kan ikke indtage en neutral position, hvorfra man kan betragte sociale fænomener, da der altid vil eksistere påvirkninger fra herskende diskurser, som vil være med til at farve ens perspektiv (Bransholm Pedersen 2012:190). Socialkonstruktivismens epistemologi tilkendegiver hermed, at al erkendelse af verden, både den almene og den videnskabelige, er socialt konstrueret. Et argument for dette kan hentes i antagelsen af, at forskning altid vil være i nogens interesse, og derfor ikke er objektiv (Bransholm Pedersen 2012:206). En forsker vil altid have sine forforståelser med i sin fortolkning af sine forskningsresultater, hvilket udelukker muligheden for fuldstændig objektivitet (Bransholm Pedersen 2012:206). Menneskers erkendelse af virkeligheden vil være præget af de sociale omstændigheder, som den pågældende virkelighed foregår under (Rasborg 2013:407).

Idet diskursteorien overvejende er konstruktivistisk, vender den forholdet mellem ontologi og epistemologi på hovedet (Dreyer Hansen 2012:236). Epistemologien får forrang uden at ontologien dog forsvinder af den grund; den opfattes nærmere som værende tom, da der ikke er noget positivt ontologisk lag, som afgør hvad et objekt *egentlig* er (Dreyer Hansen 2012:236). Der eksisterer ikke viden, som blot afspejler det objekt den pågældende viden hævder at sige noget om - enhver videnproduktion bidrager derimod til at forme og give mening til det undersøgte (Dreyer Hansen 2012:236). På den måde vil det, der er, være diskursivt konstrueret, da man aldrig vil kunne nå frem til en objektiv sandhed om sociale og fysiske fænomener (Dreyer Hansen 2012:236).

Litteratursøgning

Høringssvaret fra Sundhedsstyrelsen 'National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression' fandtes på Høringsportalen, som blev gennemført for relevant og tidssvarende lovgivning i forhold til depression. Da det viste sig at høringssvaret

var et non-farmakologisk supplement til en behandlingsvejledning fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS), inkluderes denne behandlingsvejledning også i analysen på det politiske niveau. RADS' behandlingsvejledning 'Medicinsk behandling af unipolar depression hos voksne' fra 2015 blev altså fundet via Sundhedsstyrelsens hørings svar. Siden første søgning på Høringsportalen, er hørings svaret fra Sundhedsstyrelsen d. 27.05.2016 blevet til en officiel National Klinisk Retningslinje, og både høringsversionen og den officielle version benyttes i analysen. Igennem Høringsportalens hjemmeside, fandtes desuden hørings svar fra de partnere, som har været sparringspartnere i skabelsen af vejledningerne.

Empirien til diskursanalysen, som består af artikler i dagblade og fagtidsskrifter, der blev indhentet via søgemaskinen Infomedia. Søgningen blev foretaget 13.03.2016 og blev afgrænset til at gælde tolv måneder tilbage i tiden - kilderne giver på den måde et tidssvarende billede af omtalen af depression. Det benyttede søgeord var 'Depression'. Søgeordet skulle indgå i tekstens overskrift eller abstract, for at sikre at depression var hovedtema i artiklen og ikke bare indgik som et enkelt ord i teksten. Der blev foretaget to individuelle søgninger. Den første søgning var afgrænset til at omfatte landsdækkende dagblade og den næste søgning var afgrænset til fagblade og magasiner.

Dagblade: Ved første gennemlæsning af artiklerne, blev det klart at begrebet depression bruges i mange forskellige sammenhænge. I visse artikler blev begrebet brugt for at beskrive en ærgerlig tilstand eller situation, som på ingen måde var patologisk i den gængse forstand, og disse kilder blev frasorteret med det samme. Artikler hvor begrebet depression gjaldt den økonomiske depression, altså perioder i historien med lavkonjunktur og krise, blev også frasorteret uden yderligere gennemlæsning. Derudover fravalgtes størstedelen af læserbreve, portrætter af kendte, hvor depressionen kun udgjorde en ganske lille del, og meget korte notitser, der blot omtalte depression eller nye behandlingsformer på ganske få linjer. Artikler, der omtalte depression kort blandt flere forskellige psykiatriske diagnoser blev også valgt fra på grund af manglende relevans og analysegrundlag. Desuden fravalgtes de artikler, der omtaler depression som værende et symptom på anden sygdom.

Antal fundne artikler: 136

Antal udvalgte artikler: 28

Fagtidsskrifter: Mange af de fundne kilder anvendes i analysen, dog udelukkes nogle stykker på baggrund af tekstens manglende format og dermed egnethed til diskursanalyse. Derudover var der artikler, som nævnte depression i en meget specifik forbindelse, for eksempel depression som følge af fertilitetsbehandling. Disse blev ligeledes udelukket fra analysen grundet manglende relevans. Da både antal og frekvensen af dagblade er højere end relevante fagtidsskrifter, er antallet af fundne og udvalgte artikler mindre.

Antal fundne artikler: 41

Antal udvalgte artikler: 17

Empirisk grundlag for analysen

I analysens første del, **det politiske niveau**, benyttes følgende empiriske grundlag:

- 'Medicinsk behandling af unipolar depression hos voksne' (RADS 2015).
- 'National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression' (Sundhedsstyrelsen 2016). Både høring og den endelige version. Inklusiv høringssvar fra: Steen Dissing, Institut for Cellulær og Molekylær Medicin, Københavns Universitet, Svend Thorsden, speciallæge i psykiatri, Faaborg, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Fysioterapi, Praktiserende akupunktører, KL, Danske Patienter, Dansk psykoteraeutisk selskab for psykologer, Dansk psykolog forening, Dansk Center for Mindfulness, Dansk Selskab for Almen medicin, Psykiatrien Region Midtjylland og Danske Regioner.

I analysens anden del, **det sociale niveau**, blev 45 tekster vurderet egnet som empirisk grundlag for diskursanalyse, på baggrund af de førnævnte kriterier for udvælgelsen af kilder.

Dagbladene udgør i alt 28 journalistiske tekster, i form af artikler, kronikker, interviews og debatindlæg, og består af følgende:

- Ti tekster fra Politiken
- Fem tekster fra Kristeligt dagblad
- Fem tekster fra BT
- Tre tekster fra Morgenavisen Jyllands-Posten
- To tekster fra Weekendavisen
- En tekst fra Berlingske
- En tekst fra Information

- En tekst fra Ekstra Bladet

Fagtidsskrifterne udgør i alt 17 journalistiske tekster, i form af artikler, interviews, en notits og et svar fra Sundhedsstyrelsen på kritik i Ugeskrift for læger. Empirien består af følgende:

- Fire tekster fra Ugeskrift for læger
- Tre tekster fra fagbladet FOA
- Tre tekster fra Magasinet Sundhed
- En tekst i Psykolog Nyt
- En tekst i Magisterbladet
- En tekst i Helsenyt
- En tekst i I Form
- En tekst i Socialpædagogen
- En tekst i LFS-Nyt
- En tekst i Dagens Medicin

For fuld oversigt over titel, skribent og dato for samtlige journalistiske tekster, konsulter venligst referenceliste for analysemateriale.

I analysens tredje del, **det kritiske niveau**, inddrages både empiri fra analysens første og anden del.

Analysestrategi

Den tredelte analyse tager udgangspunkt i begreber fra kritisk redegørelse. Første del af analysen, som tager udgangspunkt i begrebet **political logics**, har til formål at afdække hvordan den sociale praksis etableres. Her undersøges hvilke aktører der er på spil i udformningen af vejledninger og retningslinjer på depressionsområdet. Med andre ord belyser analysen på det politiske niveau hvem der sidder med beslutningsmagten i udformningen af vejledninger og retningslinjer på depressionsområdet.

Anden del af analysen, som tager udgangspunkt i begrebet **social logics**, har til formål at afdække hvad en social praksis er. Her undersøges fænomenet depression, ved at undersøge *omtalen* af fænomenet. Da afhandlingen blandt andet søger at undersøge hvordan depression italesættes i danske dagblade og fagtidsskrifter, vurderes

diskursanalysen at være et relevant redskab til dette. Diskurserne identificeres ved at tydeliggøre hvordan forskellige aktører i samfundet omtaler depression. Til besvarelse af denne del af analysen benyttes følgende begreber fra Laclau og Mouffe: Nodalpunkt, ækvivalenskæde og diskurs. Begrebet behandlingsdiskurs bruges til at belyse kildernes syn på hvordan depression bør behandles. Derudover inddrages begrebet ætiologi. For at gøre fremgangsmåden på det sociale niveau så tydelig som muligt, følger der her et eksempel på en diskursanalyse i et dagblad. Samme fremgangsmåde er benyttet i analysen af teksterne i fagtidsskrifterne. De foretagne analyser er vedlagt som Bilag 1 - samlede analyser.

Politiken: Debat: Depression er vestens folkesygdom

Debatindlæg skrevet af Karen Dich 21.03.2015

Resumé: Melankolien er blevet gjort til noget patologisk og kaldes for depression. I stedet for at behandle og sygeliggøre depressionen, ligger der måske nogle muligheder gemt i de spørgsmål og det klarsyn, der opstår, når melankolien rammer os.

Ekspertes: Freud, Kierkegaard, Honneth m.fl.

Nodalpunkt: Depression.

Ækvivalenskæde: Ikke sygdom + folkesygdom + melankoli + markant nedsat lyst, interesse, selvtillid og selvfølelse + afvisning af optimisme og optimering + noget der sker for en + noget der skal behandles + patologi + guddommeligt klarsyn + mulighed for, at betragte sin samtid med kynisme og nostalgi + absolut ensomhed + universel tomhed + tilstand af virkelig lidelse + for mange muligheder + lidelse ved ubestemtheden + fraskrivning af valget + forståelse af, at idealerne er tomme illusioner + mulighed for at tænke anderledes + lammer nogle totalt.

Diskurs: To diskurser spores i kilden. Den første er den klassiske sygdomsforståelse, der repræsenterer den gængse opfattelse af depression som en psykisk sygdom. Den anden er en alternativ måde at betragte fænomenet på: Depressionen opfattes som en form for melankoli, der åbner op for klarsyn og alternative måder at leve og tænke på: *“Den deprimerede har gennemskuet, at de idealer, resten af os stræber efter, er tomme illusioner”* (Dich 2015).

Behandlingsdiskurs: Kilden sætter spørgsmålstegn ved om alle tilfælde af depression nødvendigvis skal behandles, da den under visse omstændigheder kan bidrage med selvrefleksion: *“Depressionen, eller melankolien, kunne nok forårsage manglende selvkontrol og selvdestruktivitet - men den tilbød også et særligt guddommeligt klarsyn”* (Dich 2015).

Ætologi: Samfundet er ikke indrettet til at rumme deprimerede: *“Eller om de mange diagnoser snarere skyldes, at vi har skabt et samfund, der i modsætning til tidligere ikke kan rumme deprimerede?”* (Dich 2015). Måden hvorpå vi har indrettet vores samfund, kan altså være en medvirkende faktor i depressionens opståen. Det moderne samfund, med alle dets muligheder, kan skabe patologier: *“Vores egen Kierkegaard vidste allerede i 1849, at mennesket går under i en verden fuld af muligheder: »Det spræller sig træt i muligheder«. I dag taler den tyske filosof Axel Honneth om lidelsen ved ubestemtheden”* (Dich 2015). *“Med de mange muligheder, kommer usikkerheden”* (Dich 2015).

Normalitet og afvigelse: I denne kilde opfattes den depressive tilstand delvist som værende en del af normaliteten: *“Jeg anerkender, at depression lammer nogle totalt, men de mange skal ikke spises af med en diagnose. I stedet skal vi lytte til spørgsmålene, de stiller. Vi sygeliggør melankolien, fordi det er nemmere at kontrollere og behandle tilstanden”* (Dich 2015). Depressionen kan ansues som en reaktion på et samfund, der stiller for høje krav til hvordan vi bør have det: *“Symptomerne på depression er mange, og til de væsentlige hører en markant nedsat lyst, interesse, selvtillid og selvfølelse. Alle dele er vanskelige at leve med i en verden, hvor vi konstant skal være positive og i udvikling. Depressionen er netop en afvisning af optimismen og optimeringen”* (Dich 2015).

Stigma: Der ses ikke tegn på stigma i kilden.

Sociale patologier: Der er tydelige sociale patologier i kilden. Det nævnes bl.a. at vi har skabt et samfund, der ikke kan rumme deprimerede mennesker: *“Eller om de mange diagnoser snarere skyldes, at vi har skabt et samfund, der i modsætning til tidligere ikke kan rumme deprimerede?”* (Dich 2015). Vi lever i en verden hvor vi skal være i konstant udvikling, vi er både produkt og producent. Vi skal hver især til stadighed optimere os selv: *“..den konstante effektivisering og optimering er ved at slå os ihjel. Det er især os selv, vi skal optimere. Vi er både produkt og producent og skal 'produktoptimere', 'vækste' og 'avancere'. Vi skal både løbe maraton og gøre karriere”* (Dich 2015).

Tredje del af analysen kaldes som før nævnt det **kritiske niveau**. Denne del tager løst udgangspunkt i begrebet **fantasmatic logics** og har til formål at undersøge hvorfor en social praksis forandres eller modsætter sig forandring. På det kritiske niveau sammenlignes resultaterne fra analysens øvrige dele med hvordan praksis rent faktisk ser ud, og begreberne stigma, normalitet og afvigelse og samfundets rolle benyttes i analysen på det kritiske niveau. Resultaterne diskuteres med inddragelse af relevante samfundsteorier. Da der overvejende benyttes kritisk teori, adskiller dette niveau sig fra det fantasmatisk niveau i kritisk redegørelse, som overvejende benytter psykologiske teorier med udgangspunkt i Lacan. For at understrege denne forskel, kaldes denne del af analysen ikke det fantasmatisk niveau. Kritisk redegørelse legitimerer ægteskabet mellem socialkonstruktivisme og kritisk teori, hvilket er hvorfor det er svært at komme udenom en vis grad af normativitet i denne del af analysen.

Formålet med den tredelte analyse er, at belyse hvordan en social praksis udformes, italesættes og angribes eller forsvares. Analysens overordnede formål er ikke at afdække universelle sandheder, men at kigge nærmere på fænomenet depression, som det tager sig ud lige her og nu. Konklusionen på en socialkonstruktivistisk analyse vil ikke være at bekræfte en tese, men snarere at foretage en opsamling på den udførte konstruktion.

Samlet analyse

I følgende afsnit gennemgås den tredelte analyse af depression som fænomen. Analysen starter med det politiske niveau, dernæst gennemgås diskursanalysen på det sociale niveau efterfulgt af analysen på det kritiske niveau. Afsnittet afrundes med de mulige konsekvenser af italesættelsen af depression for den sociale praksis.

Det politiske niveau

Analysen på det politiske niveau har til formål at afdække de kampe, der finder sted på det plan, hvor beslutningsmagten kommer til udtryk. Forskellige aktører søger at dominere den sociale virkelighed, for at få indflydelse på love, regler og retningslinjer. I denne del af

analysen kastes et blik på de aktører, som har haft en direkte indflydelse på udformningen af vejledninger og retningslinjer for behandling af depression. Spørgsmålene, der stilles på det politiske niveau, er: Hvilke aktører? Hos hvem ligger beslutningsmagten?

I den socialkonstruktivistiske analyse er der fokus på at skabe politisk bevidsthed omkring konstruktionen af det, der opfattes som sandheder. Dette indebærer eksamination af hvilke magtforhold, der har påvirket tilblivelsen og institutionaliseringen af disse såkaldte sandheder (Bransholm Pedersen 2012:189). Sandheden på depressionsområdet synes længe at have været: Depression er en psykisk sygdom, som behandles medicinsk. Denne sandhed kommer til udtryk på flere forskellige måder. For det første kan man kigge på det høje forbrug af antidepressiva i Danmark. På trods af at pillerne også bruges til behandling af visse andre lidelser, tegner statistikken et ret tydeligt billede af at medicinen synes at være den foretrukne behandlingsform, da forbruget af antidepressiv medicin i meget høj grad overstiger antallet af deprimerede (Medstat 2016a). For det andet omhandler samtlige vejledninger på depressionsområdet medicinsk behandling. Selv den helt nye NKR for non-farmakologisk behandling, omtaler flere steder behandling med antidepressiva, uden at så tvivl omkring gyldigheden af den medicinske behandling.

Man kan dog sige at den sociale praksis på depressionsområdet er blevet udfordret inden for de senere år. Der er sket en dislokation af det diskursive system, idet den gængse opfattelse af depression er blevet udfordret og begrebet har mistet sin betydning. Dette vil blive tydeliggjort i analysen på det sociale niveau. Derudover har psykiatrien i Danmark været udsat for massiv kritik på grundlag af overmedicinering (Aabenhus-Hemmingsen 2012). Denne kritik var en stor del af mediebildet i 2012, hvilket fik Region Hovedstaden til at sætte gang i en række undersøgelser, i forsøget på at sætte en stopper for forkert medicineringspraksis (Region Hovedstaden 2016). Den medicinske praksis i psykiatrien kritiseres også i dag, da der stadig finder en høj grad af både over- og underdiagnosticering sted (Steenberger 2014; Gøtzsche 2015a+b). Derudover beskyldes medicinalindustrien for at være korrump, da den i høj grad selv står for den kliniske forskning af egne produkter (Gøtzsche 2015a; Gøtzsche 2015b), og idet mange læger har økonomisk tilknytning til industrien (Gøtzsche 2015a; Lægemiddelstyrelsen 2016). Det høje forbrug af antidepressiva er ligeledes kommet under intensiv kritik i både forskning og mediebildet (Gøtzsche 2015a+b; Nielsen 2012; Prasz 2013).

Aktører bag vejledninger

I forbindelse med udformningen af deres NKR har Sundhedsstyrelsen udvalgt en række personer, hvis ekspertise er vurderet til at være på et tilstrækkeligt højt niveau til at rådgive Danmarks øverste sundhedsmyndighed. Derfor giver det mening at kigge nærmere på den arbejdsgruppe, der står bag udformningen af den nyeste NKR for non-farmakologisk behandling af depression. Da en række tværfaglige høringsparter har været inddraget i beslutningsprocessen, inkluderes nogle af disse aktører tillige i analysen. Arbejdsgruppen bag RADS' vejledning gennemgås ligeledes.

NKR for non-farmakologisk behandling af unipolar depression

NKR for non-farmakologiske behandling af unipolar depression blev offentliggjort d. 27 maj 2016 (Sundhedsstyrelsen 2016). Før denne dato eksisterede der ingen officielle retningslinjer for ikke-medicinsk behandling af depression. Sundhedsstyrelsens NKR anses for værende et supplement til vejledningen fra RADS, da denne udelukkende har fokus på medicinsk behandling af depression: *“Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) har udarbejdet en national behandlingsvejledning med primært fokus på farmakologisk behandling af unipolar depression, hvorfor denne NKR afgrænses herfra”* (Sundhedsstyrelsen 2016:7). Arbejdsgruppen bag 'NKR for non-farmakologisk behandling af unipolar depression' består af et team på 14 personer. Følgende subjektpositioner indgår i teamet:

- En formand/overlæge, en ledende overlæge, tre overlæger, to speciallæger i almen medicin, en overlæge/professor, en udviklingssygeplejerske, en fysioterapeut, en seniorforsker/psykolog, en specialpsykolog, en privatpraktiserende psykolog samt en psykolog.
- Parterne i høringsprocessen var: Steen Dissing, Institut for Cellulær og Molekylær Medicin, Københavns Universitet, Svend Thorsden, speciallæge i psykiatri, Faaborg, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Fysioterapi, Praktiserende akupunktører, KL, Danske Patienter, Dansk psykoterapeutisk selskab for psykologer, Dansk psykolog forening, Dansk Center for Mindfulness, Dansk Selskab for Almen medicin, Psykiatrien Region Midtjylland og Danske Regioner.

