



KRITISK PSYKOPATOLOGI
Kulturelle og eksistentielle perspektiver
på psykiske lidelser

Anders Dræby



Anders Dræby

Kritisk psykopatologi

Kulturelle og eksistentielle perspektiver
på psykiske lidelser

AARHUS UNIVERSITET



**DET KGL.
BIBLIOTEK**

Royal Danish Library

Anders Dræby: Kritisk psykopatologi. Kulturelle og eksistentielle perspektiver på psykiske lidelser

Copyright © Anders Dræby

Det Kgl. Bibliotek, København og Aarhus 2017



**DET KGL.
BIBLIOTEK**

Royal Danish Library

Afdeling for Generel pædagogik og Pædagogisk filosofi

Danmarks Institut for Pædagogik og Uddannelse

AARHUS UNIVERSITET



ISBN: 978-87-7507-403-7
DOI: 10.7146/aul.221.161

*Insanity — a perfectly rational
adjustment to an insane world*

— Ronald D. Laing

Indhold

Forord	6
De sociale repræsentationer i diagnoserne depression og ADHD i offentlige diskurser	7
Betydningen af diagnosticering af depression og ADHD for voksne individers selvforståelse og lidelseserfaring	13
A critical discussion of The National Clinical Practice Guideline on Depression	23
Den sundhedsvidenskabelige rationalitets indvirkning på psykoterapien	30
Conceptions of the normal family	33
Normalitetens ubehag - stress, angst og depression som eksistenssociologisk problem	40
Referencer	45

Forord

Bogen består af arbejdsskrifter, der sætter fokus på diagnosticeringen psykiske lidelser. Dels gennem et sociologisk fokus på den sociale repræsentation af diagnoserne ADHD og depression i offentlige diskurser. Dels gennem et psykologisk fokus på betydningen af psykiatrisk diagnosticering af ADHD og depression for voksne individers selvforståelse og lidelseserfaring. Dels gennem et kritisk fokus på de britiske retningslinjer for behandling af depression. Endelig gennem perspektiver på medikaliseringen af psykoterapien, den normale familie og ubehaget ved den sociale normalitet.

En del af bogen består projektbeskrivelser, der blev udarbejdet i mellem november 2012 og september 2015.

De sociale repræsentationer af diagnoserne depression og ADHD i offentlige diskurser

Projektets udgangspunkt er, at den sociale og kulturelle repræsentation af diagnoserne ADHD og depression samt de offentlige diskurser omkring diagnosticeringen af ADHD og depression udgør et centralt aspekt af aktuel problematik omkring psykiatrisk diagnosticering. På den baggrund retter projektet sig mod at undersøge, hvordan diagnoserne ADHD og depression repræsenteres socialt i medier, nyheder og populærkultur, og hvilke offentlige diskurser mobiliseres for at forklare væksten i psykiatrisk diagnosticering af de to fænomener.

I de senere år er antallet af danskere og andre vesterlændinge med en psykiatrisk diagnose vokset markant, og en række diagnoser som depression og ADHD er blevet identificeret som folkesygdomme i medierne og af sundhedssystemet¹. Store opgørelser fra 2001-2005 finder, at 25 procent af borgerne i USA og EU i løbet af et år tilfredsstillende de diagnostiske kriterier for mindst én psykisk lidelse og halvdelen vil få en diagnose på et eller andet tidspunkt i livet². I flere vestlige lande er sundhedsudgifterne til diagnosticerbare psykiske lidelser og forstyrrelser steget til det dobbelte det seneste årti, og WHO har anslået at alene depression i 2020 vil være verdens største økonomiske post på sundhedsbudgettet³. Tilsvarende har vi både i Danmark og internationalt oplevet et forøget videnskabeligt fokus på problematikken omkring psykiatrisk diagnosticering i de vestlige samfund. Problematikken har vidtrækkende sociale, kulturelle, økonomiske og politiske implikationer og herunder også en stigende betydning for vores aktuelle forståelse af, hvem vi er som mennesker, og hvad det vil sige at være et menneske i vores samtid. Selv om problematikken er central for vores

¹ Sundhedsstyrelsen 2005; Schwarz 2013

² Lawætz 2013; WHO 2001

³ WHO 2001: 30

samtid, er der imidlertid hverken nogen almen videnskabelig forståelse af diagnoserne i samfundet eller holdning til grænserne for diagnosticering.

Perspektiver. Inden for den aktuelle forskning kan identificere en række delvist konkurrerende og supplerende perspektiver på problematikken omkring den forøgede psykiatriske diagnosticering⁴. Kernen i disse perspektiver kan siges at være hovedspørgsmålet om, hvorvidt og hvordan den aktuelle problematik omkring stigende psykiatrisk diagnosticering er knyttet til en problematik omkring en forværring af den psykiske tilstand i de vestlige befolkninger?

Historisk baggrund. Baggrunden for den aktuelle diskussion er den gradvise fremvækst og dominans af en livsteknologisk forståelsesramme, hvori psykiske lidelser og forstyrrelser overhovedet problematiseres i medicinsk-teknologiske termer som diagnosticerbare sygdomme og sundhedsproblemer⁵. Udviklingen af livsteknologier har siden 1800-tallet været funderet i en bestræbelse på at beregneliggøre og kontrollere menneskelivet som intelligibel og disponibel ressource for mennesket selv med henblik på at sikre og forbedre dets kvantitative overlevelse og livskvalitet⁶. Med antropologiseringen af de religiøse og juridisk-moralske opfattelser af menneskets sjælelige og åndelige lidelser, er man begyndt at udtrykke erfaringen af menneskets psykiske lidelser og forstyrrelser i medicinens, psykiatriens og psykologiens livsteknologiske sprog og begreber, og det moderne menneske begynder at få den opfattelse, at det kan perfektionere sig selv gennem anvendelse af medicinske kategorier, metoder og teknikker⁷. Udbredelsen af de kliniske psyfag har historisk omdrejningspunkt i psykiatrien og psykopatologien, der bliver forankret i den idé, at psykiske lidelser og forstyrrelser må begribes parallelt med somatopatologiske

