

(KOMPLICERET) SORG

En kritisk diskursanalyse af fænomenet sorgdiagnose i danske massemedier



MARLENE SASTAKAUSKAS HANSEN

10. SEMESTER – SOCIOLOGI – FORÅR 2018

Vejleder: Anders Petersen

Antal anslag: 178.952

'The limits of my language mean the limits of my world'

- Ludwig Wittgenstein

Abstract

The purpose of this thesis is to examine how a diagnosis for grief is possible in a contemporary Danish society and how this phenomenon is being articulated in Danish mass media.

Grief is a feeling that seems to have existed for as long as mankind, which is why it is interesting to examine what kind of social conditions must apply, before it is possible to diagnose grief.

To examine this, I have used critical realism's understanding of retrodution, as this is being presented by Berth Danermark et al (2001), to demonstrate how Nikolas Rose's perspective on neoliberalism (1999), Signild Vallgård's (2005) analysis of health promotion and Svend Brinkmann's and Anders Petersen's view on the diagnostic culture (2015) have contributed to the introduction of a grief diagnosis. I conclude that self-responsibility, instrumental thinking, forced choice and formulating as well as solving everyday problems in a professional language are all elements of neoliberalism, that has contributed to the introduction of the grief diagnosis. Similarly, I conclude that the aim of health promotion for continuous improvement in health and the experts' indirect control of the bereaved individuals through the grief diagnosis also have contributed to the introduction of the grief diagnosis. Finally, I also conclude that the diagnostic culture's articulation of human suffering in a psychiatric language, the spreading of the psychiatric language to other domains than the psychiatric domain itself, the diagnostic culture's ability to create order in disorder as well as the ability to eradicate unwanted human features within society, also have contributed to the introduction of the grief diagnosis.

Furthermore, I have used Norman Fairclough's critical discourse analysis to analyze how complicated grief, which is the phenomenon that the grief diagnosis is supposed to diagnose, is being articulated in Danish mass media. I have analyzed 15 newspaper articles from nationwide Danish mass media starting from the year 2005 and until 2018. I have answered this part of the research question by using a social constructionist perspective. I conclude that there are three main discourse types within the articulation of complicated grief in Danish mass media: *Fact of Life*, *Illness* and *Diagnosis*. When complicated grief is being articulated as an illness, an attempt is being made at establishing an understanding of complicated grief as a legitimate illness with symptoms that requires help or treatment. Complicated grief can also be articulated as a diagnosis, where it's being taken for granted that complicated grief is an illness and instead the focus is aimed at articulating the need for separating complicated grief from other mental illnesses. The consequence of not doing so is malpractice of the bereaved. Finally, complicated grief can also be articulated as a fact of life. This discourse type can mainly be seen as a response to the articulation of complicated grief as a diagnosis. Within this discourse type it is argued that grief is a basic life condition that cannot, and should not, be diagnosed.

Indholdsfortegnelse

Problemfelt.....	4
Indledning	4
Eksisterende litteratur	4
Problemformulering.....	7
Argumentation for problemformulering.....	7
Hvad er sorg?	8
Sorgens historie i en vestlig kontekst	9
Metodeafsnit	11
Adaptiv tilgang	11
Videnskabsteori.....	12
Kritisk diskursanalyse	13
Faircloughs tredimensionelle model.....	16
Kritik af kritisk diskursanalyse	21
Teoretiske perspektiver	22
Neoliberalisme.....	24
Sundhedsfremme.....	27
Diagnosekultur.....	29
Empiri	33
Analyse	34
Analysestrategi.....	34
Livsvilkår	37
Sygdom.....	43
Diagnose.....	50
Diskussion	58
Konklusion	64
Litteraturliste	65
Bilag 1 - Læsevejledning.....	69
Bilag 2 - ICD-11 betaversionens definition af prolonged grief disorder:	70
Bilag 3 – Tabel over artikler	71

Problemfelt

Indledning

Dette speciale er en undersøgelse af de samfundsmæssige betingelser for, at en sorgdiagnose vil blive introduceret i *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-11* i 2018. I specialet bliver henholdsvis Nikolas Roses perspektiv på neoliberalismen, Svend Brinkmann og Anders Petersens betragtninger om diagnosekulturen samt Signild Vallgårdas perspektiv på sundhedsfremme anvendt med det formål at fremanalysere, hvorledes en sorgdiagnose er mulig i det nutidige danske samfund. Videre undersøger specialet også hvordan samme fænomen bliver omtalt i de danske massemedier. Her anvendes Norman Faircloughs kritiske diskursanalytiske tilgang til at analysere hvordan KS, som sorgdiagnosen skal kunne diagnosticere, er blevet omtalt i de danske massemedier. Formålet er her at undersøge, hvordan fænomenet er blevet præsenteret over for den brede befolkning.

Eksisterende litteratur

I det følgende har jeg foretaget en litteratursøgning omkring begrebet fænomenet kompliceret sorg (KS). Som jeg senere vil argumentere for, under problemformuleringen, er KS det mest gængse begreb for det fænomen, som den kommende sorgdiagnose skal diagnosticere. Jeg har valgt at fokusere på de mest fremtrædende forskere i et både internationalt og dansk perspektiv, altså hævder jeg ikke at have foretaget en udtømmende litteratursøgning.

Et af de første studier af KS var **Holly Prigerson et. al** (1995). Studiet anvendte kvantitativ metode til at vurdere hvorvidt et sæt af symptomer, som forskerne mente udgjorde KS, kunne blive adskilt fra dødsfaldsrelateret depression, og hvorvidt tilstedeværelsen af KS sorg kunne forudse blivende funktionsnedsættelse. I dette studie deltog oprindeligt 82 efterladte ægtefæller, som ved den sidste måling var blevet reduceret til kun 56 deltagere. Af disse deltagere var der en overrepræsentation af kvinder (38) og en overrepræsentation af hvide (52) kontra sorte mennesker (4), ligesom minimumsalderen var 60 år. Af de oprindelige 82 efterladte blev 25 af deltagerne behandlet med det antidepressive medicin nortriptyline efter baselinemålingen, ligesom alle deltagerne også kom fra USA. Forskerne fandt, at det var muligt at adskille KS fra dødsfaldsrelateret depression, og videre at KS medførte langtidsfunktionsnedsættelse. Studiets faldgruber består af udelukkende deltagelse af efterladte ægtefæller, det lave deltagerantal, overrepræsentationen af henholdsvis kvinder og hvide, den høje deltageralder og medicineringen af respondenterne, som alt sammen nedsætter muligheden for at generalisere resultaterne. Endeligt fokuserede studiet på at studere, hvorvidt KS kunne adskilles fra dødsfaldsrelateret depression. Altså blev der udelukkende fokuseret på symptomerne for KS.

Samme år udviklede **Holly Prigerson et al** (1995b) en skala kaldet *Inventory of Complicated Grief* (ICG). Denne havde til formål at måle maladaptive symptomer ved tab. Studiet bestod af 97

respondenter, som var minimum 60 år, og havde mistet deres ægtefælle. Disse udfyldte ICG og andre selv-rapporterende skalaer som målte sorg, depression og baggrundskarakteristika. Studiet konkluderede, at ICG havde intern konsistens, konvergentvaliditet og kriterievaliditet, og skalaen derfor fremadrettet kan anvendes til en vurdering af hvorvidt den efterladte har symptomer på KS. Der kan sættes spørgsmålstegn ved skalaens generaliserbarhed, når de omfattede respondenter havde en gennemsnitsalder på 66,9 år, udelukkende bestod af efterladte, der havde mistet en ægtefælle og primært bestod af kvinder (70 ud af 97) og alle kom fra USA. Undersøgelsen forholdt sig kun til KS' umiddelbare fremtræden. Skalaen og en revideret udgave (ICG-R) af denne er blevet anvendt til videre forskning i KS, herunder også danske Mai-Britt Guldins.

Jerome Wakefield (2012) har foretaget en kritik af fire empiriske argumenter der støtter Prolonged Grief Disorder (PGD)s validitet som lidelse. Disse er følgende:

a) PGD har karakteristiske, patognomoniske symptomer der separerer forstyrrelsen fra normal sorg. b) PGD har et karakteristisk højt niveau af symptomheftighed. c) PGD repræsenterer en kronisk patologisk afsporing af den normale sorgprocess. d) PGD forudsiger negative udfald, som indikerer at det er en forstyrrelse. Han påviste at: 1) Der ikke eksisterer karakteristiske symptomer, som adskiller PGD fra normal sorg og at intensiteten ved PGD ikke er anderledes fra intensiteten ved normal akut sorg. 2) At den empiriske data tyder på, at de tærskelsværdier, der er forbundet med de eksisterende PGD-forslag ikke skelner mellem dem, der er frosset i kronisk sorg, og så dem som forbedrer sig langsomt og måske får deres sorg ned på et mere acceptabelt niveau med tiden. 3) At de negative udfald som PGD skulle medføre, ikke kan tilbagevises til PGD på en tilfredsstillende måde, hvilket til dels skyldes at PGD er blevet målt på en tvivlsom måde, ligesom at de samme udfald kan skyldes intens normal sorg. 4) Hypotesen omkring at PGD bliver forårsaget af en dysfunktion ikke har bedre forklaringskraft end den simple hypotese, at PGD består af intens normal sorg. Herefter foretog Wakefield også en analyse af hvorvidt sorg og KS kan sammenlignes med henholdsvis et sår og et betændt sår. Her fremanalyserer han, at fænomenerne ikke er sammenlignelige. Navnlig fordi at sorg tjener et biologisk formål, og (betændte) sår ikke gør. Endeligt konkluderer han, at den amerikanske diagnosemanual *DSM-5* ikke bør inkludere en sorgdiagnose.

Wakefield har altså foretaget en kritik af KS, hvor kritiserer den inden for psykiatriens rammer.

Tony Walter (2006) har foretaget en socialkonstruktivistisk analyse af fænomenet KS. Han påpeger, at forskningen i KS forudsætter, at det er en psykologisk lidelse hos det sørgende individ. Walter fremanalyserer, i modsætning hertil, at KS også kan være: 1) *En konstruktion som følge af at 'normalisere medicin'*. Han mener her, at siden sorg blev medikaliseret ved at blive underkastet psykologisk behandling, er det en naturlig følge heraf, at man enten er nødt til at patologisere al

sorg, eller oprette en skildring mellem patologisk og normal sorg. 2) *En operationel nødvendighed for sorgaktører.* Han mener her, at professionelle har brug for at kunne udpege de mest sørgende for at kunne tildele dem ressourcer og samtidig afskære 'normalt' sørgende. 3) *Et kulturelt koncept.* Altså at KS er sorg, som ikke følger den eksisterende diskurs for hvordan man sørger korrekt. 4) *Et mærkat som familiemedlemmer anvender til kontrollere afvigende familiemedlemmer.* Walter fremfører her, at ofte føler mennesker sig mere presset af omgivelserne end psykiatrien til at sørge korrekt, hvorfor det er familien der anvender begrebet til at styre deres sørgende familiemedlemmer. 5) *Et mærkat til dem, som ikke vil sørge inden for de kulturelle normer.* Her nævner Walter, at vreden fra sorg i nogle tilfælde har bidraget til at ændre samfundet. Derfor kan KS blive et politisk værktøj til at 'tysse' demonstrative og opponerende borgere ned. 6) *Et produkt af risikosamfundet.* Her mener Walter, at det nutidige samfund er karakteriseret ved at være et risikosamfund, jf. Becks begreb herom. Altså er KS en måde, hvorpå man kan forudse og reducere risikoen for et svært sorgforløb. 7) *En forhandling mellem en række aktører.* Her mener Walter, at som vist i ovenstående er der en række aktører, som påvirker forhandlingen omkring hvad KS er. Derfor mener han også, at KS vil være, hvad end de forhandler sig frem til. Walter konkluderer derfor, at hvis KS eksisterer, er det langt mere kompleks end blot en psykologisk lidelse hos det sørgende individ. Walter beskæftiger sig altså med de mere sociologiske årsager til, at KS opstår som fænomen.

I en dansk kontekst introducerede psykolog **Mai-Britt Guldin** (2012) for alvor KS med sin PhD-afhandling. Guldin anvendte en kvantitativ tilgang, hvor formålet var at adressere de udfordringer, der måtte være i sundhedssystemets håndtering af sorg blandt efterladte til kræftpatienter og at undersøge mulighederne for forbedring af behandlingen af sorg i det danske sundhedssystem. Resultaterne viste at: 1) Det at miste en ægtefælle til kræft kan have en udtalt effekt på forbrugsmønstret af sundhedsydelser og denne påvirkning er tydelig flere måneder før dødsfaldet og indtil mindst to år efter. 2) At mange efterladte til kræftpatienter udvikler symptomer på KS, og at de sundhedsprofessionelles kliniske vurderinger af sorgreaktionen mangler præcision. 3) At information om sorg til praktiserende læger kan spille en rolle i deres identifikation af symptomer og behandling af KS. Afhandlingen har altså mere været fokuseret omkring identifikation og behandling af KS.

Psykolog **Ester Holte Kofod** har, i forbindelse med et ph.D-projekt, interviewet seks heteroseksuelle forældrepar og én kvinde, der alle havde mistet deres spædbarn, og derfor anses for at være i risikozonen for at udvikle KS. Hun udspurgte dem omkring deres holdning til en eventuel indførelse af en sorgdiagnose. Kofod fandt, at der overordnet var fire positioner, som forældrene kunne indtage; *diagnosticering som legitimering af sorgens smerte, diagnosticering som afgrænsning mellem normal og afvigende sorg, diagnosticering som illegitim sygeliggørelse af*

intens, men naturlig sorg, og endelig sorgdiagnose som potentielt normativt ideal for sørgende (Kofod 2015:229ff). Kofod anvendte altså i sit studie en psykologisk-fænomenologisk tilgang med fokus på individernes egen opfattelse af en potentiel sorgdiagnose.

Endeligt kan det altså udledes, at der overvejende har været en psykologisk eller psykiatrisk tilgang til fænomenet KS, hvorfor fokuset overvejende har været på at kunne identificere symptomerne på fænomenet for derved at kunne adskille fænomenet fra andre lidelser og for at kunne legitimisere, at det skal være en psykiatrisk diagnose. Der synes derfor at mangle mere viden omkring, hvilke samfundsmæssige betingelser der må gøre sig gældende for, at KS kan opstå. Særligt i en dansk kontekst er der ikke foretaget nogle studier omkring, hvilke samfundsmæssige betingelser der har muliggjort KS og dermed også muliggjort en introduktion af en sorgdiagnose. Disse mangler i forskningen har ført mig til følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvordan er en sorgdiagnose mulig i et nutidigt dansk samfund, og hvordan bliver fænomenet omtalt i danske massemedier?

Argumentation for problemformulering

Som ovenstående afsnit har påvist, eksisterer der altså et videnshul i den eksisterende forskning omkring fænomenet KS. Som påvist har forskningen indtil videre primært været fokuseret på de mere individuelle og psykologiske aspekter af KS. Jeg vil derfor, i dette speciale, i stedet fokusere på de samfundsmæssige aspekter af KS. Mit fokus vil derfor være på, *hvordan* en sorgdiagnose er blevet mulig frem for den primære forsknings fokus på henholdsvis afgrænsningen af, symptomerne på, og behandlingen af KS.

Sorgdiagnose skal, i dette speciale, forstås som definitionen af Prolonged Grief Disorder, som denne i skrivende stund er formuleret i ICD-11s betaversion (jf. bilag 2).

Jeg har valgt at fokusere på sorgdiagnosen i en dansk kontekst, da fænomenet her er næsten uudforsket fra et sociologisk perspektiv. Videre har jeg også valgt at anvende begrebet KS frem for andre, da det i en dansk kontekst er det mest anvendte i massemedierne. Således viser en søgning på Infomedia, at *kompliceret sorg* fremgår 612 gange fra Infomedias opstart i 1975 og frem til i dag, hvorimod *forlænget sorgforstyrrelse*, som er den danske oversættelse af Prolonged Grief Disorder, samt det forventede danske navn til den kommende sorgdiagnose, kun optræder 15 gange. Endeligt fremtræder ordet *sorgdiagnose* kun 41 gange i samme periode. Jeg formoder derfor, at KS er det mere gængse udtryk for det fænomen som sorgdiagnosen skal dække over. Problemformuleringen er todelt, således at jeg først vil besvare delen omkring hvordan en

sorgdiagnose er mulig i et nutidigt dansk samfund. Her vil jeg - ved anvendelse af Roses perspektiv på neoliberalismen, Brinkmann og Petersens perspektiv på diagnosekulturen og Vallgårdas perspektiv på sundhedsfremme - foretage et nedslag i hvilke samfundsmæssige tendenser, der har medvirket til at muliggøre introduktionen af en sorgdiagnose. Dernæst vil jeg undersøge, hvordan KS bliver omtalt i de danske massemedier. Denne del af problemformuleringen vil blive besvaret ved anvendelse af en KDA, som denne er formuleret af Fairclough. Dette begrundes med, at KDAs formål er: *'[...]at vise forbindelserne mellem diskursive praksisser og bredere sociale og kulturelle udviklinger og strukturer. Den underliggende præmis er, at diskursiv praksis både afspejler og aktivt bidrager til social og kulturel forandring'* (Jørgensen & Phillips 1999:89). Altså, sagt med andre ord, er tanken at de samfundsmæssige betingelser for sorgdiagnosens fremkomst vil være afspejlet i diskursive praksisser - herunder også danske massemedier. Jeg har valgt massemedier som diskursiv praksis grundet interessen for, hvordan KS bliver præsenteret overfor den en så bred del af befolkningen som muligt. Dette skyldes, at den hegemoniske kamp, som er omdrejningspunktet i KDA, går ud på at overbevise underordnede klasser og derved skabe alliancer (jf. nedenstående metodeafsnit). Derfor er tanken, at den hegemoniske kamp i særdeleshed foregår i massemedier, hvor formodningen er, at størstedelen af læserne ikke selv er sorgprofessionelle og derfor må klassificeres som en underordnet klasse, der skal overbevises om hvilket domæne kompliceret sorg tilhører.

Hvad er sorg?

'Sorg er den reaktion, vi oplever, når vi mister noget, der er betydningsfuldt for os. Det kan være en elsket person, som dør, men også tab af job eller sygdom, skilsmisse, venskaber, der går i stykker og børn, der flytter hjemmefra. Sorg er en grundlæggende følelse, som de fleste vil opleve mange gange i livet' (Guldin 2018).

Sorg kan altså kan defineres som en følelse, der relaterer sig til et tab, afsavn eller fravær. Derved bliver sorg til en negativ følelse, fordi den henviser til fraværet af noget som var (Jacobsen & Kofod 2015:245). Sorgen vil oftest opleves af det enkelte individ som unik og specifik, men sorgen er samtidig en universel følelse, som findes i alle historisk kendte samfund, og som i nutidig kontekst også kan iagttages i alle kulturelle og samfundsmæssige sammenhænge. Derved bliver sorg både til en naturlig følelse, fordi den som oftest opstår instinktivt og spontant i individet som følge af en tabs- eller fraværsfølelse. Samtidig er sorgen dog også en kulturel følelse, der formes, medieres og kommer til udtryk inden for en given kulturel kontekst, hvilket videre muliggør både individuel og kollektiv variation i sorgen (Jacobsen & Kofod 2015:246). I det nutidige danske samfund opleves

sorgen på et individpsykologisk plan oftest som et virvar af blandede følelser eksempelvis chok, tristhed, ængstelighed, vrede, skyld, generelt nedsat lyst og interesse i livet, håbløshed, ensomhed og nok mest notorisk - følelsen af savn (Guldin 2018). I nogle tilfælde medfører det endda depression og vrede, ligesom sorg også kan medføre en række uforløste følelser (Jacobsen & Kofod 2015:247). Socialt kan sorg manifestere sig ved grådlabilitet, uro, irritabilitet, isolationstendenser samt øget behov for støtte og kontakt. I nogle tilfælde manifesterer sorg sig også i misbrugsadfærd, aktiv undgåelse af tabet eller ritualisering såsom daglige besøg på kirkegården (Guldin 2018). Fysiologisk kan sorg også manifestere sig ved ændringer i vejrtrækningen, søvnforstyrrelser, ændret appetit og anspændthed, nedsat energi, nedsat immunforsvar eller andre diverse somatiske klager såsom hovedpine, ondt i brystet, kvalme og lignende (Guldin 2018). Endeligt kan sorg fra den udenforstående ikke-sørgendes perspektiv vække medfølelse, sympati og indlevelse (Jacobsen & Kofod 2015:247).

Sorgens historie i en vestlig kontekst

Ifølge sociologiprofessor Michael Hviid Jacobsen og psykolog Ester Holte Kofod er sorgens historie parallel med dødens historie. Derfor er ændringer i sørgemåder relateret til ændringer i forståelsen af døden. De vælger derfor at tage udgangspunkt i mentalitetshistorikeren Philippé Ariès' studier af mentaliteten omkring døden, når de skal forklare sorgens historie (Jacobsen & Kofod 2015:249).

Ariès' første fase starter ved middelalderen, hvor han kalder tilgangen til døden for *den tæmmede død*. Dette begrundes med, at mennesket var i stand til at tæmme dødens vildskab, hvorved de kunne gøre døden meningsfuld. Dette formoder han skyldtes dødens allestedsnærværende på grund af sygdomme, krige og en meget lav gennemsnitlig levealder. De døde og levende havde derfor en både fysisk og symbolsk tæt sameksistens, hvilket medførte at mennesket var mere fortrolig med døden (ibid:249-250). Der var relativt enkle religiøse ritualer tilknyttet døden. Disse blev udført i det lokale fællesskab både før, under og efter døden. Da mennesket på daværende tidspunkt mente, at døden var forvarslet, havde den døende derfor mulighed for at forberede sig på sin forestående død. Denne forberedelse bestod af, at den døende fulgte eksisterende forskrifter for, hvordan en god og værdig død kunne opnås. På selve dødslejet var det lokale fællesskab samlet for at bede og sørge. Døden og sorgen var derfor en offentlig begivenhed (ibid:250). Efter selve dødsfaldet påbegyndte sorgperioden, som var vigtig for fællesskab, da den gav mulighed for at samles og bekræfte fællesskabets værdier og trosforestillinger. Et fænomen inden for sorgen på dette tidspunkt var det såkaldte sognebud. Her kom det lokale fællesskab - ofte med deres præst i spidsen - til den døendes - eller dødes - bolig for enten at forberede den døende på den

forestående død, eller for at mindes og ære den døde. Sorgen havde derfor en mere kollektiv karakter og i forlængelse heraf var det også de færreste der fik en individuel grav (ibid:250). Herefter fulgte den fase, som Ariès kalder for *egendøden* eller *selvets død* i den tidsepoké der kaldes for enten den sene middelalder eller tidlig renæssance. Kendetegnende for denne tilgang til døden er, at der sker et skifte i fokuset på fællesskabet som set ved den tæmmede død til et fokus på det enkelte individ. Der begynder også at eksistere mere udviklede former for ceremonier og dødsmesser, hvor den døde kan mindes (ibid:250). Senere i perioden sker der væsentlige omvæltninger i den europæiske kultur- og religionshistorie, herunder især reformationen, som medfører et ændret syn på både døden og sorgen. I forhold til døden bliver det nu mere påkrævet, at den døende selv både planlægger og iscenesætter dødsøjeblikket. Dette er således, at dødsøjeblikket kommer til at give mening for den enkelte og sikrer denne frelse. I forhold til sorgen opstår kirkegårdskulturen med mere individualiserede gravsteder og familiegravsteder, hvorved kirkegården bliver samlingspunktet for sorgen (ibid:250-251).