Som det fremstår af ovenstående har ni ud af arbejdsgruppens 14 medlemmer medicinsk baggrund. Fire af medlemmerne har psykologisk baggrund og en enkelt af arbejdsgruppens medlemmer er fysioterapeut. To af medlemmerne har brugererfaring, hvilket understreges i den endelige NKR. Sundhedsstyrelsens valg af medlemmer i deres arbejdsgruppe, fortæller os i hvert fald to ting: Den psykiatrisk uddannede fagperson antages at vide mere om depression end den psykologisk uddannede, hvilket kommer til udtryk i arbejdsgruppens sammensætning. Valget af medlemmerne fortæller derudover at Sundhedsstyrelsens grundlæggende sygdomsforståelse må læne sig op ad den klassiske forståelse af depression, som den man ser beskrevet i ICD-10 og andre officielle manualer, der benyttes til diagnostik i psykiatrien. Sundhedsstyrelsens NKR fungerer som sagt som et supplement til en allerede eksisterende vejledning med medicinsk fokus. På denne baggrund er det Sundhedsstyrelsens hensigt, at; *“..give evidensbaserede anbefalinger for behandling med non-farmakologiske interventioner, både som supplement til den farmakologiske behandling og som enkeltstående behandlingsstrategi”* (Sundhedsstyrelsen 2016:7). Der er altså ikke tale om en udelukkelse af brugen af antidepressiva. Psykofarmaka nævnes flere steder i retningslinjen: *“Tilbyd psykoterapi i kombination med farmakologisk behandling til patienter med depression af moderat til svær grad”* (Sundhedsstyrelsen 2016:16). Terapi anses altså i vid udstrækning for værende et supplement til medicinen. Samme tendens ses i følgende citat: *“Overvej at tilbyde patienter med kronisk og medicinsk svært behandlelig depression at overgå til et psykoterapeutisk forløb”* (Sundhedsstyrelsen 2016:28). Ovenstående viser at det psykoterapeutiske forløb ikke betragtes som værende førstevalg af behandling, men derimod en alternativ strategi, når den medicinske behandling ikke går som forventet. På trods af behovet for at skabe retningslinjer for non-farmakologisk behandling af depression, udfordres den medicinske praksis altså ikke. Den non-farmakologiske behandling i Sundhedsstyrelsens NKR handler i vid udstrækning om psykoterapeutiske interventioner:

“Denne NKR omhandler primært psykoterapeutiske interventioner. Hertil blev det vurderet vigtigt at afsøge evidensen for gavnlige og skadelige virkninger ved tidlig opsporing af depression hos en specificeret højrisikogruppe, samt effekten af fysisk træning i behandlingen af depression” (Sundhedsstyrelsen 2016a:8).

Non-farmakologisk behandling, som ikke handler om terapi eller fysisk træning er altså ikke taget med i betragtning i retningslinjen.

Høringssvar

Kommunernes Landsforening (KL) har følgende kommentar til Sundhedsstyrelsens høring:

“KL finder det problematisk, at medicin nævnes som den primære behandlingsindsats i hovedparten af de fokuserede spørgsmål som undersøges. Det er væsentligt, at det tydeligt fremgår af den nationale kliniske retningslinje, at de psykosociale indsatser er helt centrale i behandlingen af depression og ikke kun udgør supplerende indsatser” (KL 2016).*

DP er enige, og skriver i deres høringssvar til Sundhedsstyrelsen: *“Dansk Psykolog Forening finder overordnet terminologien omkring psykoterapi som 'add-on' til farmakologisk behandling problematisk, da psykoterapi er en selvstændig behandlingsmetode” (DP 2016*).* Det er dog ikke alle, der er enige i, at der konsekvent bør tilbydes psykoterapi. Således skriver Danske Regioner:

“Der kunne ønskes en bedre argumentation for den stærke anbefaling for psykoterapi som add-on til psykofarmakologisk behandling. Som det fremgår nu, må det tolkes således, at alle patienter med let, moderat og svær depression, som er i medicinsk behandling, skal tilbydes psykoterapi. Denne anbefaling bør reformuleres, så den er i overensstemmelse med RADS og med NICE som anfører, at patienter med moderat depression kan behandles med enten psykoterapi, medicin eller en kombination” (Danske Regioner 2016).*

Flere typer behandling nævnes i høringssvarene, som ikke inddrages i den endelige NKR, der som sagt har fokus på psykoterapeutisk intervention. Dette gælder blandt andet Transkraniel elektromagnetisk stimulation, der ifølge nyere forskning giver gode resultater: *“Dette er helt sikkert fremtiden” (Dissing 2016*).* Derudover nævnes akupunktur, elektrochokbehandling (ECT) og restitution: *“Her er der behov for en lang restitutionsperiode med terapeutisk behandling, der retter sig imod edukative tiltag overfor selve*

udbrændtheden” (Thordsen 2016*). Disse forslag inddrages ikke i den endelige NKR. I det hele taget ses der ikke mange ændringer fra høringen til den endelige version. Visse begreber er ændret, på baggrund af input fra høringssvarene; dette gælder f.eks begrebet ‘add-on’, som i den endelige retningslinje er blevet erstattet med begrebet ‘i kombination med’ (Sundhedsstyrelsen 2016:8; Sundhedsstyrelsen 2016a:8). De centrale budskaber er ens i de to versioner, med en enkelt undtagelse. Punkt otte i høringen lød således: *“Anvend ikke rutinemæssigt, supplerende lav-intensive terapiforløb i tillæg til vanlig kontakt i almen praksis, da den gavnlige effekt er usikker”* (Sundhedsstyrelsen 2016:8) og blev i den endelige version til: *“Det er god praksis at overveje at tilbyde støttende samtaler/ samtaleterapi ved praktiserende læge til patienter med depression”* (Sundhedsstyrelsen 2016a:37). Ellers er både anbefalinger og styrken af anbefalinger de samme i de to versioner.

Det er måske ikke så overraskende, at den medicinske praksis ikke udfordres i højere grad, end det er tilfældet, da den psykiatriske subjektposition må siges at være overrepræsenteret i arbejdsgruppen bag Sundhedsstyrelsens NKR. Man kunne måske diskutere om sammensætningen af arbejdsgruppen ville give mere mening hvis den pågældende NKR handlede om medicinsk behandling af depression.

*Høringssvarene, der refereres til i denne del af analysen, vedlægges som bilag. Konsultér ‘Bilag 2 - samlede høringssvar’ for fuldt overblik over materialet samt for kildehenvisninger.

Medicinsk behandling af unipolar depression hos voksne

RADS udgav i april 2015 vejledningen om medicinsk behandling af depression. I denne kan man læse, at: *“Det primære formål med at udarbejde en RADS behandlingsvejledning for unipolar depression er, ... at fastlægge kriterier for opstart, opfølgning, varighed og seponering af behandling med antidepressiva, samt sikre at disse efterleves i praksis”* (RADS 2015:8). Arbejdsgruppen bag vejledningen fra RADS består af 14 personer, som alle taler ud fra den medicinske subjektposition:

- Formanden for arbejdsgruppen er overlæge og professor samt formand for Dansk Psykiatrisk Selskab. Derudover består arbejdsgruppen af to overlæger, en overlæge/klinisk lektor/speciallæge i Psykiatri, en ledende overlæge, en

overlæge/ph.d./ekstern lektor, to professorer/dr. med., en klinisk farmaceut, en speciallæge i almen medicin/lektor/ph.d./dr. med./specialist i psykoterapi, en overlæge/ph.d., en Regional Lægemiddelkonsulent/ph.d. og to praktiserende læger.

En enkelt aktør er specialist i psykoterapi, men er samtidig medicinsk uddannet. Da vejledningen gælder medicinsk behandling af depression, er det måske ikke så mærkeligt at samtlige medlemmer har medicinsk baggrund. Dog beskæftiger vejledningen sig med non-farmakologiske emner, og kommer med anbefalinger både når det gælder terapi og naturmedicin mod depression. Her ses et eksempel på, at terapi nævnes i vejledningen: *"Patienter med moderat depression eller dystymi tilbydes behandling med antidepressiva eller psykoterapi – evt. i kombination"* (RADS 2015:1). I følgende citater omtales og afvises naturpræparatet Perikon: *"Perikon er et naturlægemiddel som anvendes ved mildere depressionslignende symptomer. Præparatet har en række interaktioner, og er derfor også fundet relevant at omtale her"* (RADS 2015:12). *"Perikon anbefales ikke pga. mange interaktioner med andre lægemidler"* (RADS 2015:3). Der hersker ingen tvivl om det medicinske fokus i vejledningen fra RADS: For eksempel er følgende en stærk anbefaling, ved manglende respons ved medicinsk behandling: *"Det anbefales først at forsøge skift til et antidepressivum med en anden farmakodynamisk virkningsprofil (fx fra SSRI til SNRI eller TCA eller fra SNRI til TCA)"* (RADS 2015:4). Derefter ses en svag anbefaling for: *"Ved fortsat utilstrækkelig effekt anbefales augmentation med lithium eller antipsykotikum (quetiapin eller aripiprazol)"* (RADS 2015:4). På intet tidspunkt anbefales andre former for behandling ved manglende respons af den medicinske behandling.

I vejledningen fra RADS kan man desuden læse, at: *"I danske spørgeskemaundersøgelser har man fundet en 2 ugers prævalens af depression i befolkningen på omkring 3 % ..., svarende til ca. 150.000 mennesker. Heraf har ca. halvdelen let, 1/3 moderat og 1/5 svær depression"* (Rads 2015:10). Lette depressioner burde, ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger, ikke behandles med antidepressiva: *"Ved depression af lettere grad er der som udgangspunkt ikke indikation for medicinsk behandling. Støttende samtaler eller samtaleterapi er førstevalgs behandling"* (Retsinformation 2014:Kap 4). Alligevel viser statistikken over forbruget af antidepressiva til behandling af depression, at lidt over 20% uddeles til personer med lette depressioner, næsten 30% gives til personer med moderate

depressioner og næsten 50% til mennesker med en svær depression. Ca. 5% af antidepressiva uddeles til mennesker, der slet ikke har en depression (RADS 2015:10).

Målet for behandlingen af depression er ikke det samme i vejledningen fra RADS som i Sundhedsstyrelsens rapport 'Behandling af depressionssygdomme' fra 2005. I vejledningen fra RADS kan man læse, at: "*Målet for behandling af en depression er remission, dvs. patienten har ikke længere symptomer på depression*" (RADS 2015:13). I Sundhedsstyrelsens rapport kan man til gengæld læse, at: "*Målet med depressionsbehandlingen bør være fuldstændig helbredelse, hvilket ikke kun indebærer depressionssymptomfrihed, men også at arbejdsevne og social funktion er genvundet*" (Sundhedsstyrelsen 2005:9). Disse to målsætninger må siges at opstille vidt forskellige kriterier, når det kommer til at vurdere hvor succesfuld en behandling har været.

Aktører i debat

Poul Videbech er psykiater, professor, formand for Dansk Psykiatrisk Selskab og formand i fagudvalgets sammensætning i anbefalingen fra RADS. Han er samtidig medlem af Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe, der står bag NKR for non-farmakologisk behandling af depression. Derudover var han medlem af arbejdsgruppen bag 'Referenceprogram for unipolar depression for voksne' (Sundhedsstyrelsen 2007). Han er udnævnt som ekspert i depression i Danmark og udtaler sig ofte i pressen omkring depression og behandling. Dette vil blive tydeliggjort i analysen på det sociale niveau, hvor Videbech benyttes som ekspert i flere af kilderne. Videbech har ved flere lejligheder forsvaret medicinalindustrien mod angreb fra Gøtzsche (f.eks. Igum Rasmussen 2015). En afgørende grund til deres uenighed, synes at bunde i spørgsmålet om hvorvidt det er depressionen selv eller brugen af antidepressiva, som kan forårsage forandringer i hjernen. Videbech skriver på sin hjemmeside om dette spørgsmål:

"Hvorfor er der nogle mennesker, der efter, at depressionen er forsvundet, fortsat har langvarige kognitive deficits? Hvorfor har depressionssygdommen så stor tilbøjelighed til at recidivere og blive værre og værre, hvis den ikke behandles effektivt? Hvordan forklarer vi, at der er øget risiko for udvikling af demens, efter at man har haft flere depressioner...? Kan det tænkes, at langvarig ubehandlet

depression kan medføre mere eller mindre permanente strukturelle forandringer i hjernen?” (Videbech 2005).

Peter Gøtzsche betragtes som værende en af medicinalindustriens mest prominente kritikere. Han udfordrer i den grad den eksisterende sociale praksis, med sin åbenlyse kritik af det høje forbrug af antidepressiva i Danmark (Gøtzsche 2014; Gøtzsche 2015a; Gøtzsche 2015b). Gøtzsche mener at det er den antidepressive medicin, og ikke selve depressionen, der i værste fald kan forårsage skader på hjernen: *“Jeg har endnu ikke set overbevisende forskning, der har vist, at det er sygdommen, der giver hjerneskade, hvorimod jeg har set overbevisende forskning, der har vist, at medicinen giver hjerneskader”* (Gøtzsche 2015a:177). Han fortsætter: *“...studier og patientrapporter tyder stærkt på, at antidepressiva også kan give permanente hjerneskader”* (Gøtzsche 2015a:177). Gøtzsche udtaler desuden:

“Patients with depression don’t lack serotonin, and there are actually drugs that work for depression although they lower serotonin. Moreover, in contrast to insulin, which just replaces what the patient is short of, and does nothing else, psychotropic drugs have a very wide range of effects throughout the body, many of which are harmful” (Gøtzsche 2014).

Margrethe Nielsen har, i samarbejde med Gøtzsche, foretaget forskning, der viser at antidepressiva er afhængighedsskabende (Nielsen 2012). Denne forskning kritiseres blandt andet af Lars Vedel Kessing, som kalder Niensens konklusioner for ‘noget vrøvl’. Han opridser kriterierne for afhængighed, og mener ikke at antidepressiva imødekommer disse (Secher 2013). Gøtzsche hævder i den forbindelse at definitionen på afhængighed blev lavet om i forbindelse med lanceringen af en ny type antidepressiva (Gøtzsche 2015a:178/179). Der ses ligeledes en debat om øget risiko for selvmord ved brug af antidepressiva versus selvmordsrisiko ved depressionen i sig selv. Institut for rationel farmakoterapi (IRF) udtaler i forbindelse med antidepressiva: *“På det eksisterende grundlag kan det derfor ikke udelukkes, at SSRI og SNRI i begyndelsen af en behandling, og evt. særligt hos børn og unge < 25 år, kan forværre eller udløse selvmordstanker eller adfærd”* (IRF 2011). Også Gøtzsche advarer mod den selvmordsrisiko, der er forbundet med brug af antidepressiva: *“Observationelle studier har modbevist myten om, at antidepressiva beskytter mod*

selvmord, og den mest pålidelige forskning, vi har ... har vist, at brug af antidepressiva fordobler antallet af selvmord" (Gøtzsche 2015a:172). I Sundhedsstyrelsens egen 'Vejledning for behandling af voksne med antidepressive lægemidler' kan man dog samtidig læse at: *"Hvis patienten har stærke selvmordstanker, er der indikation for medicinsk behandling uanset depressionens sværhedsgrad"* (Retsinformation 2014:Kap 4.1). Diskussionen om hvorvidt antidepressiva øger risikoen for selvmord, er altså faldet ud til antidepressivas fordel. Dette på trods af den advarsel som Sundhedsstyrelsen selv kom med i Ugeskrift for læger omkring øget selvmordstanker hos unge ved brug af antidepressiva: *Af vejledningens punkt 4.6 fremgår det, at antidepressive lægemidler kan øge selvmordstanker og -adfærd hos deprimerede unge under 25 år. Det er derfor en psykiatrisk specialopgave at overveje fordele og ulemper ved medikamentel behandling"* (Sundhedsstyrelsen i Ugeskrift for læger 2015). Den gældende praksis består altså på dette punkt - spørgsmålet er bare hvorfor. Et muligt bud kunne være, at udfaldet hænger sammen med udvalg og sammensætning af medlemmerne i de arbejdsgrupper som både Sundhedsstyrelsen og RADS benyttede sig af i udformningen af deres vejledninger. Psykiaterens subjektposition synes at være stærkere end psykologen eller terapeutens - i hvert fald er denne subjektposition overrepræsenteret i udformningen af vejledningerne. Selv Sundhedsstyrelsens NKR med non-farmakologisk fokus. Man kan forestille sig, at en aktør med medicinsk baggrund automatisk vil tænke i medicinske baner, når der skal vælges behandling. Dette synspunkt er dog unægteligt postuleret. Videbechs subjektposition synes også at være stærkere end Gøtzsches eftersom han har haft taletid i alle officielle vejledninger om depression, hvorimod Gøtzsche, på trods af hans intensive forskning i antidepressiva, ikke er spurgt til råds.

Det sociale niveau

Det sociale niveau består af en diskursanalyse af 28 journalistiske tekster fra dagblade samt 17 journalistiske tekster i fagtidsskrifter. På dette niveau afdækkes de magtkampe, der finder sted i det offentlige, og dermed mere tilgængelige, rum end det politiske. Gennem en analyse af sproget identificeres de dominerende diskurser i kilderne, for at undersøge hvilket syn på depression, dens ætiologi og dens behandling, der hersker i den offentlige debat. Spørgsmålene, der stilles på det sociale niveau, er: Hvilke diskurser dominerer debatten? Hvordan beskrives praksis? Analysen på det sociale niveau går altså ud på at

identificere hvad den sociale praksis på depressionsområdet er, via undersøgelse af hvordan den omtales. Social logics har til formål at indfange dannelsen af mønstre i sociale praksisser, hvilket i dette tilfælde betyder sproglige mønstre. Disse mønstre studeres inden for en periode på 12 måneder.

Da afhandlingens problemformulering søger at afdække depressionens italesættelse, vurderes diskursanalysen at være den mest velegnede metode til dette. Analysen er opdelt i to; første del søger at afdække italesættelsen af depression i 28 forskellige journalistiske tekster fra otte forskellige dagblade. Det gøres via en systematisk gennemgang af sproget i de udvalgte kilder, og til dette formål anvendes følgende analyseredskaber fra Laclau og Mouffe: Nodalpunkt, ækvivalenskæde og diskurs. Begrebet behandlingsdiskurs benyttes ligeledes, for at distingvere diskursen for depression fra diskursen for behandling. For at afdække de forskellige kilders syn på depressionens årsag, benyttes desuden begrebet ætiologi. Anden del af analysen afdækker italesættelsen af depression i 17 tekster fra ti forskellige fagtidsskrifter. Igen gennemgås sproget systematisk ved at anvende de førnævnte begreber. De udvalgte kilder gennemgås alle individuelt med det formål, at identificere de fremtrædende diskurser i hver enkelt tekst. Da afhandlingen ønsker at undersøge italesættelsen af depression, vil begrebet udgøre nodalpunktet i samtlige analyser. Efter de individuelle analyser, opsamles fundene, for at se om der er forskel på de dominerende diskurser, og for at blotlægge en eventuel hegemoni.

Diskurser i dagblade

Otte kilder gav udtryk for den **klassiske sygdomsforståelse**; altså at en depression er en psykisk sygdom, med symptomer som ligner dem, man finder beskrevet i ICD-10 og andre klassifikationsmanualer. På depressionsforeningens hjemmeside er lidelsen beskrevet som en tilstand med forsænket stemningsleje med nedtrykthed og manglende evne til at føle noget. Selvbebrejdelse, nedsat selvtillid og selvmordstanker følger ofte med tilstanden. Det ses samtidig, at: *“Nedtryktheden er typisk ledsaget af nedsat energi, øget træthed, nedsat lyst og interesse. Søvn og appetitten er i reglen forstyrret, ligesom der er vanskeligheder med opmærksomhed og koncentration”* (Depressionsforeningen 2015).

Ækvivalenskæderne i kilderne med den klassiske sygdomsforståelse bestod af begreber som: Markant nedsat lyst, interesse, selvtillid og selvfølelse + koncentrationsbesvær + ligegyldighed + manglende smil + kolde følelser + opvågningen om natten + vægttab +

svigtende hukommelse + selvbebrejdelse + klinisk + lidelse + sort hul + hård og negativ indre dialog + intet liv + ingen glæder og fornøjelser + let + moderat + svær + hengemt tilværelse for nedrullede gardiner + risiko for selvmord + tomhed + meningsløshed + håbløshed + søvnløshed + negative tanker + altoverskyggende tristhed + uoverskuelige gøremål + tung sygdom + markant invalidering af dagligdagen + forvrænget sindsstemning til mørke og håbløshed + ligegyldighed overfor alt og alle + problemer med at tænke klart, huske og koncentrere sig + alt er sort + manglende livsvilje + ingen lyst til at være social + lammet af sort jerngitter.