⁴ Sundhedsstyrelsen 2010; Dawson 2001; Wittchen 2005; Rose 2005; Sørensen 2002; 2005; 2008; 2010; Willig 2005; Whitaker 2011 Szasz 2010; Law 2007; Petersen 2007; Horwitz 2007; Furedi 2003; Kramer 1997; Healy 1999; Healy 2004; Healy 2012; Kirsch 2011; Carlat 2010; Shorter 2009

⁵ Sørensen 2002a: 164

⁶ Heidegger 2006; Sørensen 2002b; Foucault 2002; Rose 2009

⁷ Rose 1998a: 50; Porter 2002: 33; Foucault 2000; Foucault 2005

fænomener som specifikke psykopatologiske fænomener med et identificerbart væsen, der kan defineres og afgrænses gennem brugen af specifikke diagnostiske kategorier⁸. Samtidig følger en social og kulturel udbredelse og repræsentation af medicinske, psykiatriske, klinisk psykologiske og psykoterapeutiske erfaringsdannelser til den individuelle selvforståelse og almene fællesforståelse, og offentlige diskurser og medier spiller en afgørende rolle for denne proces⁹. Det sker i sammenhæng med en sekularisering af de etiske, socialt-kulturelle og politiske regimer, hvorigennem individer og grupper begynder at erfare sig selv og hinanden i det medicinske, psykiatriske og psykologiske sprog, problematiserer sig selv og hinanden gennem brug af psykiatriske diagnoser og psykopatologiske kategorier og lader deres eget endelige liv og deres egen sundhed, lykke og velvære definere deres individuelle og kollektive værdier og normer⁹.

ADHD og depression: Den historiske og sociale repræsentation af diagnoserne ADHD og depression i vores samtid udgør de to mest prægnante eksempler på, hvordan den historiske udvikling manifesterer sig i den aktuelle problematik omkring psykiatrisk diagnosticering: (1) Nogle forskere har karakteriseret depression som det moderne menneskes lidelse par excellence, og andre har beskrevet, hvordan vi lever i depressionens eller melankoliens tidsalder¹⁰. Prævalensen af depression efter diagnostiske kriterier antages at være stigende i de vestlige samfund, og forbruget af antidepressiv medicin og anden depressionsbehandling vokser i Danmark og lignende lande¹¹. Betegnelsen depression bliver imidlertid først introduceret som diagnostisk kategori i midten af 1800-tallet og udgør en perifer og sjælden diagnose indtil først 1950'erne og især 1990'erne, hvor den bliver accentueret parallelt med fremkomsten af nye psykofarmakologiske produkter og psykoterapier¹². (2) Udviklingen af nutidens

⁸ Murphy 1997: Ch. 14. Porter 2000: 497, 512; Shorter 1997; Foucault 2005; 2006; 2009. Denne erfaring stadfæstes ved overgangen til 1900-tallet af den tyske psykiater Emil, Kraepelin 1896; Shorter 1997

⁹ Rose 1998b; Rose 2013; Sørensen 2002a

¹⁰ Blazer 2005; Nydegger 2008; Würtzel 1994

¹¹ OECD 2008

¹² Porter 1999; Lawlor 2012

ADHD-diagnose (og den beslægtede ADD-diagnose) startede i 1950'erne, men det var først i forbindelse med lanceringen af ADHD-diagnosen med de nuværende kriterier i DSM-III i 1980, at kategorien for alvor blev udbredt¹³. Siden revideringen af DSM i 1994 er andelen af både børn og voksne med diagnosen steget med omkring 300%, og prævalensen anslås til at være 5-18%¹⁴. I løbet af de seneste ti år er ADHD blevet den børnepsykiatriske diagnose, der har fået størst opmærksomhed i Danmark, og andelen af 10-20-årige danskere, som er i ADHD-behandling, er steget med flere hundrede procent de sidste 10 år¹⁵. Forskere har vist, hvordan den forøgede opmærksomhed mod den tilsyneladende vækst i forekomsten af såvel ADHD som depression både er sket parallelt med en historisk udvikling og raffinering af det livsteknologiske beredskab til at diagnosticere og behandle disse fænomener; en tiltagende psykiatrisk italesættelse af fænomenerne som neurobiologiske dysfunktioner, der skal behandles medicinsk; en tiltagende omdefinering af tristhed og hyperaktivitet fra almindelige livsproblemer til psykopatologiske fænomener; en tiltagende samfundsmæssig valorisering af hhv. det lykkelige og autonome og det kontrollerede og opmærksomme individ som livsidealer og samfundsressourcer; en stigning i de vestlige samfunds sociale forventninger og normative krav om selvrealisering, socialt ansvar, selvkontrol, opmærksomhed og forandringsparathed; og den psykologiske udvikling i en kultur, der er stadig mere præget af forandring og fragmentering¹⁶.