Den tredje fase kalder Ariès for *den andens død* og denne markerer overgangen til det som de fleste sociologer vil kalde det moderne samfund. Denne fase er kendetegnet ved, at fortidens fortrolighed med døden og sorgen gradvis træder i baggrunden til fordel for tiltagende fremmedgørelse og distance. Fokus i sorgen flytter sig her fra det døende individ til det efterladte individ; altså flyttes fokuset fra at forberede sin egen død til dét at miste og sørge over tabet af en afdød (ibid). Dette begrundes med, at opfattelsen af familien som en følelsesmæssig enhed er fremvoksende, hvilket medfører at dødsfald inden for familien opfattes som smertefuldt. For at vise omverdenen hvor smertefuld sorgen er, begynder de efterladte at afholde: *'[...] storslåede begravelsesritualer, en omfattende ceremoniel staffage i forbindelse med ligtog og gravfærd, æstetiske udsmykninger af gravstederne'* (ibid:251) som alt sammen tjener til at belyse sorgens markante betydning i det moderne samfund. I forlængelse heraf bliver der også fastsat etiketter for både varigheden af sorgen, og de efterladdes påklædning under denne periode (ibid:252). Ofte fotograferede man også de afdøde, i særdeleshed børn, og satte enten fotografiet synligt frem i hjemmet, eller viste det frem i fotoalbummet. Ifølge Ariès opstod der ligefrem opstod en døds kult i denne periode. En anvendt form for sorgbearbejdning i denne periode var at forsøge at etablere kontakt til den afdøde i det hinsides ved brug af spiritistiske medier, således at savnet og sorgen kunne blive dulmet (ibid:251-252). Ariès' sidste fase kalder han for *den forbudte død*. Denne finder sted i det 20. århundredes moderne samfund, og er kendetegnet ved et omfattende tabu om døden som formodes at være delvis tilvejebragt af to verdenskriges omfattende menneskelige ofre. Denne periode er karakteriseret ved at: *'[...]døden og alt det, der associeres med den - sygdom, alderdom og sorg - nu [bliver] noget, der skal gemmes væk på institutioner som hospitaler og plejehjem. I den forbudte døds tidsalder forbindes alderdom således med menneskeligt forfald,*

forlegenhed og ensomhed, døden bliver skandaløs og skamfuld, og sorgen betragtes som pornografisk og som følelsesmæssig masturbation, der af hensyn til alle andre bør holdes inden for hjemmets fire vægge' (ibid:252). Sorgen bevæger sig altså fra en samfundsmæssig nødvendighed til en uønsket tilstand der skal kureres, forkortes og tilintetgøres. Dette sammenholdt med den tiltagende sekularisering, som fratager mennesket deres forklaring på døden og meningen hermed, muliggør fremkomsten af såkaldte sorgbehandlere, og det er også her sondringen mellem normal og patologisk sorg begynder i forbindelse med Sigmund Freuds psykoanalyse (ibid:252-253). Begravelses- og sorgkulturen bliver i forlængelse heraf mere rationalistisk og minimalistisk, og anses som et privat anliggende, som andre ikke bør delagtiggøres i (ibid). Herefter argumenterer Jacobsen og Kofod for, at der på nuværende tidspunkt eksisterer en ny fase kaldet *den spektakulære død*. Denne er kendetegnet ved at tidligere tiders tabuisering af døden gradvis træder tilbage og en mere '[...]eksponeret, offentlig og til tider underholdningspræget form[...]' af døden i stedet træder frem (ibid:253). Her kan døden og sorgen observeres i både hverdagslivet og ceremonielle højtideligholder, diverse medier; herunder særligt sociale medier og hjemmesider der tjener til det formål at minde den afdøde, samt en mere generel interesse i populærkulturen, såsom sange og film der har enten døden eller sorgen som centrum (ibid:253-254). Ligeledes afspejles det mere afslappede forhold til sorgen og døden også i det palliative fagfelt, hvorfor der oprettes hospicer og en interesse for at skabe *den gode død* i samfundet. Bearbejdningen af sorg får også en mere fremtrædende rolle hvor der etableres sorggrupper - også med et mere specifikt fokus såsom efterladte børn, efterladte forældre til spædbørnsdød osv. Ligeledes er sorgen blevet yderligere professionaliseret og psykologiseret, hvorved den er blevet et specialefelt for både psykoterapeuter og psykologer (ibid). Jacobsen & Kofod hævder derfor også, at vi i et nutidigt samfund befinder os i en periode, hvor sorgforståelsen på mange områder bryder med den forbudte døds forsøg på at fortrænge og gemme sorgen væk samtidig med at sorgen stadig besidder et vis tabu, hvilket de tilskriver de store og svære følelser som er forbundet hermed (ibid).

Metodeafsnit

Adaptiv tilgang

Ifølge Layder er der traditionelt en sondring mellem *deduktion* og *induktion* inden for social forskning. Deduktion involverer et sæt generelle antagelser som formuleres til empirisk testbare hypoteser omkring et givent fænomen. Modsætningsvis beskæftiger induktion sig med at indsamle empirisk data for derefter selv at udvikle en mere generel, altså teoretisk, forståelse. En adaptiv tilgang anvender derimod både deduktive og induktive elementer, når der skal formuleres teori.

Hvor meget de deduktive og induktive elementer henholdsvis fylder, vil afhænge af forskningens yderligere omstændigheder (Layder 1998:134).

I dette speciale er jeg mere deduktiv, altså teoretisk drevet, i første del af analysen, hvor jeg besvarer hvordan en sorgdiagnose er mulig i et nutidigt dansk samfund. I anden del af analysen er jeg mere induktiv, altså empirisk drevet, da jeg - med udgangspunkt i den indsamlet empiri - analyserer hvordan sorgdiagnosen omtales i danske massemedier.

Layder opererer også *orienterende begreber*. Disse beskriver han som en form for midlertidigt middel til at bringe orden i den anvendte data. Særligt fremhæver han orienterende begrebers anvendelighed inden for kvalitativ forskning, når forskningen centrerer sig om et mindre undersøgt område, hvilket er tilfældet i dette speciale (ibid:108). Orienterende begreber gør altså forskeren i stand til at finde meningsfulde mønstre i dataen på en midlertidig måde. Således har diagnosekulturen været det primære orienterende begreb, som er blevet anvendt i forbindelse med dataindsamlingen, hvor ideen har været at finde artikler som henholdsvis argumenterede for eller imod introduktionen af en sorgdiagnose. Efterfølgende har læsningen af empirien medført, at jeg fandt 'teorierne' om henholdsvis neoliberalisme og sundhedsfremme relevante til at besvare første del af analysen mere uddybende. Denne vekselvirkning mellem at være teoretisk drevet og empirisk funderet harmonerer med Layders forståelse af adaptiv tilgang, da han pointerer, at det ikke findes nogen tilgang der er udelukkende induktiv eller deduktiv. I stedet påpeger han, at al teori har afsæt i en form for empiri, og at al empiri er indsamlet på baggrund af en eller anden form for teoretisk forforståelse (ibid:111-112).

Videnskabsteori

For at kunne besvare problemformuleringen fyldestgørende, vurderer jeg at det er nødvendigt at trække på to videnskabsteoretiske retninger; henholdsvis kritisk realisme til at besvare første af problemformuleringen og så socialkonstruktionisme til at besvare anden del af problemformuleringen. Ifølge den kritiske realisme er virkeligheden differentieret i tre ontologiske lag:

- Det *perceptuelle lag* af oplevelser, erfaringer og fortolkninger. Dette omfatter den virkelighed som vi kan erkende. Dette lag er transitivt, hvilket betyder at det påvirkes af *noget*. *Noget* er i dette tilfælde den menneskelige erkendelse, som er opfattelsen af virkeligheden.

- Det *faktuelle lag* af ting og begivenheder. Det er de ting og begivenheder, som finder sted uanset om de erfares af mennesker eller ej. Dette lag er også transitivt, hvorved flere forskellige kræfter og mekanismer påvirker det.
- Det *transfaktuelle lag* af naturlige kræfter, nødvendigheder og generative mekanismer, som er indlejret i objekters strukturer. De er generative i den forstand, at de er kræfter som skaber noget. Det er den dybe intransitive del af virkeligheden, som er bundet til objekterne og den kontekst, de eksisterer i. Det er dette lag som er særligt interessant i forhold til besvarelsen af første del af problemformuleringen, da tanken er at der eksisterer 'usynlige' generative mekanismer, såsom neoliberalismen, der har muliggjort at sorgdiagnosen bliver en realitet (Wad 2015:371).

Inden for det transfaktuelle lag beskæftiger den kritiske realisme sig også med retroduktion. Danermark et al (2001) definerer retroduktion som en form for følgeslutning, hvor formålet er at komme frem til, hvilke strukturer der er konstituerende for bestemte hændelser (Danermark et al 2001:96).

Til anden del af anvender jeg, som nævnt, et socialkonstruktionistisk perspektiv. Dette er et videnskabsteoretisk perspektiv med flere tilgange under sig, men ifølge Burr er der fire hovedpointer, som socialkonstruktionismens mange tilgange synes at kunne opnå konsensus omkring: En kritisk tilgang til selvfølgelig viden, historisk og kulturel specificitet, at viden skabes og opretholdes gennem sociale processer, viden og social handling er sammenhængende (Burr 2015:1-5). Inden for denne videnskabsteoretiske retning skelnes der overordnet mellem den ontologiske og epistemologiske tilgang. Førstnævnte hævder, at selve virkeligheden er en konstruktion og sidstnævnte hævder i stedet, at det er vores erkendelse af verden, der er socialt konstrueret (Collin 2015:326). I dette speciale anvender jeg en mere epistemologisk orienteret socialkonstruktionisme, hvor '*[...]erkendelse[n] af den samfundsmæssige virkelighed er et produkt af samfundsmæssige omstændigheder*' (Collin 2012:371). Jeg vil undervejs i specialet gøre opmærksom på, hvordan de valgte videnskabsteorier kommer til udtryk.

Kritisk diskursanalyse

Begrebet diskurs bliver generelt defineret på mange forskellige måder afhængig af hvilken teoretisk position, der indtages. I dette speciale skal diskurs forstås som: '*[...]Jen bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af den) på*' (Jørgensen & Phillips 1999:9).

Med dette menes, at diskursbegrebet dækker over den antagelse, at sproget er struktureret i forskellige mønstre inden for forskellige sociale domæner som derved er bestemmende for hvordan et givent emne italesættes. Således kan en diskurs eksempelvis være psykiatrisk eller

religiøs. Som følge heraf skal begrebet diskursanalyse forstås som en analyse af de førnævnte mønstre (ibid).

Det er derfor relevant at foretage en diskursanalyse af fænomenet KS, da sorg tidligere har været et begreb, der var tilknyttet det religiøse domæne (jf. problemfeltet), men nu - ved at blive omtalt som KS - er ved at bevæge sig over i det psykiatriske domæne. Det er derfor interessant at undersøge, hvordan sproget omkring KS er blevet ændret. Dette harmonerer også med specialets socialkonstruktionistiske tilgang, hvor viden netop besidder en historisk og kulturel specificitet. Måden som KS omtales på, vil derfor være afhængig af hvilken tid og kultur, som den omtales i, samt fra hvilken position i samfundet man udtaler sig (Burr 2015:1-5). Ligeledes hævder socialkonstruktionismen også, at viden skabes og opretholdes gennem sociale processer. Dette harmonerer også med specialets undersøgelse af, hvordan KS omtales i danske massemedier, da der her foregår en social proces gennem kommunikation, hvorved viden om KS bliver skabt og opretholdt (Burr 2015:1-5). Endeligt hævder socialkonstruktionismen også, at viden og social handling er sammenhængende, hvilket også harmonerer med at foretage en diskursanalyse af KS, da tanken er, at den måde som fænomenet omtales på, vil få konsekvenser for måden hvorpå KS fremadrettes skal håndteres (Burr 2015:1-5).

Inden for selve det diskursanalytiske begreb er der, som tidligere nævnt, flere forskellige tilgange. Jørgensen og Phillips har skitseret tre overordnede tilgange; *diskursteori*, *kritisk diskursanalyse* og *diskurspsykologi*.

Laclaus og Mouffes diskursteori tager udgangspunkt i et poststrukturalistisk perspektiv, hvor de mener at diskurs konstituerer den sociale verden i betydning, og at betydning derfor aldrig kan fastlåses, da sproget er grundlæggende ustabil. Ifølge disse omformes diskursen i kontakten med andre diskurser, hvorfor forskellige diskurser konstant kæmper mod hinanden i et forsøg på at opnå hegemoni, hvor endemålet er muligheden for at fastlåse sprogets betydninger på deres egen måde (Jørgensen & Phillips 1999:15).

Den diskurspsykologiske tilgang er derimod mere empirisk funderet, hvor den beskæftiger sig med konkrete tilfælde af sprogbrug i social interaktion. Formålet indenfor denne tilgang er at analysere, hvorledes individer anvender eksisterende diskurser til både at fremstille sig selv og verden på en bestemt måde i forbindelse med social interaktion samt hvilke sociale konsekvenser denne fremstilling måtte medføre. Modsat de to andre retninger er diskurspsykologien ikke særligt orienteret mod forandringerne i samfundets 'store' diskurser, men mere rettet mod analyser på mikroniveau, hvor omdrejningspunktet er enkelte individers anvendelse af diskurser i hverdagen (ibid:16).

I dette speciale har jeg valgt at foretage en KDA. Dette valg er baseret på, at formålet med KDA er: *[...]at belyse den lingvistisk-diskursive dimension af sociale og kulturelle fænomener og*

forandringsprocesser i senmoderniteten' (ibid:73). KDA er derfor at foretrække frem for den diskurspsykologiske tilgang, som ikke beskæftiger sig med den lingvistiske opbygning af diskursen, men i stedet er fokuseret på den retoriske organisering af tekst og tale (ibid:125). Ligeledes er den diskurspsykologiske tilgang, som tidligere nævnt, også fokuseret på enkelte individers anvendelse af diskurser i hverdagen, hvor problemformuleringen i dette speciale i stedet sigter mod en undersøgelse af de samfundsmæssige betingelser, der har muliggjort introduktionen af en sorgdiagnose. Dette gør også KDA fordelagtig fremfor den diskursteoretiske, som ikke foretager systematiske empiriske studier af sprogbrug (ibid:75). Inden for den KDA anses diskurs som både konstituerende og konstitueret, hvorved man mener at diskurs er en form for social praksis, som både konstituerer den sociale verden, samtidig med at den også er konstitueret af andre sociale praksisser (ibid:74). Dette er også fordelagtigt i forhold til specialets problemformulering, da det så er muligt at påvise hvorledes den diskursive praksis omkring KS, og så de mere brede samfundsmæssige tendenser, såsom eksempelvis diagnosekulturen der har understøttet fremkomsten af sorgdiagnosen. Herved er KDA også at foretrække frem for den diskursteoretiske, som udelukkende opfatter diskurs som konstituerende (ibid:74).

I dette speciale har jeg valgt at anvende Norman Faircloughs tilgang, da han anser diskurs som en vigtig form for social praksis der står i et dialektisk forhold til andre sociale dimensioner. Således kan diskurs fungere som et middel til både at reproducere og transformere viden, sociale identiteter og sociale relationer. Men samtidig bliver diskursen også formet af andre sociale praksisser og strukturer (ibid:77). Fairclough mener også, at forholdet mellem diskursiv praksis og sociale strukturer er komplekst og varierende over tid, hvorimod andre KDA-tilgange antager en større grad af stabilitet (ibid:78). Dette er fordelagtigt i forhold til problemformuleringen som netop forudsætter, at det er sket en forandring i både diskursiv praksis og sociale strukturer over tid. Fairclough anvender begrebet diskurs på to måder. Den abstrakte brug af navneordet diskurs dækker, for ham at se, over sprogbrug som social praksis. Derudover anvender han også navneordet med artikel, altså en diskurs, som er et givent perspektivs måde at italesætte en begivenhed på, således at den får betydning. Denne definition harmonerer også med den tidligere nævnte definition af diskurs, hvorved diskurser kan adskilles fra hinanden, således at man eksempelvis kan operere med en psykiatrisk eller religiøs diskurs (ibid:79). Ifølge Fairclough består diskurs kun af lingvistiske elementer. Han mener, at diskurs bidrager til at konstruere sociale identiteter, sociale relationer samt videns- og betydningssystemer; altså tjener diskurser en identitets-funktion, en relationel funktion og en ideationel funktion (ibid:79). Praksis forstår Fairclough som: *[...]en relativt permanent måde at handle på socialt, som er defineret af dens position inden for et struktureret netværk af praksisser, og et domæne for social handlen og*

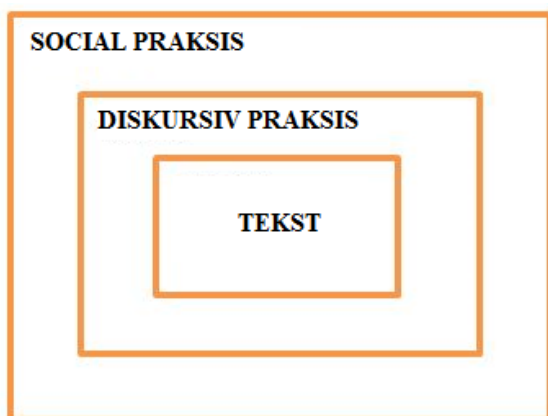
interaktion, som både reproducerer strukturer og har potentiale til at transformere dem' (Fairclough 2008:94).

KDA hævder, at diskursive praksisser bidrager til både at skabe og reproducere ulige magtforhold mellem sociale grupper. KDA er derfor fokuseret på den rolle, som diskursive konstruktioner spiller i at fremme bestemte sociale grupperes interesser. Altså er det kritiske element ved KDA, dens afsløring af diskursiv praksis' rolle i opretholdelsen af den sociale verden og sociale relationer, som indebærer ulige magtforhold (Jørgensen & Phillips 1999:76). Derved kan kritiske diskursanalyse anvendes til ikke blot at analysere *hvordan* KS omtales, men også *hvem* der omtaler fænomenet og hvad det medfører af sociale konsekvenser. I forhold til dette speciale består afdækning af det skjulte derfor i at fremanalysere, hvorledes forskellige domæner forsøger at påvirke omtalen af KS, hvorved de kan opnå bestemmelsesret over begrebet i praksis. Dette harmonerer også med socialkonstruktionismens præmis om, at viden og social handling er sammenhængende. Måden hvorpå KS bliver omtalt, vil derfor opretholde nogle mønstre af social handling og ekskludere andre. Den viden der etableres i massemedierne omkring KS forbliver altså ikke blot viden mellem tekstproducenten og fortolkeren, men vil også få sociale konsekvenser (Burr 2015:1-5).

Faircloughs tredimensionelle model

Fairclough har udviklet en tredimensionel model, der fungerer som en analytisk ramme til brug ved empirisk forskning i diskurs.

Figur 1:



(Jørgensen & Phillips 1990:80)

De tre dimensioner består af henholdsvis:

- Tekst forstået som tekstens egenskaber.

- Diskursiv praksis, altså produktions-, distributions-, og konsumptionsprocesser, der er forbundet med teksten.
- Social praksis, altså den bredere sociale praksis, som teksten og den diskursive praksis er en del af (Jørgensen & Phillips 1999:80).

En tekstanalyse kræver, ifølge Fairclough, en beskrivende tilgang, hvorimod henholdsvis diskursiv og social praksis sigter mod en mere fortolkende tilgang. Formålet med tekstanalyse er at undersøge tekstens form og mening samtidig (Fairclough 2008:29-30). Man skal altså undersøge 'tegnene' - forstået som ord eller længere tekstsekvenser - der består af mening kombineret med form. Eller med andre ord en 'betegnet' kombineret med en 'betegner'. Det er her en forudsætning for KDA, at tegn er socialt motiverede hvilket skal forstås som, at der er sociale grunde til at kombinere en bestemt 'betegnet' med en bestemt 'betegner'. Dette kan eksempelvis vise sig i ordvalg, såsom valget af enten 'terrorist' eller 'frihedskæmper', hvor kontrasten mellem dem er socialt motiveret (ibid:30-31).

Tekstanalyse kan organiseres under fire overskrifter; ordvalg/vokabular, kohæsion, grammatik og tekststruktur (ibid 2008:31). I forhold til dette speciale er der valgt kun at anvende de dele af Faircloughs begrebsapparat som er fordelagtige i forhold til besvarelsen af problemformuleringen. Således vil kun hans begreb omkring vokabular, transitivitet, modalitet, tekststruktur og metaforer blive anvendt i forhold til tekstanalysen. Dette skyldes, at den anvendte empiri i dette speciale består af artikler, læserbreve og blogindlæg. Det virker derfor overflødigt at anvende flere af Faircloughs begreber; eksempelvis interaktionskontrol, som er mere velegnet i forhold til klassiske interviews, eller høflighed som mere gør sig gældende, når der er flere deltagere i den kommunikative begivenhed, som eksempelvis ved politiske debatter (Fairclough 1992:243-245; Fairclough 1992:235). Denne udvælgelse af bestemte redskaber, argumenterer Fairclough også selv for: *'Note that in any particular analysis some of the categories are likely to be more relevant and useful than others, and analysts are likely to want to focus upon a small number of them'* (ibid:231-232), hvorfor det anses som metodemæssigt forsvarligt.

Ved analysen af vokabularet er der fokus på de relationelle værdier, som ordvalget besidder. Ordvalget besidder derfor evnen til at konstruere bestemte sociale relationer mellem henholdsvis afsenderen af den kommunikative begivenhed og så bestemte sociale grupper eller personer (Fairclough 1989:111; Fairclough 2008:97). Et klart eksempel på dette er forskellen på *frihedskæmper* og *terrorist*. Afhængig af hvem der udtrykker sig, kan samme person blive kaldt begge dele. Ved analyse af ordvalg er der fokus på de såkaldte *key words*, altså de ord som er vigtigst i teksten. Disse kan have forskellig og skiftende betydning, ligesom de kan besidde

meningspotentialer, der er hegemonisk eller genstand for en kamp mellem aktører, der ønsker at meningsudfylde (Fairclough 1992:236).

Ved transitivitet er man fokuseret på, hvordan begivenheder og processer forbindes med subjekter eller objekter. Formålet er derfor at afdække de ideologiske konsekvenser som følger med forskellige fremstillingsformer. Et centralt begreb er derfor *agency*, som omhandler hvor tydeligt agenten i sætningen fremstår. Således bruger man eksempelvis i sætningen "*50 sygeplejersker blev fyret i går*" en passiv form, hvorved agenten udelades. Herved kommer sygeplejerskernes afskedigelse til at fremstå som en slags naturfænomen, der fandt sted uden nogen egentlig agent, som eksempelvis hospitalets ledelse, kan stilles til ansvar (Jørgensen & Phillips 1999:95). Herved fratager sætningskonstruktionen agenten ansvaret og fokuserer i stedet på effekterne, hvorved de bagvedliggende handlinger og processer der førte frem til effekten, bliver tilsidesat. Dette kan yderligere forstærkes ved en såkaldt nominalisering, hvor et navneord erstatter hele processen. Som eksempelvis "*Der var mange fyringer på sygehuset*" (ibid:95).

Modalitet omfatter afsenderens tilslutning til sit udsagn, altså såkaldt affinitet. Høj modalitet fremstår ofte som sandhed, hvor taleren fuldstændigt tilslutter sig sit udsagn. Sætningerne vil oftest være aktive, i nutidsform og uden forbehold og indeholde ord såsom *må, kan, skal* o.lign. Modsætningsvis vil lav affinitet oftest komme til udtryk gennem passive sætninger i datid, med forbehold såsom *måske, tror eller kunne*, der udtrykker en vis usikkerhed eller tvivl omkring udsagnet. Videre kan modaliteter også være henholdsvis subjektive, objektive eller kategoriske (Fairclough 1992:158-160). Ved subjektive modaliteter er afsenderens subjektive holdning tydelig. Eksempelvis ved '*Jeg tror/jeg synes/jeg mistænker, at jorden er flad*'. Ved objektive modaliteter forsvinder afsenderen imidlertid og udsagnet fremstår i stedet som '*Jorden er/jorden er formentligt flad*'. Hvor det ved anvendelse af subjektive modaliteter, er tydeligt at det er afsenderens egen grad af affinitet til udsagnet, der bliver udtrykt, er det modsætningsvis svært at afklare hvems perspektiv der bliver repræsenteret ved objektive modaliteter. Således kan afsenderen projicere sin egen overbevisning over til en universal overbevisning, eller fungere som en talsmand for et perspektiv fra andre individer eller grupper. Kategoriske modaliteter forekommer, når der gives fuld accept af udsagnet, som eksempelvis '*Jorden er flad*'. Objektive modaliteter omfatter oftest en form for magt, der tildeler tekstproducenten bestemmelsesretten i forhold til hvad der skal opfattes som social viden (ibid:158-160).

Da der anvendes massemedier som empirisk grundlag i dette speciale, er det værd at bemærke disse mediers tendens til at fremlægge fortolkninger som fakta ved delvis at bruge kategoriske modaliteter og delvis ved at bruge objektive frem for subjektive modaliteter (Jørgensen & Phillip 1999:95ff). Et eksempel på dette er eksempelvis at konkludere '*Sorg gør syg*'.