Det ses tydeligt, at mange af begreberne i ækvivalenskæden stemmer overens med de symptomer, man kan læse sig frem til i ICD-10, på hjemmesider og i depressionsmanualer. Kilderne med den klassiske sygdomsforståelse beskriver den tunghed og mangel på glæde og håb, som depressive oplever, som her i guiden 'deprimeret eller trist?' fra BT: *"Har du svært ved at koncentrere dig? Sover du dårligt? Virker alting pludselig ligegyldigt? Og har du haft det sådan i en lang periode? Så er du måske deprimeret"* (Pedersen & Bach Jakobsen 2016). Her beskrives tilstanden i artiklen 'Vi har pligt til at gøre vores yderste for at hjælpe' fra Politiken: *"De har ikke de glæder og fornøjelser, som vi andre har. De finder ingen glæde ved det, der tidligere gjorde dem glade. De lever en hengemt tilværelse for nedrullede gardiner. Mange begår selvmord, for på et tidspunkt tænker de, at det ikke er noget liv"* (Videbech i Legarth Schmidt 2015). Her beskrives den klassiske sygdomsforståelse i 'Begyndelsen til enden på depression?' i Morgenavisen Jyllands-Posten:

"..kan det være svært at forstå, når glæden ved livet hos andre bliver forvandlet til skyldfølelse, selvbebrejdelse, træthed, angst og pinefuld indre uro. Ikke desto mindre kender næsten alle til et familiemedlem med disse utroligt ødelæggende symptomer, for depression er en invaliderende folkesygdom" (Sjøgren 2016).

Og sygdomsforståelsen ses her i citatet fra 'Alle depressive kan få det bedre' fra Kristeligt Dagblad: *"Søvnløshed, træthed og en altoverskyggende tristhed, der synes ganske umulig at overvinde... Det mindste gøremål synes uoverskueligt, og det kan blive nødvendigt med både sygemelding og professionel hjælp"* (Iwankow Søgaard 2015). Kilderne med den klassiske sygdomsforståelse synes ikke at stille spørgsmålstejn ved den gængse opfattelse af depression, som dominerer størstedelen af de officielle kilder, der beskriver sygdommen.

Stressdiskursen sås i syv af kilderne. Kilder med denne diskurs anser depression for værende en stresstilstand og et resultat af perioder med intens stress. I kilder med stressdiskursen skildres stress og depression som værende to tæt sammenhængende størrelser. På stressforeningens hjemmeside kan man læse om denne sammenhæng: *“Stress kan føre til depression både når den opstår pludseligt i form af en overvældende begivenhed, eller når den forekommer som følge af langvarig stressbelastning fx på arbejdet”* (Stressforeningen 2016).

Ækvivalenskæderne i teksternes med stress som den dominerende diskurs, bestod blandt andet af følgende begreber: Kronisk mild stress + pinefuld indre uro + stress + bunder i stress + følelse af utilstrækkelighed + dårlig nattesøvn + angst + tilstand svarende til svær stress + stressrelateret + ødelægger korttidshukommelsen + mental stress. Begrebet stress gik igen i alle de syv kilder, men nævnes blot en enkelt gang, for at undgå gentagelser.

Kilder hvori stressdiskursen var dominerende, opfatter altså depression som en tilstand af stress, og som en direkte konsekvens af stressende livsomstændigheder. Følgende citater illustrerer stressdiskursen i kilderne, som her i ‘Guide: Sådan tackler du depression’ fra BT: *“Mange mennesker, der lider af depression, er i en konstant tilstand svarende til svær stress. Stress trætter hjernen og påvirker både energi, humør, appetit og søvn”* (Pedersen 2015). Eller følgende citat fra ‘Jobbet udløser angst og depression’ ligeledes fra BT: *“Poul Videbech, der er overlæge og professor i psykiatri på Aarhus Universitet, skønner, at omkring halvdelen af alle tilfælde af angst og depression bunder i stress”* (Albøg Jespersen 2015). Her i artiklen ‘Angst og depression tynger os’ fra Politiken, ses depression som en typisk reaktion på et stressende arbejdsliv: *“Jeg tror, der stilles større krav til både unge og ældre på arbejdspladsen om, at man skal kunne følge med. Det gør, at nogle har det svært. De får stress og går ned med depressioner, angst eller andre lidelser”* (Linnet i Rasmussen & Lange 2015). Stressdiskursen ses også indirekte her i ‘Begyndelsen til enden på depression?’ fra Morgenavisen Jyllands-Posten: *“For at få rotterne til at udvise deprimeret adfærd, havde forskerne hver aften og morgen udsat forsøgsdyrene for stressende og ubehagelige oplevelser”* (Sjøgren 2016). De kilder, som gav udtryk for stressdiskursen, anser altså stress som spillende en afgørende rolle i det store antal depressive vi ser i dag.

Fem af kilderne anså depression for værende en konsekvens af **negativ tænkning**. I artiklen 'Depression Doing the Thinking' fra Psychology Today kan man læse, at: *"..negative thinking is actually the depression speaking. It's what depression sounds like. Depression in fact manifests in negative thinking before it creates negative affect"* (Estroff Marano 2001), hvilket illustrerer at negativ tænkning i denne diskurs går *forud* for depressionen.

Ækvivalenskæderne i teksterne med negative tanker som dominerende diskurs, bestod af begreber som: Produkt af grublerier + undertrykkelse af tanker + under egen kontrol + resultat af fastholdelse af triggertanker + resultat af mange spekulationer + resultat af konstante bekymringer + langtidstænkning + lagring af negative minder + sparke sig selv mens man ligger ned + spekulationer + hyperaktiv negativ hukommelse + depressive tanker + hård og negativ indre dialog.

Følgende citat fra kronikken 'Du kan styre din depression' i BT beskriver denne forskel: *"Depressionen opstår først, når du holder fast i dine triggertanker og strækker tiden, du tænker over dem, fra de få sekunder, som en tanke normalt varer til at de negative tanker varer, flere timer hver eneste dag"* (Callesen 2015). Og fra samme artikel: *"En af de årsager til depression, som der er stensikre forskningsmæssige beviser for, er, at uhensigtsmæssige mentale strategier som f. eks. grublerier og undertrykkelse af tanker kan give bagslag og dermed resultere i depression"* (Callesen 2015). Eller her i 'Sortsyn årsag til depression' ligeledes fra BT: *"...årsagerne til psykiske lidelser skal findes i konstante bekymringer, spekulationer og fokus på trusler, som giver bagslag og forværrer symptomerne"* (Lho Hansen 2015). Her beskrives den negative tænkning i artiklen 'Den virtuelle kur' fra Weekendavisen:

"En af de psykologiske faktorer, der spiller en stor rolle i at fastholde depressive i et sort hul, er en ekstrem udøvelse af selvkritik. Folk med depression, der har svært ved at udvise medfølelse over for sig selv, mens de er nede, har også sværere ved at rejse sig igen. Den hårde og negative indre dialog kan være ligesom at sparke til sig selv, mens man ligger ned" (Meldal 2016).

På depressionsforeningens hjemmeside kan man læse, at den depressive tankegang ændrer sig: *"Under en depression ændrer hele personens tankegang sig, så den bliver meget*

negativ. Den negative tænkning betyder, at man kritiserer sig selv og måske ikke opdager, at man faktisk er syg” (Depressionsforeningen 2015). Den negative tænkning er altså en del af den klassiske sygdomsforståelse, men de to diskurser adskiller sig på den måde, at diskursen negativ tænkning anser depressionen som værende et *resultat* af bekymringer og grublerier, og ikke blot et *symptom* på lidelsen. Desuden menes det, at hvis disse tanker kommer under kontrol, kan det helbrede depressionen.

Behandlingsdiskurs

Den mest dominerende behandlingsdiskurs i de 28 dagblade, var **terapidiskursen**, som blev identificeret i 11 af de journalistiske tekster. Terapidiskursen består af en sammenlægning af tre forskellige former for terapi: Samtaleterapi, metakognitiv terapi og mindfulness baseret kognitiv terapi (MBKT). Her ses et eksempel på terapidiskursen i ‘Mindfulness hjælper alvorligt depressive’ fra Politiken: *“Gruppeterapi baseret på meditation giver lige så gode resultater som antidepressiva hos alvorligt ramte patienter, viser ny Lancet-undersøgelse”* (Bach Madsen 2015). Og fra samme artikel: *“Vi ved, at der er en patientgruppe, som trives dårligt med antidepressiva, og som skriger på alternativer”* (Byford i Bach Madsen 2015). Her ses behandlingsdiskursen i ‘Sortsyn årsag til depression’ fra BT: *“Man kan ændre sine negative tanker med mindfulness-terapi, hvor man øver sig i at være til stede her og nu i stedet for at forsvinde ind i forestillinger om fortiden eller fremtiden”* (Lho Hansen 2015). Og her beskrives den i ‘Alle depressive kan få det bedre’ fra Kristeligt dagblad:

“Ved mindful kognitiv terapi, hvor man skal være stille i en form for meditation, kan man opdage, at der er andet i hovedet end negative tankestrømme. Ved at observere kroppen og sindet og tillade oplevelsen her og nu at være som den er, kan man få øje på opmærksomheden og det negative filter, man er kommet til at se sine tanker igennem, og disse kan slippe af sig selv” (Fjorback i Iwankow Søgaard 2015).

Fra samme artikel ses et eksempel på en dobbelt diskurs, da medicinsk behandling ikke udelukkes i kilden: *“At mindfulness kan virke lige så godt som medicin, betyder ikke, at det i alle tilfælde er nok til at hjælpe mennesker med en depression. Nogle kan være så dårlige og*

stressede, at de er nødt til at få medicin for overhovedet at kunne komme til at bruge deres kognitive evner” (Fjorback i Iwankow Sjøgaard 2015).

Terapidiskursen blev skarpt forfulgt af **medicindiskursen**, som blev identificeret i ti af de 28 tekster fra dagbladene. Ifølge de kilder, som gav udtryk for medicindiskursen, bør depressioner altså behandles med antidepressiva, enten som enkeltstående behandling eller i kombination med andre behandlingsformer, som hyppigst er terapi. I kronikken ‘Jeg tager lykkepiller, ellers var jeg død!’ fra Ekstra Bladet ses et meget tydeligt eksempel på medicindiskursen: *“At tage en antidepressiv pille svarer til at tage en panodil, når man har hovedpine! Panodiler har også bivirkninger, det har al medicin. Men derfor bliver vi ikke advaret mod at tage det under kontrol og sund fornuft”* (Thisted 2015). Diskursen ses også tydeligt her i ‘Begyndelsen til enden på depression?’ fra Morgenavisen Jyllands-Posten: *“Medicin på baggrund af SSRI har hjulpet rigtig mange, siden de første antidepressive piller kom på markedet i starten af 1970’erne. Prozac, Lundbecks Cipraleks og andre antidepressiver har gavnet millioner af mennesker, som har været ramt af en depression”* (Sjøgren 2016). I artiklen ‘Professor i depression: Han har en pointe, men..’ fra Politiken, fremstår det, at den medicinske behandling anses for værende nødvendig: *“Der kan bestemte være ubehagelige bivirkninger, som patienter generes af og behandlerne arbejder hårdt for at undgå. Men i dag kan vi ikke undvære denne behandling til depressioner og i særdeleshed til de svære af slagsen”* (Videbech i Igum Rasmussen 2015). Den dobbelte diskurs ses her i artiklen ‘Pillebruger: Jeg var rædselsslagen for, at en ny depression var på vej’ fra Politiken: *“...var begyndt at tage piller mod den dybe depression, der månederne forinden havde holdt hende grædende i sengen det meste af tiden. Antidepressiverne og samtaler hos en psykolog havde hjulpet hende så godt, at hun nu følte sig parat til at kvitte pillerne”* (Thomsen 2015).

Ingen andre behandlingsdiskurser var dominerende i dagbladene, selvom mange forskellige former for behandling blev nævnt. Disse samles derfor i én enkelt diskurs, som kaldes **den alternative diskurs**. Den alternative diskurs består overvejende af nyere resultater af forskning på depressionsområdet, som endnu befinder sig på forsøgsstadiet og derfor ikke er implementeret i behandlingssystemet. Det drejer sig f.eks. om psykedeliske svampe, virtuel behandling, Gaba Nam og lysbehandling. Her ses to eksempler på dette i ‘På svampe i det spirituelle laboratorium’ fra Politiken: *“Videnskabelige forsøg fra anerkendte*

universiteter understøtter potentialet ved brugen af psilocybin - det aktive stof i hallucinogene svampe - som led i behandlingen af psykiske lidelser som depression og angst” (Haubart Madsen 2016). Og her i ‘Sexminder kan fjerne depression’ fra Politiken ses den alternative diskurs: *“Nu vækker et nyt forskningsresultat håb om, at en teknik baseret på genteknologi og blå lys kan hive et positivt minde frem fra hjernegeammerne og få det til at overskygge de negative oplevelser, der har udløst depressionen”* (Foghsgaard 2015)

Ætiologi

Den dominerende diskurs inden for depressionens ætiologi var **Samfundets indretning**. I alt 12 dagblade anså depressionens årsag som værende tæt sammenhængende med tendenser i samfundet. Denne diskurs indbefatter måden hvorpå vi har indrettet vores samfund, sociale problemer og dårlige arbejdsforhold. I artiklen ‘Jeg føler mig ikke længere som et helt menneske’ fra Kristeligt dagblad ses et eksempel samfundets rolle i den stressrelaterede depression: *“Men i den udstrækning, at samfundsudviklingen medfører stress for den enkelte, er det yderst skadeligt, hvis det står på over lang tid”* (Mogensen i Henriksen & Mikkelsen 2015). I debatindlægget ‘Depression er vestens folkesygdom’ fra Politiken beskrives modernitetens konstante krav til optimering som problematisk:

“Symptomerne på depression er mange, og til de væsentlige hører en markant nedsat lyst, interesse, selvtillid og selvfølelse. Alle dele er vanskelige at leve med i en verden, hvor vi konstant skal være positive og i udvikling. Depressionen er netop en afvisning af optimismen og optimeringen” (Dich 2015).

Her i debatindlægget ‘Min generation mangler et ‘vi’ fra Information, anses samfundets fart for værende problematisk: *“Først, når jeg med jævne mellemrum overvældes af depression eller stivner af angst, får jeg lejlighed til at spørge mig selv, hvorfor jeg accelererer så hurtigt?”* (Udesen 2015). I artiklen ‘Jobbet udløser angst og depression’ fra BT fremhæves de negative konsekvenser konkurrencestatens retorik medfører:

“Formand for Dansk Psykolog Forening Eva Secher Mathiasen peger på, at mange danskere lever med en følelse af utilstrækkelighed. F. eks. at man føler sig dårligere til sit job end sine kolleger. »Det er en generel problemstilling om ikke at slå til, og

som efter min vurdering er affødt af den retorik, politikerne bruger om, at vi skal være konkurrencestatens fodsoldater helt fra barnsben,« siger hun” (Albøg Jespersen 2015).

Ovenstående citater stemmer overens med både Rosa og Ehrenbergs syn på depression som tidstypisk patologi. Med konkurrencestatens indtog ændredes forholdet mellem samfund og borger, og dette skaber grobund for psykopatologier.

I alt otte dagblade anså **personlige problemer** for værende årsag til depression, som dermed blev den næstmest dominerende ætiologi. Denne diskurs består af en sammenlægning af personlige problemer, negative oplevelser, mobning og livskriser. Denne indgangsvinkel til depressionens årsag illustreres her i artiklen ‘Sexminder kan fjerne depression’ fra Politiken: *“I nogle tilfælde kan de negative oplevelser tage overhånd og udvikle sig til en decideret depression og slå de intime og glade minder af banen”* (Foghsgaard 2015). Artiklen ‘Mobning i ungdomsårene øger risiko for depression som voksen’ fra Kristeligt Dagblad fremhæver mobning som direkte årsag til depression: *“Da de unge var blevet 18 år, havde hver sjette af de hyppigt mobbede udviklet en depression. Til sammenligning var der fire procent af de unge, som ikke var blevet mobbet, som havde udviklet en depression”* (Nygaard 2015). I guiden ‘deprimeret eller trist’ fra BT kan man læse, at: *“Skilsmisse, dødsfald, fyring, alvorlig sygdom eller andre livskriser kan også trigge en depression”* (Pedersen & Bach Jakobsen 2016). ‘Jobbet udløser angst og depression’ fra BT: *“Tidligere har dansk forskning vist, at folk, der føler sig mobbet på arbejdspladsen, har større risiko for at udvikle en depression”* (Albøg Jespersen 2015).

Personlige problemer som direkte årsag til depression understøttes i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed, hvori man kan læse, at personlige faktorer influerer på menneskers mentale sundhed i negativ retning. Dette kan gælde en usikker tilknytning til forældre eller omsorgspersoner eller manglende omsorg i barndommen. Det kan også være belastende begivenheder i nær familie, dårlig trivsel og læring eller diskrimination og mobning (Sundhedsstyrelsen 2012).

Syv dagblade nævnte stress som værende direkte eller medvirkende årsag til udviklingen af depression. Dette gør **stressætiologien** til den tredje mest dominerende ætiologi. Syv ud af

de 28 dagblade var altså enige i, at stress ligger til grund for depression, og at depressionen kan anses for værende en stresstilstand. Stress som depressionens ætiologi sås tydeligt i flere kilder, som her i artiklen 'Jobbet udløser angst og depression' fra BT: "*Poul Videbech, der er overlæge og professor i psykiatri på Aarhus Universitet, skønner, at omkring halvdelen af alle tilfælde af angst og depression bunder i stress*" (Albøg Jespersen 2015). Eller i artiklen 'Angst og depression tynger os' fra Politiken: "*Jeg tror, der stilles større krav til både unge og ældre på arbejdspladsen om, at man skal kunne følge med. Det gør, at nogle har det svært. De får stress og går ned med depressioner, angst eller andre lidelser*" (Linnet i Rasmussen & Lange 2015). Byens stress og jag opfattes som værende problematisk i 'Bylivet kan føre til psykiske lidelser' fra Kristeligt dagblad: "*Men uforholdsmæssigt mange byboere lider af stress, angst, depression og skizofreni. Et menneske i en storby har ifølge studier fra Stanford Universitet, USA, 40 procent større risiko for at udvikle en depression*" (Lind Bejer 2015). Ifølge en del forskning (se i den forbindelse Wiborg eller Frøkjær) er stress en direkte årsag til depression. I artiklen 'Derfor kan stress føre til depression' fra Videnskab.dk kan man læse følgende: "*Langvarig stress kan fremprovokere en depression – det er en velkendt sammenhæng*" (Hildebrandt 2012).

Opsamling

Den **klassiske sygdomsforståelse** blev identificeret i otte dagblade og var dermed den mest dominerende diskurs. Denne sygdomsforståelse hænger tæt sammen med den måde hvorpå depression beskrives i ICD-10 og andre mindre officielle manualer. **Stressdiskursen**, hvor depression som en tilstand af stress sås i syv kilder og fem kilder anså depression for værende et resultat af **negativ tænkning**.

Den hyppigst nævnte behandlingsdiskurs er **terapidiskursen**, som identificeres i 11 dagblade. Ti dagblade nævner **medicindiskursen** som behandling for depression. Derudover ses flere forskellige behandlingsdiskurser, hvoraf ingen var dominerende. Disse samles i én enkelt diskurs, kaldet **den alternative diskurs**.

Den hyppigste ætiologi i dagbladene, er **samfundets indretning**. I alt 12 dagblade anser depression som hængende sammen med den måde vi har indrettet samfundet på. Otte dagblade nævner **personlige problemer** som depressionens ætiologi, og syv dagblade mener, at **stress** ligger til grund for udvikling af depression.

Sammenhæng

I dagbladene synes der at være en sammenhæng mellem den **klassiske sygdomsforståelse** og den **medicinske behandlingsdiskurs**. Med en enkelt undtagelse, bliver den medicinske behandling nævnt i alle kilder med den klassiske sygdomsforståelse; i visse tilfælde som enkeltstående behandling, i andre sammen med terapi. **Stressdiskursen** i dagbladene hænger både sammen med **medicindiskursen** og **terapidiskursen**, men i lige så stort omfang nævnes der ingen behandlingsforslag i kilderne med stressdiskursen. Diskursen **negativ tænkning** hænger tæt sammen med **terapidiskursen** i alle de tilfælde, hvor den nævnes.

Diskurser i fagtidsskrifter

I syv af fagtidsskrifterne, var **stressdiskursen** udtalt. Her anses depressionen for værende en stresstilstand eller en reaktion på perioder med intens stress og følelsen af udbrændthed. Denne diskurs bakkes op af stressforeningen, som skriver på deres hjemmeside: *“Man har i mange år vidst, at langvarig stress og psykisk pres kan gøre os mere modtagelige for eller udløse en depression”* (Stressforeningen 2016).