Den sociale og kulturelle patologisering af depression og ADHD: At problematikken omkring psykiatrisk diagnosticering af ADHD og depression er blevet central for vores samtid, hænger sammen med, at den er ikke blot er en snæver fagprofessionel og videnskabelig sag men er blevet en del af den offentlige bevidsthed. De diagnostiske

¹³ Lange 2010

¹⁴ Smith 2012: 12

¹⁵ Jørgensen 2012: 52-3

¹⁶ DEPRESSION: Sørensen 2002a; Ehrenberg 2000; Schneider 2000; Horwitz 2007; Willig 2005; Petersen 2007; Schmidt 2010; Healy 1997. ADHD: Smith 2010; Neven 2002; Jørgensen 2012; Burge 2012; Hartmann 1997; Polancyk 1997

kategorier ADHD og depression er blevet almenkendte fænomener, der indgår i den almindelige og folkelige fællesforståelse og individuelle selvforståelse af en række problematiske træk ved eksistensen. I den forbindelse spiller de offentlige diskurser en særlig rolle for den sociale og kulturelle udbredelse og repræsentation af problemstillingen omkring psykiatrisk diagnosticering af ADHD og depression. Herunder har medier og lignende stor indflydelse på den måde, hvorpå problematiseringen af ADHD og depression etablerer, udvikler og udtrykker sig i den almene og folkelige fællesforståelse og individuelle selvforståelse af nogle aspekter ved eksistensen. På den måde får den sociale repræsentation af depression og ADHD stor betydning for vores nutidige forståelse og forvaltning af, hvad det vil sige at være et menneske i vores samtid og af de værdier om autonomi, identitet, individualitet, frihed og valg, som vi knytter til vores selv. Forskning har indikeret, at den sociale repræsentation af depression og ADHD i offentlige diskurser har betydning for individers identificering og forståelse af livsfænomener i sådanne diagnostiske kategorier og for deres almene forståelse af baggrunden for depression og ADHD samt for den sammenhæng, som fænomenerne skal forstås i¹⁷. Samtidig har de offentlige diskurser indflydelse på sundhedsindustriens vilkår og på de politiske og økonomiske diskurser og dermed på udviklingen og udbredelsen af bestemte livsteknologier. Noget forskning viser, at de offentlige diskurser i populære medier o.l. siden 1950'erne har formet den almene forståelse og holdning til depression og ADHD som diagnostiske fænomener. I den periode har de offentlige diskurser i første omgang været katalysator for en almen forståelse af depression og ADHD som perifere fænomener, der var associeret med stigmatisering og belagt med tabuer. Fra 1990'erne og 2000'erne har de offentlige diskurser dernæst udsat depression og ADHD for en voldsom eksponering og været bærende for en italesættelse af fænomenerne som almindeligt udbredte neurobiologiske dysfunktioner, der skal behandles psykofarmakologisk, samtidig med at mængden af bekendelseslitteratur, selvhjælpsbøger o.l. om emnerne er eksploderet¹⁸.

¹⁷ Johannsson 2009

¹⁸ Clarke 2009

3. Problemet

Der er et stort behov for en kompleks tilgang til spørgsmålet om, hvorvidt og hvordan den aktuelle problematik omkring stigende psykiatrisk diagnosticering er knyttet til en problematik omkring en forværring af den psykiske tilstand i de vestlige befolkninger eller/og hvorvidt den er knyttet til en problematik omkring patologisering? I den forbindelse er projektets hovedhypotese:

Den sociale og kulturelle repræsentation af diagnoserne ADHD og depression samt de offentlige diskurser omkring diagnosticeringen af ADHD og depression udgør et centralt aspekt af den aktuelle problematik omkring psykiatrisk diagnosticering

Hermed er det et problem, at der mangler viden om, hvordan de to diagnoser repræsenteres socialt og konstitueres i de offentlige diskurser som fænomener, der har særlig betydning for, hvordan vi forstår og omgås vores livsproblemer. Hvoraf projektets spørgsmål følger:

Hvordan repræsenteres diagnoserne ADHD og depression socialt i medier, nyheder og populærkultur, og hvilke offentlige diskurser mobiliseres for at forklare væksten i psykiatrisk diagnosticering af de to fænomener?

Det kan udspecificeres i følgende underspørgsmål:

A. Hvordan kan vi forstå den kulturelle og sociale udbredelse af psykiatriske diagnoser i medierne og offentligheden, og hvad er den kulturelle og sociale erfaring af ADHD og depression på dette niveau?

B. Hvilke sociale repræsentationer gives der af ADHD og depression i populærkulturen, medierne, magasiner og websites og hvordan udvikler de sig?

C. Hvordan konstitueres ADHD og depression som diagnostisk problem i de offentlige diskurser og hvilke diskurser mobiliseres for at forklare stigningen i den psykiatriske diagnosticering af de 2 fænomener?

Betydningen af diagnosticering af ADHD og depression for voksne individers selvforståelse og lidelseserfaring

1. Resumé

Projektet tager udgangspunkt i den aktuelle problematik omkring psykiatrisk diagnosticering, der er central for vores samtid. I den forbindelse orienterer projektet sig mod at undersøge og analysere voksne individers levede erfaring af den psykiatriske diagnosticering af ADHD og depression. Konkret rettet projektet sig mod at undersøge og analysere eventuelle forandringer i diagnosticerede individers selvforståelse og lidelseserfaring ud fra en dybdegående og nuancerende kvalitativ tilgang.