Tekststruktur handler om teksters arkitektur og i særdeleshed forskellige teksttypers makrotræk. Her tænkes på hvilke elementer der kombineres på en given måde, for at konstituere en bestemt genre. Såsom hvilke elementer der tilsammen konstituerer et interview eller læserbrev.

Klarlæggelsen af hvilken type genre der anvendes, muliggør også en forståelse for hvilke sociale relationer og videns- og betydningssystemer disse anvender (Fairclough 2008:34-35). I forhold til dette speciale er det mindre relevant *hvilken* genre der anvendes - det interessante aspekt består mere i, hvilke sociale relationer samt videns- og betydningssystemer det tillader tekstproducenten at anvende. Således er tanken, at der er forskel på om en avisartikel omkring sorg er skrevet af en journalist uden lægevidenskabelig erfaring, eller en uddannet psykiater. Sidstnævnte vil, i kraft af sin stilling, kunne trække på det videnssystem der er tillagt en så autoritativ stilling i forhold til at udtale sig om psykiske lidelser.

Metaforer omhandler, hvorvidt man benytter billedsprog til at udtrykke sig med. Valget af en metafor siger noget om, hvordan mennesker strukturerer deres virkelighed, da metaforer strukturerer måden, vi tænker og opfører os på, og gennemtrænger vores videnssystem og tro (Fairclough 1992:194-195). Metaforer kan indlejres så dybt i samfundet, at man ikke længere lægger mærke til dem. Eksempelvis de krigsmetaforer, der ofte benyttes, når man taler om at diskutere, og eksempelvis anvender frasen "kæmper om ordet" til at italesætte, at man skændes om at få ordet (ibid:195).

Diskursiv praksis dækker, ifølge Fairclough, over produktionsprocesser, distributionsprocesser og konsumptionsprocesser. Disse processer vil variere inden for de forskellige typer af diskurs (Fairclough 2008:35). I forhold til dette speciale er der valgt ikke at analysere distributions- og konsumptionsprocesserne. Førstnævnte ville kræve adgang til selve distributionsprocessen på de givne massemediers produktionssted, hvor leddene, hvori produktionen af teksten foregår, skal undersøges. Dette perspektiv anses ikke som værende relevant for specialets problemformulering. I forhold til konsumptionsprocesserne ville det være interessant at foretage en form for analyse af hvordan læsere fortolker omtalen af KS i massemediene. Det ville her være nødvendigt at rette henvendelse til læserne selv - gennem interview eller spørgeskema - for at opnå forståelse for, hvordan de fortolker omtalen af KS. Det ville højne validiteten i specialet, da jeg så ville kunne understøtte, eller afkræfte, mine egne fortolkninger med læsernes fortolkninger. Imidlertid strækker empirien sig over en 13-årig periode, hvor der ikke blot anvendes ét, men flere forskellige massemedier, hvilket gør det umuligt at få samlet et repræsentativt udvalg af læsere og afholdt interviews, eller gennemført spørgeskemaer, inden for specialets tidsramme. Dette svækker naturligvis validiteten i specialet, da jeg så kun har mulighed for at inddrage mine egne fortolkninger. I specialet vil jeg i stedet fokusere på produktionsprocesserne, som i dette speciale

overordnet dækker over *hvem* der har produceret teksten og *hvordan* teksten er produceret. Det er nødvendigt at inddrage den diskursive praksis ved analysen af teksten, da hverken ord eller sætninger kan tillægges mening uden en samtidig forståelse for produktionsprincipperne (ibid:38-39). Eksempelvis er det nødvendigt at inddrage den diskursive praksis for at kunne argumentere tilfredsstillende for, hvorfor der er forskel på henholdsvis en præst og en psykiaters anvendelse af ordet *hjælp* i forhold til efterladte.

Fairclough nævner her, at både produktion og fortolkning af en tekst skal forstås som en 'bottom up/top down'-proces (ibid:38-39). Hermed menes, at den tredimensionelle analyse ikke kan skilles meningsfuldt af; tekstanalysen er afhængig af en analyse af den diskursive praksis, som videre er afhængig af en analyse af den bredere sociale praksis (ibid:39). I forhold til den diskursive praksis vil følgende elementer fra Faircloughs begrebsapparat blive anvendt; *udsagnskraft, kohærens, intertekstualitet og interdiskursivitet*.

Fairclough opererer med begrebet udsagnskraft, som for ham dækker over handlingskomponenten i en tekst. Udsagnskraften er en del af tekstens interpersonelle betydning, hvilket skal forstås som, at udsagnskraften er bestemte typer af talehandlinger, som tekstproducenten forsøger at påvirke fortolkeren med (ibid:39-40). Udsagnskraften kan være ambivalent, da den kan tage form i kraft af eksempelvis et spørgsmål, en ordre, en anmodning, et forslag, en klage eller lignende. Derfor er konteksten for, hvor i teksten udsagnskraften er placeret væsentlig i forhold til at kunne reducere ambivalensen. Et eksempel på udsagnskraft kan ses ved udsagnet; '*sorg gør de efterladte syge*'. Her fremsættes der en advarsel om, at sorg kan gøre efterladte syge.

En kohærent tekst skal forstås som en tekst, hvis konstituerende dele - forstået som sekvenser og sætninger - knyttes sammen på en meningsfuld måde, hvorved teksten som helhed bliver meningsfuld (ibid:42). I forhold til dette speciale er redskabet anvendeligt i forhold til at vurdere om tekstproducenten virker overbevisende i sin argumentation.

Intertekstualitet forstår Fairclough som dét, at tekster består af fragmenter fra andre tekster. Disse fragmenter kan være synlige, som når der eksempelvis anvendes citater, ligesom de kan være fusioneret ind i teksten. Teksten kan også forholde sig til den inddraget tekst på forskellige måder; eksempelvis modsigende, assimilerende eller ironisk (ibid:43). Videre Fairclough skelner mellem *manifest intertekstualitet*, som dækker over tilfælde, hvor der åbenlyst trækkes på andre specifikke tekster inde i en tekst, såsom ved citater, og så *interdiskursivitet* (ibid:44). Interdiskursivitet forekommer når der sker en: '*[a]rtikulering[...] af forskellige diskurser inden for og på tværs af grænserne mellem forskellige diskursordener[...]*' (Jørgensen & Phillips 1999:84). Når diskurser artikuleres på en ny måde, skifter grænserne både inden for den bestemte diskursorden og mellem de respektive diskursordener. Dette kan således medvirke til, at diskurserne blandes på en ny og kreativ måde, hvilket udgør drivkraften i diskursiv forandring. Ligeledes er det også et tegn på

sociokulturel forandring. Modsætningsvis kan diskurser også blandes på en normativ og konventionel måde, hvilket udgør drivkraften i opretholdelsen af den dominerende diskursorden såvel som den sociale orden. Ligeledes er det også et tegn på opretholdelsen af disse (ibid:84). I dette speciale vil Faircloughs begreb om interdiskursivitet blive anvendt til at påvise, hvilke diskurser forskellige tekstproducenter anvender i forsøget på at påvirke diskursordnen omkring KS.

Kritik af kritisk diskursanalyse

Som nævnt anser KDA diskurs som både konstituerende for, og konstitueret af, sociale strukturer. En socialkonstruktionistisk tilgang anerkender dog ingen dybere lag af virkeligheden end den empiriske, hvorved diskursen kun kan være konstituerende for de sociale strukturer og ikke omvendt. En diskurs er altså udtryk for en repræsentation af den virkelighed, vi erkender og må derfor også analyseres herefter. Det problematiske aspekt heri består i, at analysen og resultaterne kan blive betinget af relativisme. Eller sagt med andre ord: *'Hvordan kan man argumentere for, at ens repræsentation af verden er bedre end alle mulige repræsentationer?'* (Jørgensen & Phillips 1999:32). Jørgensen og Phillips nævner selv, at denne problemstilling er kendetegnende for alle socialkonstruktionistiske tilgange, da socialkonstruktionismen jo netop indebærer en præmis om, at det er et vilkår for al viden, at den blot udgør én ud af mange repræsentationer (ibid:32). Her må KDA's inddragelse af social praksis, hvorved diskursen bliver sat i relation til sociale strukturer, anses som en styrkelse af validiteten. Eksempelvis forekommer det mere validt at tolke et udsagn som værende et udtryk for en selvansvarliggørelsesdiskurs, hvis man samtidigt kan argumentere overbevisende for, at samfundet er præget af neoliberalisme. Derudover er det også værd at nævne, at formålet med at foretage en diskursanalyse ikke er at afdække den objektive, eller dybereliggende, sandhed, men derimod at påpege mønstre i udsagn og sociale konsekvenser af forskellige diskursive fremstillinger (ibid:31). Validitet i et socialkonstruktionistisk perspektiv er derfor ikke en vurdering af, hvorvidt forskeren har opnået en korrekt beskrivelse af virkeligheden, men derimod om denne har været tilfredsstillende transparent i hele forskningsprocessen (Pedersen 2012:227-228). Samme transparens medvirker også til at højne reabiliteten – altså hvorvidt en anden forsker ville opnå samme resultater ved samme fremgangsmåde (Juul & Pedersen 2012:426).

Jens Runge har fremsat en kritik af Faircloughs metodiske fremgang. Særligt kritiserer han Fairclough for ikke at kunne adskille de diskursive og ikke-diskursive elementer tilfredsstillende, og hævder at Fairclough i realiteten kun analyserer tekst, og ikke fremstiller en metode til at analysere den sociale praksis på en tilfredsstillende måde (Runge 2007).

Jeg har imødegået denne kritik ved ikke at foretage en stringent klassisk Faircloughsk analyse af den sociale praksis. I stedet foretager jeg en teoretisk diskussion af udvalgte makroperspektiver indflydelse på introduktion af sorgdiagnosen, for derefter at anvende Faircloughs analyseredskaber til at analysere hvordan KS bliver omtalt i de danske massemedier.

Derved foregår analysen i en omvendt rækkefølge; den sociale praksis bliver først analyseret teoretisk, hvorefter jeg vil analysere teksterne. Derefter vil fundene fra de respektive analyser blive sammenholdt i diskussionen. Således overholder jeg stadig principperne fra Faircloughs analysemodel om ikke at adskille tekst, diskursiv- og social praksis fra hinanden, om end jeg foretager en anderledes fremgangsmåde.

I forhold til analyseredskaberne kritiserer Runge Fairclough for at besidde et for stort begrebsapparat, ligesom han mener at flere af redskaberne reelt dækker over det samme, og er for svære at adskille (ibid). Som nævnt i ovenstående metodeafsnit fremhæver Fairclough dog selv, at man som forsker kun skal anvende de redskaber, som er relevante i forhold til ens problemformulering. Jeg har derfor imødegået kritikken ved kun at anvende de redskaber, som er anvendelige til at besvare min problemformulering.

Teoretiske perspektiver

Til at besvare første del af problemformuleringen, anvender jeg videnskabsteoretisk et kritisk realistisk perspektiv. Denne videnskabsteori beskæftiger sig med retroduktion, som er en form for følgeslutning, hvor formålet er at komme frem til, hvilke strukturer der er konstituerende for bestemte hændelser (Danermark et al 2001:96). Retroduktion handler altså om at bevæge sig fra empiriske observationer, hvilket i dette speciale udgøres af det faktum at en sorgdiagnose bliver introduceret i ICD-11, til at ende ved en konceptualisering af de transfaktiske betingelser, som i dette speciale udgøres af henholdsvis sociolog Nikolas Roses (1999) perspektiv på neoliberalismen, sociolog Anders Petersen og psykolog Svend Brinkmanns (2015) betragtninger om diagnosekulturen samt historiker Signild Vallgårdas (2005) analyse af begrebet sundhedsfremme. Kerneopgaven ved retroduktion er derfor transcendental argumentation, som er når man forsøger at klarlægge de basale betingelser for eksempelvis sociale forhold, folks handlinger, ræsonnement eller viden. Betingelser skal her forstås som de omstændigheder, uden hvilke, noget ikke kan eksistere. Ved en sådan argumentation tilstræbes der at adskille de nødvendige betingelser fra de tilfældige omstændigheder. Altså bevæger man sig på et niveau, der er hinsides det empiriske, hvorfor det også kaldes transfaktisk argumentation. Mange har kritiseret

denne form for argumentation da den viden, der måtte fremkomme, ikke er at finde empirisk. Denne kritik tilbageviser den kritiske realisme dog ved ikke at lade viden blive reduceret til det direkte observerbart (Danermark et al 2001:96). Videre argumenterer Danermark et al for at retroduktion, som følgeslutning, gør sig gældende inden for al social forskning. Dette begrundes med, at retroduktion fundamentalt set beskæftiger sig med spørgsmålet: *Hvordan er noget fænomen, eksempelvis en handling eller en social organisation, mulig?* Eller sagt mere præcist: *Hvad gør X muligt?* (ibid:97). Med andre ord mener de, at retroduktion er et iboende element i al social forskning.

Formålet med første del af analysen er altså at foretage en såkaldt *transcendental argumentation*, som er når man forsøger at klarlægge de basale betingelser for sociale forhold, folks handlinger, ræsonnement eller viden. Betingelser skal her forstås som de omstændigheder, uden hvilke, noget ikke kan eksistere. Altså vil jeg i det følgende argumentere for, at henholdsvis neoliberalismen, sundhedsfremme og diagnosekulturen er nødvendige betingelser for, at en sorgdiagnose kan blive introduceret i Danmark (ibid:96).

Det er værd at bemærke, at jeg ingenlunde påstår at have en udtømmende forklaring på samtlige mekanismer bag sorgdiagnosen, men jeg mener derimod at have anvendt tre perspektiver som tilsammen giver et plausibelt bud på nogle af de samfundsmæssige tendenser der har muliggjort denne. Denne usikkerhed omkring en fuldstændig forklaring af fænomenet harmonerer også med den kritiske realisme, som netop hævder at viden er epistemologisk relativistisk, forstået som at vores viden om verden er usikker og fejlbar (Wad 2015:370). Den kritiske realisme afviser også, at alle teoretiske forklaringer kan afprøves gennem empirisk falsifikation, ligesom retningen også mener at: *'[...]teoretiske systemer aldrig kan testes fuldstændigt i deres helhed, fordi de altid vil bygge på aksiomer, dvs. ubegrundede antagelser og formodninger'* (ibid:381). Med andre ord er det altså på linje med den kritiske realismes principper at foretage en analyse, der ikke formodes at indeholde en fuldstændigt udtømmende forklaring og som ikke nødvendigvis kan påvises empirisk. Betragtningerne om diagnosekulturen er udvalgt, da det derfor virkede sociologisk intuitivt at inddrage en nutidig betragtning omkring psykiatriske diagnoser. Som også nævnt i metodeafsnittet om adaptiv metode er betragtningerne om diagnosekulturen blevet anvendt som orienterende begreb til at udvælge empiri til besvarelse af anden del af problemformuleringen. Efter gennemlæsningen af den udvalgte empiri, virkede det intuitivt at inddrage perspektiverne om henholdsvis neoliberalisme og sundhedsfremme til at kunne besvare første del af problemformuleringen. Overordnet kan neoliberalismen anses som at være en 'paraply' for de to øvrige perspektiver. Således går der elementer fra perspektivet på neoliberalismen igen i både diagnosekulturen og sundhedsfremme, ligesom disse også indbyrdes har lighedspunkter. Dette

skyldes, at alle tre makroperspektiver udspiller sig samtidigt i samfundet, og synes at bidrage til hinandens opretholdelse, hvilket jeg vil argumentere yderligere for i nedenstående.

Neoliberalisme

Der findes mange forskellige definitioner af, hvad neoliberalisme omfatter. I forhold til specialets problemformulering ønskes der ikke en udtømmende redegørelse for neoliberalismens historie og dens omfattende indvirkning på forskellige domæner. Derimod ønskes der at bevare et fokus på dennes indvirkning på de sociale forhold i samfundet og hvordan dette videre har understøttet introduktionen af en sorgdiagnose. Jeg har derfor valgt at anvende Roses perspektiv, da han netop opretholder et fokus på det mere sociologiske aspekt af neoliberalismen og dennes betydning for individet. Jeg vil derfor fremhæve elementerne fra neoliberalismen, som har understøttet introduktionen af sorgdiagnosen, hvilket naturligvis vil medføre et mere forenklet syn på neoliberalismen, som jeg dog vurderer, er nødvendigt for at kunne bevare fokus i specialet.

Ifølge Rose er neoliberalismen kendetegnet ved, at samfundets styringslogik bevæger sig fra at være konstrueret efter en social logik til i stedet, at blive konstrueret efter en økonomisk logik. Denne økonomiske styringslogik får til opgave at skabe og opretholde de elementer, som kan sikre økonomisk udvikling. Dette sker blandt andet ved anvendelse af virksomhedsorganisering og konkurrence på alle samfundsniveauer. Gradvis bliver der derfor dannet en ny form for relation mellem regeringen, eksperterne og subjektiviteten. Her er formålet at organisere alle egenskaberne ved nationalpolitikken således, at det er muligt at få et marked til at eksistere. Rose mener derfor også, at denne form for økonomisk logik også eksisterer på individniveau, hvor al social adfærd bliver rekonceptualiseret i overensstemmelse med den økonomiske logik, hvorefter social adfærd nu anses som kalkulerede handlinger, som individet kan vælge eller fravælge. Muligheden for at foretage valg er derfor også et essentielt træk ved neoliberalismen (Rose 1999:141ff).

Det er her værd at bemærke, at Roses forståelse af neoliberalismens styringslogik bygger på Michel Foucaults *conduct of conduct*, hvor styring skal forstås som alle tiltag der har til formål at forme, vejlede eller instruere andres opførsel. Styring skal derfor forstås som bevidste tiltag, der har til formål at forme andres opførsel, således at denne imødegår bestemte målsætninger. Her nævner Rose også, at når det handler om at styre mennesker, er det nødvendigt at anerkende individets frihed, forstået som at det ikke er ønskeligt at fratage individer deres handlekompetence, men i stedet at anvende den til at opnå egne målsætninger (ibid:3-4). Med andre ord handler *conduct of conduct* om at få det styrede individ til at selv at *ønske* at handle på en given måde.

Rose fremhæver derfor også, at neoliberalisme medfører, at individet selv bliver ansvarlig for socialisering og selvforbedring på samme måde, som en virksomhed selv er ansvarlig for sine kunder og vækst. Førrige tiders disciplinære teknikker og moraliserende påbud i forhold til sundhed, hygiejne og høflighed er ikke længere påkrævet; projektet med at danne ansvarlige borgere er i stedet blevet individets eget projekt. Derved bliver en tidligere social norm til et personligt ønske ved neoliberalismen (ibid:87ff). Derfor hævder Rose også, at eksperterne ikke længere opererer gennem social planlægning, formynderi og bureaukrati, men i stedet ved at anvende valgets logik. Derved bliver individernes måde at opfatte sig selv på ændret, således at de nu også indregner et ønske om selvudvikling, hvor Rose så nævner, at eksperterne igen står klar, således at de kan vejlede samt mindske bekymringerne, der opstår, når livet ikke lever op til hvad individet forestillede sig (ibid:88).

Neoliberalismen fordrer derfor, ifølge Rose, en bestemt opfattelse af den menneskelige aktør, hvor denne nu anses som en entreprenør over eget liv. Derved bliver de mennesker - som tidligere skulle regeres - nu opfattet som individer som aktivt kan foretage valg, der tjener til at varetage egne interesser (ibid:142). Individet bliver altså sin egen lykkes smed og bærer selv ansvaret for både succes og fiasko. Med andre ord bliver individet selvansvarliggjort. Rose mener derfor, at neoliberalismen fordrer et autonomt individ, som vil realisere sig selv for derved at opnå personlig lykke. Individerne bliver tilbudt en rolle som forbrugere, hvor de selv bliver såkaldte *counter-experts*, i forhold til førrige tiders eksperter, både i forhold til mad, drikke og andre forbrugsvarer, men også i forhold til domæner, som tidligere blev anset som værende 'sociale' domæner såsom sundhed og uddannelse. Individet er derfor ikke længere *fri til at vælge*, men derimod *nødt til at vælge*. Altså er de, ifølge Rose, nødt til at forstå, og udføre, deres liv gennem valg (ibid:86).

I forhold til sorg kan der derfor argumenteres for, at denne selvansvarliggørelse har medført, at den efterladte vil være mindre tilbøjelig til at vende sig mod sine omgivelser for at finde støtte i sorgen, men i stedet mere vil vende sig 'indad' og mene, at denne alene bærer ansvaret for at komme igennem sorgen. Selvansvarliggørelsen medfører derfor også, at det ikke er velanset at placere (med)ansvaret for sine problemer uden for sig selv. Altså er det ikke velanset, at en efterladt eksempelvis bebrejder sine nærmeste for ikke at være der nok for den efterladte. Eller bebrejder sin arbejdsplads for ikke at give nok tid og plads til at sørge. I stedet er formodningen mere, at individet selv bærer sin sorg og selv finder en måde, hvorpå denne kan håndtere sin sorg. Som nævnt tidligere mener Rose, at individerne i et neoliberalt samfund bliver *counter-experts*, hvorved der bliver etableret en ny relation mellem individer og eksperter, som ikke lader sig basere på velfærdsbureaukrati, sociale forpligtelser eller indprentningen af autoriteteters etablerede normer, men i stedet på markedsmekanismer og imperativer omkring selvrealisering. Rose låner

Abraam de Swaans begreb *proto-professional* til at beskrive, hvordan lægmænd bliver eksperter i at redefinere deres hverdagsproblemer til problemer, der kan blive behandlet af en form for professionelle. Sådanne proto-professionelle organiserer allerede deres hverdagsliv efter holdninger og ordforråd som bliver anvendt af professionelle. Derfor indgår de også gerne i samarbejde med professionelle angående deres livsstilsvalg eller løsningen af dilemmaer. Enten gennem massemedier, såsom damebladets ernæringsmæssige rådgivning, eller ved direkte at indgå i en form for terapeutisk møde eksempelvis med en livsstilscoach eller psykolog. Dette sammenholdt med en mere aggressiv markedsføring og oplysningskampagner gennem - blandt andet - massemedier har ifølge Rose medført, at individet vil både formulere og løse sine problemer professionelt (ibid:87ff). Når den efterladte derfor skal finde en måde at håndtere sin sorg på er det, ifølge Roses perspektiv, mere nærliggende at lede efter løsningen på det professionelle marked i det neoliberale samfund, modsat forrige tiders håndtering af sorg blandt lokalsamfundet eller de nærmeste (jf. problemfeltet). Siden sorgens smerte primært manifesterer sig psykisk, vil den efterladte derfor være tilbøjelig til at opsøge en psykolog eller psykiater, som i et nutidigt, sekulariseret samfund formodes at være det typiske førstevalg i forhold til at hjælpe med psykisk smerte. Det kan derfor formodes, at behovet for en sorgdiagnose er opstået, fordi flere og flere opsøger det psykologiske eller psykiatriske virke for at 'finde en løsning' på deres sorg. Fordi disse domæner overvejende arbejder med lidelser ved at klassificere dem – og derefter behandle dem ud for deres klassifikation, kan tilgangen af sørgende have affødt et behov for en diagnose. Behovet for at kunne klassificere psykisk lidelse med en diagnose vil blive yderligere behandlet i afsnittet om *diagnosekultur*.

Neoliberalismen medfører også en nyttetænkning, hvor individets valg skal tjene til at sikre dets selvrealisering på samme måde, som en virksomheds valg skal tjene til at sikre dens vækst (ibid:142). Dette aspekt sammenholdt med den individualisering af problemer, som selvansvarliggørelsen har medført, kan argumenteres for at have gjort sorg til en problematisk tilstand grundet dens manglende nytte. Således kan sorgen passivere den efterladte i længere tid, og sætter derfor også den efterladte ude af stand til at realisere og udvikle sig selv i givne periode. Derfor kan sorgen virke nytteløs i et neoliberalt samfund. Tidligere har sorgen fungeret som et vigtigt kulturelt element, der styrkede sammenholdet i lokalsamfundet (jf. problemfeltet). Men neoliberalismen fordrer en mere individualiseret tankegang, hvor individet mere synes at stræbe efter selvrealisering end sammenhold, hvilket kan være med til at forklare hvordan sorg er blevet en så uønsket tilstand, at en diagnose der kan sikre en behandling er blevet ønskelig. Endeligt er det også værd at bemærke neoliberalismens bærende element omkring valgfrihed,

eller i hvert fald illusionen om valgfrihed. Denne – tilsyneladende – valgfrihed ved andre aspekter af individets liv kan medføre en utilfredshed over, at der ikke eksisterer samme valgfrihed ved sorg. Derfor vil den efterladte ønske en mulighed for at kunne fravælge sin sorg gennem enten psykologisk eller psykiatrisk behandling, da den efterladte er vant til selv at kunne vælge i andre aspekter af sit liv. Eksempelvis ses det fra andre psykiske lidelser, at der tilsyneladende kan medicineres mod det. Hvorvidt denne medicinering så er berettiget eller virksom, afgrænser jeg mig fra at beskæftige mig med i dette speciale. I stedet vil jeg pointere det faktum, at den efterladte oplever at andre individer med psykiske lidelser tilsyneladende kan fravælge deres lidelser, helt eller delvis, gennem diverse behandlingsformer, hvorfor det kan skabe et ønske hos den efterladte omkring samme valgfrihed i forhold til sin sorg.