Ækvivalenskæderne i teksterne med stressdiskursen som udtalt diskurs, består af begreber som: Stress + arbejdspress + belastende arbejdsmiljø + alt brændte sammen + magtesløshed + trængt op i en krog + stresstilstand + utilstrækkelighedsfølelse + ubehandlet stress + udbrændthed.

Følgende citater illustrerer kildernes syn på den rolle, stress spiller i depression: *“Ifølge psykolog Pia Callesen går vores stress-tilstand over i en depression, fordi vi bruger for meget tid på at bekymre os og gruble”* (Aggerbeck 2015). Eller her i ‘Man bliver aldrig den samme efter en depression’ fra Magasinet Sundhed: *“Og kroppen bliver måske endnu vigtigere at lytte til i en verden og et samfund, hvor alt hele tiden skal gå hurtigere og være mere effektivt. Nogle løber bare stærkere og stærkere og stærkere, indtil de bryder sammen”* (Zobel i Holbek 2015). I artiklen ‘Undgå at stress bliver til depression’ fra Magasinet Sundhed ses sammenhængen tydeligt: *“Over halvdelen af alle depressioner er udløst af stress”* (Videbech i Aggerbeck 2015). Og det samme gør den i artiklen ‘Opgaverne hober sig op’ fra Fagbladet FOA: *“Mange føler, at de ikke kan nå at gøre deres arbejde godt nok. Jeg har kolleger på skolerne, som er gået ned med stress og depression”* (Mortensen i Mørkeberg

2015). I artiklen 'Udbrændthed kan føre til depression' fra Socialpædagogen, er det tydeligt at der ses en sammenhæng mellem udbrændthed og depression:

"..blandt de kvindelige medarbejdere i de brancher, vi har undersøgt, er risikoen for at komme i antidepressiv behandling 11 pct. for de kvinder, der oplever en høj grad af udbrændthed - mod fem pct. for de kvinder, der oplever en lav grad af udbrændthed. Og for mænd, som oplever en høj grad af udbrændthed, er risikoen for at komme i antidepressiv behandling 18 pct. - mod fire pct. for de mænd, der oplever en lav grad af udbrændthed" (Løvbom Petersen 2015).

Utilstrækkelighedsdiskursen var udtalt i fem af teksterne i fagtidsskrifterne. Denne diskurs anser depression for værende en direkte reaktion på følelsen af utilstrækkelighed, som kan opstå i forbindelse med et krævende arbejdsliv. Ehrenberg beskriver netop denne følelse af utilstrækkelighed, når han omtaler depression som værende en tidstypiske lidelse: *"Hvor neurosen er skyldfølelsens drama, er depressionen utilstrækkelighedens tragedie"* (Ehrenberg 2010:39).

Ækvivalenskæderne i teksterne med utilstrækkelighedsdiskursen består af begreber som: Utilstrækkelighedsfølelse + magtesløshed + arbejdspress + utilstrækkelighed + belastende arbejdsmiljø. Begrebet utilstrækkelighed gik igen i mange af teksterne, men nævnes kun en enkelt gang.

Et eksempel på utilstrækkelighedsdiskursen ses her i artiklen 'Et makkerpar med brydninger' fra Psykolog Nyt: *"Og her ligger kimen til udviklingen af en depressiv ond cirkel. Disse følelser af ikke at være tilstrækkelig, selv om den faglige dygtighed er i orden, er det værd at se nærmere på i sammenhæng med rollen som behandler"* (Stelvig 2015). I artiklen 'Magistre er syge med arbejde' fra Magisterbladet, kan man læse, at en for høj arbejdsmoral kan medføre sygdom: *"Under de vilkår er der mange medlemmer, der tvinger sig selv til at arbejde, selvom de egentlig er syge. Den grundlæggende årsag er jo, at vi er så pligtopfyldende, at vi ofte tilsidesætter egne behov for at klare arbejdet til UG uanset de personlige konsekvenser"* (Gregersen i Bøttcher & Ejlersen 2015). Og i 'Efterløns-ønske kan hænge sammen med depression' fra LFS Nyt ses sammenhængen mellem arbejdsmiljø og depression: *"Men derudover ved vi, at der er en sammenhæng mellem psykosociale faktorer i arbejdsmiljøet og depressive symptomer"* (LFS Nyt 2016).

Utilstrækkelighedsdiskursen og **stressdiskursen** er tæt sammenhængende og deler enkelte begreber i ækvivalenskæderne. Man kunne argumentere for at lægge dem sammen til en enkelt diskurs, som eventuelt kunne hedde samfundsdiskursen. Her adskilles de dog, da enkelte kilder ikke anser følelsen af utilstrækkelighed som sammenhængende med stress.

Tre af fagtidsskrifterne gav udtryk for at have den **klassiske sygdomsforståelse**. Dette syn på depression stemmer overens med det billede af depression, som man finder i WHO's ICD-10 og andre klassifikationsmanualer.

Ækvivalenskæderne i disse tekster bestod af begreber som: Sort kapitel + selvmordsforsøg + mørkt inde i hovedet + ked af det + utilfredshed med sig selv + psykisk lidelse + isolation + ikke noget liv + sorte tanker + kniv siddende i sig + hemmelighed + konstant gråd + dårlig samvittighed + utilstrækkelighed + energiløshed + svært at tage sig sammen + kronisk tilstand + søvnforstyrrelser + koncentrationsbesvær.

I artiklen 'Vågenterapi mod depression' fra Ugeskrift for læger ses et tydeligt eksempel på den klassiske sygdomsforståelse: "*Ved indlæggelsen er patienterne svært forpinte, og mange har selvmordstanker*" (Kragh & Videbech 2016). Det samme ses i artiklen 'Depression tog næsten livet af Louise' fra Fagbladet FOA: "*Det var mørkt inde mit hoved. Jeg var meget ked af det. Ikke tilfreds med mig selv, bagateller fik verden til at ramle. Jeg sad bag sofaen og græd uden at fortælle det til nogen*" (Boldt Jensen i Handberg 2016). I artiklen 'Depression fylder på job' fra Fagbladet FOA nævnes begrebet kronisk: "*Hvis en depression ikke behandles fornuftigt og i tide, stiger risikoen for, at den vender tilbage eller i værste tilfælde udvikler sig til en kronisk tilstand*" (Videbech i Handberg 2015).

Der er tydelige forskelle på **ækvivalenskædernes** længde i fagtidsskrifter og dagblade, hvilket sandsynligvis skyldes, at skribenter af faglige artikler tager udgangspunkt i, at deres læsere allerede ved hvad depression er. Derfor føler de ikke behov for at redegøre for lidelsen. I dagbladene adresseres et bredere udsnit af befolkningen, som ikke nødvendigvis har forhåndskendskab til depression, hvilket kan nødvendiggøre en dybere forklaring af fænomenet.

Behandlingsdiskurs

Den mest dominerende behandlingsdiskurs i fagtidsskrifterne, var **terapidiskursen**. Seks af kilderne mente, at terapi er en velegnet behandling af depression. Terapidiskursen er en sammenlægning af tre typer terapeutisk behandling; Psykologbehandling, samtaleterapi og metakognitiv terapi. Terapidiskursen er enten et udtryk for, at terapi anses for værende den mest effektive behandling af depression, eller et udtryk for at medicinsk behandling burde suppleres op med terapi.

Terapidiskursen viser sig i 'Depression tog næsten livet af Louise' fra Fagbladet FOA: *"..Hun deltog også i samtaleterapi med en gruppe andre depressionsramte i et år. Jeg fik det bedre og bedre. Især socialt, for jeg lærte de andre i gruppen at kende og fandt ud af, at andre havde det på samme måde"* (Boldt Jensen i Handberg 2016). Og her i 'Undgå at stress bliver til depression' fra Magasinet Sundhed: *"Vi har kunnet konstatere, at stress og depression opløser sig selv, hvis man ikke bruger så meget tid på sine tanker"* (Callesen i Aggerbeck 2015). Terapidiskursen er ligeledes tydelig i 'Man bliver aldrig den samme efter en depression' fra Magasinet sundhed: *"Så søgte hun hjælp i samtaleterapi, og først efter endnu et halvt år tog hun skridtet ud af mørket"* (Holbek 2015). Et eksempel på en dobbelt diskurs ses her i 'Lykkepiller skal/skal ikke?' fra Magasinet Sundhed: *"Medicin mod depression bør aldrig stå alene. Det bør altid være i kombination med samtaleterapi"* (Holm-Larsen 2015).

Medicindiskursen var at finde i fire af fagtidsskrifterne. Indenfor denne diskurs anses den medicinske behandling for værende enten mest effektiv, nødvendig eller uundgåelig i behandlingen af depression.

Her i 'Ny vejledning fra Sundhedsstyrelsen er skidt for deprimerede unge' fra Ugeskrift for læger ses den medicinske diskurs sammen med terapidiskursen: *"..Lægen vurderer løbende i samarbejde med den unge, om der er behov for henvisning til psykolog, om der er behov for lavdosispsykofarmaka, og om der er behov for henvisning til psykiatrien"* (Ugeskrift for læger 2015). Medicindiskursen ses desuden her i 'Svar: Det er en psykiatrisk specialistopgave' fra Ugeskrift for læger:

"... kan patientens egen alment praktiserende læge indlede behandling med antidepressive lægemidler efter samråd med en speciallæge i psykiatri og med

anvendelse af de lægemidler, der er velafprøvede hos børn og unge. Patienten skal dog fortsat ses af en speciallæge i psykiatri, når det er muligt” (Sundhedsstyrelsen i Ugeskrift for læger 2015).

Og her ses diskursen tydeligt i artiklen ‘Lykkepiller skal/skal ikke?’ fra Magasinet Sundhed:

“Men lykkepiller kan være med til at gøre hverdagen udholdelig og støtte op om en positiv behandlingsspiral, så vi skal have fjernet skammen ved at spise dem og den usagte fordom om, at folk blot tager lykkepiller, fordi de har svært ved at tackle livets almindelige udfordringer. En depression er en alvorlig sygdom” (Holm-Larsen 2015).

Og fra samme artikel ses et tydeligt eksempel på den dobbelte diskurs: *“Den medicinske behandling er til de tunge depressioner. Lette depressioner bør behandles med samtaleterapi” (Holm-Larsen 2015).*

I fagtidsskrifterne var der ingen konkurrerende diskurs til terapi- og medicindiskursen, hvorfor den tredje mest dominerende diskurs, er en sammenlægning af alle de øvrige diskurser. Denne samling af diskurser kaldes igen for **den alternative diskurs** og består af behandlingsforslag som vågenterapi, accept, livsstil og naturen som behandling af depressionen. Her ses naturen som behandling i ‘Stress af med naturen’ fra I Form: *“Blot 15 minutter på en bænk i en af byens parker kan få dig til at tænke flere positive tanker og fylde dig med ny energi” (Palmgren 2015).* Og her i ‘Vågenterapi mod depression’ fra Ugeskrift for læger ses den alternative diskurs i form af vågenterapi: *“Vågenterapi er blevet anvendt både til patienter med unipolar depression og patienter med bipolar depression, men resultaterne synes at være mest overbevisende for patienterne med bipolar depression..” (Kragh & Videbech 2016).*

Ætiologi

Den ætiologi, der dominerede i fagtidsskrifterne, var **stressætiologien**, som fandtes i syv af kilderne. Kilderne som gav udtryk for stressætiologien ser depression som en stresstilstand eller en direkte reaktion på en stresset hverdag.

Stressætiologien ses tydeligt her i artiklen 'Depression fylder på job' i Fagbladet FOA: *"Han peger på, at stress og belastende arbejdsmiljø øger risikoen for depression"* (Handberg og Videbech 2015). I artiklen 'Undgå at stress bliver til depression' fra Magasinet Sundhed ses sammenhængen mellem stress og depression: *"Over halvdelen af alle depressioner er udløst af stress"* (Videbech i Aggerbeck 2015). Det samme gør sig gældende i artiklen 'Opgaverne hober sig op' fra Fagbladet FOA: *"Mange føler, at de ikke kan nå at gøre deres arbejde godt nok. Jeg har kolleger på skolerne, som er gået ned med stress og depression"* (Mortensen i Mørkeberg 2015). I interviewet 'Man bliver aldrig den samme efter en depression' fra Magasinet Sundhed nævnes stress også som udslagsgivende faktor: *"Jeg vidste godt, jeg havde stresseet i fem år. Sådan virkelig arbejdsnarkomanagtigt. Og træthedens snebold holdt jeg hele tiden på afstand med den sejhed, jeg altid har ejet: Op på hesten! Op på hesten! Videre!"* (Zobel i Holbek 2015).

Stressætiologien bakkes op af flere forskellige kilder. Som nævnt omtaler stressforeningen denne sammenhæng på deres hjemmeside. Også hos Psykiatrifonden kan man læse om den rolle stress spiller i forhold til det mentale helbred: *"Stress fører ofte til både psykiske sygdomme, især depression, angst og misbrug"* (Psykiatrifonden 2016).

Udbrændthed som ætiologi sås i seks af kilderne, og ætiologien omfatter både arbejdspress og udbrændthed. Kilder med denne ætiologi anser depression som en tilstand, der hænger tæt sammen med udbrændthed og arbejdspress.

I interviewet 'Man bliver aldrig den samme efter en depression' fra Magasinet Sundhed ses et eksempel på både udbrændthed og arbejdspress: *"Minimal hvile. Hun knoklede tit på til klokken tre--fire om morgenen og stod op igen klokken syv. Når hun ikke fik hvilet, var hun nødt til at ignorere trætheden, og den rullede som en snebold, der bare blev større og større"* (Holbek 2015). Og fra samme interview ses tegn på alvorlige konsekvenser af et højt arbejdspress: *"..Men jeg gled bare langsomt ned af slisken og blev mere og mere ked af det. Så begyndte jeg at isolere mig og græde - mere og mere. Jeg røg ned i et hul, der var mørkere end sort"* (Zobel i Holbek 2015). Her i 'Udbrændthed kan føre til depression' fra Socialpædagogen ses sammenhængen mellem udbrændthed og depression tydeligt: *"..jo mere udbrændt, man føler sig i arbejdslivet, jo større er sandsynligheden for, at man ender med at skulle i antidepressiv behandling"* (Løvbom Petersen 2015).- Fra samme artikel ses desuden et eksempel på, at stress og udbrændthed kan hænge tæt sammen: *"Udbrændthed*

er en tilstand præget af følelsesmæssig udmattelse og manglende energi, som kan være et resultat af langvarig arbejdsrelateret stress” (Løvbom Petersen 2015)

Efter stress og udbændthed, sås ingen tydelig tredje ætiologi. To kilder pegede på **arbejde med mennesker** som risikofaktor og to kilder lagde vægt på **utilstrækkelighedsfølelsen** som udslagsgivende for depression. Følgende citater illustrerer disse ætiologier:

I artiklen ‘Depression fylder på job’ fra Fagbladet FOA illustreres det, at arbejdet med mennesker kræver et særligt overskud: *“Vi taler om omsorgspersonale, og deres arbejde kræver et særligt overskud. Af samme grund er de også i større risiko for at gå ned med flaget, når de oplever problemer”* (Bratbo i Handberg 2015). Det samme ses i artiklen ‘Udbændthed kan føre til depression’ fra Socialpædagogen: *“..man møder ofte udbændthed inden for professioner, hvor medarbejderne arbejder med mennesker - som fx socialpædagoger”* (Løvbom Petersen 2015). Utilstrækkelighed som ætiologi ses i følgende citat i ‘Et makkerpar med brydninger’ fra Psykolog Nyt: *“..Og her ligger kimen til udviklingen af en depressiv ond cirkel. Disse følelser af ikke at være tilstrækkelig, selv om den faglige dygtighed er i orden, er det værd at se nærmere på i sammenhæng med rollen som behandler”* (Stelvig 2015).

Opsamling

Stressdiskursen ses i syv af fagtidsskrifterne og er dermed den mest dominerende diskurs. I denne diskurs ses depression som en tilstand af stress eller som et direkte resultat af perioder med intens stress. **Utilstrækkelighedsdiskursen** findes i fem af kilderne og den **klassiske sygdomsforståelse** kommer til udtryk i tre af fagtidsskrifterne.

Seks af fagtidsskrifterne nævner **terapidiskursen** som behandlingsdiskurs og fire nævner **medicindiskursen**. Igen ses ingen tydelig tredje diskurs, hvorfor de resterende diskurser lægges sammen og døbes **den alternative diskurs**.

Syv fagtidsskrifter anser **stress** som værende depressionens ætiologi og seks kilder nævner **udbændthed**. Der ses ingen tydelig tredje ætiologi, men to kilder påpeger **arbejde med mennesker** som ætiologi imens to kilder nævner at der kan ligge **udbændthed** til grund for depression.

Sammenhæng

Også i fagtidsskrifterne ses en sammenhæng mellem diskurser, behandlingsdiskurser og ætiologier. I de kilder, der nævner **stressdiskursen**, er behandlingsdiskursen overvejende **terapidiskursen**, eller der nævnes ingen form for behandling. Kun i en enkelt kilde hænger stressdiskursen sammen med medicinsk behandling. **Utilstrækkelighedsdiskursen** synes ikke at hænge sammen med en bestemt behandlingsdiskurs; et par kilder nævner **terapi**, mens tre kilder ikke har noget bud på behandling. Den **klassiske sygdomsforståelse** hænger også i fagtidsskrifterne sammen med **medicindiskursen**.

Aktører

Også på analysens sociale niveau, giver det mening at se på de aktører, der optræder i kilderne. Punktet 'Ekspert' blev tilføjet undervejs i analysen, så det blev nemmere at identificere de videnskilder skribenterne benyttede sig af. Især Poul Videbechs navn dukkede jævnligt op, og det viser sig at han bliver brugt som ekspert i 11 af alle kilderne. Hans subjektposition er den psykiatriske og hans ekspertise blev overvejende brugt i forbindelse med den **medicinske behandlingsdiskurs** og **stressdiskursen**. Psykolog Pia Callesen blev brugt som ekspert i tre af kilderne i forhold til metakognitiv terapi. Hendes ekspertise blev brugt i diskursen **negativ tænkning** og hendes udtalelser kommer fra den psykologiske subjektposition. Da man må gå ud fra, at samme ekspert vil komme med samme holdning, uanset hvor mange gange vedkommende udtaler sig, kan det måske diskuteres hvorvidt de diskurser, som vedkommendes holdning har været med til at farve, skulle reduceres til bare en enkelt diskurs.

Hegemoni

Når begrebet **hegemoni** bringes ind i billedet, er det ikke fordi analysens fund tyder på entydig hegemoni. Begrebet depression synes langt hen ad vejen at have mistet sin faste betydning, og har forskellige betydninger i forskellige kilder. I dagbladene ses den klassiske sygdomsforståelse hyppigst, men den fylder til gengæld ikke meget i fagtidsskrifterne. I sidstnævnte kilder er stressdiskursen den hyppigst forekomne. Når diskurserne fra alle kilder lægges sammen, er **stressdiskursen** mest dominerende og findes i 14 kilder. **Den**

klassiske sygdomsforståelse findes i 11 kilder. Derudover er der ikke enighed om de resterende diskurser i fagtidsskrifter og dagblade.

Når det kommer til behandlingsdiskursen synes der at være to diskurser, der dominerer den offentlige debat. Det drejer sig om **terapidiskursen** og **medicindiskursen**, som sideløbende konkurrerer om hegemoni. Der er en svag overvægt af kilder, som har terapidiskursen som overvejende diskurs, men medicindiskursen følger tæt efter. Man kan ikke tale om entydig hegemoni, men man kan påstå at de to diskurser har opnået hegemoni over alle andre behandlingsdiskurser på området. Man kan se i de analyserede vejledninger at medicin- og terapidiskursen i høj grad dominerer billedet.

Der ses ingen entydig hegemoni når det kommer til ætiologi. Der er en svag overvægt af kilder, som peger på stress som udløsende årsag til depression og **stressætiologien** ses i 14 af alle de analyserede kilder. **Samfundets indretning** blev identificeret i 12 af kilderne. Derudover ses der ingen enighed i forhold til depressionens ætiologi.