2. Opsummering, mål og legitimering

Projektet er baseret på det aktuelle behov for en nuanceret og dybdegående forståelse af den aktuelle problematik omkring psykiatrisk diagnosticering. Litteraturen viser, at det er muligt at udvide vores forståelse ved at fokusere på de diagnosticeredes levede erfaring af den psykiatriske diagnosticering af ADHD og depression. På den måde bliver det muligt at få en mere dybdegående og nuanceret viden om den levede erfaring af diagnosticeringen, og om hvorvidt og hvordan den påvirker de diagnosticeredes erfaring af dem selv og deres lidelse. Målet med projektet er at bidrage til en forståelse af:

1. Hvordan diagnosticering af hhv. ADHD og depression påvirker selvforståelsen hos voksne individer gennem de diagnosticeredes levede erfaring af diagnosticeringsprocessen og dens resultater

2. Hvilken betydning det har for voksne individer, der diagnosticeres med ADHD eller depression, at deres lidelsesperfaring filtreres gennem diagnostiske kategorier

3. Hvorvidt der er forskelle eller ligheder mellem den måde, hvorpå diagnosticeringen af hhv. ADHD og depression påvirker selvforståelsen og lidelsesperfaringen hos de diagnosticerede

3. Review af litteratur

Mit litteraturreview udvikler følgende argumenter, der er grundlaget for mit projekt:

1. Problematikken omkring psykiatrisk diagnosticering er central for vores samtid og har stor betydning for vores forståelse af, hvem vi er som mennesker, og hvad det vil sige at være et menneske, men der mangler viden om hvordan diagnosticeringen påvirker de diagnosticeredes selvforståelse og lidelsesperfaring.

2. Kulturanalytisk, idéhistoriske og sociologiske perspektiver demonstrerer, at udviklingen af de moderne psy-, bio- og neuroteknologier er forbundet med forestillinger om selvet og viser, at psykiatrisk diagnosticering har stor betydning for de diagnosticeredes selvforståelse og lidelsesperfaring. Men der mangler systematisk empirisk forskning herom.

3. Sundheds- og kulturpsykologisk forskning demonstrerer, at diagnosticering og sygdom forandrer individers levede selvforståelse og livsverden men der mangler viden om området for depression og ADHD.

Ad 1. Relevansen af at undersøge diagnosernes påvirkning af de diagnosticeredes selvforståelse og lidelseserfaring

I de senere år er antallet af danskere og andre vesterlændinge med en psykiatrisk diagnose vokset markant, og en række diagnoser som depression og ADHD er blevet identificeret som folkesygdomme i medierne og af sundhedssystemet (1). Store opgørelser fra tiden efter årtusindskiftet finder, at 25 procent af borgerne i USA og EU i løbet af et år tilfredsstillende de diagnostiske kriterier for mindst én psykisk lidelse og halvdelen vil få en diagnose på et eller andet tidspunkt i livet (2). I flere vestlige lande er sundhedsudgifterne til diagnosticerbare psykiske lidelser og forstyrrelser steget til det dobbelte det seneste årti, og WHO har anslået at alene depression i 2020 vil være verdens største økonomiske post på sundhedsbudgettet (3). Tilsvarende har vi både i Danmark og internationalt oplevet et forøget videnskabeligt fokus på problematikken omkring psykiatrisk diagnosticering i de vestlige samfund. Problematikken har vidtrækkende sociale, kulturelle, økonomiske og politiske implikationer og herunder også en stigende betydning for vores aktuelle forståelse af, hvem vi er som mennesker, og hvad det vil sige at være et menneske i vores samtid. Selv om problematikken er central for vores samtid, er der imidlertid hverken nogen almen videnskabelig forståelse af diagnoserne i samfundet, eller af hvordan de påvirker vores selvforståelse og måde at erfare vores lidelser på.

En række forskere har fremsat forskellige perspektiver på, hvordan vi skal forstå den aktuelle problematik omkring psykiatrisk diagnosticering. Kernen i disse perspektiver kan siges at være hovedspørgsmålet om, hvorvidt problematikken omkring den stigende psykiatriske diagnosticering er knyttet til en problematik omkring en vækst i forekomsten af psykiske lidelser (4). Et væsentligt element i dette hovedspørgsmål består i problematikken omkring patologisering og underspørgsmålet om, hvorvidt og hvordan den aktuelle problematik omkring psykiatrisk diagnosticering er knyttet til en forandring af vores forståelse og håndtering af livsfænomener og herunder af vores individuelle selvforståelse og identitet (5). Et tilsvarende og delvist overlappende aspekt består i problematikken omkring lidelsens paradoks og underspørgsmålet om, hvorvidt

den psykiatriske diagnosticering og patologiseringen af livsfænomener er kontraintentionel eller modproduktiv ved at medvirke til en forøgelse vores mentale sårbarhed for livsproblemer og mindskelse af vores modstandsevne (6). Og dermed forandrer vores lidelseserfaring på en måde, der underbygger væksten af psykiske lidelser og forstyrrelser (7). De forskellige perspektiver forsøger primært at besvare hoved- og underspørgsmålet med udgangspunkt i analyser af processer og tilstande på det kulturelle og sociale niveau.

Diagnoserne ADHD og depression er særligt prægnante eksempler på problematikken omkring psykiatrisk diagnosticering. Brugen af begge diagnoser er først blevet hyppigt forekommende i løbet af de sidste 25 år, men til gengæld regnes prævalensen for begge diagnoser at være omkring 15-25 % og stigende⁸. Begge diagnostiske kategorier er i løbet af kort tid blevet integrerede elementer i den fælles almenforståelse og individuelle selvforståelse af, hvordan en række problematiske aspekter ved eksistensen bør forstås gennem brug af diagnostiske kategorier. Ikke blot har disse to diagnoser fået størst opmærksomhed igennem de seneste ti år, men de fremstår også som de mest omdiskuterede og derfor er det særligt relevant at fokusere på ADHD og depression i en kompleks tilgang til de besvarelse af de spørgsmål, der følger problematikken omkring psykiatrisk diagnosticering.

For at kunne opnå en kompleks tilgang til hoved- og underspørgsmålet, handler mit projekt om, at det er væsentligt, at der opnås en dybdegående og nuanceret viden om diagnosticeringsproblematikken på det individuelle niveau og de processer, der handler om diagnosernes påvirkning af individets selvforståelse og lidelseserfaring.