Sundhedsfremme

Til at forklare begrebet sundhedsfremme har jeg anvendt Vallgårdas (2005) analyse af begrebet. Vallgårdas pointerer i sin analyse, at begrebet faktisk er kendetegnet ved dets manglende endelige definition, hvorfor der sagtens kan eksistere alternative forklaringer på samme begreb fra andre teoretikere. Imidlertid antages det at være metodisk forsvarligt at anvende Vallgårdas forståelse af begrebet i specialet, da hun netop forholder sig til flere fremtrædende teoretikers forståelse af begrebet samt dets reelle anvendelse i det danske samfund.

I følge Vallgårdas er sundhedsfremme i sig selv et nyt begreb, men både målet (at fremme sundheden) og metoden hertil (at inddrage det enkelte individ for at nå dette mål) fandtes også tidligere. Sundhedsfremme ses af flere teoretikere som en modstilling til forrige tiders fokus på sygdomsforebyggelse ved hjælp af autoritære styringsmetoder, men Vallgårdas påviser i sin analyse, at de to begreber er mere sammenblandet end generelt antaget (Vallgårdas 2005:29). Vallgårdas påpeger, at sundhedsfremme er et meget mere omfattende projekt end forebyggelse, da målet ofte defineres som en indfrielse af WHO's definition af sundhed, som er: *'[...]Jen tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse'* (Kristensen 2002 i Vallgårdas 2005:21).

Vallgårdas fremhæver, at hvis man fokuserer på den definition af sundhed, skal man - for at kunne fremme sundheden - definere hvad det gode liv er. Hun påpeger, at sundhedsfremme derved bliver normativt i forhold til *hele* menneskelivet. Det handler derfor om at tilrettelægge livet for mennesker, således at de ikke blot undgår sygdom, men også sådan at livet bliver godt at leve (ibid:21). Vallgårdas påpeger, at siden der ikke eksisterer en endelig definition af begrebet sundhedsfremme, kan flere – ellers opponerende - teoretikere og forskere være enige om dens

nødvendighed. Sagt med andre ord er der plads til, at forskellige aktører kan blive enige om sundhedsfremmes nødvendighed, da de har mulighed for at tillægge begrebet deres egen betydning i mangel af en endelig definition (ibid:28-29).

Sundhedsfremme indebærer derfor, at alle borgere skal være sunde, uanset begrebets manglende definition. Der er derfor skabt et mål - sundhed - som ingen reelt ved hvornår de er i mål med. Når det derfor er så uklart, hvornår man er sund, må det modsætningsvis også være ligeså svært at definere, hvornår man er usund. Altså synes begge begreber at være til kontinuerlig diskussion. Når definitionen af henholdsvis sund og usund er så uklar, kan det være svært at begrunde hvornår et sorgforløb er 'sundt'. Som set i problemfeltet kan sorg manifestere sig som en ubehagelig psykisk følelse, hvorfor den afskærer den efterladte fra at opnå '*fuldstændig psykisk velbefindende*', som WHO i ovenstående citat formulerer som en del af sundhed. Ligeledes kan sorg også manifestere sig fysisk i form af eksempelvis søvnløshed eller nedsat appetit, hvorved den også hindrer den efterladte i at opnå '*fuldstændig fysisk velbefindende*'. Endeligt kan sorg også medføre, at individet trækker sig tilbage fra sociale sammenhænge herunder også uddannelse og arbejde, hvorved sorg kan afskære individet fra at opnå '*fuldstændig social velbefindende*'. Hvis man vælger at anskue sorg således, er al sorg, og ikke kun KS, usund og må derfor også være hæmmende for sundhedsfremme.

Sundhedsfremme indebærer også, ifølge Vallgård, en bestemt måde at styre menneskers adfærd på. Hun nævner her begreberne *empowerment* og *enablement*, som på dansk bedst lader sig oversætte til handlekompetence (ibid:25). Disse kan anskues som en del af den selvansvarliggørelse af individet, som Rose argumenterer for, jf. afsnittet om neoliberalisme. Ved sundhedsfremme er det - tilsyneladende modsatrettede mål - at individet skal styre sig selv, altså have handlekompetence, men også at individet samtidigt skal vælge det rigtige, som i dette tilfælde er det sunde. Denne form for magtudøvelse forklarer Vallgård med Michel Foucaults *conduct of conduct*, som også blev nævnt under afsnittet om *neoliberalisme* (ibid:29). Vallgård påpeger, at fortalere for sundhedsfremme mener, at den adskiller sig fra forrige tiders forebyggelsesdogme ved ikke at komme med forskrifter, ikke lade eksperter dominere, tage udgangspunkt i det enkelte individ, og tildele den enkelte autonomi. Men samtidig fremanalyserer hun, at forskrifter og udsagn fra autoriteter stadig er en stor del af nutidens folkesundhedsarbejde (ibid:29).

Faktisk påpeger hun, at forskrifterne i dag - til forskel fra 1930'erne og 1940'erne - ikke kun omhandler somatiske forhold som spise- og sovevaner, men også har bevæget sig over til at omfatte følelser og konflikthåndtering. Altså eksisterer den autoritære tone i sundhedsfremme

stadig og den bliver endvidere akkompagneret af andre styringsredskaber ligesom den også breder sig over flere domæner end tidligere (ibid:24).

Ved at introducere en sorgdiagnose, bliver der samtidigt også indført normativitet omkring hvordan et sorgforløb *bør* forløbe. Dog ligger disse krav mere latent, da der ikke udgives en decideret forskrift omkring sorg, hvor den efterladte eksempelvis bliver beordret til at sørge mellem 8-12 og kun foran de nærmeste. I stedet kan den efterladte udlede af sorgdiagnosens ordlyd, hvornår et sorgforløb må regnes for at være sygeligt, og den efterladte får derfor en 'pligt' til at monitorere sin egen sorg og søge hjælp, såfremt sorgen, ifølge sorgdiagnosens ordlyd, bliver sygelig. Derved bliver eksperternes forståelse af et sundt og 'korrekt' sorgforløb internaliseret af de efterladte, men det bliver stadig den efterladte der skal vælge det sunde sorgforløb. Sundhedsfremmes paradoksale præmis om at tildele individet handlekompetence samtidigt med, at man også ønsker at individet skal vælge det samme som eksperterne, kan derfor argumenteres for at have understøttet introduktionen af en sorgdiagnose. Det ligger uden for dette speciales sigte at beskæftige sig med den sociale kontrol, der potentielt også kan blive udøvet over for den efterladte af omgangskredsen, som følge af at omgangskredsen er bekendte med sorgdiagnosens eksistens, og mener at den efterladte opfylder kriterierne og bør søge behandling, selvom dette formentligt også bliver et væsentligt element i forhold til den efterladdes monitorering af sin sorg.

Sundhedsfremmes mål er, som tidligere nævnt, ikke blot at forebygge sygdomme, men også at fremme sundheden - med andre ord at gøre individet sundere. På baggrund af ovenstående kan der derfor argumenteres for, at sundhedsfremmes undefinerbare mål samt dens tilsyneladende ønske om kontinuerlig forbedring af sundhed kan bidrage til det stigende antal psykiatriske diagnoser; herunder også sorgdiagnosen. Tanken er her, at hvis man kontinuerligt ønsker at forbedre sundheden, vil man konstant overveje hvilke indsatser der kan gøres. Derved kan en ubehagelig psykisk tilstand, som sorg unægteligt kan være, derfor blive potentiel patologisk, da den står i vejen for den kontinuerlige optimering af individets psykiske sundhed. Altså kan sundhedsfremme være med til at etablere et ønske om behandling af uønskede psykiske tilstande i jagten på at opnå fuldstændig sundhed. Dette behov for at kunne behandle al menneskelig lidelse vil blive yderligere uddybet i afsnittet om *diagnosekultur*.

Diagnosekultur

Brinkmann og Petersen (2015) har sammen foretaget nogle betragtninger, som de kalder for diagnosekulturen.

Diagnosekulturen er kendetegnet ved, at en særlig psykiatrisk logik hersker i samfundet, hvorved de psykiatriske diagnoser og kategorier ikke alene anvendes af fagfolk, men også anvendes af den bredere befolkning til at beskrive både menneskelig lidelse, afvigelse, excentricitet og mere generelle livsproblemer. I forlængelse heraf har det psykiatriske sprog spredt sig til andre domæner i samfundet såsom erhvervslivet, det pædagogiske felt og privatlivet. Ligeledes anvendes det samme sprog også på internettet, og inden for film og massemedierne. Derfor har det psykiatriske sprog også medført en nedtoning af andre lidelsessprog som eksempelvis det religiøse (Petersen 2015:59). Videre hævder de også, at psykiatriske diagnoser ikke længere blot er diagnoser for psykiske lidelser, men at de anvendes som '[...]ordensskabende rammer, som klassificerer og udsondrer menneskelige karakteristika, der ikke fremtræder efterstræbelsesværdige - endsige ønskværdige i samtiden' (ibid:68). Altså tjener psykiatriske diagnoser ikke alene at klassificere psykiske lidelser, men også til at udpege og - derefter forsøge at bekæmpe - karaktertræk som ikke anses som attraktive i det pågældende samfund.

Den psykiatriske logik medfører også en formulering af individets problemer i et mere professionelt sprog, hvilket harmonerer med neoliberalismen, hvor individet bliver *proto-professional*. Dette medfører, at individet formulerer og forstår sine problemer i et professionelt sprog for derefter at opsøge hjælp til samme problemer i et professionelt domæne, der anvender dette sprog. I et nutidigt sekulariseret samfund er tanken derfor, at den efterladte vil anvende mere psykiatriske termer til at italesætte sin lidelse, ligesom det også er mest nærliggende at henvende sig til enten det psykiatriske eller psykologiske domæne, når man oplever psykisk lidelse. Ligeledes vil det også være plausibelt at antage, at ikke alene den efterladte men også dennes omgangskreds kan være tilbøjelige til at formulere oplevelsen af den efterladtes sorg i et psykiatrisk sprog. Eksempelvis ved at påpege at den efterladte virker depressiv. Det er derfor ikke overraskende, at de sundhedsprofessionelle har efterlyst en sorgdiagnose (jf. afsnittet om eksisterende forskning), da det er blevet deres opgave at levere en løsning på den psykiske lidelse, som sorg kan udgøre. Ligesom det ikke er overraskende, at de efterladte selv opsøger det domæne, som i deres optik håndterer psykisk lidelse for at finde en løsning på sorgen.

Som nævnt ved afsnittet om neoliberalisme er det ideelle individ i det neoliberale samfund en forbruger, som tilstræber personlig lykke gennem selvrealisering. Det er derfor ikke ønskeligt, at være forhindret i at forbruge eller realisere sig selv. Når der ses på symptomerne for KS i problemfeltet (jf. bilag 2), ses det derfor også, at stort set alle elementer forhindrer den efterladte i at opnå personlig lykke. Som nævnt hjælper diagnoser også med at udsondre karakteristika som ikke er ønskelige, hvorfor det er muligt, at sorgdiagnosen bliver introduceret på nuværende tidspunkt, fordi den står i kontrast til den ideelle persontype. Sorg kan nu engang defineres som

[...]en knugende følelse, som ofte fysisk manifesterer sig ved gråd og som for den sørgende kan medføre andre følelser såsom afmagt, savn, skyld' (jf. problemfeltet) - altså kort sagt en ubehagelig psykisk følelse, hvorfor det virker ønskeligt at udrydde følelsen i et samfund, der er centreret omkring at maksimere sin personlige lykke.

At den psykiatriske logik er fremherskende, ses også ved fremvæksten af psykiatriske diagnoser. Således var der 106 psykiske lidelser i DSM i 1952, og i den seneste udgave af DSM var der oplistet over 400 lidelser (Petersen 2015:60). Disse diagnoser tjener ikke alene til at diagnosticere psykisk lidelse, men anvendes også i en række andre sociale praksisser, eksempelvis uddannelsessystemet eller kontanthjælpssystemet. Derved er diagnoser både anvendelige for det enkelte individ i forhold til at skabe mening i sin egen hverdag, de er anvendelige for institutioner i forhold til behandling og andre former for interventioner, og de er også anvendelige i en større samfundsmæssig kontekst, hvor de fungerer som basis for tildeling af midler inden for forskellige sektorer (Brinkmann & Petersen 2015:341).

Eksempelvis uddannelsesområdet eller det socialrådgivende domæne kan tildele flere ressourcer, eller levere et helt andet forløb, såfremt en elev eller klient har en psykiatrisk diagnose. Denne idé om at en diagnose genererer flere ressourcer, er som udgangspunkt forståelig, problematikken synes mere at bestå i, at det modsatte også bliver tilfældet. Således er det besværligt at bede om flere ressourcer, eller anden form for hjælp, hvis ikke man har en diagnose. Dette har også medført, at efterladte har været ringere stillet end folk med en psykiatrisk diagnose i forhold til at få orlov fra arbejde eller uddannelse, sygedagpenge eller psykologhjælp. Der kan altså argumenteres for, at diagnosekulturen også har medført en forestilling om at psykiske lidelser, der ikke kan diagnosticeres, ikke er reelle lidelser, hvilket har etableret et behov for en sorgdiagnose, således at sorg (igen) kan blive en legitim lidelse.

Behovet for sorgdiagnosen kan muligvis også forklares med den tidligere tabuisering af sorg, der har medført, at man ikke talte om sorg og derfor heller ikke sorghåndtering (jf. problemfeltet). En diagnose vil derfor kunne bidrage med en form for normativitet omkring sorghåndtering, hvor der etableres en fælles forståelse for, hvor længe sorgen varer, symptomerne på sorg, og ikke mindst hvordan den skal håndteres og af hvem. Sagt med andre ord vil sorgdiagnosen kunne bidrage med at skabe orden i uorden, hvilket netop er én af diagnosernes funktion i diagnosekulturen

Et af de mere problematiske aspekter ved diagnosekulturen er, at de psykiatriske diagnoser ikke bliver diagnosticeret på baggrund af en mere objektiv vurdering som eksempelvis en hjernescanning der kan vise et nedsat serotonin-niveau, hvorefter patienten bliver diagnosticeret med en depression. Tværtimod findes der faktisk ikke nogen biomarkør for nogen af de eksisterende psykiatriske diagnoser, hvorfor diagnosticeringen i stedet sker ved optælling af

symptomer (Rose 2015:17ff). Diagnoserne har derfor mere karakter af at være socialt konstrueret end biologisk funderet, hvilket medfører en række problematikker i forhold til hvem der så har bestemmelsesretten over hvad der må defineres som henholdsvis normalt og patologisk.

I forhold til sorgdiagnosen har det tidligere været afprøvet, om KS var relateret til at efterladte viste udslag i belønningscenteret, når de tænkte på den afdøde (O'Connor et al 2008). Imidlertid synes sorgforskere at have bevæget sig væk fra denne hypotese i deres forskning. I stedet synes KS at være en af de psykiatriske diagnoser, hvor man vil acceptere at ætiologien består af en nærtståendes dødsfald, og derefter 'blot' forholde sig til at symptombehandle. Hvad der anses som henholdsvis normal og KS synes derfor mere at lade sig bero på en social konstruktion af hvilken sorg, der er socialt acceptabelt.

Altså kan der argumenteres for, at den nuværende sygdomsopfattelse for psykiske lidelser i diagnosekulturen, hvor ingen psykisk lidelse har en biomarkør, og i stedet mere synes at lade sig basere på en social konstruktion af hvad der er normalt og patologisk, har bidraget til at KS, som ikke forventes at kunne opspores biologisk, kan blive betragtet som en psykisk lidelse.

Et andet aspekt ved diagnosekulturen er, at sociale og strukturelle årsager til psykisk lidelse bliver negligeret. Dette ses eksempelvis, hvis en person er underlagt særligt stressende arbejdskrav, og herefter diagnosticeres med stress. Derved bliver individet gjort til 'genstand' for behandling i stedet for at blikket rettes mod arbejdspladsen og dennes miljø. Eller hvis et individ føler det umuligt at leve op til samtidens krav om præstation og selvoptimering og i forlængelse heraf bliver diagnosticeret med en depression, i stedet for at der stilles spørgsmål til hvorvidt samfundet er blevet for præstationsfokuseret (Petersen 2015:75ff).

Der kan argumenteres for, at sorgdiagnosen skal dække over et samfund som er blevet så individualiseret og selvansvarliggjort, at det ikke længere anses som nødvendigt at hjælpe andre. Dette skal i stedet udliciteres til professionelle. Dette bliver måske særligt tydeligt, når man sammenligner sorgens funktion fra forrige tider, hvor den blev anvendt til at styrke fællesskabet. Ligeledes kan sorgdiagnosen også ses som et udtryk for et samfund, hvor forbrugerismen og selvrealiseringen er kommet så meget i centrum, at alle tilstande der forhindrer individet i at deltage heri, er en uønsket tilstand, som bør kunne behandles. Endeligt kan sorgdiagnosen også argumenteres for at skulle dække over en form for normativt vakuum, som eksisterer omkring sorg, efter at samfundet er blevet sekulariseret og sorgen har været tabuiseret. Altså er tanken, at det er nemmere at indføre en diagnose og dermed indirekte skabe normativitet omkring 'korrekt' sorg end det er at ændre hele samfundets forståelse og håndtering af sorg.

Empiri

Empirien udgøres i dette speciale af 15 artikler, der alle er publiceret i danske, landsdækkende massemedier og alle indeholdte ordene 'kompliceret sorg' - stavet præcist sådan - ved en søgning på Infomedia. Massemedier skal her forstås som medier, der er landsdækkende og er tiltænkt den brede befolkning. Herved afgrænses der fra at inddrage artikler fra faglitteratur og lignende.

Formålet med at anvende massemedier er et ønske om at analysere, hvorledes KS bliver omtalt over for en så bred del af befolkningen som muligt.

Empirien er indsamlet fra januar 1975 og frem til 28. februar 2018. Der er tilstræbt at gå så langt tilbage som muligt, men Infomedias søgedatabase tillader ikke artikler fra før 1975. Første danske artikel som nævner KS er skrevet i 1995, hvor ordvalget synes at være tilfældigt i forbindelse med en journalists beskrivelse af en fiktiv persons sorg i en roman. Dernæst forekommer ordet igen i 2005 i en mere videnskabelig sammenhæng. Jeg formoder derfor ikke at være afskåret fra væsentlige tekster ved den nedre tidsmæssige afgrænsning. Den øvre tidsmæssige afgrænsning kan i sagens natur have medført, at der efter empiriindsamlingen er fremkommet andre tekster som også indeholder begrebet 'kompliceret sorg' og er relevante i forhold til specialet. Det er dog ikke muligt at omgå, da der naturligvis også skal være en tidsmæssig afgrænsning for empirien. Der er tilstræbt at indsamle to artikler fra hvert år; én der taler *for* anskuelsen af KS som sygdom eller diagnose, og en der taler *imod* samme. Jeg er naturligvis bevidst om, at 15 artikler i en tidsperiode på over 13 år ingenlunde kan indfange alle perspektiver på KS, men jeg har alligevel tilstræbt at få et så nuanceret syn på debatten inden for de rammesætninger som specialet tillader. Det er dog værd at være bevidst om den selektive udvælgelse som jeg har foretaget. Således formoder jeg, at valget af massemedier muligvis afskærer mig fra en mere faktuel og videnskabelig fremstilling af KS, som det formodes at debatten fremtræder i mere fagligt orienteret medier. Da jeg ønsker at beskæftige mig med hvorledes fænomenet bliver præsenteret over for den brede del af befolkningen, er det dog en nødvendig afgrænsning.

Udvælgelsen af kun to artikler fra hvert år også afskærer mig fra en del synspunkter, hvilket videre påvirker validiteten. Således er det ikke utænkeligt, at udvælgelsen af andre artikler ville medføre en anden besvarelse af problemformuleringen. Denne problematik er dog forsøgt imødegået ved at udvælge artikler der opponerer mod hinanden, således at omtalen af KS bliver så nuanceret som muligt. Disse afgrænsninger harmonerer dog stadig med socialkonstruktionismens præmis om, at al viden kun udgør én ud af mange repræsentationer (Jørgensen og Phillips 1999:32). I forlængelse heraf er det også værd at bemærke, at det ikke har været muligt at indsamle to artikler fra alle årtier ud fra udvælgelseskriterierne, navnlig kriteriet om at hvis en artikel er for diagnosen, eller at anskue KS som sygdom, skal den anden være imod. Dette synes at kunne

begrundes med, at psykolog Mai-Britt Guldin for alvor introducerede fænomenet, i en dansk kontekst, i forbindelse med sin afhandling i 2012, hvorfor fænomenet eller, synonymt for dette, ikke er blevet anvendt regelmæssigt i massemedierne før.

Det er derfor værd at bemærke, at der er en overvægt af artikler som tale for at anskue KS som enten sygdom eller diagnose. Dette synes dog ikke at svække validiteten, da der netop er tilstræbt at indsamle lige mange for/imod tekster, og at der er overvægt af tekster, der taler for diagnosen/sygdommen, synes derfor blot at repræsentere hvorledes KS reelt bliver omtalt i danske massemedier, og skævrider derfor ikke resultaterne. Herudover varierer artiklerne en del i længde. Dette synes at kunne begrundes med, hvor aktuelt KS var i samfundet ved udgivelsestidspunktet samt mediets egen fremstillingsform. I forhold til specialet betyder det, at nogle artikler er fyldt med argumenter – også fra flere forskellige fagpersoner – mens andre består af færre og mindre velargumenteret argumenter. Dette anses som at være konsekvensen ved at anvende forskellige massemedier som empirigrundlag. Der er en oversigt over artiklerne i bilag 3. Derudover er samtlige artikler vedlagt som elektronisk bilag.

Analyse

Analyselstrategi

Til at besvare anden del af problemformuleringen vil jeg, som nævnt ved metodeafsnittet, anvende Faircloughs KDA. I dette speciale defineres diskursorden som et afgrænset diskursivt felt med egne forståelser, logikker og praksisser, hvorfor man kan tale om forskellige diskursordener, såsom en diskursorden for spiseforstyrrelser, en diskursorden for uddannelsessystemet osv. KS udgør derfor diskursordenen i dette speciale (jf. metodeafsnittet).

En diskursorden består af underliggende diskurstyper, som kæmper en hegemonisk kamp om at blive den dominerende inden for diskursordenen. Det er derfor specialets opgave at identificere, hvilke diskurstyper der eksisterer inden for KS, samt hvilke diskurser der anvendes til at omtale argumenterne for en given diskurstypes sejr i den hegemoniske kamp. Sejren består i retten til at definere sandheden, forstået som den gældende og accepterede viden (jf. metodeafsnittet). Igen er det værd at bemærke, at jeg naturligvis ikke hævder at kunne redegøre for samtlige diskurstyper, der eksisterer omkring KS. Jeg kan kun argumentere for de diskurstyper, som fremkommer ved gennemlæsning af den udvalgte empiri. Dette harmonerer som tidligere nævnt med den valgte videnskabsteori – socialkonstruktionisme – som netop hævder, at al viden kun er én repræsentation af virkeligheden (jf. metodeafsnittet).

Teksterne var på forhånd udvalgte efter, at de skulle repræsentere enten en for eller imod- stilling til sorgdiagnosen. Derfor havde jeg på forhånd inddelt teksterne efter, hvorvidt de syntes at kunne repræsentere en form for positiv eller negativ tilgang til sorgdiagnosen (jf. empiriafsnittet).