Det kritiske niveau

Det kritiske niveau udgør den del af analysen, som identificerer normalitet, afvigelse, stigma samt samfundets rolle i kilderne. Her sammenholdes fundene fra analysens øvrige dele med den reelle praksis. Spørgsmålet på det kritiske niveau, er: Hvorfor består eller forandre en social praksis? Fundene fra analysen opsamles og bringes ind i en samfundsmæssig kontekst ved hjælp af kritisk teori. Inspirationen fra fantasmatic logics bruges i denne forbindelse til at afdække om der gives udtryk for et behov for forandring i kilderne, og derefter holde disse behov op imod den måde hvorpå den sociale praksis ser ud. På dette niveau analyseres teksterne fra dagbladene og fagtidsskrifterne som en helhed og relevant empiri fra analysens politiske niveau inddrages ligeledes.

Samfundets rolle

24 af de 45 analyserede kilder gav udtryk for, at samfundet og dets indretning spiller en rolle i forekomsten af depression. En del af kilderne havde sociale patologier som tydelig ætiologi, hvilket er hvorfor der hersker diskrepans mellem kildernes ætiologi og de identificerede behandlingsdiskurser. Man kan spørge, hvorvidt politiske beslutninger, der virker fattigdoms- og ulighedsskabende er med til at skubbe sårbare mennesker ud i en

depression. Majbrit Berlau, formand for Dansk Socialrådgiverforening, skriver i debatindlægget fra Arbejderen om sociale forholds rolle i udviklingen af depression: *“At være økonomisk presset medfører mismod, forøget risiko for social deroute, angst og depression”* (Berlau 2014). Denne information bakkes op af Sundhedsstyrelsen, som i deres referenceprogram fra 2007 skriver, at:

“Affektiv sygdom er påvirkelig af sociale forhold og belastninger i bred forstand, både som udløsende og som komplicerende faktorer. Det er således siden slutningen af 1970’erne meget velundersøgt, at sociale forhold har betydning for fx hyppigheden af depression” (Sundhedsstyrelsen 2007:23).

Følgende citater illustrerer hvordan social ulighed kan have konsekvenser for individet. Det ses blandt andet her i et uddrag af artiklen ‘Udbrændthed kan føre til depression’ fra Socialpædagogen: *“Ifølge undersøgelsen er sammenhængen mellem udbrændthed og risikoen for at komme i antidepressiv behandling lidt stærkere blandt ufaglærte kvinder eller kvinder i jobs, der kræver kort uddannelse”* (Løvbom Petersen 2015). Social ulighed viser sig i artiklen ‘Jobbet udløser angst og depression’ fra BT: *“Hvis man føler, at man gør en rigtig stor indsats på sit arbejde, men at betalingen er dårlig, og at der ikke er nogen mulighed for jobsikring eller for at blive forfremmet, så ser det ud til, at det forhøjer risikoen for at udvikle en depression”* (Albøg Jespersen 2015). Og den ses her i ‘Depression fylder på job’ fra Fagbladet FOA: *“Undersøgelser viser, at højtuddannede er bedre til at gøre krav på at få hjælp end for eksempel rengøringsassistenter. Det er en bekymrende uretfærdighed”* (Handberg 2015).

Følgende citater illustrerer konkurrencesamfundets tendens til at presse individet. Det ses blandt andet her i ‘Jobbet udløser angst og depression’ fra BT:

“..mange danskere lever med en følelse af utilstrækkelighed. F.eks. at man føler sig dårligere til sit job end sine kolleger. »Det er en generel problemstilling om ikke at slå til, og som efter min vurdering er affødt af den retorik, politikerne bruger om, at vi skal være konkurrencestatens fodsoldater helt fra barnsben,« siger hun” (Secher Mathiasen i Albøg Jespersen 2015).

I artiklen 'Angst og depression tynger os' fra Politiken nævnes arbejdspress som en faktor i psykopatologi: *"Folk kommer ikke og ønsker en førtidspension eller ønsker, at de skal hjælpes økonomisk. Men rigtig mange kommer til lægen og siger, at de ikke kan klare arbejdspresset. De oplever et stor pres fra chefen, fra kolleger eller fra kunderne"* (Freitag i Rasmussen & Lange 2015). I debatindlægget 'Depression er vestens folkesygdom' fra Politiken nævnes den konstante optimering som faktor: *"..den konstante effektivisering og optimering er ved at slå os ihjel. Det er især os selv, vi skal optimere. Vi er både produkt og producent og skal 'produktoptimere', 'vækste' og 'avancere'. Vi skal både løbe maraton og gøre karriere"* (Dich 2015). Og her ses accelerationssamfundets rolle i kronikken 'Min generation savner et 'vi' fra Information: *"Vi disciplineres gennem skyld. Samfundet har internaliseret fiaskofølelsen i individet, der ikke formår at leve op til den accelererende kultur"* (Udesen 2015).

Det lader til at borgere i det accelererede konkurrencesamfund har pligt til at være produktive for samfundets skyld (Juul 2013:28). Ifølge Juul bliver konkurrencesamfundet og dets politiske signalgivning på nærmest ukritisk vis videreført i medierne og synes derigennem at have sat spor i det almindelige menneskes tankeverden (Juul 2013:28). På den måde normaliseres det neoliberalistiske menneskesyn og vi sætter ikke spørgsmålstejn ved det arbejdspress, der risikerer at drive os ud i stress og depression. Foucault ville kalde denne magtform for styring via selvstyring. Dette forekommer når individet er blevet ledt hen imod en bestemt måde at tænke på, som får vedkommende til at lede sig selv og regulere sin adfærd i forhold til andre (Mik-Meyer & Villadsen 2007:36).

Flere kilder er enige, når det kommer til at udnævne stress og arbejdspress som havende en afgørende rolle i forekomsten af depression. Det ses her i artiklen 'Jobbet udløser angst og depression' fra BT: *"Poul Videbech, der er overlæge og professor i psykiatri på Aarhus Universitet, skønner, at omkring halvdelen af alle tilfælde af angst og depression bunder i stress"* (Albøg Jespersen 2015). Det samme ses i artiklen fra Politiken 'Angst og depression tynger os': *"Folk kommer ikke og ønsker en førtidspension Men rigtig mange kommer til lægen og siger, at de ikke kan klare arbejdspresset. De oplever et stor pres fra chefen, fra kolleger eller fra kunderne"* (Freitag i Rasmussen & Lange 2015). I artiklen 'Jeg føler mig ikke længere som et helt menneske' fra Kristeligt dagblad ses tydelige tegn på den rolle stress

spiller i patologiske tilstande: *“Men i den udstrækning, at samfundsudviklingen medfører stress for den enkelte, er det yderst skadeligt, hvis det står på over lang tid”* (Mogensen i Henriksen & Mikkelsen 2015).

Dette til trods, er det blot en enkelt kilde ud af 45, der eksplicit udtrykker, at det ville være hensigtsmæssigt at tage følelsen af stress og udbrændthed alvorligt. Det ses i følgende citat fra artiklen 'Udbrændthed kan føre til depression' i Socialpædagogen: *“Der er god grund til at tage det alvorligt, hvis du føler dig udbrændt. For jo mere udbrændt, man føler sig i arbejdslivet, jo større er sandsynligheden for, at man ender med at skulle i antidepressiv behandling”* (Løvbom Petersen 2015). I artiklen 'Jobbet udløser angst og depression' fra BT nævnes det, at det ville være en fordel at sænke stressniveauet, men samtidig anses det ikke for værende realistisk: *“Selvom det er vigtigt at undgå stress, kan det ikke desto mindre være svært at undgå, mener han. Han peger f. eks. på, at mange danskere har krævende job”* (Videbech i Albøg Jespersen 2015).

Noget for noget-tankegangen har fået magt og gennemsyrrer ikke bare socialpolitikken, men også det sociale arbejde i praksis (Højlund & Juul 2015:). Det skal kunne betale sig at arbejde, og dem, der ikke bidrager til samfundet, mistænkeliggøres, hvorimod dem, der arbejder, allerhelst skal arbejde endnu mere (Juul 2013:28). På den måde legitimeres stress og arbejdspress, og gøres til en del af normen. En enkelt aktør fra høringssvarene til Sundhedsstyrelsens NKR har fået øje på problematikken med udbrændthed, kronisk træthed og belastningssyndromer: *“Der er i disse år et boom af patienter, der brænder ud med kronisk træthed, neurasteni eller uspecifikke belastningssyndromer, alt efter hvilken diagnose man anvender på ”udbrændthed””* (Thorsen 2016). Aktøren nævner også sammenhængen mellem depression og svære sociale problemstillinger, inklusiv det, at være gledet ud af arbejdsmarkedet, hvorfor han både anbefaler lang restitutionsperiode med terapeutisk behandling, og samarbejde mellem det sociale system og behandlingssystemet (Thorsen 2016). Der tages dog ikke højde for hans indlæg i den endelige NKR, som undlader at tage stilling til samfundets rolle i forhold til depression.

Påpegelsen af sociale patologier som værende en årsag til depression, kunne opfattes som en mindre dislokation i samfundet. Vi gør tingene forkert og skaber dermed patologiske tilstande i befolkningen. Alligevel synes den sociale praksis at være upåvirket af disse diskurser, da der hersker stor uoverensstemmelse mellem synet på depressionens ætiologi

og synet på hvordan den bør behandles. Selvom vi tydeligvis får øje på patologiskabende træk i samfundet, ser denne potentielle dislokation ikke ud til at medføre en politisk praksis. Så hvorfor består den sociale praksis til trods for de åbenbare destruktive følger samfundets indretning har for dets borgere? Rosa har et bud på dette, når han beskriver accelerationen som værende en totalitær kraft i det moderne samfund (Rosa 2014:71). Alle subjekter er påvirket af denne kraft og ligger under for det permanente pres det er, hele tiden at skulle leve op til konstant skærpede krav. Frygten for at sakke bagud, hvis man får brug for et hvil, er med til at holde farten i samfundet oppe (Rosa 2014:72). Rosa anser konkurrencelogikken for værende den centrale drivkraft i social acceleration (Rosa 2014:36). Han beskriver den kapitalistiske økonomis grundlæggende principper som værende hovedårsag til acceleration i samfundet. Reglerne for profit, og den direkte sammenhæng mellem tid og penge, gør især den teknologiske, men også den sociale acceleration til en nødvendighed for at kunne imødekomme kravene for det konkurrencebaserede kapitalistiske markedssystem (Rosa 2014:33). Historisk set var velfærdssamfundets rolle, at beskytte individets rettigheder, men med konkurrencestatens fremtog, må samfundets rolle overfor borgeren siges at have ændret karakter (Juul 2010:258). Man kan spørge sig selv om den dobbelttydige rolle overhovedet er mulig; at der inden for selvsamme samfund findes patologiskabende træk samt løsninger på disse samfundsskabte patologier?

Normalitet og afvigelse

Afvigelse er samfundsskabt. Ikke ment på den måde at samfundet nødvendigvis ses som årsag til den afvigende handling, men på den måde at *“sociale grupper skaber afvigelse ved at opstille regler, som skaber afvigelse, når de bliver overtrådt”* (Becker 2005:29). Det, at få en diagnose, er det samme som at blive stemplet som afviger, da diagnosen gives på baggrund af en adfærd, som stikker ud fra normen. I samfundet i almindelighed, hersker der åbenbart bred enighed om, at det er en afvigelse at være nedtrykt mere end to uger ad gangen - ellers ville depressionen slet ikke anses for værende en sygdom. Når det er sagt, er der stor uenighed omkring rammerne.

Der ses en tendens i samfundet til at normalisere psykiske sygdomme. Ikke de træk, der karakteriserer en lidelse, for så ville det slet ikke være sygt længere, men sygdommen i sig selv. I blot en enkelt kilde betragtes den depressive tilstand som en del af normaliteten. En

tilstand, der ikke nødvendigvis skal sygeliggøres. Det gælder debatindlægget 'Depression er vestens folkesygdom' fra Politiken: *"Jeg anerkender, at depression lammer nogle totalt, men de mange skal ikke spises af med en diagnose. I stedet skal vi lytte til spørgsmålene, de stiller. Vi sygeliggør melankolien, fordi det er nemmere at kontrollere og behandle tilstanden"* (Dich 2015). Da det drejer sig om et debatindlæg, repræsenterer denne holdning dog kun et enkelt individ, og kan derfor ikke siges at være repræsentativt for den gængse holdning. De resterende 44 kilder anser altså ikke den depressive tilstand som tilhørende normen, og var dermed enige i, at depressionen er en sygdom eller i hvert fald en afvigelse fra normen. Måske vil vi altid betragte sindslidelser som en form for afvigelse, uanset kvantitet, da de netop udgør nogle af de træk, vi ikke ønsker at identificere os med i samfundet (Foucault 2005:112).

Ifølge otte af kilderne er det en norm at have travlt og at føle sig presset på jobbet. Her giver det mening at inddrage Foucaults syn på den disciplinær magt, hvori normen fungerer som skjult magtform, ved at fastsætte retningslinjerne for hvad der ligger både indenfor og udenfor grænserne for det normale (Richter 2011:419). Hvorfor ville vi ellers gå med til, at arbejde os halvt ihjel? Med normen befaler vi ikke, men anbefaler. Det er absolut ikke en lovovertrædelse at undlade at følge normen, men vi reducerer til gengæld vores egne chancer for succes ved ikke at gøre det (Fogh Jensen 2013:216). Travlhed er en af de træk vi synes at hylde i samfundet, hvorimod ikke-produktivitet og deceleration ser ud til at være træk, vi ser ned på og som dermed bliver afvigelse (Foucault 2005:112). Hvis deceleration er et brud på normen, kan depression ses som menneskets normbrud, der tolkes inden for en medicinsk ramme (Brinkmann 2015:38). Man kan sige, at når en diagnose formuleres, sker der en form for medikalisering af en afvigelse, idet lidelsesformer kobles til et system af videnskabelige håndteringspraksisser (Brinkmann 2015:38). Måske er det ikke-produktive menneske nemmere at forstå og acceptere for omgivelserne, når vedkommende stemples som værende syg.

Negativitet ser også ud til at blive betragtet som afvigelse. Det negative menneske og de negative tanker, synes heller ikke at være blandt de træk som vi har lyst til at identificere os med i samfundet. Når en tilstand vurderes at være en afvigelse eller en sygdom, bliver den samtidig udelukket fra normaliteten. Dette synes at være tilfældet med negativ tænkning. I

følgende citat fra artiklen 'Undgå at stress bliver til depression' fra Magasinet Sundhed ses en tendens til, at vi helst skal være i stand til at kontrollere vores tanker: *"Og det kan man først, når man forstår, at man ikke har mistet kontrollen over sin hjerne, og at man selv kan styre, hvor meget man bekymrer sig og grubler"* (Callesen i Aggerbeck 2015). Ifølge Becker bidrager bedømmelsen af en afvigelse til skabelsen af selvsamme afvigelse. Negativitet behøver altså ikke at være en afvigelse i sig selv, men bliver det, hvis det magtfulde flertal bedømmer den som en sådan. Først når en socialt magtfuld gruppe udelukker eller stempler en handling, bliver den til en afvigelse - indtil da er den blot en handling (Becker 2005:30).

Stigma

Seks kilder gav udtryk for en vis grad af selvstigmatisering blandt depressive. Dette kommer til udtryk via beskrivelse af depressives følelser af skyld og skam i forhold til lidelsen. Det ses der eksempler på i artiklen 'Depression tog næsten livet af Louise' fra Fagbladet FOA: *"Susser skammede sig over at have en depression, og på jobbet var det tabubelagt"* (Handberg 2016). Denne adfærd stemmer overens med den stigmatiseredes tilbøjelighed til at skamme sig og tage omgivelsernes stempling på sig (Goffman 1975:19/20). Depression ses desuden i fem af kilderne som en samfundsøkonomisk byrde. Disse kilder var alle dagblade. Der hersker heller ingen tvivl om, at lidelsen koster samfundet dyrt, men der ligger stigma i brugen af udtrykket; både implicit i ordet byrde, men også i det fokus medierne lægger på de økonomiske omkostninger, frem for de menneskelige. Ifølge Vendsborg, skaber det grobund for vrede og fordømmelse, når et menneske ikke yder nok i det sociale samspil (Vendsborg 2011:13), og når dette fremhæves i medierne med jævne mellemrum, er mennesker med depression i risiko for at blive lagt for had af den øvrige befolkning, ligesom det er sket for andre svage grupper af befolkningen. Der ses tegn i enkelte kilder på, at den depressives negative tankegang er skyld i skabelse eller fastholdelse af depression. Dette rejser igen spørgsmålet om skyld, og der ses en øget risiko for stigma, når en afvigelse anses for værende afvigerens egen skyld (Vendsborg 2011:14).

Psykofarmaka eller terapi

Der er stridigheder mellem de to dominerende behandlingsdiskurser fra analysen på det sociale niveau. Ingen af diskurserne havde hegemoni over den anden i diskursanalysen, men den medicinske behandlingsdiskurs præger vejledninger og retningslinjer i højere grad end

den terapeutiske. Dette kommer til udtryk i vejledningen fra RADS, som stort set ikke beskæftiger sig med terapeutisk intervention, men det ses også i Sundhedsstyrelsens NKR. Sundhedsstyrelsen spørger i deres høring om hvorvidt personer med moderat til svær grad af depression, som er remitteret (har oplevet tilbagefald) bør tilbydes mindfulnessstræning som supplement til farmakologisk behandling. Til dette svarer Dansk Psykiatrisk Selskab:

“DPS bifalder en stigende bredde af psykoterapeutiske tilbud, når evidensen er undersøgt. Da denne stadig er sparsom bør man – som ved de ovenstående betragtninger – være forsigtig med at anbefale en form systematisk til unipolar depression. Mindfulness er i sig selv vanskeligt definerbar og indgår allerede i dag i mange terapeutiske forløb i den kognitive tradition” (DPS 2016).

I den endelige NKR kom anbefalingen til at lyde således, når det gælder mindfulness: *“Anbefalingen er svag, da kvaliteten af evidensen var meget lav, da der mangler evidens på et kritisk outcome (funktionsevne) og interventionen vurderes at være præferencefølsom”* (Sundhedsstyrelsen 2016:34). To kritiske outcomes, livskvalitet og recidivrate (tilbagefald), er altså ikke grundlag nok til en stærk anbefaling, når funktionsevnen ikke påvirkes af behandlingen: *“Der blev fundet effekt på de kritiske outcomes, livskvalitet og recidivrate, til fordel for mindfulness-træning i kombination med farmakologisk behandling. Der blev ikke fundet evidens vedrørende det tredje kritiske outcome, funktionsevne”* (Sundhedsstyrelsen 2016:33). Opsummeringen af anbefalingen synes at stikke i flere retninger, og lyder således:

“Kvaliteten var meget lav, da der mangler evidens på et kritisk outcome. Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter Mindfulness-træning i kombination med farmakologisk behandling øger livskvaliteten og reducerer risikoen for tilbagefald sammenlignet med farmakologisk monobehandling. Der blev ikke fundet nogen forskel imellem de to interventioner mht. frafald. Det kan være u hensigtsmæssigt at tilbyde interventionen til patienter, der er i en akut depressiv episode, idet det kan være vanskeligt for sådanne patienter at profitere af interventionen. Et aktuelt studie har imidlertid anvendt mindfulness i forhold til akut deprimerede patienter med positive resultater og ingen rapporterede skadevirkninger” (Sundhedsstyrelsen 2016:33).

Når funktionsevne vægtes over både livskvalitet og risiko for tilbagefald, tyder det på, at den neoliberale tankegang har sneget sig ind i Sundhedsstyrelsens NKR. Borgernes brugbarhed synes at være et vigtigere formål med behandlingen, end deres livskvalitet. Den neoliberale tankegang kommer også til udtryk i følgende citat, hvor arbejdsfastholdelse understreges som værende en af de vigtige outcomes:

“Effekten på livskvalitet var statistisk signifikant, men af en størrelse der formentlig ikke er klinisk relevant. For de øvrige kritiske outcomes, selvmordsadfærd og funktionsevne, sås der ingen forskel imellem de to interventioner. For de vigtige outcomes, arbejdsfastholdelse, hospitalsindlæggelser og frafald sås ingen forskel imellem de to interventioner” (Sundhedsstyrelsen 2016a:40).

Effekten af den medicinske behandling er usikker, hvilket kommer til udtryk i følgende citat fra Sundhedsstyrelsens NKR: *“Kun ca. en tredjedel af patienter med depression opnår remission ved det først afprøvede antidepressivum og en betydelig gruppe viser sig ikke at opnå respons ved behandling med flere forskellige typer antidepressiv medicin”* (Sundhedsstyrelsen 2016a:13). Alligevel er det ikke den medicinske behandling, der stilles spørgsmål ved: *“Tilbagefald er hyppige blandt remitterede patienter med depressiv lidelse. Der er solid evidens for, at fortsat farmakologisk behandling efter opnået remission mindsker tilbagefaldsrisikoen”* (Sundhedsstyrelsen 2016a:32). Non-farmakologisk behandling anses langt hen ad vejen for værende supplement, frem for alternativ:

“Givet det store antal patienter behandlet i almen praksis og den begrænsede effekt af antidepressiv medikamentel monobehandling ved depressiv lidelse, er det relevant at undersøge om patienter kunne hjælpes yderligere i almen praksis ved inddragelse af en nonfarmakologisk intervention” (Sundhedsstyrelsen 2016a:37).