Ad 2. Kulturanalytiske, sociologiske og idéhistoriske analyser af selvet og dets udvikling

Den tiltagende psykiatriske diagnosticering er i høj grad knyttet til udbredelsen af bio- og neurovidenskabelige teorier om psykopatologi og intervention, der er forbundet med idéer om menneskets selv og personlighed. En del idéhistorisk og

samfundsvidenskabelig forskning har fokuseret på, hvordan udviklingen af særligt den moderne medicin, psykologi, psykiatri og human- og socialteknologierne i en bredere forstand, er forbundet med konstitueringen af mennesket som et subjekt, der må forstås og forstå og sig selv efter en viden om sygdom, liv, psyke, sundhed og lignende som centrale og problematiske aspekter af dets væren (9). På den måde konstitueres borgere, klienter, brugere og patienter i forskellige diskurser og praksisser som sunde, syge, sindssyge og dødelige personer. Udformningen af sandheden om deres identitet og personlighed samt måden de må praktisere deres liv på bliver ikke bare et teknologisk anliggende for fagprofessionelle. Disse såkaldt objektiverede og subjektiverede mennesker begynder selv at forme deres selvforståelse, identitet og adfærd igennem de omtalte diskurser og praksisser, og dette element er en instrumentel del af den teknologiske strategi om at forme deres liv på en bestemt måde. Historisk set har de psykiatriske og psykologiske diskurser og praksisser her ikke alene ført til, at et stort antal mennesker er begyndt at forstå og forvalte deres eget liv og identitet efter diagnostiske kategorier og psykopatologiske begreber som psykisk syge eller forstyrrede personer (10). Men også til at moderne mennesker generelt er begyndt at forstå og håndtere deres eget liv i psykologiske kategorier og ud fra idéer om psykisk sundhed og normalitet.

Der er inden for de seneste år lavet forskning, som gennem kulturel og sociologisk samtidsdiagnostik fokuserer på, hvordan den aktuelle udvikling af bl.a. psyfagene, de politiske ledelsesteknologier, bioteknologierne og neurovidenskaberne er med til at forme vores nutidige forståelse og forvaltning af selvet og de værdier om autonomi, identitet, individualitet, frihed og valg, som vi knytter til dette selv (11). Igennem denne forskning må selvet betragtes som en historisk og kulturel variabel, og med afsæt i de nye bio- og neuroteknologier finder vi en repræsentation af selvet og personligheden, som i en bredere forstand afspejler samtidens politiske og ledelsesteknologiske mobiliseringer og idealiseringer af selvet. Nemlig en konception af selvet som er forpligtet på autonomi og selvrealisering, har et personligt ansvar for sin fremtid og oplever en forpligtelse til at forbedre sig selv gennem hele livet (12).

Noget forskning har fokuseret på, hvordan den psykiatriske diagnosticering af ADHD og depression er forbundet med bio-, neuro- og psyteknologiernes valorisering af hhv. det lykkelige og autonome menneske og det opmærksomme og kontrollerede menneske (13). Diagnosticeringen har følgelig det formål at identificere nogle uhensigtsmæssige personlighedstræk hos den diagnosticerede som problembærer og formår dermed at etablere en ny teknologisk sandhed om, hvem dette menneske er og kan blive. Dermed kan diagnosticeringen og den eventuelle medicinering og terapeutisering også fungere som en identitetsskabende eller -forændrende faktor, hvor den diagnosticerede får afsløret eller omformuleret sandheden om sit selv ved at etablere et bestemt teknologisk medieret forhold til sig selv og det menneske, som det kan blive ved at forbinde sig med brugen af medicinske og terapeutiske behandlingsteknikker (14).

Anden forskning har forsøgt at beskrive, hvordan den tiltagende psykiatriske diagnosticering udbredelsen af teknologier til beregneliggørelse og kontrol af menneskets psykiske lidelser og forstyrrelser er konstraintentionel eller modproduktiv. Således er de medvirkende til udviklingen af en selvforståelse blandt moderne individer, hvor livsproblemer i stigende grad forstås som patologiske og behandlingskrævende samtidig med at modstandsdygtigheden over for livsproblemer mindskes og den psykiske sårbarhed forøges (15).

Den omtalte forskning indikerer fra kulturanalytiske, idéhistoriske og sociologiske perspektiver, at den psykiatriske diagnosticering påvirker de diagnosticerede selvforståelse og erfaring af deres livsproblemer, men mit projekt handler om, at der mangler systematiske empiriske undersøgelser af disse processer set fra de diagnosticeredes første-persons erfaringsperspektiv.

3.3. Den levede sygdomserfaring

Inden for sundhedspsykologien har man i mange år fokuseret på sygehistorien som forklaringsmodel og set mødet mellem patient og behandler som en transaktion mellem lægfolks og fagprofessionelles forklaringsmodeller, hvor den medicinske opfattelse i

reglen integreres i patientens egenoplevelse (16). Forskning har undersøgt konstruktionen af sygehistorien med udgangspunkt i et begreb om livshistorien og har bl.a. demonstreret, hvordan diagnosticering af alvorlige eller kroniske sygdomme fører til en forandring af patienternes selvforståelse og en revurdering og revidering af deres livsplaner (17).