Ved en gennemlæsning var det tydeligt, at der ikke var belæg for udelukkende at lave en for/mod diagnosen-opdeling af empirien, da nogle af teksterne slet ikke berørte diagnoseaspektet ved KS. I stedet syntes der mere at være belæg for at inddele empirien efter, hvilke tekster der henholdsvis anså KS som en form for sygdom, dem der anså KS som noget der bør diagnosticeres, og endeligt de der mere anså KS som et livsvilkår. Deraf udsprang de tre diskurstyper; *Livsvilkår*, *Sygdom* og *Diagnose*.

Derefter nærlæste jeg igen teksterne og tog stilling til hvordan KS blev italesat på et mere tekstnært niveau. Logistisk har jeg ladet den lingvistiske analysedel og diskursive praksis været sammenblandet. Derfor anvendes analyseredskaberne, hvor disse vurderes relevante i forhold til udsagnet. Dette vurderer jeg, er metodisk forsvarligt i forhold til problemformuleringen, som ikke fordrer en stringent lingvistisk gennemgang af udsagnene, men derimod har et mere samfundsvidenskabeligt sigte som er mere beskæftiget med meningen i udsagnene end formen på disse.

Min konkrete fremgangsmåde i forhold til analysen var følgende:

1. Læs teksten
2. a) Hvilken genre er teksten?
b) Hvilke videns- og betydningssystemer tillader det tekstproducenten at trække på?
3. Hvilken form for intertekstualitet bliver anvendt?
b) Hvordan kommer dette til udtryk?
4. a) Hvilke modaliteter bliver der anvendt i udsagnet?
b) Hvad betyder det for udsagnets troværdighed?
5. Anvendes der udsagnskraft til at fremstille en social relation, hvor den udtalende forsøger at påvirke læseren?
6. Forekommer der agency, hvor sorgen gøres til agenten for én eller flere handlinger?
7. a) Er der manglende kohærens?
b) Hvad betyder det for udsagnets troværdighed?

Efter gennemlæsningen tog jeg stilling til, hvilken genre teksten var og hvilke videns- og betydningssystemer det tillod teksten at trække på. Eksempelvis anvendtes der ofte udtalelser fra fagpersoner, hvorved fagpersonerne har mulighed for at trække på det videnssystem som de, i

kraft af deres viden og stilling, bliver tillagt. For at undgå unødvendig gentagelse igennem analyseafsnittet vil jeg blot nævne kort, hvis journalisten selv har inddraget fagpersoner. Journalistens formål med at inddrage fagpersoner i teksterne, er at fagpersonerne besidder en større viden omkring sorg, som journalisten så kan bruge til at få sin tekst til at fremstå mere troværdig og autoritativ. Ligeledes vil jeg også blot nævne kort, hvis forfatteren selv er en fagperson. Samme logik kan appliceres i disse tilfælde, hvor fagpersonen kan trække på det videnssystem, som er tillagt denne i kraft af hans/hendes uddannelse og stilling.

Derefter forholdte jeg mig til, om der forekom intertekstualitet i teksten. Her var jeg særligt interesseret i, om der forekom interdiskursivitet, altså om der anvendtes en diskurs fra en anden diskursorden til at omtale KS. Hvis jeg mente, at et udsagn indebar et element af interdiskursivitet, markerede jeg *hvilken* diskurs der anvendtes - eksempelvis en psykiatrisk. Herefter tog jeg stilling til *hvordan* interdiskursiviteten kom til udtryk, hvilket typisk var gennem ordvalg eller anvendelse af metaforer.

Derefter analyserede jeg, hvilke modaliteter der blev anvendt i udsagnet og hvad det videre betød for udsagnets troværdighed. Her viste det sig dog, at tekstproducenterne som udgangspunkt udviste en høj grad af affinitet til deres udsagn. Umiddelbart synes den høje grad af affinitet til udsagnene til dels at kunne begrundes med, at jeg udelukkende beskæftiger mig med skriftlige fremstillinger, hvor tekstproducenterne har haft mulighed for at grundigt overveje, hvorledes disse fremstiller sine udsagn. I analysen er udgangspunktet derfor, at tekstproducenten udviser en høj grad af affinitet til sine udsagn, hvilket kommer til udtryk ved at denne udtrykker sig i nutid samt uden forbehold eller tvivl til sit udsagn. Hvis der afviges herfra, påpeger jeg det og analyserer hvad det betyder for udsagnets troværdighed.

Herefter tog jeg også stilling til, om udsagnet indeholdt nogen form for udsagnskraft i form af at fremstille en social relation, hvor den udtalende forsøgte at påvirke fortolkeren gennem eksempelvis at advare eller spørge fortolkeren.

Endeligt tog jeg også stilling til, om der manglede kohærens i enten udsagnet eller teksten, og hvad det så betød for troværdigheden. Således har jeg modsætningsvis ikke markeret, hvis der har været kohærens i udsagnet eller den overordnede tekst, da tanken er at tekstproducenten som udgangspunkt stræber efter at producere en kohærent tekst. Dette formodes igen at kunne delvis begrundes med, at jeg kun beskæftiger mig med skriftlige fremstillinger, hvor tekstproducenten har mulighed for at gennemgå sit materiale og sikrer dets kohærens inden udgivelse.

Endeligt har jeg placeret de analyserede citater i kronologisk rækkefølge under de respektive diskurstyper, således er det muligt at se den kronologiske udvikling af omtalen af KS inden for den pågældende diskurstype.

Livsvilkår

Denne diskurstype argumenter for, at sorg, uanset varighed og intensitet, er et livsvilkår, som kan kræve hjælp, men som ikke bør overgå til det psykiatriske regi.

Artiklen *Livet uden Lena* er fra 2014, og er en blanding af et portræt af Carsten Bruun, som i sen alder mistede sin hustru til kræft, og så et mere fagligt interview med sygeplejerske og projektleder på forskningsstudie omkring ældre efterladte, Jorit Tellervo. Derved sker der en genreblanding, hvor Carsten Bruuns personlige historie bliver blandet med Tellervos faglige viden. Altså bliver der appelleret til både det faglige og emotionelle aspekt af debatten omkring KS. Portrættet centrerer sig omkring, hvordan Carsten Bruun endte i dyb sorg over sin hustrus død, men kom videre. Carsten Bruun ville ikke modtage psykologhjælp, og akkrediterer selv sin sorghåndtering til sine nære venner, der selv har oplevet at miste, og så sin religiøse overbevisning. Artiklen er skrevet af en tredje person, hvorfor der er mulighed for, at de interviewedes egentlige mening bliver fordrejet eller på anden vis ændret.

I artiklen udtaler Tellervo:

'Vi taler om at 'komme videre' og 'komme over det'. Men sorg er ikke noget, der skal overstås. Det er noget, man skal lære at leve med resten af livet. Og hvor man tidligere troede, at man skulle igennem et vist antal faser, ved vi i dag, at sorgen fortsætter resten af livet. Den føles måske meget intenst det første år, og så tilpasser de fleste sig det forandrede liv og længslen efter afdøde' (Vaaben 2014:15)

Her tager Tellervo altså afstand fra, at sorg skal overstås og dermed også afstand fra diskurstypen hvor sorg anses som en sygdom. Hun anvender intertekstualitet, når hun tager afstand til alle faseteorierne inden for sorgpsykologien, som mener at sorgen *skal* igennem et givent antal faser eller opgaver for at kunne blive bearbejdet. I stedet tilslutter hun sig et nyere syn på sorg, hvor der efterlades plads til at sorg bliver et iboende element af den sorgramte (Guldin 2010:171). I samme tekst udtaler Tellervo senere, at:

'Naturligvis skal man være opmærksom, hvis sorgen ikke aftager, eller hvis den forhindrer den efterladte i at leve livet eller være sammen med andre mennesker, understreger Jorit Tellervo. Det kaldes "kompliceret sorg", og så skal der intensiv hjælp til' (Vaaben 2014:15).

Tellervo nævner her KS, men pointerer også at dette kræver *intensiv hjælp*. Dette ordvalg synes ikke at være tilfældigt, da intensiv *hjælp* kan foregå inden for forskellige regi, og ikke nødvendigvis det psykiatriske domæne. Tellervo er også udelukkende fokuseret på de konsekvenser, som KS kan have for den efterladte selv, og ikke de mere samfundsrelaterede konsekvenser, såsom tabt arbejdsevne eller ophør af uddannelse.

Artiklen *Skal sorg være en diagnose?* fra 2015 er skrevet af journalist Kasper Schütt-Jensen, hvor han inddrager praktiserende psykolog Anette Dam Lorenzen og så direktør ved Børn, Unge og Sorg Preben Engelbrekt. Artiklen er derfor journalistens blanding af begges opponerende holdninger til sorgdiagnosen. I artiklen udtaler Lorenzen følgende:

'Sorg er en naturlig følelse, når man ikke kan komme af med den kærlighed, som man har til et mistet menneske. Der er ikke nogen rigtig eller forkert måde at sørge på, og derfor giver det ikke mening at tale om at diagnosticere sorger, hvis man eksempelvis oplever savn og længsel efter seks måneder og derfor har nedsat funktionsevne. Nogle har brug for mere tid' (Schütt-Jensen:3).

Lorenzen trækker på en eksistentiaalistisk diskurs om, at sorg er kærlighedens pris og et livsvilkår. Ligeledes anvender hun også intertekstualitet, hvor hun henviser til den igangværende debat om hvorvidt sorg bør diagnosticeres, mere specifikt tager hun afstand til henholdsvis seks måneders-kravet og nedsat funktionskravet i diagnoseforslaget (jf. bilag 2).

Det virker bevidst, at Lorenzen konsekvent undgår at nævne KS. Modsat Tellervo anerkender hun altså ikke eksistensen af denne, men mener i stedet at al sorg manifesterer sig relativt individualiseret, hvorfor det ikke er muligt at trække en grænse mellem 'normal' og 'kompliceret' sorg.

Sognepræst Kathrine Lilleør har skrevet blogindlægget *Sorg som sygdom* fra 2016. Teksten er udelukkende udtryk for Lilleørs egen holdning, da der tilsyneladende ikke er nogen anden tekstproducent, som har medvirket i produktionen af blogindlægget
I blogindlægget skriver Lilleør følgende:

'For at sygeliggøre sorg er nogenlunde det mest ukærlige, man kan gøre overfor den sørgende, der ikke alene skal bære sin sorg, men nu også skal høre, at sorgen kan gøre syg. Men sorg er kærlighedens lykkelige pris. Sorg skal derfor ikke forebygges. Sorg skal planlægges. Jo mere sorg i vente, jo bedre. Ved at du og jeg lige nu griber ud efter dem, vi elsker, så er vi helt sikre på, at sorgen vil blive uoverskuelig den dag, vi mister hinanden' (Lilleør 2016:1).

Her trækker Lilleør også på en eksistentiaalistisk diskurs om, at sorg er kærlighedens pris og et livsvilkår. Det er lidt tvetydigt, hvad Lilleør mener med 'at sygeliggøre sorg er nogenlunde det mest ukærlige, man kan gøre overfor den sørgende'. Således kan der argumenteres for, at hun tager afstand til en sundhedsfremmende diskurs, hvor individet har ansvaret for sin egen sundhed, og derfor, ved en sorgdiagnose, vil blive pålagt et ansvar for at monitorere egen sorg. Ligeledes kan der også argumenteres for, at hun mener at en sorgdiagnose medfører et normativt ideal for sorgens intensitet og varighed, hvilket er en ukærlig gerning over for den sørgende, der i så fald kan blive udsat for social kontrol i forhold til håndteringen af sin sorg. Citatet er den sidste del af blogindlægget, hvor hun indtil da har været stærkt ironisk over for Sundhedsstyrelsen og særligt dennes økonomiske bidrag til etableringen af det nuværende Nationale Sorgcenter. Hendes blogindlæg er derfor et intertekstuel modsvar til Sundhedsstyrelsens beslutning. Tidligere i teksten angriber Lilleør også sorgdiagnosens symptomer:

'I heftet -Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge- beskriver Sundhedsstyrelsen fem markører for pårørende, sundhedspersonale skal være særlig opmærksomme på, for her er der fare for at udvikle kompliceret sorg efter et dødsfald. Let forkortet skal man være opmærksom på følgende symptomer: Den pårørende har overinvolveret sig i afdødes lange sygdomsforløb; har manglet tid til at forberede sig på dødsfaldet; mangler støtte fra sit netværk; har nu eller tidligere været udsat for stressfyldte livsbegivenheder; har et afhængighedsforhold til afdøde; eller havde et tilknytningsproblem med afdøde; bærer på separationsangst eller har haft kontrollerende forældre i barndommen. Som horoskoper i et dameblad rammer de fem definitioner ikke bare mig, men alle jeg kender. I fare for at udvikle kompliceret sorg, er enhver, der kan stave til far og mor' (ibid)

Her anvender Lilleør intertekstualitet, hvor der anlægges en ironisk distance til de oplyste symptomer på at være i risiko for at udvikle KS. Hun sidestiller symptomerne med horoskoper i et dameblad, altså astrologien, som mange mener er en pseudovidenskab (Bourque 2008). Derfor kan der argumenteres for, at Lilleør forsøger at sidestille den eksisterende sorgforsknings resultater med pseudovidenskabelige resultater, for derved at nedgøre validiteten af forskningen.

Sceneinstruktør og forfatter Katrine Wiedemann udtalt sig om KS i klummen *Sorg er et hav, og terapi et lille håndklæde* fra 2017. Siden der er tale om en klumme, er der kun tale om Wiedemanns egen holdning, og der er ingen tegn på at hendes udsagn skulle være blevet modereret af en anden tekstproducent. Wiedemann kan, grundet sin stilling som sceneinstruktør

og forfatter, ikke anvende samme videnssystem til at højne sin troværdighed, som de andre citerede under denne diskurstype. Wiedemann får derfor mere karakter af at være lægmand, hvor hun ikke har fagligt belæg for at udtale sig om KS.

I klummen skriver Wiedemann følgende:

‘Sorg som en diagnose klinger mærkeligt. Hvad tror man om livet? Måske en diagnose kan være en hjælp til den enkelte, men hvad betyder det for en kultur at udsende et signal om, at fundamentale livsvilkår kan gå over ved den rette hjælp? Diagnosen vil hjælpe dem, som ikke kommer sig mærkbart efter en relativ kort tid. Men hvem kan definere grænser for, hvor længe man må lide? Er det folk, der selv har været igennem samme sorg? Og hvis ekspertpanelet ved, hvad de taler om, er ethvert sorgforløb så ikke netop individuelt og følger sit eget mønster? Er døden - og i øvrigt også kærligheden - ikke netop kendetegnet ved at være et fælles vilkår for os alle, men enestående for den enkelte? Er det ikke lidt DJØF-agtigt at lave skemaer for menneskelig lidelse? WHO's diagnose skal være en hjælp til den sorgramte. Den skal samle de svage op og hjælpe dem på benene igen, så de kan stavre tilbage i samfundet’ (Wiedemann 2017:13).

Altså anvender hun en eksistentielistisk diskurs, hvor hun nævner død, kærlighed og sorg som livsvilkår for alle, der dog udspiller sig individuelt, hvorfor hun også videre tager afstand fra at sorg kan gradbøjes meningsfuldt. Mere konkret skaber hun en ironisk distance til ideen om en sorgdiagnose ved at spørge læseren om det ikke er *‘lidt DJØF-agtigt at lave skemaer for menneskelig lidelse?’* Her anvender hun intertekstualitet fra en igangværende debat i det danske samfund omkring DJØFs magt og metoder til styring, som ifølge nogen er kendetegnet ved at DJØF gerne vil systematisere alting (Degn 2018). Videre skriver Wiedemann at:

‘WHO's diagnose synes mere at handle om mørklægning. Det handler om at få sorgen til at gå væk, eller i hvert fald at blive usynlig. Denne sympatiske hjælp fra statens side træder nemlig først ind senere. Den er der ikke i den første tid. Da er du alene.

Risikerer man ikke, at den sørgende bliver mere isoleret og får skylden for sin egen sorg? Kan diagnosen være en utilsigtet, men tidstypisk måde at marginalisere og udstøde dem på, som ikke bidrager? Og kan diagnosen være udtryk for et forbrugersamfund, hvor tab er tabuiseret, hvor intet er designet til at vare, men til at være ubrugeligt efter en kort årrække, hvilket smitter af på vores menneskelige forhold? Sorg giver ikke mening, den kan være et handicap, der forhindrer os i at have livsnødvendige åbenhed over for de bestandigt nye muligheder, livet byder på? WHO's sorgdiagnose siges at handle om helbredelse, men hvad hvis sorgen ikke er en sygdom, men det

modsatte? Hvad hvis den indeholder gaver? Hvad hvis sorgen er kærlighed i sin mest brutale form? Hvad hvis dens radikalitet er dens skønhed? Ja, jeg ved godt det lyder flyvsk, men jeg spørger bare. For vi ved reelt ikke, hvad sorgen vil os, eller hvad kærligheden vil os. Sorgen er uden for pædagogisk rækkevidde' (ibid:13).

I det ovenstående udsagn anvender Wiedemann en neoliberalistisk diskurs, som hun stiller sig kritisk overfor, når hun spørger om den sørgende ikke får skylden for sin sorg ved introduktionen af en sorgdiagnose, ligesom hun taler om udstødelse af borgere, der ikke kan forbruge. Videre anvender hun også en eksistentielistisk diskurs, når hun nævner at sorg er *kærlighed i sin mest brutale form*. Dette bygger hun videre på ved at understrege, at sorg er *uden for pædagogisk rækkevidde*, hvilket kan fortolkes som at sorg netop ikke kan gradbøjes meningsfuldt, hvorfor en sorgdiagnose, ifølge Wiedemann, er irrationel.

I stedet nævner Wiedemann den manglende normativitet og tabuisering af død og sorg som den egentlige agent for de efterladtes mistrivsel:

'Men kunne det tænkes, at vi springer et led over? I primitive samfund, hvor døden er mere synlig og dårligere bekæmpet end i vores, findes ritualer til de efterladte. Der er sørgebeklædninger, grædekor, fællesskaber, hvor den sørgende inviteres ind. Den sørgende må ikke være alene, men skal netop inkluderes. Det handler om at gå ind i sorgen ved at dyrke den uhæmmet. Den skal være synlig, den skal frem i lyset' (ibid).

Derefter slutter hun klummen af med at skrive:

'Hvis sorg er et hav, så er psykoterapien et lille håndklæde, der skal duppe patienten. Livets dna er tab og uoprettelig skade. Man kommer sig aldrig over at være menneske. Man kan ikke selv bestemme, hvornår ens sorghistorie er til ende. Og hvis den aldrig ender, så lever man også med det. Det har mennesket altid gjort. Helbredelse er ikke altid mulig' (ibid)

Altså anvender hun her en eksistentielistisk diskurs, når hun nævner at *tab og uoprettelig skade er livets dna* og at *man aldrig kommer sig over at være menneske*. Altså mener hun, at sorg er en iboende del af livet, ligesom hun også nævner at man som menneske ikke kan kontrollere den, og derfor heller ikke altid kan komme sig over den.

Gennemgående for Wiedemanns klumme er, at hun ofte skaber en social relation til læseren ved at stille spørgsmål. Intentionen synes at være at få læseren til selv at tage stilling til KS i stedet for blot at påtage sig fagpersonernes holdning. Derved udviser hun også en mere moderat grad af

affinitet til sine udsagn, da hun ofte viger fra at tilslutte sig dem fuldstændigt ved at formulere sine holdninger som spørgsmål.

Dette kan muligvis skyldes Wiedemanns bevidsthed om at hun modargumenterer fagpersoner, hvorfor hun ved at formulere sig sine holdninger som spørgsmål, optræder mere ydmygt og som nævnt inviterer læseren til selv at tænke, hvorved hun ikke fremstiller sig selv som fagperson, men blot undrende lægmand, hvor hun er mere på niveau med den formodet gennemsnitlige læser af massemedier.

Opsummerende

Diskurstypen *Livsvilkår* strækker sig relativt kort tidsmæssigt - fra 2014 til 2017 - hvilket synes at forklare, hvorfor der ikke sker en bemærkelsesværdig udvikling i argumentationen. Den korte tidsperiode synes at skyldes, at det ikke har været journalistisk interessant at beskæftige sig med hvorvidt KS er et livsvilkår, da denne form for omtale mere synes, at være et modsvar på diskurstypen om KS som diagnose.

I den relativt korte tid som diskurstypen *Livsvilkår* synes at have eksisteret i den udvalgte empiri, er argumentationen omkring den gået fra at være mere informativ ved Tellervos citat i 2014 over til modstand over at opfatte KS som sygdom eller diagnose som set ved Lorenzen, Lilleør og Wiedemann. Den overvejende argumentationsform inden for denne diskurstype er at anvende en eksistentialistisk diskurs til at omtale (kompliceret) sorg som kærlighedens pris og et grundlæggende livsvilkår.

Tre af de fire citerede undlader at 'godtage' fænomenet KS og taler i stedet konsekvent om sorg uden at gradbøje denne. Deres manglende anvendelse af begrebet kan ses som en indirekte modvilje mod psykiatiseringen af sorg, da selve begrebet KS stammer fra den psykiatriske forskning i sorg (jf. eksisterende forskningsafsnittet). Tellervo godkender, som den eneste i diskurstypen, at KS eksisterer, men dog nævner hun intet om at det nødvendigvis fordrer psykiatrisk behandling.

Ligeledes afstår samtlige citerede fra at anvende ordet *behandling*. Behandling tilhører det medicinske domæne, hvorfor de citerede i stedet taler om at KS, eller bare sorg, hvis de afstår fra at omtale KS, kræver hjælp. Dette kan også fortolkes som en modvilje mod at lade fænomenet sorg - uanset graden - tilhøre det psykiatriske domæne.

I stedet for psykiatrisk behandling foreslår Tellervo intensiv hjælp og Lorenzen foreslår mere tid. Wiedemann bevæger sig derimod på et mere strukturelt niveau og mener i stedet, at samfundet skal aftabusere sorgen og få en vis normativitet omkring sorghåndtering som set ved mere

primitive samfund. På lige fod med Lilleør mener hun også, at sorg - uanset graden - er et livsvilkår, som ikke nødvendigvis 'går over'.

Sygdom

Denne diskurstype er kendetegnet ved, at der bliver argumenteret for, at KS bør anses som en sygdom, men dog ikke nødvendigvis en diagnose.

Første gang KS (som fænomen og ikke blot tilfældigt begreb jf. empiriafsnittet) nogensinde fremgår i et dansk massemedie er i 2005 i en artikel kaldet *Ny behandling af voldsom sorg*. Artiklen er skrevet af journalist Dorte Hansen, som har interviewet næstformand for Dansk Psykiatrisk Selskab og overlæge på Center for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital i Århus, Poul Videbech. Videbechs udtalelser er flettet ind i journalistens egen tekst, hvorfor det kan være svært at skelne mellem hvor Videbechs egen holdning og så journalistens subjektive fortolkning starter og slutter. Journalistens intention med at skrive på denne måde kan være, at hun derved opnår mere troværdighed og autoritet i sine udsagn.

I artiklen skriver journalisten følgende:

'Følelsen af sorg kan være så lammende for de efterladte, at det kan svært at fortsætte livet. En ny behandlingsmetode, bygget på psykoterapi, giver håb for de ti procent, der er hårdest ramt. Sorgen over at have mistet en, man holder af, fører hos omkring 10 procent af de efterladte til en form for patologisk, nærmest invaliderende, sorg, der minder meget om depression' (Hansen 2005:11).

Her forekommer der interdiskursivitet i kraft af den psykiatriske diskurs, som der anvendes i udsagnet, hvor sorg bliver omtalt som potentielt *lammende* og *nærmest invaliderende* ligesom det bliver omtalt, at der eksisterer en *behandlingsmetode*. Behandlingsmetoden er *psykoterapi* og der trækkes også paralleller til den allerede eksisterende psykisk lidelse depression. Journalisten gør også sorgen til agenten for alle den efterladdes symptomer, således at andre faktorer der kan have bidraget til den efterladdes tilstand overses.

Videre i samme artikel skriver journalisten også:

'En undersøgelse offentliggjort i det amerikanske medicinske tidsskrift »Journal of the American Medical Association,« viser at den nye metode, kaldet »complicated grief treatment« - behandling af kompliceret sorg – hjælper hele 51 procent af sorgpatienterne. Og metoden hjælper ikke blot

flere, men virker også hurtigere, end den gængse behandling, viser undersøgelsen fra University of Pittsburgh' (ibid).

Her forekommer der altså intertekstualitet, hvor der henvises til et specifikt sorgforskningsforsøg. Der forekommer også interdiskursivitet, da der anvendes en psykiatrisk diskurs, når der tales om *behandling* som den nødvendige intervention overfor efterladte. Ligeledes omtales de efterladte også som *sorgpatienter*, hvilket understreger behovet for behandling.