En anden mulig forklaring på hvorfor medicinsk behandling prioriteres, er hastigheden af antidepressivas virkning i forhold til terapi. Samfundet kan have interesse i, at fastholde den eksisterende praksis af økonomiske årsager, og dets interesse i, at få depressive tilbage på arbejdsmarkedet, kan betragtes som en kamufleret kontrolmekanisme (Richter 2011:423). I

terapi lægges fokus på de bagvedliggende årsager til lidelse, og derfor giver det mening at forsøge at ændre på patologiskabende faktorer i et menneskes liv, frem for at behandle depressionen medicinsk: *“Psykoterapi kan hjælpe dig til at forstå, hvad der er galt. Og hjælpe dig til at styre din tænkning og forstå dine følelser, sådan at du forstår dem bedre, når livet udfordrer dig. Så du kan klare det bedre en anden gang”* (DP 2012). Secher Mathiasen udtaler: *“Altså problemet med medicinen er, at den ikke kan gøre dig rask. Psykoterapien kan gøre dig rask og gøre, at du ikke får tilbagefald”* (DP 2012). Et problem med terapi er dog, at behandlingens succes i høj grad er baseret på relationen mellem terapeut og patient, hvilket ses i følgende citat fra Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer: *“Der er større forskel i effekt mellem forskellige klinikere end mellem forskellige psykoterapiretninger”* (DPSP 2016).

Den sociale praksis

Italesættelsen af depression kan tænkes at have konsekvenserne for den sociale praksis på flere forskellige måder. Da sproget i høj grad er med til at forme det, der opfattes som virkelighed, må det også antages at kunne ændre på pågældende virkelighed. Måske er Sundhedsstyrelsens NKR en reaktion på den massive kritik der har været af psykiatrien inden for de senere år, samt diskurserne i debatten om overbehandling i Danmark. Dette vides ikke, da det ikke står skrevet eksplicit i retningslinjens formål. Dog ses der en tendens til at rådføre sig med både de samme aktører og de samme subjektpositioner, når det kommer til udformningen af vejledninger og retningslinjer på depressionsområdet. Hvis man bliver ved med at konsultere de samme aktører, er der meget lille sandsynlighed for, at praksis vil ændre sig.

Hegemoniet i den diskursive praksis kommer delvist til udtryk i den sociale praksis, da den mest almindelige behandling af depression er den medicinske, efterfulgt af den terapeutiske. I den offentlige debat, er det netop disse diskurser, der er dominerende. Dog dominerer terapidiskursen i de analyserede kilder, hvorimod den medicinske behandling synes at dominere i praksis. På trods af sprogets betydning for den sociale virkelighed, og den øgede medialisering i vores samfund, synes den sociale praksis at være upåvirket af dominerende diskurser på området.

Diskussion

I dette afsnit diskuteres analysens fund og væsentligste iagttagelser, efterfulgt af en diskussion af en diskussion af diskursanalyse og kritiske redegørelse som metode, herunder de fordele og begrænsninger som metoderne ansporer. I forlængelse heraf diskuteres afhandlingens validitet og reliabilitet. Afrundingen på afsnittet består af forslag til yderligere undersøgelser, som ville være interessante at foretage, med afsæt i denne afhandling.

Diskussion af undersøgelsens resultater

Under analyseprocessen på det sociale niveau blev det tydeligt at mange af kilderne benytter sig af de samme eksperter til udtalelser om forskellige emner. Dette er interessant, da den samme ekspert må antages, at have den samme holdning, uanset hvor mange gange vedkommende bliver spurgt og derfor altid står for samme diskurs. Ekspertens mening vil altså unægteligt være med til at farve diskursen i kilden, og man kan argumentere for, at de tekster, der benytter den samme ekspert som grundlag for deres antagelser, kan reduceres til blot en enkelt kilde. En reduktion af disse kilder havde uden tvivl fået undersøgelsens resultater til at se anderledes ud.

Det var et uventet fund, at så mange af kilderne nævnte samfundets rolle i forbindelse med udviklingen af depression. Begrebet ætiologi var et særskilt punkt i analysen, da det inden diskursanalysens påbegyndelse ikke blev forventet, at de dominerende ætiologier ville være forbundet med samfundet. Begrebet ætiologi blev inddraget i analysens kritiske niveau, såvel som det sociale. Kritisk teori blev hermed relevant at inddrage til belysning af samfundets rolle i forekomsten af depression, selvom denne type teori ikke traditionelt set sættes i forbindelse med socialkonstruktivisme.

Det er interessant at der ses en sammenhæng mellem diskurser og behandlingsdiskurser. Når en sygdomsforståelse synes at influere på præferencen i forhold til behandling, er der fare for, at den medicinske praksis fastholdes som norm, når det synes at være den klassiske sygdomsforståelse, der dominerer undervisningen inden for psykologi, psykiatri og medicin.

Kritik af undersøgelsesmetode

I det følgende diskuteres styrker og svagheder ved anvendelsen af kritisk redegørelse og diskursanalysen som metode, samt kritik af socialkonstruktivismen som videnskabsteoretisk position.

Med nærværende afhandlingen ønskes det belyst hvilken konsekvens italesættelsen af et fænomen kan have for den sociale praksis på depressionsområdet. Her er det vigtigt at understrege, at betydningerne unægteligt vil blive postulerede, idet en diskurs i sig selv ikke kan få et individ, eksempelvis en socialarbejder, til at handle på en måde som diskursen foreskriver det:

“Dernæst skal det selvfølgelig slås fast, at diskursteorien afviser kausale forklaringer, der søger at underordne empiriske hændelser under en universel lovmæssighed. Diskursanalysen søger i stedet for at etablere en kontekstuel forståelse og forklaring af sociale, politiske og kulturelle fænomener ved at analysere skabelsen, stabiliseringen og transformationen af deres diskursive mulighedsbetingelser” (Torfing 2004b:14)

For at få et klart billede af diskursernes egentlige betydning for den sociale praksis, kunne afhandlingen have anvendt metodetriangulering, enten gennem interviews med relevante fagpersoner eller ved kvalitative observationsstudier i praksisfeltet. Dette ville give indblik i hvordan praksis opfattes indefra. Metodetriangulering kunne dermed også have frembragt depressives egne oplevelser af praksis.

I forbindelse med socialkonstruktivisme som videnskabelig position høres ofte tre forskellige kritikpunkter. Det drejer sig om spørgsmålet om relativisme, spørgsmålet om eksistens og indre selvmodsigelser (Bransholm Pedersen 2012:224). Relativismespørgsmålet handler om hvilken rolle videnskaben og forskningen spiller, hvis der ikke eksisterer en virkelighed. Hvis virkeligheden kun er et produkt af menneskets erkendelse og beskrivelse af den, kan man så bare skabe sin egen virkelighed og tillægge den sine egne sandheder (Bransholm Pedersen 2012:224)? Eksistensspørgsmålet hænger sammen med iagttagelser; er de genstande vi omgiver os med ren indbildning? Eksisterer objekter ikke som noget andet end sociale

konstruktioner (Bransholm Pedersen 2012:224)? Det tredje kritikpunkt handler om den selvmodsigelse, det er, når socialkonstruktivismen hævder, at det er en sandhed, at der ikke findes sandheder (Bransholm Pedersen 2012:224). Den socialkonstruktivistiske teori anerkender, at den selv er socialt konstrueret, og vil således aldrig komme med den påstand, at den er sand (Bransholm Pedersen 2012:225). Det faktum, at konstruktivismen selv er en social konstruktion, anses dog ikke for værende en selvmodsigelse. I stedet for endegyldige sandheder kan socialkonstruktivismen tilbyde en række alternative perspektiver på den sociale virkelighed samt nye metoder til at løse samfundsmæssige problemstillinger på (Bransholm Pedersen 2012:224/225). Den socialkonstruktivistiske tilgang indbyder til dialog om hvilke konsekvenser det kan have, når vi konstruerer verden på én bestemt måde frem for en anden (Bransholm Pedersen 2012:225). Til spørgsmålet om eksistens, benægter socialkonstruktivismen ikke, at et objekt eksisterer, men derimod argumenterer den for, at forskellige objekter repræsenterer forskellige meninger alt efter hvordan de betragtes (Bransholm Pedersen 2012:225). Ting og handlinger er altså virkelige, men de er *samtidig* socialt konstruerede (Bransholm Pedersen 2012:225).

Anvendelsen af diskursteori giver ofte anledning til kritik fra forskellige sider. Et kritikpunkt drejer sig om at diskursteorien skaber forståelse, frem for forklaring (Torfing 2004b:13). Til dette kan man sige, at forståelse og forklaring ikke nødvendigvis er modsatrettede, da forklaring af et fænomen kræver forståelse af det (Torfing 2004b:13). Derudover afviser diskursteorien kausale forklaringer, men søger i stedet at etablere forståelse og forklaring af sociale og politiske fænomener gennem analyse af skabelse og transformation af diskursive mulighedsbetingelser (Howarth i Torfing 2004b:14).

Eftersom hverken diskursteori eller kritisk redegørelse tilbyder en egentlig fastlagt metode, er der fare for at forskeren opfinder sin egen metode i brugen af disse teorier. I nærværende afhandling benyttes kritisk redegørelse kreativt, da især analysen på det kritiske niveau løsriver sig fra det fantasmatisk niveau i teorien. Dette kan muligvis betragtes som værende problematisk, da denne brug af teorien kunne bevæge sig hen imod subjektivismen i form af 'alt er tilladt' (Glynos & Howarth 2007:7). Da Glynos og Howarth selv åbner op for brugen af kritisk teori, og en vis grad af normativitet, betragtes det kritiske niveau dog ikke som værende taget ud af det blå. Det ansues nærmere som en accept af

invitationen til at inddrage kritisk teori i den socialkonstruktivistiske analyse, da mange af de analyserede kilder netop omtaler samfundets rolle i udviklingen af depression.

Validitet og reliabilitet

I dette afsnit diskuteres afhandlingens validitet efterfulgt af en diskussion af analysens reliabilitet.

Repræsentanter fra den socialkonstruktivistiske og diskursteoretiske skole har argumenteret for, at validitets- og reliabilitetsbegreberne burde afskaffes, da de opfattes som et levn fra den positivistiske tradition (Juul & Bransholm Pedersen 2012:427). Dog er begreberne svære at komme udenom, da de stadigvæk udgør kodeord for videnskabelig kvalitet.

En undersøgelses validitet går ud på om man virkelig har undersøgt det, man satte sig for at undersøge (Juul & Bransholm Pedersen 2012:426). Det vurderes at analysens resultater er gyldige i forhold til at belyse afhandlingens problemstilling. Diskursanalysen er velegnet til at give et billede af italesættelsen af et fænomen, hvorfor den vurderes egnet til denne type undersøgelse. Der kan dog altid opstå metodiske vanskeligheder under en diskursanalyse, da forskeren risikerer at lede efter det i en tekst, som vedkommende allerede forstår ved det begreb, der undersøges. Det vurderes dog at resultaterne fra de foretagne analyser er overførbare. Der er indsamlet brugbar viden om begrebet depression, der kan bruges som inspiration til yderligere undersøgelser. Undersøgelsens resultater menes at være troværdige eftersom analysen er udført i henhold til god metodepraksis.

Reliabilitet går ud på om en undersøgelse vil kunne gentages af andre, og stadigvæk give de samme resultater (Juul & Bransholm Pedersen 2012:426). Reliabiliteten vil altid være lavere ved kvalitative undersøgelser end ved kvantitative, da det kan være vanskeligt at reproducere de undersøgelser, hvor kvalitative metoder er anvendt. Man kan også diskutere om kravet om reproducerbarhed mister sin relevans inden for socialkonstruktivisme og diskursteori, da disse retninger forkaster idéen om den universelle sandhed (Juul & Bransholm Pedersen 2012:428). Eftersom diskurser er under konstant forandring, risikerer det at influere på undersøgelsesresultaterne, hvis de foretages på forskellige tidspunkter. Dog vurderes det, at en anden forsker ville opnå lignende resultater, hvis vedkommende

foretog analysen med de samme diskursanalytiske redskaber som er brugt i nærværende afhandling.

Forslag til yderligere undersøgelser

Her nævnes nogle undersøgelser, som kunne være interessante at udføre med afsæt i, eller som supplement til, denne afhandling.

Det kunne være interessant at undersøge langtidsvirkninger af terapeutisk behandling i forhold til medicinsk behandling. Ifølge Secher Mathiasen ses færre tilbagefald hos de patienter, der modtager psykoterapi, end hos dem, som har modtaget medicinsk behandling. Dette burde undersøge nærmere. Derudover ville det være interessant, at undersøge om der ses en forskel på depressives oplevelse af livskvalitet, alt efter hvilken type behandling der vælges.

Det kunne også være interessant at supplere nærværende afhandling op med depressives forståelse af deres egen situation. I så fald havde interviews været en relevant metode til indsamling af data. Det semistrukturerede interview ville kunne åbne op for den depressives eget syn på hvorfor depressionen opstod og hvordan han eller hun bedst så den behandlet. Derudover kunne interviews give indblik i patienters oplevelse af den sociale praksis.

En anden undersøgelse, der kunne foretages på området, er, om læger konsekvent følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger og altid tilbyder samtale og terapi sideløbende med den medicinske behandling: *“Non-medikamentel behandling er en væsentlig del af behandlingen af depression. Lægen skal uanset depressionens sværhedsgrad tilbyde alle patienter med depression støttende samtaler eller samtaleterapi”* (Retsinformation 2014:Kap. 4). Noget tyder på, at det ikke er tilfældet.

Konklusion

I følgende afsnit besvares afhandlingens problemformulering på baggrund af analysens resultater. Konklusionen er delt op i de samme niveauer som analysen, hvilket vil sige det

politiske, det sociale og det kritiske niveau. Desuden diskuteres den eventuelle konsekvens af italesættelsen af depression for den sociale praksis.

Det politiske niveau

På trods af udformningen af en helt ny NKR for non-farmakologisk behandling af depression, synes den non-farmakologiske behandling af depression at betragtes som sekundær i forhold til den medicinske behandling. Dette ses både på formuleringerne i den pågældende NKR, og på sammensætningen af arbejdsgruppen bag retningslinjen. Der har været massiv kritik af den sociale praksis på depressionsområdet, hvilket dog ikke ser ud til at have indflydelse på den eksisterende behandlingspraksis. Vejledningen fra RADS har udelukkende medicinsk fokus, hvilket den ikke lægger skjul på, men når selv Sundhedsstyrelsens NKR ikke sætter spørgsmålstejn ved gyldigheden af den medicinske behandling af depression, er det ret tydeligt hvorfor den sociale praksis på depressionsområdet ser ud som den gør. Når man kaster et blik på medlemmerne af arbejdsgrupperne bag vejledningerne, ses en markant overrepræsentation af psykiatere og medicinsk uddannet personale. Dette øger risikoen for skævvridning på området, både når det kommer til sygdomsforståelse, og når det gælder prioritering af behandling i praksis. Når de samme faggrupper, og endda enkelte af de samme aktører, har været med til skabelsen og opretholdelsen af den sociale praksis, er sandsynligheden for forandring ret lille.

På trods af den diskursive dislokation af begrebet depression, synes praksis ikke påvirket. Heller ikke den massive kritik af psykiatrien, både på baggrund af overdiagnosticering, overmedicinering og medicinalindustriens tilbøjelighed til selv at stå for forskning af egne produkter, har igangsat en nyskabelse af den sociale praksis. Debatten i medierne, som i høj grad fandt sted mellem Videbech og Gøtzsche, ser ud til at domineres af Videbech, som er med i samtlige arbejdsgrupper bag vejledninger og referenceprogrammer. Videbech bruges desuden som ekspert i 11 af de analyserede kilder. Gøtzsche tages derimod ikke med på råd i hverken den politiske eller den offentlige debat. Debatten om selvmord er ligeledes faldet ud til antidepressivas fordel, på trods af advarsler fra Gøtzsche og Sundhedsstyrelsen selv. Dette kan meget vel tænkes at hænge sammen med sammensætningen af de subjektpositioner, der ses i arbejdsgrupperne bag vejledninger på depressionsområdet.

Det sociale niveau

Her opsamles på analyseresultaterne fra de journalistiske tekster i de 45 dagblade og fagtidsskrifter. Teksterne gennemgås for diskurser, behandlingsdiskurser og ætiologi, og det diskuteres om der hersker hegemoni på depressionsområdet.

Diskurser i dagblade

Der ses ikke entydighed i dagbladene omkring hvad depression er. Otte kilder udviser den **klassiske sygdomsforståelse**, der stemmer overens med den beskrivelse af lidelse, man finder i ICD-10. Syv kilder beskriver depression som en stresstilstand, eller som meget tæt sammenhængende med **stress**. Fem dagblade beskriver depression som **negativ tænkning**.

I dagbladene ses der at en sammenhæng mellem den **klassiske sygdomsforståelse** og den **medicinske behandlingsdiskurs**. Med blot en enkelt undtagelse, nævnes den medicinske behandling i alle kilder, der udviser den klassiske sygdomsforståelse; i visse tilfælde som enkeltstående behandling, i andre sammen med terapi. **Stressdiskursen** hænger både sammen med **medicindiskursen** og **terapidiskursen**, men i lige så stort omfang nævnes der ingen behandlingsforslag. Diskursen **negativ tænkning** hænger tæt sammen med **terapidiskursen**.

Terapidiskursen blev identificeret i 11 dagblade og **medicindiskursen** findes i ti dagblade. Derudover ses der ingen tydelig behandlingsdiskurs i dagbladene. Den hyppigst nævnte ætiologi viste sig at være **samfundets indretning**, som er at finde i 12 af dagbladene. **Personlige problemer** som årsag til depression, ses i otte dagblade og syv kilder anså **stress** som liggende til grund for depression.

Diskurser i fagtidsskrifter

Også i fagtidsskrifterne var der uenighed omkring hvad depression er. Syv kilder ser depression som en stresstilstand, og **stressdiskursen** er således den mest dominerende i fagtidsskrifterne. **Utilstrækkelighedsdiskursen** blev identificeret i fem af kilderne og den **klassiske sygdomsforståelse** ses i tre fagtidsskrifter.

Stressdiskursen i fagtidsskrifterne hænger overvejende sammen med **terapidiskursen**, eller der nævnes slet ingen form for behandling. Kun i en enkelt kilde hænger stressdiskursen sammen med medicinsk behandling. **Utilstrækkelighedsdiskursen** synes ikke at hænge

sammen med en bestemt behandlingsdiskurs; et par kilder nævner **terapidiskursen**, men flere kilder har ingen bud på behandling. I fagtidsskrifterne hænger den **klassiske sygdomsforståelse** også sammen med **medicindiskursen**.

Behandlingsdiskurserne i fagtidsskrifterne, er **terapidiskursen**, som nævnes i seks kilder, og **medicindiskursen**, som findes i fire fagtidsskrifter. Derudover ses ingen tydelig tredje diskurs. Den hyppigste ætiologi i fagtidsskrifterne er **stress**, der ses i syv fagtidsskrifter, og **udbrændthed**, der ses i seks af kilderne. Både **arbejde med mennesker** og **utilstrækkelighed** ses hver i to kilder, så der er ingen tydelig tredje ætiologi.

Hegemoni

Der ses ingen tydelig hegemoni i de analyserede kilder. Der synes at være tale om en dislokation af det diskursive system, når det kommer til begrebet depression. Begrebet har mistet sin faste betydning, og dermed åbnes der op for diskursive kampe. I dagbladene dominerer den klassiske sygdomsforståelse, som til gengæld ikke fylder ret meget i fagtidsskrifterne. I fagtidsskrifterne er stressdiskursen den hyppigst forekomne. Når diskurserne fra alle kilder lægges sammen, er **stressdiskursen** mest dominerende og findes i 14 kilder. **Den klassiske sygdomsforståelse** findes i 11 kilder. Derudover er der ikke enighed om de resterende diskurser.