Sundhedpsykologisk forskning har demonstreret, hvordan sygdom må ses som et resultat af et komplekst samspil mellem individuelle og psykologiske reaktioner på den ene side og fælles standardiserede professionelle og folkelige normer og meninger på den anden side (18). Herunder er det blevet beskrevet, hvordan diagnosticering og tildeling af en sygdomsrolle kan beskrives som en social og kulturel identificeringsproces og kontrolmekanisme (19). Den indebærer i den forbindelse sociale og kulturelle forventninger om, at den diagnosticerede påtager sig en bestemt adfærd og fører til bestemte socialt og kulturelt påvirkede oplevelser af identitet og sygdom. Hermed peges også på at diagnosticering og tildeling af en sygerolle indeholder en ambivalens imellem sociale og kulturelle stigmatiseringsprocesser, eksklusion og konkretisering af sygdom på den ene side, og sociale og kulturelle afklaringsprocesser, anerkendelse og inklusion på den anden side (20). Anden forskning har påpeget, hvordan de fagprofessionelles opfattelse af sygdommen i den kliniske diagnosticeringsproces både adskiller sig fra den brede folkelige sygdomsforståelse og den individuelle levede sygdomsoplevelse, der indebærer vurdering, kategorisering og forklaring i dagligdags forstand. Mens den fagprofessionelle således benytter diagnosen som en teknologisk kategori, der samler symptombeskrivelser og giver behandlingsanvisninger oplever patienten diagnosen som et koncentreret og sammenstillet symbol, der refererer til en række oplevelser i en speciel kultur (21). Tilsvarende har kulturpsykologisk forskning fokuseret på, hvordan kulturen påvirker konstellationen af de symptomer, der sammenfattes i depressionsdiagnosen (22). Selv om diagnosesystemerne er et forsøg på at få et fælles begreb om psykiske lidelser og forstyrrelser på tværs af kulturer, er både deres symptomkonstellation og oplevelsen af dem altså kulturspecifikke (23).

Set i dette lys er det relevant at have dansk forskning om den levede erfaring af psykiatrisk diagnosticering af ADHD og depression. Der er publiceret flere internationale

undersøgelser, som ser på den levede erfaring af at have depression eller ADHD og hvordan f.eks. påvirkningen af medicinsk behandling opleves (24). Der er i løbet af de senere år også publiceret flere biografiske selvberetninger og selvbekendelser omkring den levede erfaring af depression, uden at disse erfaringer er blevet gjort til genstand for systematisk forskning (25). Selv om der findes undersøgelser af den levede erfaring af at modtage f.eks. en cancer-diagnose, er de diagnosticeredes levede erfaring af selve diagnosticeringsprocessen og -resultatet ved ADHD og depression imidlertid meget dårligt belyst (26). Mit projekt handler om, at der slet ikke findes nogen dansk forskning om emnet, og ikke nogen international forskning, som forsøger at undersøge emnet med henblik på at skabe en dybdegående og nuanceret afklaring af, hvordan de diagnosticeredes selvforståelse eller lidelseseerfaring påvirkes af diagnosticeringen.

4. Problemet

For at kunne opnå en kompleks forståelse af den aktuelle problematik omkring psykiatrisk diagnosticering, er det et problem, at der ikke findes nogen dansk og reelt ingen international forskning, der på en dybdegående og nuanceret måde kan belyse, hvordan psykiatrisk diagnosticering af ADHD og depression påvirker voksne individers selvforståelse og lidelseseerfaring, og hvorvidt der er i den forbindelse er forskellige og ligheder imellem de to diagnosticeringstyper. På den baggrund er spørgsmålet:

Hvordan påvirker psykiatrisk diagnosticering af ADHD og depression voksne individers levede selvforståelse og lidelseseerfaring?

Dette kan udspecificeres i 3 underspørgsmål:

- 1. Hvordan påvirker psykiatrisk diagnosticering af hhv. ADHD og depression selvforståelsen hos voksne individer gennem de diagnosticeredes levede erfaring af diagnosticeringsprocessen og dens resultater?*
- 2. Hvilken betydning det har for voksne individer, der diagnosticeres med ADHD eller depression, at deres levede lidelseseerfaring filtreres gennem diagnostiske kategorier?*

3. Hvorvidt og hvordan er der forskelle eller ligheder mellem den måde, hvorpå diagnosticeringen af hhv. ADHD og depression påvirker den levede selvforståelse og lidelseserfaring hos diagnosticerede voksne individer?

Noter

1 Sundhedsstyrelsen 2005; Wittchen 2005; 2011

2 WHO 2001; Rose 2010; OECD 2008

3 WHO 2001:30

4 Sundhedsstyrelsen 2010; Dawson 2001; Wittchen 2005; Rosa 2005; Sørensen 2002; 2005; 2008; 2012; Willig 2005; Whitaker 2011; Law 2007; Petersen 2007; Horwitz 2007; Brinkmann 2010; Furedi 2003; Healy 1999; 2004; Kirsch 2011; Carlat 2010; Shorter 2009; Schneider 2000; Jørgensen 2012

5 Brinkmann 2010

6 Brinkmann 2010:21; Furedi 2004

7 Sørensen 2010

8 Smith 2012

9 Foucault 2000; 2002; 2005; 2006; 2009; Otto 1991

10 Foucault 2005; 2009

11 Rose 1998; 2010; 2013

12 Rose 2013:223

13 Sørensen 2002; Smith 2012

- 14 Kramer 1994; Sørensen 2002: 179-180
- 15 Furedi 2004; Brinkmann 2010; Sørensen 2010
- 16 Elsass 1993
- 17 Brody 1987
- 18 Elsass 1993
- 19 Parsons 1975; Helman 1990
- 20 Jf. Brinkmann 2013
- 21 Kleinman 1988
- 22 Good 1992; Kleinman 1970; Murphy 1982; Headley 1983; Kirmayer 2001
- 23 Elsass 2003
- 24 Meaux 2006; Beck 1992; Heifner 1999; Woodgate 2006; Poslusny 2001
- 25 Solomon 2001; Bramton 2009; Merrit 2009; Rice-Oxley 2012; Taylor 2008
- 26 Halldorsdottir 1996; Tobin 2008
- 27 Willig 2009: 57
- 28 Langdridge 2007: 108
- 29 Dionisio 2008; Lopez 2004: 731
- 30 Langdridge 2007: 62

A Critical Discussion of The National Clinical Practice Guideline on Depression

Introduction

In this chapter, I will consider the NICE guidelines for depression and discuss the evidence on which these guidelines are based. As part of this discussion, the paper will evaluate one of the empirical studies that was used to inform the guidelines.