Videre i samme artikel udtaler Videbech, at:

'[V]oldsom sorg især rammer personer, der har blandede følelser over for en afdød, fordi der er ting, man aldrig fik afklaret:

»Det kan så sætte sig som en patologisk sorg.«' (ibid).

Citatet er, som tidligere nævnt, en blanding af Videbechs udtalelse og så journalistens fortolkning, hvorfor Videbech ikke kan akkrediteres for hele udsagnet. Selve udsagnet er lidt forvirrende i dets kontekst. Videbech anvender ikke begrebet KS, men fortæller i stedet at *voldsom sorg* kan blive til *patologisk sorg* og at det overvejende rammer efterladte med blandede følelser over for afdøde. Altså forekommer der intertekstualitet, hvor han synes at trække på de mere freudiansk inspireret sorgteorier omkring undertrykkelse og forløsning af følelser, og han distancerer sig - bevidst eller ubevidst - fra det mere psykiatriske begreb KS, og vælger i stedet at kalde tilstanden for *patologisk sorg*, et begreb som, historisk set, har tilhørt det psykologiske domæne (Guldin 2010). Der synes dog overvejende at være en form for forvirring omkring hvad fænomenet KS egentligt omfatter i artiklen, hvilket viser sig i de skiftende navne både for fænomenet og for de efterladte. Dette går udover tekstens kohærens, og derved også tekstens samlede troværdighed. Det får Videbech og journalisten til at fremstå uklar omkring, hvad KS egentligt er.

Næste artikel er fra 2008 og hedder *Afhængig af sorg*. Artiklen er skrevet af journalist Camilla Kragh, som inddrager cand.psyk. og psykologisk konsulent Margrethe Brun Hansen. Som også set ved foregående artikel blander journalisten også fagpersonens udtalelser og egne subjektive fortolkninger sammen, hvilket igen formodes at give journalisten mere troværdighed og autoritet, end hvis hun alene forfattede artiklen. I artiklen skriver journalisten:

'Afhængigheden bunder i, at hjernen hos dem, som fastholdes i sorgen, udskiller belønningssignaler, når de tænker på dem, de har mistet. De belønningssignaler er ifølge

undersøgelsen de samme som den, vi oplever, når vi føler glæde ved samvær med folk, vi holder af' (Kragh 2008:18).

Citatet indeholder interdiskursivitet, hvor der anvendes en neurobiologisk diskurs omkring hjernens belønningssignaler til at forklare, hvordan folk udvikler KS. Ligeledes anvendes der samtidig også en psykiatrisk diskurs, da afhængighed er en anerkendt diagnose i både DSM og ICD. Videre i samme artikel udtaler Brun Hansen, at:

'[...]det er yderst vigtigt, at folk ikke bliver i sorgen. Man har godt af at få et lille los bagi, ellers risikerer man at grave sig længere og længere ned, og så bliver det for alvor svært at komme op igen[...]' (ibid).

Her omtales sorg altså som den efterladdes eget ansvar, som denne selv kan fravælge og ikke bør blive for længe i. Altså synes Brun Hansen at trække på neoliberal diskurs omkring selvansvarliggørelse, hvor det bliver den efterladdes eget ansvar at håndtere sorgen, og hvis den efterladede ikke kan håndtere dette, kan det tilskrives den efterladdes manglende disciplin og forkerte valg.

Den næste tekst er også en artikel. Den er fra 2010 og hedder *Sorgen gør de efterladte syge*. Den er skrevet af en unavngiven journalist, som har interviewet fire fagpersoner og én politiker. I modsætning til de tidligere artikler er eksperterne mere direkte citerede, hvorfor det formodes at være deres faglige holdning og ikke journalistens subjektive fortolkning, der kommer udtryk i artiklen. Derved fremstår artiklen også mere faglig end hvis journalisten alene havde forfattet den. I artiklen skriver journalisten følgende:

'Hvert år rammer det 30.000 danskere så hårdt at miste et familiemedlem, at de har brug for behandling. Men sundhedsvæsnet opdager kun få af dem' (24timer.dk 2010).

Her forekommer der altså interdiskursivitet ved at anvende begreber, som anvendes på tværs af den medicinske diskursorden til at beskrive, hvorledes (kompliceret) sorg kræver *behandling* og at sundhedssystemet fejler i forhold til at *opdage* de behandlingskrævende sorgramte.

Videre i artiklen udtaler psykolog og ph.d-studerende Mai-Britt Guldin at:

'For de svageste betyder det, at de bliver sluppet ud i ingenting og kommer til at lide længere og risikerer en sygemelding' (ibid).

Her bliver journalistens udsagn, om en sygeliggørende sorg videre understøttet med en fagpersons udtalelse om, at det kan føre til en *sygemelding*. Udsagnet etablerer dermed også en social relation, hvor Guldin advarer mod, at det manglende fokus på sorg kan medføre sygemeldinger. Begrebet sygemelding er i sig selv interdiskursivt, da det - blandt andet - anvendes inden for både den medicinske diskursorden, som skal diagnosticere grunden til sygemeldingen, den socialrådgivende diskursorden, som anvender sygemeldingsbegrebet til at klassificere deres borgere, og også inden for den samfundsøkonomiske diskursordenen, da sygemeldinger potentielt kan være omkostningsfulde for samfundet.

Særligt den sidstnævnte diskursorden - den samfundsøkonomiske - synes at være relevant her, da journalisten senere refererer til direktør for Danske Patienter, Morten Freil, for at have udtalt, at sorgen kan gå ud over samfundet i form af tabt arbejdsevne:

'Der er kun få tilbud, og mange har svært ved selv at håndtere sorgen og føler sig svigtet. Vi risikerer, at de efterladte bliver patienter, når behandlingen af deres pårørende er afsluttet, fordi der ikke er fokus på deres sorg,' siger direktøren, som mener, at det går ud over både de efterlattes livskvalitet og samfundet i form af tabt arbejdsevne' (ibid).

Freil er dog ikke direkte citeret, og det er derfor svært at gennemskue hvor skillelinjen mellem Freils egentlige udtalelse og så journalistens fortolkning er. Freil understøtter i udsagnet også artiklens fremstilling af sorg som en potentiel sygdom, ved at trække på den medicinske diskursordens begreb *patienter*. Samtidig etableres der også en social relation, hvor Freil advarer mod konsekvenserne af ikke, at fokusere mere på sorg inden for sundhedsvæsenet, som for ham udgøres af nedsat livskvalitet for den efterladte og så - som nævnt - tabt arbejdsevne for samfundet.

Videre i artiklen udtaler projektleder ved Kræftens Bekæmpelse Annemarie Dencker også, at:

'Der skal tages vare på hele familien, og der er et kæmpe forebyggende potentiale i at opdage de pårørende, som er i risiko for at udvikle kompliceret sorg' (ibid).

Altså forekommer der også interdiskursivitet i dette citat, da Dencker anvender begreber fra den medicinske diskursorden, hvilket ses ved ordvalgene *forebyggende*, *opdage*, samt at være *i risiko for at udvikle*. Videre i artiklen understøtter psykolog ved Bispebjerg Hospital, Steen Peter Nielsen, også artiklens præmis:

'Det er mere graverende at miste nogen til cancer, end mange forestiller sig. Sorgen suger alle kræfter, og det tager lang tid at hele. Men fra de tusindvis af samtaler, jeg har haft med efterladte, hører jeg, hvor stort et tabu sorg er i deres netværk, og hvordan de ofte bliver mødt med en bemærkning om at komme videre' (ibid).

Her trækker Nielsen altså på den medicinske diskursorden, hvor han sammenligner sorg med en sygdom, der suger alle kræfter. Derudover anvender Nielsen også en metafor om *at hele*, hvor han trækker paralleller til en mere somatisk sygdomsopfattelse, som videre understøtter artiklens fremstilling om af sorg som sygdom.

Den næste tekst er *Mange efterladte sidder fast i dyb sorg* fra 2012. Denne tekst er også en artikel hvor en unavngiven journalist har inddraget fagpersoner.

I artiklen skriver journalisten følgende:

'Sorgen over at miste en livsledsager er så invaliderende for hver femte efterladte, at de har brug for særlig hjælp, viser ny forskning. De rammes af såkaldt "kompliceret sorg", hvor man isolerer sig fra venner og får problemer med at varetage sit arbejde[...]' (TV2/Nyhederne 2012).

Her forekommer der igen interdiskursivitet, da der trækkes på begreber fra den medicinske diskursorden, hvilket kommer til udtryk ved at KS beskrives som potentielt *invaliderende*, og som noget individet kan blive *ramt af*. Derved bliver KS fremstillet som en sygdom. Videre advarer journalisten også omkring de potentielle konsekvenser af at blive ramt af KS, hvilket er en personlig nedsættelse af livskvalitet i form af at isolere sig fra sine venner, og så en både personlig og samfundsmæssig konsekvens i form af tabt arbejdsevne. Her er det også værd at bemærke, at journalisten gør KS til agenten for isolationen. Isolationen bliver altså gjort til en følgevirkning af, eller symptom på, KS, hvorved andre grunde til at den efterladte er isoleret, bliver negligeret. Eksempelvis muligheden for, at det er isolationen der fører til KS. Videre i samme artikel citeres psykolog Mai-Britt Guldin:

'Min forskning viser, at for omkring 20 procent er den følelsesmæssige stress uændret et halvt år efter tabet. Og det er ikke en problemstilling, vi kan tillade os at overse, tilføjer hun. Derfor bør sundhedsprofessionelle vide mere om sorgreaktioner, så de hårdest ramte efterladte bliver fundet og hjulpet - for eksempel med psykologsamtaler og støtte fra praktiserende læge, lyder det. Man skal klæde de professionelle bedre på til at spotte de sorgramte, så vi udnytter ressourcerne mere hensigtsmæssigt, siger Mai-Britt Guldin' (ibid).

Her forekommer intertekstualitet i form af henvisninger til Guldins forskning, hvilket får udsagnet til at fremstå mere troværdigt, da det er baseret på forskning. Ligeledes forekommer der også interdiskursivitet, da Guldin anvender en psykiatrisk diskurs, når hun omtaler hjælpen til de efterladte, som for hende består af psykologsamtaler og støtte fra praktiserende læge. Ligeledes ændrer hun også ordvalg i citatet, således at *efterladte* bliver til *sorgramte*, hvilket lyder mere medicinsk, da det trækker paralleller til de øvrige sygdomme, som folk kan være ramt af. Endeligt nævner hun også, at de sundhedsprofessionelle har til opgave at *finde* de hårdest ramte efterladte, hvilket som nævnt er et begreb fra den medicinske diskursorden om at finde folk med en skjult sygdom i tide - eksempelvis ved diverse screeninger.

Den næste tekst er artiklen *Ældres sorg bør tages mere alvorligt* fra 2014, som er skrevet af journalist Jannie Iwankow Søgaard. Journalisten har inddraget fire fagpersoner i artiklen.

‘Ældre, der mister en ægtefælle, har øget risiko for at udvikle en kompliceret sorg med psykisk og social mistrivsel til følge og i værste tilfælde selvmordsadfærd.

Derfor er der ifølge flere eksperter, som Kristeligt Dagblad har talt med, behov for en ændring af tilgangen til ældre, der mister. En ny rapport fra Socialstyrelsen, "Kortlægning af kommunale indsatser til forebyggelse af selvmordsadfærd blandt ældre", bekræfter, at der er plads til forbedring i kommunalt regi' (Søgaard 2014:9)

Her forekommer der igen interdiskursivitet i form af anvendelsen af begreber fra den medicinske diskursorden. Dette ses ved at journalisten skriver, at ældre er i *øget risiko for at udvikle*. Videre skabes der også en social relation, hvor journalisten advarer mod konsekvenserne af KS, som i dette tilfælde er både *psykisk og social mistrivsel* og i yderste tilfælde selvmordsadfærd. Journalisten refererer også til unavngivne eksperter, hvorved hun trækker på det betydningssystem som er tiltænkt eksperter. Derved fremstår hendes udsagn mere overbevisende. Journalisten gør også KS til agenten for ældres psykiske og sociale mistrivsel - og i værste tilfælde selvmordsadfærd. Derved bliver kausaliteten også til, at KS medfører psykisk og social mistrivsel – og muligheden for det modsatte negligeres.

Den næste tekst er artiklen *Jeg følte, at verden fortsatte og jeg fulgte bare ikke med* fra 2015, som er skrevet af journalist Paul Sauer. Journalisten har inddraget to fagpersoner. Det mere særegne ved denne artikel er inddragelsen af en lægmand i kraft af Isabell Schultz, som har mistet sin mor til kræft. Derved bliver artiklen en blanding af både fagpersoner, en lægmand og journalisten.

Derved appellerer artiklen også både til det faglige og emotionelle aspekt ved omtalen af KS, da begrebet bliver personificeret gennem Isabell Schultz.

I artiklen skriver journalisten følgende:

'Isabell Schultz er langtfra den eneste dansker, som har prøvet at blive syg af sorg efter at have mistet en person, hun stod nær. Ud af de omkring 220.000 danskere, der hvert år rammes af sorg, rammes op mod 15.000 af kompliceret og vedvarende sorg, viser en ny undersøgelse fra Aarhus Universitet' (Sauer 2015:10).

Her forekommer der igen interdiskursivitet med begreber fra den medicinske diskursorden, når der skrives om at være *syg af sorg*, samt blive *ramt af sorg*. Derudover anvender journalisten intertekstualitet og henviser til Guldins ph.d.-afhandling (jf. problemfeltet), hvorved hans udsagn fremstår mere troværdigt, da det henviser til forskning. Videre i teksten udtaler Guldin følgende:

'Jeg plejer at sammenligne den normale sorg med et sår. Sår er til for at hele, efter at du er gået i stykker, og på den måde er sorg ikke nødvendigvis skidt i sig selv. Men den komplicerede sorg er mere som et betændt sår, som ikke heler af sig selv, men hvor der skal noget hjælp til for at komme videre' (ibid).

Her anvender hun en medicinsk diskurs til lave en metafor om KS, hvor hun sammenligner fænomenet med den somatiske tilstand, hvor en person har et *betændt sår*. Derved bliver der skabt en sammenligning af KS og en somatisk tilstand til at understrege KS' berettigelse som en selvstændig sygdom.

Opsummerende

Sygdom er den diskurstype, der strækker sig længst tidsmæssigt; fra første tekst i 2005 frem til sidste tekst i 2016. Historisk set er KS først blevet omtalt i danske massemedier, som en sygelig form for sorg, der kræver behandling, og hvor en ny behandlingsform har vist sig at være mere effektiv. Herefter bliver den omtalt som en afhængighedsskabende tilstand, som den efterladte skal sørge for ikke at forfalde til. Herefter synes der at være mere konsensus blandt de citerede om at omtale KS som en mere regulær sygdom, der på mikroniveau medfører at den efterladte får nedsat funktionsevne og livskvalitet, og som på makroniveau medfører tabt arbejdsevne eller ophør af uddannelse. Ligeledes bliver KS også sammenlignet med et behandlingskrævende betændt sår. Altså anvendes der overvejende flest begreber fra den medicinske diskursorden til at

omtale KS. Ligesom samtlige tekster, der understøtter diskurstypen, refererer til forskning. Derved bliver der også etableret en form for forståelse af KS som reel sygdom, og ikke blot livsvilkår. De forskellige citerede personer, og journalisterne, synes at skifte mellem hvilke ord, som de betegner både de efterladte og interventionen over for dem med. Ofte kaldes de blot for efterladte, men undertiden omtales de også som enten sorgpatienter eller potentielle patienter. Formålet med dette synes igen at være understregelsen af KS som en reel sygdom.

Mere tydeligt er det dog, når de citerede omtaler indsatsen der skal gøres for at 'screene' de efterladte for KS. Her anvendes der kontinuerligt ord og termer fra den medicinske diskursorden. Således bliver der talt om, at de efterladte er *i risiko for at udvikle*, eller blive *ramt af* KS og at man skal enten *opdage* eller *finde* de efterladte.

Diagnose

Denne diskurstype handler om, at KS skal gøres til en psykiatrisk diagnose. Diskurstypen har en del overlapninger med diskurstypen *Sygdom*, da den synes at være en form for videreudvikling af *Sygdom*. Den væsentligste sondring er, som tidligere nævnt, at diagnosebegrebet ikke bliver direkte nævnt ved sygdom.

Den første tekst er artiklen *Sorg kan være årsag til eksplosionsbrand* fra 2011. Denne er skrevet af en unavngiven journalist, som har inddraget henholdsvis en fagperson og en lægmand i kraft af Allan Jacobsen, som der selv har mistet et spædbarn. I artiklen skriver journalisten følgende:

'Ifølge Mai-Britt Guldin [psykolog og ph.d-studerende] er folk med kompliceret sorg den gruppe, der har størst brug for professionel hjælp til at komme videre i deres sorg og med deres liv.

- Kompliceret sorg bør anerkendes som en diagnose, så vi kan opspore disse mennesker tidligere og udvikle en hjælp til dem. Men miseren er, at vi ikke er gode nok til at fange dem. Det er ikke dem, som er først til at råbe om hjælp, siger Mai-Britt Guldin' (BT.dk 2011).

Citatet er en blanding af journalistens egen fortolkning af Guldins udsagn og så en direkte citering af Guldin, hvorved deres meninger bliver sammenblandet. Hele artiklen er skrevet i forbindelse med en eksplosionsbrand, hvortil Guldin udtaler, at gerningsmanden muligvis led af KS, selvom hun ikke kendte den konkrete sag. Der kan derfor argumenteres for, at hun skaber en social relation, hvor hun indirekte advarer mod at KS kan have så fatale konsekvenser som mord, hvorfor en diagnose er nødvendig. KS bliver altså gjort til en potentiel agent for mord. Der forekommer interdiskursivitet i citatet ved at anvende ordene *diagnose*, *opspore* og *professionel hjælp* og

udvikle hjælp fra den medicinske diskursorden. KS bliver derfor fremstillet som sygdom, som det sundhedsfaglige personale er hindret i at finde og behandle, da der ikke eksisterer en diagnose.

Den næste tekst er artiklen *Syg af sorg* fra 2013, som er skrevet af journalist Louise Fogh Hansen, som har inddraget tre fagpersoner. Artiklen handler om afvisningen af KS som diagnose i DSM-5. I artiklen skriver journalisten følgende:

'Undersøgelsen [Mai-Britt Guldins ph.d-afhandling] viste, at det danske sundhedssystem har svært ved at skelne sunde og syge sørgende fra hinanden. Det betyder, at indsatsen for at hjælpe de komplicerede tilfælde ofte ender med fejldiagnoser og tilfældig symptombehandling' (Hansen 2013:5).

I teksten anvendes der intertekstualitet, når der refereres til Guldins afhandling. Ved at henvise til forskning, fremstår journalisten også mere troværdig og overbevisende, end hvis denne egenhændigt udtalte sig om KS. Der forekommer også en interdiskursivitet i citatet, hvor der anvendes ord fra den medicinske diskursorden. Således bliver der talt om *sunde* og *syge sørgende*, ligesom der tales om *fejldiagnoser* og *tilfældig symptombehandling*. Videre i teksten citeres psykolog og ansat ved Børn, Unge og Sorg, Jesper Roesgaard Mogensen:

'Øvelsen er at afdramatisere det at miste en, man holder af, og forstå, at der er meget sorg forbundet med det, og at den sorg er helt normal. Hvis intensiteten og varigheden så er for lang, har vi brug for et redskab til at identificere dem, siger Jesper Roesgaard Mogensen. Det er ikke en fortale for, at vi skal sygeliggøre sorg i sig selv' (ibid).

Mogensen anvender her interdiskursivitet, hvor han bruger en normalitetsdiskurs til at skelne mellem henholdsvis normal sorg og så KS. Videre anvender han også ord fra den medicinske diskursorden, når han taler om et *redskab* til at kunne identificere de sygeligt sørgende. I samme artikel skriver journalisten også:

'Men for et mindretal sætter sorgen sig fast. Den varer ved i halve og hele år med samme intensitet som i de første uger efter dødsfaldet, og den plager den sørgende med symptomer som meningsløshed, koncentrationsbesvær, påtrængende billeder af dødsfald og overvældende følelser af længsel og savn. Disse sørgende vil ifølge sorgforskere have stor hjælp af en særlig diagnose for sorg og efterfølgende terapi. Derfor opstår det store spørgsmål: Hvordan udvikler og

anvender man en diagnose, der kan indfange og hjælpe dem, der bliver syge af sorg, men som ikke samtidig sygeliggør de »sunde« sørgende?» (ibid)

I citatet anser journalisten KS' legitimitet som diagnose som en selvfølge, og udfordringen består, for journalisten, i stedet af at kunne afgrænse diagnosen fra de sunde sørgende. Her forekommer der interdiskursivitet, når hun anvender en sundhedsfremmende diskurs til at skelne mellem sunde og usunde sørgende. Ligeledes anvender journalisten også interdiskursivitet, når hun anvender begrebet *symptomer* fra den medicinske diskursorden og videre oplister en række symptomer på KS. Derved fremstår det mere overbevisende, at KS er en reel sygdom som blot mangler at blive en diagnose. Ligeledes nævner hun også, at de efterladte vil have *stor hjælp* af en *diagnose* og *terapi*. Det er også værd at bemærke, at journalisten ikke blot selv fremstiller disse holdninger, men også nævner at sorgforskere er enige i diagnosens berettigelse, hvorved hun anvender forskningen til at fremstå mere troværdig og overbevisende. Videre i samme artikel skriver journalisten:

'Mai-Britt Guldin fortæller, at det stadig er uklart, hvilke symptomer der adskiller kompliceret sorg fra diagnoser som angst, depression og posttraumatisk stress. Derfor er der uenighed blandt de internationale sorgforskere om, hvad sorgdiagnosen skal indeholde. Men hvad sorgforskerne og klinikerne til gengæld godt kan blive enige om, er, at der er brug for diagnosen' (ibid)

Citatet er en blanding af Guldins udtalelse og så journalistens subjektive fortolkning. Her forekommer der interdiskursivitet, da der trækkes på en psykiatrisk diskurs, når journalisten skriver, at KS er svær at adskille fra andre psykiatriske diagnoser, hvorved sammenligneligheden mellem symptomerne på henholdsvis KS og øvrige psykiske lidelser bliver fremhævet, hvilket får sorgdiagnosen til at fremstå mere legitim og nødvendig. Videre i artiklen skriver journalisten:

'Rådgivnings- og forskningscentret Børn, Unge og Sorg støtter diagnosearbejdet og har selv indsendt forslag til WHO om at indføre en sorgspecifikation ved tilpasningsreaktioner, når den internationale diagnosemanual, ICD, skal fornys i 2015. Her hæfter man sig ved, at de mennesker, diagnosen skal dække, allerede i dag havner i diagnosekasser – det er blot de forkerte. »Vi har nogle brugere her i huset, som lider, og deres lidelse bliver ikke indfanget i den aktuelle diagnosemanual. De går til deres egen læge eller psykiatrisk skadestue og bliver fejldiagnosticeret, fordi de ender med at få en depressions- eller angstdiagnose,« fortæller psykolog Jesper Roesgaard Mogensen' (ibid).