Når det kommer til behandlingsdiskursen er der to diskurser, der i høj grad dominerer den offentlige debat. Det drejer sig om **terapidiskursen** og **medicindiskursen**, som sideløbende konkurrerer om hegemoni. Der er en svag overvægt af kilder, som nævner terapidiskursen, men medicindiskursen følger tæt efter. Der er altså ikke tale om entydig hegemoni, men man kan sige at de to diskurser har opnået hegemoni over andre behandlingsdiskurser på området.

Der ses ingen entydig hegemoni når det kommer til ætiologi. Der er en svag overvægt af kilder, som peger på stress som udløsende årsag til depression og **stressætiologien** ses i 14 af alle de analyserede kilder. **Samfundets indretning** blev identificeret i 12 af kilderne.

Det kritiske niveau

24 af de 45 journalistiske tekster gav udtryk for, at samfundet spiller en aktiv rolle i forhold til depression. I denne forbindelse nævnes arbejdspress, stress, social ulighed, acceleration

og konkurrencesamfundet som patologiskabende faktorer. I kilderne ses der altså mange tegn på, at ændringer på det samfundsmæssige plan, ville være en forebyggende faktor i forhold til det store antal depressioner vi ser i dag. Dog hersker der en høj grad af diskrepans mellem ætiologier og forslag til behandling i kilderne, eftersom ingen kilder nævner ændringer i samfundets struktur som løsningen på det problem, depression udgør i dag. Dette kan skyldes, at konkurrencesamfundet, og dets neoliberale værdier og menneskesyn, er blevet normaliseret i vores samfund. Accelerationen er blevet en totalitær kraft, som alle individer ligger under for, og som er vanskelig at kritisere.

Det faktum, at depressionsdiagnosen findes, fortæller os, at det ikke anses for værende en del af normaliteten, når et menneske er nedtrykt i mere end to uger ad gangen. Lidelsen depressionen er blevet normaliseret, men kun i kraft af sin status som sygdom. Selve den depressive tilstand sås i alle kilder, med en enkelt undtagelse, som en afvigelse eller sygdom. Ifølge otte kilder er travlhed og stress blevet en del af normen. Man kan fornemme en tendens til, at i takt med at acceleration normaliseres, betragtes decelerationen i højere grad som en afvigelse. Denne form for afvigelse synes dog ikke at udgøre en stor risiko, når det kommer til stigma. Ifølge kilderne har den depressive større risiko for selvstigmatisering end for at blive udsat for stigma fra omgivelserne.

Sundhedsstyrelsens NKR kan tænkes at være en respons på de senere års massive kritik af psykiatrien i Danmark, men i praksis er der ikke rigtig noget nyt under solen. På trods af dens fokus på non-farmakologisk behandling, betragtes den medicinske behandling stadigvæk som primær indsats. Synet på den ikke-medicinske praksis i Sundhedsstyrelsens NKR, går overvejende ud på forskellige former for psykoterapi, der allerede er en velkendt behandlingsform, i kombination med medicin. Det vil sandsynligvis kræve helt nye aktører til skabelse af en ny type praksis. Hvis man vedbliver med, at spørge de samme mennesker, får man højst sandsynligt det samme svar igen og igen. Når man kigger på sammenhængen mellem de forskellige diskurser, ses der en tendens til, at den klassiske sygdomsforståelse medfører en præference for den medicinske behandling. Dette kan også medvirke til forklaringen på, hvorfor praksis ikke ændrer sig.

Den sociale praksis

Italesættelsen af depression synes ikke at have den store indflydelse på den sociale praksis på depressionsområdet. Sundhedsstyrelsens NKR kan muligvis betragtes som en reaktion på den massive kritik, psykiatrien har været underlagt inden for de senere år, både på grund af overmedicinering og -diagnosticering. Dette vides dog ikke, da det ikke står skrevet eksplicit i retningslinjens formål. Denne afhandling tager ikke stilling til, om den sociale praksis *burde* ændres. Forbruget af antidepressiva i Danmark kritiseres fra flere kanter, men der ses også en tendens til at den medicinske praksis forsvares og anses for værende nødvendig i kampen mod depression. Det konstateres blot, at hverken italesættelser eller dislokationen i det diskursive system synes at have påvirket praksis i nogen nævneværdig grad. Der ses en tendens til at rådføre sig med både de samme aktører og de samme subjektpositioner, når det kommer til udformningen af vejledninger og retningslinjer på depressionsområdet, hvilket måske kan være forklaringen på hvorfor den sociale praksis ikke bliver til en politisk praksis, men derimod modstår forandring.

Perspektivering

I følgende afsnit præsenteres nogle tanker omkring afhandlingens fund og der kastes et nyt lys på afhandlingens problemstilling ud fra den undren, der er opstået undervejs i processen.

Det skal først og fremmest slås fast at nærværende afhandling absolut ikke er et forsøg på at benægte, at der findes en lidelse, der hedder depression, og at den er forbundet med massiv smerte for det ramte individ. Lidelsen kan være alvorlig og i visse tilfælde livstruende. Det erkendes dog samtidig, at der unægteligt må eksistere en enorm gråzone mellem det, der betragtes som værende en del af normaliteten (tristhed, sorg, stress, kriser mm.) og det, der betragtes som værende sygt. Når det kommer til sindslidelser generelt, kan smerten være svær at placere. I modsætning til mange somatiske lidelser, er smerten ved eksempelvis en depression meget mere diffus, hvilket hurtigt kan gøre, at man identificerer sig mere med psykisk lidelse, end med fysisk. Man kan altså både *have* en sindslidelse og *være* en sindslidelse (Brinkmann 2015:47). Diagnosen vil derfor ofte indgå som en stor del af

den sindslidendes identitet (Brinkmann 2015:47). Nancy Andreasen skriver i 'Brave New Brain': *"If society assumes that mind and brain are separate and that mental disorders are "different" or "bad", misunderstanding, mistreatment and stigma will persist. And if we see people as categories..., we will not see them as people"* (Andreasen 2001:37). Der er altså risiko for, at et menneske kan forsvinde bagved en diagnose, og dermed blive reduceret til en bunke symptomer. En diagnose kan altså fungere som en skjult magtform på den måde, at visse aspekter af et menneske træder i baggrunden, når andre fremhæves (Richter 2011:422/423). Brinkmann skriver i 'Diagnoser som epistemiske objekter' at både den essentialistiske naturalisme, hvor sygdommen reduceres til en essens i hjernen, og reduktionen af sygdomme til rene diskursive konstruktioner er problematiske. Udviklingen af en ny form for sygdomsforståelse, der balancerer et sted imellem de to modpoler, synes at være en nødvendighed (Brinkmann 2015:56). Den anbefaling er hermed givet videre.

I debatten om hvorvidt depression bør behandles medicinsk eller non-farmakologisk, står antidepressiva stærkt. På trods af en lang række invaliderende bivirkninger, er antidepressiva langt hen ad vejen førstevalgsbehandling, når den depressive opsøger hjælp hos sin læge. Det, der kan skabe undren i den forbindelse er, at man ikke har gjort det til almindelig praksis, at prioritere behandlinger med mindst mulig indgriben, som ellers er den praksis man udøver, når det for eksempel kommer til tvang i psykiatrien (Retsinformation 2010). Behandling med mindst mulig indgriben kunne være aktiv placebo, mindfulness eller samtaleterapi. I stedet vælger man fra starten at uddele antidepressiva, selvom medicinen beviseligt giver alvorlige bivirkninger både under behandlingen og ved udtrapning af behandling (Depressionsforeningen 2011; Nielsen 2012). Disse bivirkninger viser sig i form af kvalme, mundtørhed, hovedpine, træthed, vægtøgning, søvnforstyrrelser og seksuelle vanskeligheder imens man behandles med antidepressiva (Depressionsforeningen 2011). Ved ophør af behandlingen viser bivirkningerne sig i form af alvorlige ophørssymptomer (Nielsen 2012). Ifølge en artikel på dansk psykiatrisk selskabs hjemmeside, kan placebomedicin skabe forandringer i hjernen, som minder om de forandringer, der ses ved brug af antidepressiva. Ca. 30 % af depressive vil opleve samme virkning ved indtag af placebo som ved antidepressiva:

“Det er et meget interessant studie. Placeboeffekten er så stor ved depression, at man næsten ikke orker at udvikle antidepressiv medicin mere, fordi det er så svært at vise, om det rent faktisk er medicinen, der virker. Nu har vi en mulig forklaring på det” (Jørgensen i Barse 2016).

Ifølge Secher Mathiasen uddelles der for store mængder unødvendig psykofarmaka i Danmark: *“Vi kan konstatere, når vi ser på forskningen, at psykoterapi virker bedre end medicin. Og når vi samtidig ser, at rigtig mange danskere med let til moderat depression tager antidepressiv medicin, så er der i hvert fald indikationer af, at der er noget galt”* (DP 2012). Terapi synes ifølge en del forskning at have samme effekt som antidepressiva, men den terapeutiske behandling tager generelt set længere tid end den medicinske, hvilket måske er hvorfor vi har tendens til at ty til antidepressiva. I rapporten ‘Behandling af depressionssygdomme’ fra Sundhedsstyrelsen, kan man som sagt læse, at: *“Målet med depressionsbehandlingen bør være fuldstændig helbredelse”* (Sundhedsstyrelsen 2005:9). Men kan man tale om fuldstændig helbredelse, når depression behandles med medicin, som ofte ikke overflødiggøres i behandlingen?

Lars Vedel Kessing og Thomas Middelbo, som begge er psykiatere og åbenlyse fortalere for psykofarmaka i den offentlige debat, har økonomisk tilknytning til medicinalindustrien. Når der foretages søgninger på deres navne på Lægemiddelstyrelsens liste over apotekere, læger, sygeplejersker og tandlæger med tilknytning til virksomheder, kommer det frem at Lars Vedel Kessing har økonomisk binding til både AstraZeneca A/S og Lundbeck Pharma A/S. Thomas Middelbo har tilknytning til virksomheden Janssen Cilag A/S (Lægemiddelstyrelsen 2016). Alle disse virksomheder producerer psykofarmaka (Min.medicin 2016a/b). Det samme gør sig gældende for tre af aktørerne i arbejdsgruppen bag vejledningen fra RADS, som alle har økonomisk tilknytning til medicinalindustrien. Det drejer sig igen om Lars Vedel Kessing, om Claus H. Sørensen, som har tilknytning til Lundbeck og AstraZeneca, og om Jens-Ulrik Rosholm, som har økonomisk binding til Astrazeneca og Astellas Pharma (Lægemiddelstyrelsen 2016). Man kan spørge sig selv om det er muligt, at forholde sig upartisk, når der kan være økonomisk gevinst i at promovere medicin frem for andre former for behandling. Skævvridningen i behandling forstærkes altså

muligvis af, at mange psykiatere modtager penge fra medicinalindustrien (Gøtzsche 2015:155).

Når klinisk forskning i høj grad styres af medicinalindustrien, giver den ikke et realistisk billede af hvad psykofarmaka kan og ikke kan. Der lægges vægt på den gavnlige effekt af medicinen, hvorimod bivirkninger nedtones (Gøtzsche 2015:155). Dette synspunkt bakkes op af Poul Videbech i en af de analyserede kilder, idet han medgiver, at medicinalindustrien oversælger deres produkter:

“Medicinen virker ikke så godt, som man har hævdet. Når et firma har opfundet et stof - det koster omkring 3 milliarder kroner - skal de have solgt det, og når de undersøger effekten, tager de mennesker med i forsøgene, som ikke fejler noget særligt, og som de finder gennem dagbladsannoncer” (Videbech i Legarth Schmidt 2015).

Tilstanden depression synes at være blevet normaliseret, men udelukkende i kraft af sin status som sygdom. Det er normalt at få en depression, hvilket samtidig betyder at det er normalt at blive syg, da et stort antal mennesker lider af depressioner. Den depressive tilstand i sig selv er ikke normaliseret, hvilket måske i en vis udstrækning forklarer vores tendens til, at behandle den medicinsk, for det virker naturligt at tage piller, når man har en sygdom. Hvis den depressive tilstand blev normaliseret og en højere grad af lidelse blev legitimeret i et menneskes tilværelse, ville det sandsynligvis ændre vores syn på hvordan, og måske endda *om*, den skulle behandles. For er det virkelig unormalt at være i en nedtrykt tilstand i mere end to uger ad gangen? Kierkegaard skriver i flere af sine værker om eksistentiel angst, som han anser for værende en uundgåelig del af den menneskelige tilværelse: *“For Kierkegaard er angsten ikke blot ekstraordinær. Den hører grundlæggende til ethvert menneskeligt liv, som i sig selv er ekstra-ordinært”* (Grøn 1994:15). Sorg over sygdom, dødsfald eller andre former for tab, kan være en langvarig proces og hvem bestemmer egentlig hvad tidsrammen for den “normale” sorg er, og hvornår den er slået over i en depression? Sigmund Freud skrev allerede i 1917 at sorgprocesser indebærer at den sørgende afviger fra den gængse indstilling til livet i en ret alvorlig grad. Men han pointerer samtidig, at sorgen ikke blev betragtet som en sygelig tilstand, hvilket er hvorfor

man heller ikke behøvede at henvise til medicinsk behandling (Freud 1917:243/244). Tidshorizonten for sorg synes at blive mere og mere snæver og på sin vis ser det ud til, at vi har mistet retten til at være kede af det. Man kan spørge sig selv hvem der satte grænsen for depression på to uger og på hvilket grundlag.

Hvis depression anses for værende en naturlig reaktion på vanskelige livsomstændigheder, er sygeliggørelsen af tilstanden måske mere et udtryk for samfundets tendens til at opfatte det patologiske som "ubrugelighed" i samfundsmæssig sammenhæng. Altså at vi har indrettet os på en måde, hvor der ikke plads nok til almene menneskelige reaktioner, men hvor vi derimod skal skynde os igennem sorg, kriser og traumer, så vi igen kan udfylde vores pligt som aktive medborgere i det moderne samfund. Den sociale ulighed er gradient, når det kommer til depression, hvilket vil sige at andelen af ekstra incidente tilfælde falder i takt med et stigende uddannelsesniveau (Flachs et al 2015). I rapporten 'Ulighed i sundhed - kroniske og langvarige sygdomme' kan man læse, at betydningen af depression i forhold til arbejdsmarkedstilknytningen, er allerstørst hos de grupper af befolkningen, der er uden en kompetencegivende uddannelse. Den falder derefter systematisk med et stigende uddannelsesniveau (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014). Kan man ikke ud af disse tal læse, at der ligger personlige eller sociale problemer til grund for en stor andel af depressionstilfælde? Og giver det så ikke rigtig god mening at den depressive får hjælp til at håndtere sine problemer - om de så er af social eller personlig karakter - i stedet for at modtage medicin? Dette ville dog kræve en grundlæggende ændring i det menneskesyn, der præger vores samfund i kølvandet på neoliberalismens udbredelse. For som Foucault engang sagde; "*Når liberalismen skulle forklare fattigdom eller uheld henviste den til den individuelle fejlagtige brug af den frie vilje*" (Fogh Jensen 2013:253).

Samfundets rolle i udviklingen af psykopatologi udgjorde en langt større del af analysen end forventet. De fleste brugte stress som eksempel på hvordan det moderne menneskes liv kan medføre psykopatologier, men flere af kilderne nævner eksplicit øget acceleration og samfundets indretning som udslagsgivende faktor. Når samfundets indretning og stress tilsyneladende udgør så stor en part i depressionens ætiologi, hvorfor er løsningen så ikke at vi sætter tempoet i samfundet lidt ned, i stedet for at tage medicin? Samfundsændringer, eller blot et lidt mindre arbejdspress, var ikke at finde blandt forslagene til behandling i en eneste af kilderne. En enkelt kilde gjorde opmærksom på, at følelsen af udbrændthed skal

tages alvorligt, men det blev ikke præciseret hvordan. Noget tyder på at vi så småt er begyndt at få øje på konsekvenserne af konkurrencestaten og senmoderniteten, men at vi bare ikke er kommet særlig langt i erkendelsen af hvad der skal til for at forebygge eksplosionen af sindslidelser som angst og depression. Vi synes at have taget det første skridt, som er at få øje på problemet, men det virker som om vi er uvillige til at tage det næste, da det unægteligt ville kræve nogle grundlæggende ændringer i vores samfundsstruktur, som måske vil være dyre på kort sigt. At det vil øge livskvalitet og være besparende på den længere bane, synes ikke at interessere vores politikere, der i stor udstrækning lægger deres fokus på den korte periode, hvor de har magt og indflydelse, frem for at tænke på hvad der er bedst for befolkningen på lang sigt. Dette er en trist tendens, som desværre kan have alvorlige konsekvenser for de udsatte grupper i samfundet.

Referenceliste

Aabenhus-Hemmingsen, M. (2012): Hver anden psykiatriske patient bliver overmedicineret. *Dagens Medicin*. Tilgængelig fra: <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/psykiatri/hver-anden-psykiatriske-patient-bliver-overmedicineret/> (lokaliseret 04.07.2016)

Andersen, N.Å. (1999): *Diskursive analysestrategier*. Nyt fra samfundsvidenskaberne. København

Andreasen, N.C. (2001): *Brave New Brain*. Oxford University Press. London

Barse, M. (2016): Placebo ændrer hjernen og lindrer depression. *Videnskab.dk*. Tilgængelig fra: http://videnskab.dk/krop-sundhed/placebo-aendrer-hjernen-og-lindrer-depression?utm_source=vores+nyhedsbrev&utm_campaign=1b04f883ae-201601211_21_2016&utm_medium=email&utm_term=0_d2f5c83eb4-1b04f883ae-239625989 (lokaliseret 07.04.2016)

Becker, H.S. (1963): *Outsiders - Studies in the Sociology of Deviance*. The Free Press of Glencoe. USA. Toronto

Becker, H.S. (2005): *Outsidere - studier i afvigelsessociologi*. Hans Reitzels Forlag. København

Bransholm Pedersen, K. (2012): Socialkonstruktivisme. I: Juul, S. & Bransholm Pedersen, K. (red): *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring*. Hans Reitzels Forlag. København

Brinkmann, S. (2013): Psykisk lidelse i diagnosesamfundet. I: Guldager, J. og Skytte, M. (red.): *Socialt arbejde - teorier og perspektiver*. Akademisk Forlag. København

Brinkmann, S. (2015): Diagnoser som epistemiske objekter. I: Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.): *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim. Aarhus

Burr, V. (1995): *An Introduction to Social Constructivism*. Routledge. London

Collin, F. (2006): Socialkonstruktivisme i humaniora. I: F Collin & S Køppe (red.). *Humanistisk Videnskabsteori*. DR Multimedie. København

Dansk Psykiatrisk selskab (2016): *Placebo påvirker hjernefunktion hos depressive patienter*. Tilgængelig fra: <http://www.dpsnet.dk/januar-2016/> (lokaliseret 21.04.2016)

DP (2012): *Psykotering virker mod angst og depression*. Tilgængelig fra: <http://www.dp.dk/psykotering-virker-mod-angst-og-depression/> (lokaliseret 09.07.2016)

DP (2016): Flere måneders kø til psykologbehandling for angst og depression. Tilgængelig fra: <http://www.dp.dk/flere-maaneders-koe-til-psykologbehandling-for-angst-og-depression/> (lokaliseret 29.06.2016)

Depressionsforeningen (2011): *Op og ned på antidepressiv medicin*. Tilgængelig fra: <http://depressionsforeningen.dk/op-og-ned-pa-antidepressiv-medicin/> (lokaliseret 11.05.2016)

Depressionsforeningen (2015): *Hvad er depression?* Tilgængelig fra: <http://depressionsforeningen.dk/hvad-er-depression/> (lokaliseret 14.06.2016)

Dreyer Hansen, A. (2012): Diskurs- og videnskabsteori. I: Juul, S. & Bransholm Pedersen, K. (red.): *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring*. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag. København

Dreyer Hansen, A. (2005): Diskursteori - postmarxistisk hegemonianalyse hos Foucault. I: Esmark, A., Bagge Laustsen, C. & Åkerstrøm Andersen, N. (red.): *Poststrukturalistiske analysestrategier*. Roskilde Universitetsforlag. Frederiksberg

Ehrenberg, A. (2010): *Det udmattede selv.* Forlaget Information. København

Elm Larsen, J. (2009): Forståelser af begrebet social udsathed. I: Rådet for socialt udsatte. *Udsat for forståelse - en antologi om socialt udsatte.* Rådet for socialt udsatte. København

En af os (2011): *kampagnen.* Tilgængelig fra:

<http://www.en-af-os.dk/Om%20kampagnen.aspx> (lokaliseret 12.04.2016)

Esmark, A., Laustsen, C.B. og Andersen, N.Å. (2005a): Poststrukturalistiske analysestrategier - en introduktion. I: Esmark, A., Laustsen, C.B. og Andersen, N.Å. (red.): *Poststrukturalistiske analysestrategier.* Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur. Frederiksberg

Esmark, A., Laustsen, C.B. og Andersen, N.Å. (2005b): Socialkonstruktivistiske analysestrategier - en introduktion. I: Esmark, A., Laustsen, C.B. og Andersen, N.Å. (red.): *Socialkonstruktivistiske analysestrategier.* Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur. Frederiksberg

Estroff Marano, H. (2001): Depression Doing the Thinking. *Psychology today.* 01.07.2001.