I. Discussion of the evidence base for NICE guidelines on depression

The Guideline Development Group (GDG) has developed evidence based guidelines for the treatment and management of depression by *reviewing clinical literature* on the subject. (NICE 2004: 35)

Most of this evidence base was formed from existing systematic reviews of randomized *controlled trials* (RCT) that was published in English since 1995 (ibid: 36). These reviews were assessed for quality and eligibility by using formalized *quality* and *eligibility checklists* (ibid: 296-300). Where no RCT's were found for the addressing of specific clinical questions the GDG adopted an *informal consensus process* (ibid: 44-45). Most of the extracted outcome data were scores on three selected *rating scales* for depression (ibid: 38). The different levels of evidence were put in a *hierarchy* according to their strength and the grade of their associated recommendations (ibid: 43).

The NICE guidelines are thus based on a meta-analytic synthesis of the results of many studies and the use of relevance criteria is important (Breakwell 2006: 474).

Identification of studies

The identification of these relevant studies is based on search of English publications from six chosen databases. This identification process might be criticized for only taking research into consideration that has been carried out in English-speaking countries and / or written in English, which excludes many valuable results that are relevant to a UK context although, for example, being written in French or German.

Hierarchy of evidence

The NICE guidelines are based on a hierarchy of evidence that reflect the relative authority given to various types of research. Evidence hierarchies are often integral to evidence-based science and practice and the present hierarchy reflect a certain agreement on the strength of the different types of research. In the NICE guidelines evidence obtained from RCT or systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials rank above evidence obtained from other well-designed quasi-experimental studies while expert opinion and clinical experience are ranked at the bottom.

Thus, studies primarily had to be randomized controlled trials (RCT) or a review of these and positively this kind of criteria provide a certain guarding against biases in the conclusions drawn.

Advantages of RCT: Fundamentally, RCT is a study in which people are allocated at random to receive one of several interventions that are being compared and their different *outcomes* are measured (Jadad 2007: Ch. 1). On the advantage side, RCT is regarded as a powerful research method because it involves a big level of security when it comes to precision and validity. This also provides better opportunity for communication and discussion of guidelines and development amongst researchers. Furthermore, since there already exist a lot of empirical knowledge on the nature and

management of depression from this kind of research exist it might be a good idea to collect and synthesize this information in meta-studies as the present one, which may provide evidence based guidelines in relation to the effectiveness of specific treatments to a specific diagnosis like depression.

Disadvantages of RCT: However, as a research method RCT has some disadvantages in itself – especially when it comes to the evaluation of interventions in mental health – and the exclusion of other types of studies also has some disadvantages. (A) Regarding the former RCT is a research method that is unable to register individual variations which restricts the type of knowledge that might be obtained through this type of research. Furthermore, by using RCT it is only possible to verify the hypotheses that are formulated in advance which means that there cannot be made any crucial discoveries through this type of research. This The present meta-study of depression is also limited to be based on some narrow diagnosis-measures and rating scales, which do not include many of the clinical issues belonging to practice. Among other things, it becomes impossible to understand depression as anything but a specific disease (pathological malfunction) that has very specific symptoms. This not only makes it impossible to understand individual and existential dimensions of depressive suffering but also how cultural and social factors influence depression and our ways of dealing with it. (B) Regarding the latter, to exclude or give a low rank to other types of studies not only limits the type of results, it is possible to find, but also the type of conclusions, it is possible to draw. Importantly, this type of evidence base does not include description of key factors as the therapist-client relationship and the checklist for the metastatic study is so discriminatory that only considers a few types of treatment like psychopharmacological treatment and a very limited range of psychotherapeutic approaches (NICE 2004: 196-7). Finally, this kind of manualizing requires some very standardized methods that tend to make treatment rigid and inefficient.

It also seems inconsistent that GDG on one side only want to answer clinical questions using the results from RCT while in case of non-performance answering questions through informal

Social and political dimension

RCT is an expensive form of research, often funded by pharmaceutical companies who are responsible for developing specific types of psychopharmacological treatment. The volume of published RCT studies are therefore not neutral with respect to economic interests and will tend to favor the treatment of depression with antidepressant medication. In many ways, the understanding of depression in the health system comes from the psychopharmacological development, which gives a bias against the range of conclusions and results that can be found through RCT (Healy 1999).

More generally one can question whether the NICE guidelines are more an expression of the requirements on quality control from political management than a real need for clinical knowledge from practitioners.

II. Evaluation of one empirical study that was used to inform the guidelines

In the second section, I will evaluate the study in the article *A randomized controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorder given by community nurses in primary care* by Mynors-Wallis et. al. (Mynors-Wallis 1997).

The design and measures used in the study

The research method is a randomized controlled trial where a study group of 70 patients with emotional disorders were randomly allocated to receive either problem-solving therapy from a trained community nurse or treatment as usual from their general practitioner.

Restriction: The study group is qualitatively *restricted* to patients aged 18-65 with persistent emotional disorders.

Design of randomization: Patients with emotional disorders were allocated randomly. The study is an *unpaired design* where we have two groups of patients, one group treated with problem-solving therapy, the other group not treated with problem-solving therapy.