Igen er citatet en blanding af Mogensens udtalelse og så journalistens subjektive holdning. Dog bliver Mogensen her citeret direkte, hvorfor han må formodes at kunne akkrediteres for den markerede udtalelse. I udtalelsen etablerer Mogensen en social relation, hvor han advarer mod konsekvenserne af, at KS ikke er en diagnose. Konsekvensen er, ifølge Mogensen, at de sørgende bliver fejldiagnosticeret. Der forekommer igen interdiskursivitet fra den medicinske diskursorden, når der bliver skrevet om *diagnoser* og *fejldiagnosticering*. Ligeledes bliver det nævnt i citatet, at de som diagnosen skal dække *'allerede i dag havner i diagnosekasser'*, hvorved det tages for givet, at en diagnose er den rette hjælp til efterladte samtidig med, at det bliver påpeget at den manglende sorgdiagnose medfører fejldiagnosticering. Denne fejldiagnosticering medfører, ifølge Morgensen og Guldin, at sorgramte bliver fejlmedicineret:

'Derfor kan sorg ende med at blive fejlbehandlet med en recept på antidepressiv medicin. »Hvis man møder op og bliver diagnosticeret med depression, så får man antidepressiv medicin. Det har en absolut positiv virkning for mange i forhold til slidsomme symptomer som isolation, nedtrykthed og meningsløshed, og det afhjælper medicinen også for de sørgende. Problemet er, at de sorgspecifikke symptomer ikke bliver afhjulpet,« uddyber [Mogensen]. Sorgspecifikke symptomer er eksempelvis påtrængende billeder af dødsfald, separationsfortvivelse, længsel og savn. Mai-Britt Guldin har desuden undersøgt efterlades brug af sundhedsydelse og fundet, at de har et højere forbrug af egen læge, vagtlæge, psykofarmaka og indlæggelser. »De ringer måske ind med ondt i maven og uspecificerede symptomer, uden at lægerne rigtig får fat i, hvad det drejer sig om. Man kunne give dem en bedre behandling med en diagnose, fremfor at det bliver så præget af tilfældigheder,« siger hun' (ibid)

Igen er citatet præget af at være en blanding af journalistens subjektive holdning og eksperternes faglige holdning. I citatet skabes der en social relation, hvor der advares mod konsekvenserne af ikke at have en sorgdiagnose. Advarslen består i, at den manglende sorgdiagnose medfører en fejldiagnosticering, som videre medfører fejlmedicinering af de efterladte. Den manglende sorgdiagnose bliver derved gjort til agenten for fejldiagnosticering- og behandling i sundhedssystemet. Der forekommer derfor også interdiskursivitet i udsagnet, da der trækkes på en medicinsk diskursordens begreber omkring fejldiagnosticering- og medicinering.

Den næste tekst er artiklen *Skal sorg være en diagnose?* fra 2015, som allerede er blevet præsenteret under *Livsvilkår*. I artiklen citeres Engelbrekt for at udtale følgende:

»Sorg kan være ganske invaliderende, og den kræver en målrettet behandling. I dag er det sådan, at hvis man eksempelvis mister sin kone, så kan man gå til sin egen læge og få 12 konsultationer hos en psykolog. Men den psykolog er sjældent specialiseret i sorg, da vedkommende også skal kunne tage sig af 11 eller 12 andre ting som depression, angst eller incest. Disse psykologer arbejder bredt, men er ikke specialiserede, og derfor risikerer de med kompliceret sorg at få den forkerte hjælp.« (Jyllandsposten 2015:2)

Her forekommer der interdiskursivitet i form af begreber fra den medicinske diskursorden, når sorg omtales som *invaliderende* og kræver *målrettet behandling*. Der fremsættes også en social relation i citatet, hvor der advares mod konsekvenserne af ikke at indføre en sorgdiagnose. Advarslen består her i, at psykologerne ikke besidder kompetencerne til at behandle de efterladte korrekt, da de ikke har mulighed for at specialisere sig i sorg. Endeligt er det også værd at bemærke, at *hjælp* for Engelbrekt er synonymt med psykologbehandling, hvilket kommer til udtryk i sidste sætning.

Den næste tekst er læserbrevet *Kathrine Lilleør romantiserer sorgen* fra 2016, som er et intertekstuel modsvar til sognepræst Kathrine Lilleørs blogindlæg nævnt under diskurstypen *Livsvilkår*. Læserbrevet er skrevet af direktør ved Børn, Unge og Sorg Preben Engelbrekt, og læserbrevet er tilsyneladende udelukkende skrevet af ham og synes umiddelbart ikke at være blevet modereret af en journalist. I læserbrevet skriver Engelbrekt følgende:

‘Sorg er kærlighedens lykkelige pris. Den er i hvert fald kærlighedens pris. Men hun [Kathrine Lilleør] blander »stor sorg« og »kompliceret sorg« sammen. Har man elsket højt, er sorgen naturligvis stor men ikke nødvendigvis kompliceret (i klinisk forstand). Om sorgen bliver kompliceret, afhænger af andre forhold end kærlighedens størrelse. Forskningen som jeg mistænker Lilleør for ikke at kende viser, at langt de fleste efterladte oplever »normal« sorg: Sorg der sætter smertefulde spor resten af livet, og som kan bringe tilværelsen helt ud af kurs i en periode. Men den viser også, at syv-ti pct. af alle efterladte bliver syge af sorg. Her kommer tilværelsen aldrig tilbage på sporet igen. Ser vi alene på efterladte børn og unge, gælder det for 20-30 pct’ (Engelbrekt 2016)

Her forekommer der intertekstualitet, både i form af modsvaret til Kathrine Lilleør, men også i form af inddragelsen af eksisterende sorgforskning. Engelbrekt vælger her at skelne mellem *stor sorg* og så KS. KS tilhører, ifølge ham, det kliniske virke, hvorfor han insinuerer, at Kathrine Lilleør som sognepræst er afskåret fra at kunne forstå og håndtere KS. Ved at foretage denne sondring indbygger han derved en social identitet, hvor han selv fremstår som den faglige ekspert inden for

KS med forskningen til at understøtte sig. Derimod bliver Lilleør fremstillet som en form for laverestående fagperson, der kun kan beskæftige sig med - maksimalt - *stor sorg*. Engelbrekt anvender derfor også på en evidensbaseret diskurs, hvor opfattelsen er, at evidensbaseret løsninger altid er de bedste. Engelbrekt fremsætter en social relation i udsagnet, hvor han advarer om at sorg kan gøre den efterladte så syg, at dennes tilværelse '*aldrig kommer tilbage på sporet igen*'. Derved kan der argumenteres for, at han fremsætter en indirekte advarsel om, at KS kan gøre den efterladte uheldeligt syg. Videre skriver han også, at:

'Det er uklart om Kathrine Lilleør blot ikke har mødt nogen af de 16.000 - 20.000 danskere, der hvert år rammes af kompliceret sorg, eller om hun blot mener, at de ikke skal have hjælp til at bearbejde deres sorg? Det kunne f.eks. være efterladte, der bliver så syge, at de ikke kan tage hånd om deres hjemmeboende børn eller falder ud af arbejds- eller studieliv. Det kunne være unge, der havner i misbrug eller kriminalitet eller ældre, der forsøger selvmord' (ibid)

Her fremsætter han en social relation, hvori han advarer om konsekvenserne af at de efterladte ikke får den korrekte hjælp, hvilket ifølge ham kan resultere i tabt arbejdsevne, ophør af uddannelse, misbrug, kriminalitet og selvmord. Her gør Engelbrekt altså KS til agenten for den efterladtes eventuelle sociale deroute, og negligerer den kompleksitet der oftest er bag misbrug, kriminalitet eller selvmord. I citatet forekommer der også intertekstualitet, hvor Engelbrekt anvender tal fra sorgforskningen, hvorved han fremstår mere overbevisende i sin argumentation. Det er også værd at bemærke, at Engelbrekt her - igen - kalder den nødvendige indsats over for sorgramte for *hjælp*, når han senere i teksten synes at mene, at den eneste rigtige indsats er psykologisk behandling. Altså synes hjælp for ham at være synonymt med behandling. Videre skriver han:

'[Ved] en ansøgning fra Børn, Unge & Sorg erkendte politikerne sidste år, at Danmark har behov for et Nationalt Sorgcenter. Blandt andet fordi sundhedsprofessionelle i Danmark ikke ved nok om kompliceret sorg. Det betyder, at der sker både over-, under- og fejlbehandling af efterladte. Vi »overbehandler«, når vi har en sygesikringsordning, der tilbyder terapi til alle efterladte (uanset kompleksiteten af sorgen). Til gengæld fejl- og underbehandler vi mennesker med kompliceret sorg, der har meget, meget svært ved at få specialiseret evidensbaseret psykologisk behandling. Problemet med sygesikringsordningen er, at psykologerne ofte er generalister og ikke specialiseret i at behandle kompliceret sorg. Derudover har mange læger svært ved at skelne mellem depression og kompliceret sorg, hvilket leder til forkert (medicinsk) behandling. Netop derfor er det

vigtigt, at lægerne bliver bedre til at stille den rigtige diagnose og henvise til den rigtige behandling' (ibid).

I dette citat fremsætter Engelbrekt også en social relation, hvor han advarer mod konsekvenserne af den manglende diagnose, hvilket han - som set tidligere - mener er fejlbehandling og fejlmedicinering. Der forekommer derfor også interdiskursivitet, da han anvender begreberne *fejlbehandling*, og *(medicinsk) behandling* fra den medicinske diskursorden. Engelbrekts argument er derfor, at den manglende sorgdiagnose hindrer psykologer og læger i at udføre deres arbejde korrekt.

Den næste tekst er lederartiklen *Når sorg gør syg* fra 2017. Denne er skrevet af en unavngivet leder og teksten formodes udelukkende at være udtryk for dennes holdning. I artiklen står der følgende:

'Men en diagnose kan hjælpe til sikre, at de ti procent med kompliceret sorg, som ifølge forskning er dem, der har brug for behandling, får hjælp. Og at de ikke risikerer fejlbehandling for eksempelvis angst eller depression, som det er tilfældet i dag, hvor sundhedsvæsenet mangler viden om deres tilstand. Man kan have sine forbehold over for at diagnosticere livets skyggesider. Men i vores samfund, der er indrettet således, at diagnoser er måden at udpege dem, der virkelig har brug for hjælp, kan en sorgdiagnose være en god idé' (Information 2017:1-2).

Igen skabes der en social relation, hvor der advares mod konsekvenserne af ikke at have en sorgdiagnose, hvilket igen udgøres af risikoen for fejlbehandling. Nødvendigheden af at kunne adskille KS fra allerede eksisterende psykiske lidelser påpeges igen. Altså forekommer der interdiskursivitet ved anvendelse af ord fra den medicinske diskursorden. Journalisten udviser en smule forbehold over for introduktionen af en sorgdiagnose ved at skrive, at man kan have sine forbehold over for at diagnosticere livets skyggesider, men slutter alligevel af med at påpege, at en sorgdiagnose nok er en god idé.

Den sidste tekst er læserbrevet *Diagnosekritikerne går galt i byen, når de tror, at en psykisk diagnose er det samme som en sygdom* fra 2018, som er skrevet af specialpsykolog i psykiatri og formand for Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer, Klaus Pedersen. Læserbrevet formodes derfor udelukkende at være udtryk for hans holdninger. Pedersens læserbrev er et intertekstuel modsvar til kritikerne af sorgdiagnosen. I teksten skriver han, at:

'Anders Petersen og eksempelvis Svend Brinkmann ser ud til at forveksle diagnosebegrebet med forklaring på og behandling af for eksempel sorg eller depression. Det antages fejlagtigt, at en

diagnose skal opfattes som en sygdom, som nødvendigvis fordrer individuel og medicinsk behandling. Diagnosen kompleks sorg adskiller sig fra de fleste andre psykiske diagnoser ved at indeholde en angivelse af symptomernes udspring, nemlig et tab. Forskning har vist, at en væsentlig andel af efterladte har komplekse, vedvarende sorgreaktioner. Mange har været misforstået og ikke fået god hjælp. Via den nye diagnose formidles, at der er tale om en fastlåst tilstand, der sætter en kæp i hjulet for psykisk sundhed, nedsætter funktionsevnen og forstyrrer følelsesliv og relationer. Det kan stå på i årevis. Diagnosen peger på et behov for hjælp, men afgør ikke, om der er brug for individuel- eller familiebehandling' (Pedersen 2018).

Pedersen anvender ord fra den medicinske diskursorden i ovenstående citat, hvor han nævner at sorgdiagnosen dækker over en tilstand, hvor den psykiske sundhed og funktionsevnen bliver nedsat. I citatet skifter Pedersen mellem at nævne, at diagnosen fordrer *hjælp* og så *behandling*, selvom han alligevel ender med at skrive at hjælp kan være enten individuel- eller familiebehandling, hvorfor hjælp og behandling må anses som synonyme i hans optik. Videre i teksten skriver Pedersen også, at:

'Sorgdiagnosen bliver en hjælp til at selekttere, hvem der har brug for en særlig indsats for at undgå psykisk og social deroute, og hvem vi skal undlade at behandle. For behandling af almindelige sorgreaktioner kan forværre sorgreaktionen. Og når patologisk sorg forveksles med depression, er der risiko for fejlbehandling' (ibid).

Her anvender Pedersen igen begreber fra den medicinske diskursorden, hvilket ses på hans ordvalg. Han nævner, at *diagnosen* skal blive et *redskab* til at udvælge, hvem der udviser *patologiske sorgreaktioner*, som videre kræver *behandling*. Pedersen fremsætter en social relation i teksten hvor han advarer om, at konsekvensen ved ikke at have diagnosen er *fejlbehandling*. Et begreb der, som førnævnt, også tilhører den medicinske diskursorden. I teksten ændrer Pedersen kontinuerligt navnet på fænomenet KS. Således starter han ud med at navngive den forlænget sorg (ibid:1). Senere i teksten kalder han det for patologisk sorg (ibid:3). Så kalder han det forlænget sorg igen (ibid:3). Dernæst kalder han det for kompleks sorg (ibid:3). Derefter kalder han det for patologisk sorg igen (ibid:3). Overordnet får det ham til at fremstå forvirret omkring selve fænomenet, hvilket nedsætter kohærensens i hans indlæg og får ham til at fremstå mindre troværdig til trods for hans viden og fremtrædende stilling inden for det psykiatriske domæne.

Opsummerende

Tidsmæssigt starter diskurstypen *Diagnose* i 2011 og strækker sig frem til 2018. Den mest fremtrædende udvikling er udviklingen fra at betragte KS som en sygdom, hvorfor den bør være en diagnose, til Klaus Pedersens udsagn om at det bør være en diagnose, som ikke forudsætter en sygdom. Eftersom Klaus Pedersen er den eneste der udtrykker denne holdning, bør det nok ikke anses som en generel tendens inden for diskurstypen. Et væsentligt skel mellem diskurstyperne *Sygdom* og *Diagnose* er, at hvor førstnævnte var meget centreret omkring forskningen der understøttede argumentet om, at KS er en sygdom, bliver det ved *Diagnose* mere 'taget for givet' at KS er en sygdom. Dette ses ved at der ikke argumenteres ligeså meget for at betragte KS som en nærmest somatisk sygdom, som set ved *Sygdom*, men derimod fokuseres der i stedet på at den manglende diagnose medfører fejlbehandling. Faktisk nævner samtlige tekster, undtagen den første i 2011, at den manglende diagnose medfører fejlbehandling. Altså bliver der overvejende anvendt begreber fra den medicinske diskursorden til at omtale KS. I modsætning til *Sygdom* bliver de efterladte dog omtalt som enten efterladte eller sorgramte, og ikke som hverken patienter eller potentielle patienter. I forhold til ordvalg er det mest fremtrædende træk, at behandling og hjælp her er blevet synonyme. Derved tilskrives KS det medicinske domæne, da det ikke synes plausibelt at eksempelvis en præst vil udtale, at denne behandler en sørgende for sorg, ligesom det heller ikke synes plausibelt at en pårørende til den efterladte vil anvende samme begreb.

Diskussion

Livsvilkår

Som nævnt er diskurstypen *Livsvilkår* kendetegnet ved generelt ikke at godtage begrebet KS og i stedet påpege - direkte eller indirekte - at sorg ikke kan gradbøjes på denne måde. Dette kan ses som en modvilje mod at ville bruge samme sprog, som fortalene for at anskue KS som en sygdom eller diagnose. Dette kan så videre fortolkes som en form for modstand imod, at formulere sorg i et mere professionelt sprog, hvilket er et element fra neoliberalismen. Ligeledes kan det også tolkes som en modstand imod at ville bruge et psykiatrisk sprog, som diagnosekulturen netop er kendetegnet ved. Hensigten synes derfor at være, at hvis man ikke anvender begrebet KS, behøves man heller ikke at godtage fænomenet. Som nævnt kan det ses som et tegn på, at så længe de citerede under diskurstypen *Livsvilkår* ikke vil kalde en form for sorg for 'kompliceret', vil de heller ikke godtage, at sorghåndtering – eller i hvert fald en del af denne - bør tilskrives det psykiatriske domæne. Dette er også et eksempel på, hvad Fairclough vil kalde for en *hegemonisk*

kamp. Hegemoni er, ifølge Fairclough, netop kendetegnet ved en artikulation, desartikulation og reartikulation af elementer, som tjener til en reproduktion eller transformation af både diskursordener og eksisterende sociale relationer og magtrelationer (Fairclough 2008:52-54). Når majoriteten af de citerede under diskurstypen *Livsvilkår* derfor ikke vil anvende begrebet KS, synes det netop at være et eksempel på en magtkamp, der manifesterer sig diskursivt. Konsekvensen af at anvende begrebet ville medføre, at man også godtager reartikulationen af sorg til KS og dermed også det psykiatriske domænes dominans inden for sorghåndtering. Foruden journalisterne består de citerede ved diskurstypen *Livsvilkår* af henholdsvis en sygeplejerske primært beskæftiget med ældre, en sognepræst, en sceneinstruktør/forfatter og så endelig en praktiserende psykolog med egen klinik. Altså er der umiddelbart ingen af de citerede der har egeninteresse i, at sorg overgår til det psykiatriske domæne, hvilket videre understøtter min påstand om, at der foregår en hegemonisk kamp i den diskursive praksis på tværs af diskurstyperne. Ligeledes kan der også ses en form for modstand imod sundhedsfremmes krav om kontinuerligt sunde individer. Således er der ingen af de citerede, der vil operere med en sondring mellem henholdsvis *sunde* og *usunde* sørgende. Tværtimod nævner én af de citerede, hvor ukærligt det er at skelne mellem syg og sund sorg overfor en efterladt, hvilket kan tolkes som en modstand imod at opsætte regler for, hvornår man sørger usundt. Altså med andre ord hvornår man sørger forkert. Sundhedsfremmes formål med at skelne mellem *sunde* og *usunde* individer synes at være muligheden for, at kunne styre de usunde individer til at træffe mere sunde valg. Hvad der så udgør et sundt valg, defineres af autoriteterne. Derfor kan de citerede under diskurstypen *Livsvilkårs* afvisning af at opdele sørgende i sunde og usunde, eller normale og komplicerede, også fortolkes som en modstand mod at lade sorghåndtering overgå til det psykiatriske domæne. Dette fund harmonerer i øvrigt også med Walters analyse af KS som et mærkat til dem, der ikke sørger inden for de kulturelle rammer. Han nævner også det potentielle politiske virkemiddel, som KS, derfor kan udgøre i forhold til at få de 'forkert sørgende' til at søge mod konformitet (jf. problemfelt). Endeligt kan der, i sagens natur, også ses en modstand mod at diagnosticere sorg ved diskurstypen. Altså en modstand mod - i hvert fald en del af - diagnosekulturen. Særligt synes de citerede at være optaget af definitionen af henholdsvis sund/normal og usund/kompliceret sorg. Næsten alle de citerede er enige om, at sorg ikke kan gradbøjes på en retfærdig måde, og at den udspiller forskelligt for hvert enkelte. Det er også derfor, at en citeret påpeger det ukærlige i at fortælle den sørgende, at sorg kan gøre én syg. Det er at opstille regler for en sørgende, som det er dennes eget ansvar at overholde. De citerede mener altså, at efterladte ikke skal være underlagt et eksternt pres til at sørge korrekt, og til dels tidseffektivt, i forhold til kravene i sorgdiagnosen (jf. bilag 2). Der bliver også nævnt en bekymring i diskurstypen for, om sorgdiagnosen skal være en individuel løsning på et mere samfundsmæssigt problem omkring sorghåndtering, hvilket netop er

en af diagnosekulturens bagsider. Således nævner en citeret, at hun har observeret fra andre kulturer, at der eksisterer faste ritualer omkring sorghåndtering, altså en vis normativitet, hvilket hun foreslår muligvis vil være en bedre løsning end muligheden for at kunne diagnosticere dem, der ikke synes at kunne håndtere deres sorg egenhændigt.

Sygdom

Ved diskurstypen *Sygdom* er der en tendens til at omtale KS med begreber fra den medicinske diskursorden. Således bliver de sørgende undertiden omtalt som (*potentielle*) *patienter*, ligesom at der også tales om at de er *i risiko*, eller *i fare for at udvikle* KS. Derudover trækkes der også paralleller mellem KS og så et behandlingskrævende betændt sår, ligesom der også trækkes paralleller til de psykiske lidelser depression og angst. Ved at anvende ord fra den medicinske diskursorden til at betegne KS, forekommer der, ifølge Faircloughs teori, en reartikulation (Fairclough 2008:52-54). Derved bliver tidligere anvendte ord omkring sorg udskiftet med ord fra den medicinske diskursorden, hvilket videre har til formål at få fænomenet sorg til at overgå til den medicinske diskursorden; mere konkret det psykiatriske domæne. Selve dét at operere med begrebet KS er også et eksempel på en reartikulation af fænomenet sorg, som skal hjælpe det psykiatriske domæne med at vinde den hegemoniske kamp omkring (kompliceret) sorg. Hegemoni er, ifølge Fairclough, kendetegnet ved at skabe alliancer og integrere underordnede klasser gennem indrømmelser eller ideologiske midler, hvorved disses samtykke vindes (Fairclough 2008:52). De citerede har været bevidste om, at deres udtalelser formidles til den brede befolkning, hvorfor dette kan anskues som deres måde at overbevise den underordnede klasse (i dette tilfælde forstået som dem, der ikke selv beskæftiger sig med sorg i en eller anden form for professionel sammenhæng) om sorgs berettigelse inden for det psykiatriske domæne. Et gennemgående træk ved diskurstypen er også alle de citeredes henvisninger til forskning omkring sorg. Grunden til, at de finder det nødvendigt eller i hvert fald overbevisende, kan muligvis forklares med det der populært er kendt som evidensbevægelsen. Evidens handler om '[...]videnskabelig dokumentation og om at finde årsagssammenhænge. Hvad virker, hvad har ingen virkning, og hvad har eventuelt negative, utilsigtede virkninger' (Zachariae i Borgnakke 2015:23). Evidensbevægelsen kommer primært fra det medicinske domæne, hvor det sundhedsvidenskabelige domæne betragter den som en nødvendig del af baggrunden for at foretage kliniske beslutninger. Evidensbevægelsen har oprindeligt sit afsæt inden for naturvidenskaben, men er med tiden også blevet flyttet over på andre mere sociale domæner, eksempelvis uddannelsesområdet (Borgnakke 2015:25-26). At understøtte sine påstande med forskning er altså ikke længere kun forbeholdt forskere, men anvendes også i bredere kontekster - eksempelvis når massemediene refererer til forskning for at fremstå mere overbevisende. Når de

citerede under *Sygdom* derfor refererer til forskning, må det til dels ses som et udtryk for, at evidensbevægelsen har spredt sig til flere domæner i det danske samfund. Ligeledes kan det også ses som en del af den hegemoniske kamp omkring KS, hvor fortalere for at anskue KS som en sygdom vil formodningsvis også vil argumentere for, at fænomenet bør overgå til det domæne som – ifølge evidensen – bedst kan håndtere KS. Dette vil så være det psykiatriske domæne, da det er det eneste domæne med videnskabelig dokumentation for effekten af deres sorghåndtering (jf. problemfelt). Her er det også værd at nævne, at alle de citerede – foruden journalisterne – er ansatte i en stilling, der er mere eller mindre forbundet til det psykiatriske domæne.