Tilgængelig fra: <https://www.psychologytoday.com/articles/200107/depression-doing-the-thinking> (lokaliseret 01.07.2016)

Flachs E.M., Eriksen L., Koch M.B., Ryd J.T., Dibba E., Skov-Ettrup L., Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2015): *Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme.* Sundhedsstyrelsen. København

Foucault, M. (2005): *Sindssygdom og psykologi.* Hans Reitzels Forlag. København

Fogh Jensen, A. (2003): Indledning. I: Foucault, M: *Galskabens historie.* Det lille forlag. København

Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works.* 237-258

- Gannik, D.E. (2005): *Social sygdomsteori - et situationelt perspektiv*. Forlaget Samfundslitteratur. Frederiksberg
- Glynos, J. and Howarth, D. (2007): *Logics of Critical Explanation in Social and Political Theory*. Routledge. New York
- Goffman, E. (1975): *Stigma - om afvigerens sociale identitet*. Nordisk Forlag A.S. København
- Goffman, E. (2009): *Stigma - om afvigerens sociale identitet*. Samfundslitteratur. Frederiksberg
- Grøn, A. (1994): *Begrebet angst hos Søren Kierkegaard*. Gyldendal. København
- Gøtzsche, P.C. (2014): *Psychiatry Gone Astray*. Tilgængelig fra: <http://davidhealy.org/psychiatry-gone-astray/> (lokaliseret 17.05.2016)
- Gøtzsche, P.C. (2015a): Overdiagnostik og overbehandling i psykiatrien. I: Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.): *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim. Aarhus
- Gøtzsche, P.C. (2015b): *Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse*. People's Press. København
- Hildebrandt, S. (2012): *Derfor kan stress føre til depression*. Videnskab.dk. Tilgængelig fra: <http://videnskab.dk/krop-sundhed/derfor-kan-stress-fore-til-depression> (lokaliseret 17.06.2016)
- Hjarvard, S. (2009): *Samfundets medialisering - En teori om mediernes forandring af samfund og kultur*. Nordicom Information. København
- Honneth, A. (2003): Den individuelle friheds patologier. I: Rasmus Willig (red.): *Behovet for anerkendelse – en tekstsamling*. Hans Reitzels Forlag. København

Høilund & Juul, S. (2015): Anerkendelsesbetingelserne i konkurrencestaten. I *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*. 2. udgave. Hans Reitzels forlag. København

IRF (2016): *Antidepressiva til børn og unge - opsummering af effekt og alvorlige bivirkninger*.

Tilgængelig fra:

http://www.irf.dk/dk/aendrede_retningslinjer/antidepressiva_til_boern_og_unge.htm

(lokaliseret 13.07.2016)

Jensen, C. (1997): Monologer i nærheden af Karl Marx' grav. I: Jensen, C. (red.): *Demokrati & Hegemoni*. Akademisk Forlag. København

Jensen J. (2015): Uenighed om ulighedens konsekvenser. *Socialrådgiverne*. Nr. 7. 21.05.2015

Juul, S. (2010): Modernitet og solidaritet. En kritik af den kulturelle dømmekraft. I: Juul, S.: *Solidaritet: Anerkendelse, retfærdighed og god dømmekraft*. Hans Reitzels Forlag. København

Juul, S. (2012): Nyere kritisk teori. I: Juul, S. & Bransholm Pedersen, K.: *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*. Hans reitzels Forlag. København

Juul, S. (2013): Er konkurrencestaten en velfærdsstat? I: *Socialpolitik*. Socialpolitisk Forlag. København

Jørgensen, M.W. & Phillips, L. (1999): *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur. Frederiksberg

Kessing, L., Nordentoft, M. & Middelbo, T. (2014): Psykiatriprofessorer: Fup og fakta omkring psykofarmaka. *Politiken* 17.01.2014. S.7-8

KORA (2015): Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom: http://www.kora.dk/media/4147876/10341_oplevet-diskrimination-og-stigmatisering-blandt-mennesker-med-psykisk-sygdom.pdf (lokaliseret 11.04.2016)

Køppe, S. (2013): Psykiske lidelser og psykologiske afvigelser. I: Guldager, J. og Skytte, M. (red.): *Socialt arbejde - teorier og perspektiver*. Akademisk Forlag. København

Laclau, E. (1997): Introduktion. I: Jensen, C. (red.): *Demokrati & Hegemoni*. Akademisk Forlag. København

Laclau, E. (1997A): Populistisk brud og diskurs. I: Jensen, C. (red.): *Demokrati & Hegemoni*. Akademisk Forlag. København

Lægemiddelstyrelsen (2015): *Liste over apotekere, læger, sygeplejersker og tandlæger med tilknytning til virksomheder*. Tilgængelig fra:

<https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/samarbejde-med-virksomhed/tilknytning/lister/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger?handling=&type1=&company1=&name1=&offset=10&max=10&sort=fuldeNavn&order=asc> (lokaliseret 01.05.2016)

Medstat.dk/A - statistik over forbrug af antidepressiva 2015:

[http://www.medstat.dk/da/viewDataTables/medicalTreatments/%7B%22year%22:\[%222015%22\],%22region%22:\[%220%22\],%22gender%22:\[%22A%22\],%22ageGroup%22:\[%22A%22\],%22searchVariable%22:\[%22people_count%22\],%22errorMessages%22:\[\],%22treatmentGroup%22:\[%22An%22\]%7D](http://www.medstat.dk/da/viewDataTables/medicalTreatments/%7B%22year%22:[%222015%22],%22region%22:[%220%22],%22gender%22:[%22A%22],%22ageGroup%22:[%22A%22],%22searchVariable%22:[%22people_count%22],%22errorMessages%22:[],%22treatmentGroup%22:[%22An%22]%7D) (lokaliseret 22.05.2016)

Medstat.dk/B - statistik over forbrug af antidepressiva 2010:

[http://www.medstat.dk/da/viewDataTables/medicalTreatments/%7B%22year%22:\[%222010%22\],%22region%22:\[%220%22\],%22gender%22:\[%22A%22\],%22ageGroup%22:\[%22A%22\],%22searchVariable%22:\[%22people_count%22\],%22errorMessages%22:\[\],%22treatmentGroup%22:\[%22An%22\]%7D](http://www.medstat.dk/da/viewDataTables/medicalTreatments/%7B%22year%22:[%222010%22],%22region%22:[%220%22],%22gender%22:[%22A%22],%22ageGroup%22:[%22A%22],%22searchVariable%22:[%22people_count%22],%22errorMessages%22:[],%22treatmentGroup%22:[%22An%22]%7D) (lokaliseret 22.05.2016)

Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2007): Foucault: Den bevægelige velfærds kritik. I: *Magtens Former – Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. Hans Reitzels Forlag. København

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014): *Ulighed i sundhed - kroniske og langvarige sygdomme*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. København

Min.medicin (2016a): *SSRI-præparater*:

<http://min.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/315650#> (lokaliseret 05.06.2016)

Min.medicin (2016b): *Antipsykotika mod mani*:

<http://min.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/315927> (lokaliseret 05.06.2016)

NIMH (2016): *Depression*: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
(lokaliseret 07.03.2016)

Nexø, S.A. & Koch, L. (2007): *Diskursanalyse*. I: Vallgård, S. & Koch, L. (red):
Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. Munksgaard Danmark. København

NFA (2010): *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*.
<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/nyheder/arkiv/2010/hvidbog-om-mentalt-helbred-sygefravaer-og-tilbagevenden-til-arbejde> (lokaliseret 31.05.2016)

Nielsen, M. (2012): *Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) – sales, withdrawal reactions and how drug regulators reacted to this with benzodiazepines as comparator*. The Nordic Cochrane Centre Faculty of Health Sciences University of Copenhagen. København

Nørby, J. (2015): *Kontanthjælpsudspil er nytteløs pisk til de mest udsatte*. *Socialrådgiverne*.
Nr. 12. 15.10.2015

Peciña, M., Bohnert, A.S.B., Sikora, M., Avery, E.T., Longenecker, S.A., Mickey, B.J. & Zubieta, J.K. (2015): *Association Between Placebo-Activated Neural Systems and Antidepressant Responses Neurochemistry of Placebo Effects in Major Depression*. *JAMA Psychiatry*.
November 2015, Vol 72, No. 11

Petersen, A. (2005): *Depression - selvets utilstrækkelighedspatologi*. I: Rasmus Willig og Marie Østergaard (red.): *Sociale patologier*. Hans Reitzels Forlag. København

Petersen, A. (2015): *Diagnoser som designet orden*. I: Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.): *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Forlaget Klim. Aarhus

Prasz, L. (2013): Færre bruger antidepressiv medicin. Politiken. 12.04.2013. Tilgængelig fra: <http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE1943542/faerre-bruger-antidepressiv-medicin/> (lokaliseret 01.07.2016)

Psykiatrifonden (2016a): *Introduktion til diagnoser*. Tilgængelig fra: <http://www.psykiatrifonden.dk//viden/diagnoser/intro-til-diagnoser.aspx> (lokaliseret 01.03.2016)

Psykiatrifonden (2016b): *Stress*. Tilgængelig fra: <http://www.psykiatrifonden.dk//guides/stress.aspx> (lokaliseret 04.07.2016)

Raffnsøe, S., Gudmand-Høyer, M. & Thanning, M. (2009): *Foucault*. Samfundslitteratur. Frederiksberg

Ramsay, A. (2013): *Frankfurterskolen*. I: Andersen, H. & Kaspersen L.B. (red.): *Klassisk og moderne samfundsteori*. Hans Reitzels Forlag. København

Rasborg, K. (2012): *Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi*. I: Fuglsang, L. & Bitsch Olsen, P. (red.) *Videnskabsteori på tværs af fagkulturer og paradigmer i samfundsvidenskaberne*. Roskilde Universitetsforlag. Frederiksberg

Region Hovedstaden (2016): *Overmedicinering i psykiatrien - Overblik*. Tilgængelig fra: <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Overmedicinering-i-psykiatrien-Overblik.aspx> (lokaliseret 29.06.2016)

Retsinformation (2010): BEK nr 1338 af 02/12/2010 Gældende. *Bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger*. Tilgængelig fra: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=134495> (lokaliseret 28.06.2016)

Retsinformation (2014): VEJ nr 9899 af 11/11/2014. Gældende. *Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler*. Tilgængelig fra:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=165423> (lokaliseret 14.05.2016)

Richter, J. (2011): Magt og afmagt i individets liv. *Psyke & Logos*. 2011, 32, 418-431

Rosa, H. (2014): *Fremmedgørelse og acceleration*. Hans Reitzels Forlag. København

Rådet for socialt udsatte (2009): *Udsat for forståelse - Antologi om socialt udsatte*. Rådet for Socialt Udsatte. København

Rådet for Socialt Udsatte (2016): *Udsatte sindslidende lever på kanten af samfundet*.

Tilgængelig fra: <http://www.udsatte.dk/indsatsomrader/sindslidende/> (lokaliseret 24.06.2016)

Saussure, F.d. (1983): *Course in General Linguistics*. Gerald Duckworth & Co. London

Schmidt, H.S. (2013): Fri os fra normaliteten. *Information*. 22.11.2013. Tilgængelig fra:

<https://www.information.dk/debat/2013/11/fri-normaliteten> (lokaliseret 07.03.2016)

Secher, K. (2013): Forsker: Antidepressiver skaber afhængighed. Videnskab.dk. Tilgængelig

fra: <http://videnskab.dk/krop-sundhed/forsker-antidepressiver-skaber-afhaengighed>

(lokaliseret 17.05.2016)

Steenberger, A. (2014): Definitionen på depression skal skrives om. *Ugeskrift for læger*.

18.08.2014

Stressforeningen (2016): *Depression & stress*. Tilgængelig fra:

<http://www.stressforeningen.dk/om-stress/stressformer/depression-a-stress> (lokaliseret 03.06.2016)

Sundhed.dk (2015) : *Lægehåndbogen, depression*. Tilgængelig fra:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/depressioner/depression/> (lokaliseret 28.02.2016)

Sundhedsstyrelsen (2005): *Behandling af depressionssygdomme*. Tilgængelig fra:

<http://www.sst.dk/~media/38B70C0461E04497A44CD0A2DECDB094.ashx> (lokaliseret 28.06.2016)

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

Tilgængelig fra:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/6F9CE14B6FF245AABCD222575787FEB7.ashx>
(lokaliseret 28.02.2016)

Sundhedsstyrelsen (2012): *Forebyggelsespakke - Mental sundhed*. Tilgængelig fra:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2013/~media/D986EF821E864D089B70BADD F4F7FFB8.ashx> (lokaliseret 29.06.2016)

Sundhedsstyrelsen (2016): *National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression - høring*. Tilgængelig fra:

http://prodstoragehoeringspo.blob.core.windows.net/966c828c-3390-4c56-a66d-37817dd3208e/NKR_depression_H%C3%B8ringsudkast_endelig.pdf (lokaliseret 02.03.2016)

Sundhedsstyrelsen (2016a): *National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression*. Sundhedsstyrelsen. København

Sundhedsstyrelsen (2016b): Om os: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/om-os> (lokaliseret 23.05.2016)

Sundhedsstyrelsen (2016c): Om Nationale kliniske retningslinjer (NKR):

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nkr/om-nkr> (lokaliseret 23.05.2016)

Torring, J. (1998): Både *post-marxisme* og *post-marxisme*. *Arbejderhistorie*. Nr. 2. 1998

Torring, J. (2004a): Det stille sporskifte i velfærdsstaten. I: *En diskursteoretisk beslutningsprocesanalyse*. Aarhus Universitetsforlag. Aarhus

Torring, J. (2004b): Laclau og Mouffes poststrukturalistiske diskursteori: diskurs, praksis og metode. *Nordiske Udkast*. Nr. 1

Vendsborg, P. (2011): Stigma - teorier og begreber. I: Vendsborg, P., Blinkenberg, S., Kistrup, K., Lindhardt, A. & Nordentoft, M. (red.): *Dømt på forhånd - om stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom*. Psykiatrifondens Forlag. København

Videbech, P. (2005): *Depression, stress og hjernefunktion: Moderne depressionsopfattelse*. Tilgængelig fra: <http://www.videbech.com/page6/page5/> (lokaliseret 13.06.2016)

WHO (2011): *ICD-10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser - klassifikation og diagnostiske kriterier*. Munksgaard Danmark. København

WHO (2016): *Depression*. Tilgængelig fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (lokaliseret 28.02.2016)

Willig, R. (2014): Introduktion til den danske udgave. I: Rosa, H. *Fremmedgørelse og acceleration*. Hans Reitzels Forlag. København

Referenceliste - analysemateriale

Dagblade

Albøg Jespersen, M. (2015): Jobbet udløser angst og depression. *BT*. 14.09.2015

Bach Madsen, M. (2015): Mindfulness hjælper alvorligt depressive. *Politiken*. 22.04.2015

Callesen, P. (2015): Du kan styre din depression. *BT*. 10.10.2015

Dich, K. (2015): Debat: Depression er vestens folkesygdom. *Politiken*. 21.03.2015

Dørge, H. (2015): Her mangler viden. *Weekendavisen*. 02.10.2015

Foghsgaard, L. (2015): Sexminder kan fjerne depression. *Politiken*. 28.06.2015

Frank, K. (2015): Nyt dokumenteret alternativ til antidepressiv medicin. *Morgenavisen Jyllands-Posten*. 25.04.2015

Haubart Madsen, A. (2016): På svampe i det spirituelle laboratorium. *Politiken*. 10.01.2016

Henriksen, L. & Mikkelsen, M. (2015): Jeg føler mig ikke længere som et helt menneske. *Kristeligt dagblad*. 31.07.2015

Holm Hansen, N. (2016): Depression gør mennesker gamle. *Morgenavisen Jyllands Posten*. 15.2.2016

Igum Rasmussen, L. (2015): Professor i depression: Han har en pointe, men... *Politiken*. 30.08.2015

Igum Rasmussen, L. & Lange, E. (2015): Angst og depression tynger os. *Politiken*. 08.08.2015

Igum Rasmussen, L. (2016): Læger: Vi skal medicinere færre børn. *Politiken*. 11.03.2016

Iwankow Søgaard, J. (2015): Alle depressive kan få det bedre. *Kristeligt Dagblad*. 20.03.2015

Legarth Smith, A. (2015): Vi har pligt til at gøre vores yderste for at hjælpe. *Politiken*.
07.09.2015

Lho Hansen, H. (2015): Sortsyn årsag til depression. *BT*. 06.12.2015

Lind Bejer, K. (2015): Bylivet kan føre til psykiske lidelser. *Kristeligt dagblad*. 07.11.2015

Medal, J. (2016): Den virtuelle kur. *Weekendavisen*. 26.02.2016

Nygaard, E.M. (2015): Mobning i ungdomsårene øger risiko for depression som voksen.
Kristeligt dagblad. 12.06.2015

Pedersen, H. (2015): Guide: Sådan tackler du din depression. *BT*. 07.07.2015

Pedersen, H. & Bach Jakobsen, S. (2016): Guide: Deprimeret eller trist? *BT*. 06.03.2016

Rebensdorff, J. (2016): Spil ping pong og bliv skarp. *Berlingske*. 06.03.2016

Sjøgren, K. (2016): Begyndelsen til enden på depression. *Morgenavisen Jyllands-Posten*.
08.01.2016

Thisted, K. (2015): Jeg tager lykkepiller, ellers var jeg død! *Ekstra Bladet*. 24.10.2015

Thomsen, S. (2015): Ny forskning: Motion lindrer ikke motion. *Politiken*. 14.11.2015

Thomsen, S. (2015): Pillebruger: Jeg var rædselsslagen for, at en ny depression var på vel.
Politiken. 01.08.2015

Udesen, T.I. (2015): Debat: Min generation savner et 'vi'. *Information*. 17.07.2015

Fagblade

Aggerbeck, A. (2015): Undgå at stress bliver til depression. *Magasinet Sundhed*. 03.09.2015

Bøttcher, T. & Ejlersen, M. (2015): Magistre er syge med arbejde. *Magisterbladet*.

12.06.2015

Handberg, R. (2015): Depression fylder på job. *Fagbladet FOA*. 12.11.2015

Handberg, R. (2016): Depression tog næsten livet af Louise. *Fagbladet FOA*. 12.11.2015

Holbæk, M. (2015): Man bliver aldrig den samme efter en depression. *Magasinet Sundhed*.

01.06.2015

Holm-Larsen, T. (2015): Lykkepiller skal/skal ikke? *Magasinet Sundhed*. 03.12.2015

Jæger Clausen, L. (2015): Lev sundt, også når du er syg. *Helsenyt*. 17.04.2015

Kragh, M. & Videbech, P. (2015): Vågenterapi mod depression. *Ugeskrift for læger*.

07.09.2015

Larsen, J., Krogh Nielsen, L. & Brøsen, K. (2016): Anvendelse af monoaminooxidasehæmmeren isocarboxazid ved behandlingsresistent depression.

Ugeskrift for læger. 22.02.2016

LFS (2016): Efterlønsønske kan hænge sammen med depression. *LFS Nyt*. 02.01.2016

Løvbom Petersen, T. (2015): Udbændthed kan føre til depression. *Socialpædagogen*.

16.10.2015

Mørkeberg, S. (2015): Opgaverne hober sig op. *Fagbladet FOA*. 08.10.2015

Palmgren, G. (2015): Stress af med naturen. *I Form*. 12.11.2015

Schultz, J. (2015): Motion har ingen virkning mod depression. *Dagens Medicin*. 20.11.2015

Stelvig, P. (2015): Et makkerpar med brydninger. *Psykolog Nyt*. 12.06.2015

Sundhedsstyrelsen (2015): Svar: Det er en psykiatrisk specialistopgave. *Ugeskrift for læger*.
11.05.2015