De citerede, inden for denne diskurstype, nævner også konsekvenser af, og symptomerne på, sygdommen. Af disse nævner de nedsat funktionsevne manifesteret i form af eksempelvis manglende evne til at varetage job eller uddannelse, ligesom det også kan manifestere sig i andre sociale sammenhænge såsom manglende evne til at varetage sin familie eller isolation fra omgivelserne. Derved kommer sundhedsfremmes ønske om sunde individer også til syne. De efterladte vil, så længe de sørger, ikke kunne opnå den ønskede tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende, som sundhedsfremme stræber efter. Imidlertid understreger de citerede kontinuerligt, at målet ikke er at sygeliggøre al sorg, blot KS. Men foruden Guldins definition af KS som '*følelsesmæssig stress [der er] uændret et halvt år efter tabet*' synes der, inden for diskurstypen, ikke at være en klar definition af, hvad der adskiller KS fra almindelig sorg. Som tidligere nævnt synes et af de problematiske aspekter ved sundhedsfremme netop at være den flydende grænse mellem sund og usund. Der synes ikke at være noget objektivt mærke for, hvornår man som menneske er i mål med at være sund. Denne manglende afgrænsning af sundhed har sociolog Zygmunt Bauman også beskæftiget sig med. Bauman skelner mellem det nutidige samfund, som han betegner som et forbrugssamfund, og så fortidens producentsamfund. Bauman påpeger, at producentsamfundet havde en højere grad af normativitet, hvor sundhed var karakteriseret ved at være arbejdsduelig, kunne yde en god indsats på fabrikken og kunne bære den byrde, som arbejdet udgjorde fysisk og psykisk (Bauman 2006:102-103). I det nutidige forbrugssamfund mener han, at sundhed har trådt i baggrunden til fordel for begrebet *fitness*, som ikke lader sig klart afgrænse, og derfor hverken kan fastholdes eller defineres præcist. Dette harmonerer med Vallgårdas argumentation for, at sundhedsfremmes fortalere ikke kan definere deres forståelse af sundhed præcist. Ifølge Bauman, kan sundhed defineres som en 'hverken mere eller mindre'-tilstand, hvor formålet er at holde sig inden for normen. Derimod er *fitness* mere karakteriseret ved at sigte efter overmålet: '*Den forholder sig ikke til en specifik tærskel for den fysiske kapacitet, men til samme kapacitets (helst ubegrænsede) ekspansionspotentiale*' (Bauman 2006:103). Sagt med andre ord synes man aldrig at kunne nå i mål med at være *fit* nok. Der er altså belæg for at kunne sammenligne Vallgårdas forståelse af sundhed med Baumans forståelse

af fitness. Sundhed er, i Baumans optik, karakteriseret ved faste standarder såsom kropstemperaturen og blodtrykket. Det er derfor også lettere at gennemskue hvad det kræver at opretholde en god helbredstilstand, samt hvornår et menneske kan siges at være 'sund og rask', samt hvornår man i et terapiforløb retmæssigt kan hævde, at patienten er normaliseret (Bauman 2006:104). Det problematiske ved forbrugssamfundets efterstræbelse af fitness frem for sundhed er derfor, at fitness er en subjektiv erfaring, og der derfor ikke kan opstilles en interpersonel forståelse af, hvornår man er i mål. Altså hvornår man er fit nok (Bauman 2006:103-104). Det er også denne problematik, som synes at komme til udtryk inden for diskurstypen, når der ikke kan fremsættes et mere objektivt, eller i hvert en interpersonel forståelse af, hvornår sorg bliver kompliceret. Sundhedsfremmes krav om at være sund, uden at kunne definere hvad sundhed omfatter, kan også findes i sorgdiagnosens ordlyd, hvor udelukkende 6-måneders kriteriet og en nærtståendes dødsfald er de eneste kriterier, hvor der kan etableres en interpersonel forståelse. Resten af kriterierne synes i stedet at lade sig bero på den efterladtes egen fortolkning af hvorvidt dennes sorg er blevet for omfattende og drænende. Et andet aspekt ved sundhedsfremme er også den autonomi og valgfrihed som individet tillægges. Det medfører, at det bliver den sørgendes eget ansvar at monitorere sin sorg og sørge for, at sorgen holder sig inden for de normative grænser, der indirekte bliver etableret som følge af, at der opsættes en grænse for hvornår sorg bliver kompliceret. Denne form for selvdisciplinering har Michel Foucault også beskæftiget sig med, og psykolog Leeat Granek har forklaret hvorledes dette kommer til udtryk ved medikaliseringen af sorg: *'Grief, as has been illustrated throughout this paper, is a prime example of this kind of disciplining. The obligation to be 'normal' in one's expression of grief; the evaluation of oneself on psychological terms of what normal versus pathological grief looks like; the pressure to do one's grief work; and the obligation to seek professional, psychological help if one cannot do this on one's own are forms of self-discipline that come from the cultural messages about medicalized grief'* (Granek 2016:118-119). Denne selvmonitorering og selvdisciplinering bliver endnu tydeligere, når sorgdiagnosens vage afgrænsning af henholdsvis 'almindelig' sorg og KS aflæses. Det synes at være den efterladte, der i sidste ende besidder bestemmelsesretten omkring hvorvidt denne lider af KS, da det er den efterladte, som skal vurdere om sorgen overskrider ens kontekstuelle forventninger til sorg, samt hvornår ens funktionsniveau inden for alle vigtige områder i livet er blevet for nedsat. Derfor er det heller ikke kun den hegemoniske kamp om KS, der kan vindes. Den, som vinder den hegemoniske kamp omkring KS, vinder også den hegemoniske kamp omkring sorg, da retten til at definere hvad der er KS, hører sammen med retten til at definere, hvad der *ikke* er KS.

Diagnose

Ved diskurstypen *Diagnose* har jeg påvist, at de citerede - med undtagelse af Klaus Pedersen - tager for givet, at KS er en sygdom og i stedet er fokuseret omkring at få sorgdiagnosen introduceret. Altså bliver der her mere argumenteret for konsekvenser af ikke at have en sorgdiagnose, hvor der ved *Sygdom* i stedet blev argumenteret for at anse KS som en decideret sygdom, og ikke et livsvilkår. Et gennemgående træk ved diskurstypen er derfor også omtalen af begrebet *fejlbehandling*. Der bliver altså anvendt hvad Rose vil kalde et professionelt sprog til at italesætte konsekvenser ved ikke at have en sorgdiagnose. Et sådant sprog kan anvendes i et neoliberalt samfund, fordi individerne er blevet til proto-professionelle som selv forstår og anvender sproget. I forhold til den hegemoniske kamp omkring KS virker det overbevisende overfor den underordnede klasse, i kraft af massemediernes læsere, at anvende et medicinsk begreb som fejlbehandling for at understrege KS' tilhørsforhold til det psykiatriske domæne. Det religiøse domæne har modsætningsvist ingen berettigelse til at håndtere fejlbehandlinger. I forhold til diagnosekulturen ses det også, at det psykiatriske sprog – ikke overraskende – er gennemgående ved diskurstypen. Således er *behandling* og *fejlbehandling* begreber der hører til den medicinske diskursorden, men bliver nu hyppigt anvendt til at italesætte interventionen over for den efterladte. Særligt bliver argumenteret for nødvendigheden af at kunne adskille KS fra andre psykiske lidelser, altså muligheden for at etablere orden i uorden, som diagnosekulturen netop har til formål at gøre. Når de citerede anvender denne argumentation i massemediene, kan det derfor også anses som et tegn på, at der netop eksisterer en diagnosekultur, hvor det er almindeligt at formulere sig i et psykiatrisk sprog, når der tales om menneskelig lidelse. På tværs af diskurstyperne er det også værd at være bevidst om den hegemoniske kamp, der eksisterer om begrebet *hjælp*. Forskellige citerede tillægger ordet forskellig betydning. Således dækker begrebet hjælp ved *Livsvilkår* over flere ting, ved *Sygdom* bliver hjælp ikke altid defineret så klart, men ud fra konteksten som hjælp bliver nævnt i, synes det at betyde en form for behandling. Men ved *Diagnose* er hjælp synonymt med behandling inden for det psykologiske eller psykiatriske virke. Dette vil Fairclough betegne som en *diskursiv forandring*, som netop er kendetegnet ved at en tekstproducent foretager en des- eller reartikulation, som videre medfører en strukturel forandring i de pågældende diskursordener (Fairclough 2008:59). Når hjælp bliver synonymt med behandling har det derfor potentiale til at ændre de pågældende diskursordener, således at hjælp til sorg nu kun ydes af det psykiatriske domæne. Grunden til at hjælp defineres så forskelligt er fordi, at hvem end der har bestemmelsesretten over begrebet KS, også besidder bestemmelsesretten over hvordan fænomenet skal håndteres. Selvansvarliggørelsen af individet, som neoliberalismen har medført, også ses her, da de citerede argumenterer for at 'løsningen' på KS er individuel behandling eller familiebehandling. Altså fraskrives en mere strukturel eller samfundsmæssig intervention over for

KS, hvilket som nævnt er én af diagnosekulturens bagsider. Således negligeres mere strukturelle betingelser for en psykisk lidelse, som i dette tilfælde muligvis den manglende normativitet omkring sorg, tabuisering af både død og sorg, eller neoliberalismens krav om forbrugerisme og konstant selvudvikling, og i stedet bliver individet gjort ansvarlig.

Overordnet harmonerer mine empiriske fund også med Walters analyse af KS som en forhandling mellem en række aktører (Walter 2006). Mine resultater synes også at pege imod, at KS er en vedvarende forhandling mellem aktørerne på området. Dette harmonerer også med Faircloughs forståelse af hegemonisk sejr, som kun kan opnås delvist og midlertidigt gennem alliancer (Fairclough 2008:52-54).

Konklusion

I dette speciale har jeg forsøgt at besvare, hvordan en sorgdiagnose er mulig i et nutidigt dansk samfund, og hvordan fænomenet bliver omtalt i danske massemedier. Jeg har argumenteret for, at neoliberalismen, som denne bliver fremført af Rose, har medført en selvansvarliggørelse af individet, som derfor har medført at den efterladte selv bærer ansvaret for håndteringen af sin sorg. Neoliberalismen har også medført, at der eksisterer en nyttetænkning i hele samfundet, hvorfor sorg - som forhindrer individet i at realisere sig selv og opnå personlig lykke - ikke er en ønskelig tilstand. Ligeledes har neoliberalismen også medført, at individet besidder en stor valgfrihed, hvilket har genereret et behov for at kunne fravælge sin sorg. Videre har den også medført, at individet formulerer sine problemer - herunder også sorg - i et professionelt sprog som videre bidrager til, at individet vil opsøge en løsning på sine problemer i et professionelt domæne. I forhold til sorgdiagnosen har jeg argumenteret for, at dette betyder at individet vil være tilbøjelig til at opsøge det psykologiske eller psykiatriske virke for at finde en løsning på sorg.

Sundhedsfremme, som denne bliver fremført af Vallgård, har medført et ønske om kontinuerligt forbedring af individets sundhed, selvom det ikke er muligt at kunne definere sundhed. Dette har medført en forvirring omkring hvornår individet er sundt, hvilket videre har bidraget til en forvirring omkring hvornår den sørgende sørger 'sundt'. Sundhedsfremme har medført, at individet bliver forventet selv at kunne styre sin sundhed samtidigt med at denne følger eksperternes råd omkring sundhed. Derfor kan sorgdiagnosen ses som et udtryk for eksperternes etablering af normativitet omkring sorghåndtering.

Endeligt har diagnosekulturen, som denne bliver fremført af Brinkmann og Petersen, medført en tendens til at formulere menneskelig lidelse i et psykiatrisk sprog. Derfor vil den efterladte også

være tilbøjelig til at formulere sin lidelse i et psykiatrisk sprog. Diagnosekulturen har også medført, at det psykiatriske sprog spredtes til andre domæner end det sundhedsfaglige, hvorfor der har eksisteret et behov for en sorgdiagnose, således at de efterladte kan klassificeres i forhold til en række sociale ydelser, orlov, uddannelse og lignende. Videre hjælper diagnosekulturen også med at skabe orden i uorden, og skaber derfor også et behov for at kunne samle de efterladtes symptomer i en diagnose for sig. Diagnosekulturen har også en evne til at diagnosticere alle menneskelige træk, som ikke er efterstræbelsesværdige i det givne samfund. Sorgdiagnosen kan derfor argumenteres for at være et resultat af, at nogle efterladte udviser træk som ikke harmonerer med den foretrukne individtype i samfundet.

I forhold til andel del af problemformuleringen har jeg påvist, at fænomenet overordnet bliver omtalt af tre forskellige diskurstyper; Livsvilkår, Sygdom og Diagnose. Ved sygdom forsøges der at etablere en forståelse af fænomenet KS som en reel sygdom med symptomer, der kræver hjælp eller behandling. Diskurstypen Diagnose bygger videre på denne opfattelse og tager derfor for givet, at KS er en sygdom og nævner i forlængelse heraf behovet for at kunne diagnosticere KS, således at denne kan adskilles fra øvrige psykiske lidelser. Konsekvensen af den manglende diagnose er derfor fejlbehandling af efterladte. Endeligt er der diskurstypen Livsvilkår som kan ses som et modsvar på omtalen af KS som diagnose. Ved denne diskurstype bliver der argumenteret for, at sorg er et grundlæggende livsvilkår, som ikke er en sygdom eller kan diagnosticeres.

Litteraturliste

24timer.dk (2010): " Sorgen gør de efterladte syge". D. 21. februar

Bauman, Z. (2006): *Flydende modernitet*. København: Hans Reitzels Forlag

Borgnakke, K. (2015): "Evidensbevægelsen i spændingsfeltet mellem sikker viden og ikke-viden" i *Cepra-striben - Evidens på arbejde*, nr. 15, 2015:22-31

Bourque, A. (2000, 8. Oktober): *Astrologi: hvorfor er det pseudovidenskab?*. Set på: <http://skeptica.dk/artikler/?p=1084>

Brinkmann, S. (2015): "Diagnoser som epistemiske objekter", i Brinkmann, Svend & Petersen, Anders: *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus N: Forlaget Klim

Brinkmann, S. & Petersen, A. 2015: "Dilemmaer og paradokser i diagnosekulturen", i Brinkmann, S. & Petersen, A.: *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus N: Forlaget Klim

BT.dk (2011): " Sorg kan være årsag til eksplosions-brand". D. 12. december

Burr, V. (2015): *Social Constructionism*. New York: Routledge

- Collin, F. (2012): "Socialkonstruktivisme" i Jacobsen, M.H. Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard P.: *Videnskabsteori i Statskundskab, Sociologi og Forvaltning*. København: Hans Reitzels Forlag
- Collin, F. (2015): "Socialkonstruktivisme" i Jacobsen, M.H. Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard P.: *Videnskabsteori i Statskundskab, Sociologi og Forvaltning*. København: Hans Reitzels Forlag
- Danermark, B. et al (2001): *Explaining Society : An Introduction to Critical Realism in the Social Sciences*. London & New York: Routledge
- Degn, Brian (2018, 5. marts): Djøf-elitens magt minder om kirken før Reformationen. Set på: <https://www.altinget.dk/uddannelse/artikel/forsker-djoef-elitens-magt-minder-om-kirken-foer-reformationen>
- Engelbrekt, P. (2016): "Kathrine Lilleør romantiserer sorgen". *Berlingske* d. 26. juni
- Fairclough, N. (1989): *Language and Power*. London & New York: Routledge.
- Fairclough, N. (1992): *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Fairclough, N. (2008): *Kritisk diskursanalyse : en tekstsamling*. København: Hans Reitzels Forlag
- Granek, L. (2016): "Medicalizing grief" i Harris, D.L & Bordere T.C.: *Handbook of Social Justice in Loss and Grief: Exploring Diversity, Equity, and Inclusion*. London: Routledge
- Guldin, M. (2010): "De store teoriers fald: Træk af sorgteori gennem tiden" *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*. Bind 12, 2010:155-173.
- Guldin, M. (2012): *Bereavement in Healthcare. Implications, Identification and Intervention*. Aarhus Universitet.
- Guldin, Mai-Britt (2018, April 24): Hvad er sorg? Set på: <https://altompsykologi.dk/2017/09/hvad-er-sorg/>
- Hansen, D. (2005): "Ny behandling af voldsom sorg". *Berlingske* d. 24. juli: s. 11
- Hansen, L.F. (2013): "Syg af sorg". *Weekendavisen* d. 28. juni: s. 5
- ICD-11 (2018) betaversion: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>. Set d. 3. maj 2018
- Information (2017): "Når sorg gør syg". Leder, d. 25. september: s. 2
- Jacobsen, M.H. (2017): "Sorg som relation og emotion - konturerne af en kritik af den tiltagende patologisering af sorgen". *Omsorg: Nordisk tidsskrift for Palliativ Medicin*, Nr. 1, 2017:11-18.
- Jacobsen, M.H. & Kofod, E.H. (2015): "Sorg - en fraværstfølelse under forandring", i Jacobsen, M.H. & Glavind, I.B.: *Hverdagslivets følelser*. København K: Hans Reitzel Forlag.
- Juul, S. (2012): "Hermeneutik" i Juul, S. & K. B. Pedersen (red.) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Juul, S. & Pedersen, K.B. (2012): "Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet" i Juul, S. & K. B. Pedersen (red.) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, M.W. og Phillips, L. (1999): *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Kofod, E.H.: "Sorg som grænsediagnose" i i Brinkmann, Svend & Petersen, Anders: *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus N: Forlaget Klim
- Kragh, C. (2008): "Afhængig af sorg". *Kristeligt Dagblad* d. 4. juli: s. 18
- Layder, D. (1998): *Sociological practice: linking theory and social research*. London: SAGE
- Lilleør, K. (2016): "Sorg som sygdom". *Berlingske* d. 18. juni
- O'Connor M. et al (2008): "Craving love? Enduring grief activates brain's reward center" i *Neuroimage*, nr. 42, 2008: 969-972
- Pedersen, K. (2018): " Diagnosekritikerne går galt i byen, når de tror, at en psykisk diagnose er det samme som en sygdom". *Information* d. 22. februar
- Petersen, A. (2015): "Diagnoser som designet orden: Depression i præstationssamfundet", i Brinkmann, S. & Petersen, A.: *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus N: Forlaget Klim
- Prigerson, H et al (1995): "Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses" i *The American Journal of Psychiatry*, nr. 1, 1995:22-30
- Prigerson, Holly et al (1995b): "Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss" i *Psychiatry Research*, nr. 59 1995:65-79
- Prigerson, Holly et al (2009): "Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11" i *PLoS Medicine*, 2009, Vol.6(8): p.e1000121
- Runge, J.: (2007, 1. maj): *Faircloughs kritiske diskursanalyse – en kritik*. Set på: www.kritiskdebat.dk/articles.php?article_id=104
- Rose, N. (1999): *Powers of Freedom - Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press
- Sauer, P. (2015) " Jeg følte, at verden fortsatte, og jeg fulgte bare ikke med". *Jyllands-Posten* d. 19. december: s. 10
- Søgaard, J.I. (2014): " Ældres sorg bør tages mere alvorligt". *Kristeligt Dagblad* d. 1. april: s. 9
- Schütt-Jensen, K. (2015): "Skal sorg være en diagnose?". *Jyllands-Posten* d. 17. oktober

TV2/Nyhederne (2012): " Mange efterladte sidder fast i dyb sorg". D. 24. september

Vaaben, L. (2014): "Livet uden Lena". *Kristeligt Dagblad* d. 22. februar: s. 15

Vallgård, S. (2005): Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne. *Tidsskrift for Forskning I Sygdom Og Samfund*, 2(3). Set på: <https://doi.org/10.7146/TFSS.V2I3.466>

Wad, P. (2015): "Realistisk videnskabsfilosofi og kritisk realisme" i Jacobsen, M.H., Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P.: *Videnskabsteori i Statskundskab, Sociologi og Forvaltning*. København: Hans Reitzels Forlag

Walter, T. (2006): "What is Complicated Grief? A Social Constructionist Perspective" i *OMEGA - Journal of Death and Dying*. Vol.52(1), 2006:71-79

Wakefield, J. C. (2012): "Should Prolonged Grief Be Reclassified as a Mental Disorder in DSM-5?" i *Journal of Nervous & Mental Disease*, nr. 6, 2012:499-511

Wiedemann, K. (2017): " Sorg er et hav, og terapi et lille håndklæde". *Information* d. 28. oktober: s. 13

Bilag 1 - Læsevejledning

I *problemfeltet* vil der blive argumenteret for, hvorfor introduktionen af sorgdiagnosen er sociologisk relevant at beskæftige sig med. Derefter vil den eksisterende forskning omkring kompliceret sorg, som er det mere gængse begreb for fænomenet som sorgdiagnosen skal dække over, blive præsenteret med det formål at begrunde at der eksisterer et videnshul i forskningen omkring kompliceret sorg, som dette speciale vil forsøge at udfylde. Herefter vil den konkrete problemformulering blive præsenteret efterfulgt af en argumentation for samme, således at læseren forstår rammerne for besvarelsen af problemformuleringen. Derefter vil fænomenet sorg blive præsenteret, hvorefter det vil blive sat i en historisk kontekst. Dette har til formål at give læseren et indblik i specialets forståelse af sorg. Endeligt slutter kapitlet med en præsentation af *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11s* betaversion af Prolonged Grief Disorder, da det er denne formulering af sorgdiagnosen, som anvendes i dette speciale.

I *metodeafsnittet* vil mine videnskabsteoretiske overvejelser blive præsenteret, så læseren forstår betingelserne for besvarelsen af problemformuleringen. Derefter bliver min metodemæssige fremgang også præsenteret. Således anvender jeg dels retroduktion, som dette bliver formuleret af Berth Danermark et al, til at besvare første del af problemformuleringen. Til besvarelsen af anden del af problemformuleringen anvender jeg kritisk diskursanalyse, som denne er formuleret af Norman Fairclough.

I *teoriafsnittet* vil jeg foretage en teoretisk diskussion af henholdsvis Roses perspektiv på neoliberalismen, Vallgårdas perspektiv på sundhedsfremme og så Brinkmann og Petersens betragtninger om diagnosekulturen med henblik på at besvare, hvorledes de perspektiver kan siges at have medvirket til introduktionen af en sorgdiagnose.

I *empiriafsnittet* vil jeg forklare om udvælgelseskriterierne for de tekster, som udgør min empiri i forhold til besvarelsen af, hvorledes kompliceret sorg bliver omtalt i danske massemedier. Videre vil jeg også præsentere teksterne kort.

I *analyseafsnittet* vil jeg fremanalysere, hvordan kompliceret sorg bliver omtalt i de danske massemedier ved at analysere det både tekstnære og diskursive element af omtalen, jf. Faircloughs teori.

I *diskussionsafsnittet* vil jeg sammenkoble mine fund fra den teoretiske diskussion og så analysen af omtalen af kompliceret sorg. Jeg vil her påvise, hvorledes de tre respektive perspektiver bliver afspejlet i hvorledes kompliceret sorg bliver omtalt i danske massemedier. Videre vil jeg også påvise, hvordan mine resultater kan fortolkes med andre teorier.

Bilag 2 - ICD-11 betaversions definition af prolonged grief disorder:

- Prolonged grief disorder is a disturbance in which, following the death of a partner, parent, child, or other person close to the bereaved, there is persistent and pervasive grief response characterized by longing for the deceased or persistent preoccupation with the deceased accompanied by intense emotional pain (e.g. sadness, guilt, anger, denial, blame, difficulty accepting the death, feeling one has lost a part of one's self, an inability to experience positive mood, emotional numbness, difficulty in engaging with social or other activities).
- The grief response has persisted for an atypically long period of time following the loss (more than 6 months at a minimum) and clearly exceeds expected social, cultural or religious norms for the individual's culture and context.
- Grief reactions that have persisted for longer periods that are within a normative period of grieving given the person's cultural and religious context are viewed as normal bereavement responses and are not assigned a diagnosis.
- The disturbance causes significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning (ICD-11 2018)

Bilag 3 – Tabel over artikler

Tabel 1

Artikel nr.	Artikel	Medie	Dato	For diagnose/sygdom	Imod diagnose/sygdom
1	Ny behandling af voldsom sorg	Berlingske Tidende	24. juli 2005	X	
2	Afhængig af sorg	Kristeligt Dagblad	4. juli 2008	X	
3	Sorgen gør de efterladte syge	24timer.dk	21. februar 2010	X	
4	Sorg kan være årsag til eksplosions-brand	BT.dk	12. december 2011	X	
5	Mange efterladte sidder fast i dyb sorg	TV2/Nyhederne Online	24. september 2012	X	
6	Syg af sorg	Weekendavisen	28. juni 2013	X	
7	Livet uden Lena	Kristeligt Dagblad	22. februar 2014		x
8	Ældres sorg bør tages mere alvorligt	Kristeligt Dagblad	1. april 2014	X	
9	Jeg følte, at verden fortsatte, og jeg fulgte bare ikke med	Jyllands-Posten	19. december 2015	X	
10	Skal sorg være en diagnose?	Jyllands-Posten	17. oktober 2015	X	x
11	Sorg som sygdom	Berlingske.dk (Blogindlæg)	18. juni 2016		x

12	Kathrine Lilleør romantiserer sorgen	Berlingske.dk	26. juni 2016	X	
13	Når sorg gør syg	Information	25. september 2017	x	
14	Sorg er et hav, og terapi et lille håndklæde	Information	28. oktober 2017		x
15	Diagnosekritikerne går galt i byen, når de tror, at en psykisk diagnose er det samme som en sygdom	Information	22. februar 2018	x	
	I alt: 15			12 for diagnose/sygdom (bemærk at én artikel er både for og imod)	4 imod diagnose/sygdom (bemærk at én artikel er både for og imod)