Type of design for monitoring change: The study has a *longitudinal design* for data collection with three occasions of assessment: before treatment, at the end of treatment and at 26 weeks.

Measures: The study uses *ordinal measurement* where categories of symptoms, social functioning and quality of life etc. are ranked. The *outcome measures* are considered in terms of (1) clinical outcome, (2) economic outcome and (3) patient satisfaction and there are 4 clinical outcome measures: (i) Clinical interview schedule, (ii) General Health Questionnaire, (iii) Social Adjustment Scale and (iv) Euroqol Scale (ibid: 116).

Statistics used in the study

In the study is used a *test of difference* where the categorical variables define the groups, that is problem-solving therapy versus ordinary treatment. The study allows the comparison of these two variables in a sample of data to determine if there is any difference between them or not and the focus is hypothetical effects of problem-solving therapy or no problem-solving therapy measured as difference in outcome between the two groups.

Threats to validity

External validity: Since the study group does not constitute a representative sample of the population in terms of geography, age and gender it is possible to question the study's applicability. Moreover, the study is only followed 26 weeks, which excludes the purpose of obtaining information about long-term effects and possible relapse.

Internal validity: When patients receive information that they may begin receiving a new form of treatment, the psychological impact of this information may have a significance that is not considered when the trial is not blinded. It also appears that the patients recruited to the study have very different types of suffering, when you look at the duration of symptoms and past treatment, etc. The study does not account for the many other factors that may affect the progress of emotional disorder: Does it, for example, effect the process of these disorders if patients receive much attention from a therapist and there are differences in the kind of attention patients receive, which is not about the type of treatment but, for example, about personality of the therapist and the character of the therapeutic relationship, etc. It is important to look at whether the study measures the hypothetical effect of the variables of speaking, different types of treatments or perhaps rather of different forms of emotional awareness, or perhaps of the psychological effects of being put in a new form of treatment?

Another question is whether the nature of the emotional disturbances can be understood thoroughly enough from the assessment instruments used in the study.

Conclusions drawn from the findings of this study

The study concludes that there is no significant difference between problem-solving treatment and usual treatment. However, the problem solving group had only received an average of 3,7 problem solving sessions during the period, which is a very small base to draw conclusions from. Such a conclusion requires a research study of longer duration and with more intervention to measure on.

Implications in the context of clinical application of knowledge and the broader socio-political climate

The study shows that problem solving treatment has no greater effect, although it is a very expensive form of intervention. From a political perspective, such a study will most

likely be used to not spend money on therapy, although it is debatable whether the study actually measures the effect that it concludes.

Such studies can be difficult to use in relation to assessment of psychological intervention in which the intervention process will often be more complex than it is possible to measure in a randomized controlled trial, and the effect will often be more complex and often only be seen in the long term. Politically and scientifically, this type of research has tended to favor the treatments that are so simple to quantify and compare, for example pharmacological treatment and Cognitive Behavior Treatment, and in turn tend to downgrade types of treatment that are more complex and perhaps can only be assessed on an individual level.

Den sundhedsvidenskabelige rationalitets indvirkning på psykoterapien

Målsætning

I de senere år er antallet af danskere og andre vesterlændinge med en psykiatrisk diagnose vokset markant. Tilsvarende har sundhedsvidenskabelige kategorier og rationalitetsformer også fået en stigende indflydelse på den praktiske intervention over for psykiske lidelser. Op mod 25 % af den vestlige befolkning forventes at være kvalificerede til et terapeutisk tilbud (Wittchen 2011). Derfor udgør det et potentielt stort samfundsproblem, at der ikke findes forskning om, hvordan den sundhedsvidenskabelige rationalitet egentlig indvirker på psykoterapien og dens tilgang til mennesket. Mit projekt vil medvirke til at løse dette problem ved at afklare indvirkningen ud fra et idéhistorisk og praksisfilosofisk perspektiv.

Problemformulering og forskningsspørgsmål

På den baggrund gives flg. problemformulering:

Hvordan indvirker den sundhedsvidenskabelige rationalitet på psykoterapien?

Den udspecificeres i 4 forskningsspørgsmål:

1. Hvilken indflydelse har den sundhedsvidenskabelige rationalitet på de historiske mulighedsbetingelser for psykoterapiens etablering?
2. Hvordan indvirker den diagnostiske diskurs på psykoterapien?
3. Hvordan indvirker den sundhedsvidenskabelige evidensstilgang på psykoterapien?

4. Hvilken indflydelse har den sundhedsvidenskabelige rationalitet på den psykoterapeutiske forståelse og håndtering af mennesket?

Forskningshorisont

Mit projekt tager afsæt i de senere års komplekse forskningsdiskussioner af det kontroversielle spørgsmål om den sundhedsvidenskabelige rationalitets status for psykoterapiens grundlag, legitimitet og funktion. I det ene yderpunkt af de bredtfaavnende diskussioner bliver stadig mere forskning i psykoterapi organiseret omkring den medicinske model som metateori, og mange forskere forfægter, at psykoterapien eksplicit bør begribes som en klinisk behandlingsteknologi (fx Guze 1992). I den anden yderposition anfægter kritiske forskere den sundhedsvidenskabelige tilgang til psykoterapien og forsvarer mere humanvidenskabelige tilgange (fx Wampold 2001; Elkins 2009). Grundlaget for mit projekt er, at der ikke er tilstrækkelig dybdegående forskning fra en helt tredje position om, hvordan den sundhedsvidenskabelige rationalitet egentlig indvirker på psykoterapien. På 4 kerneområder savnes der en nuanceret undersøgelse, som netop formår at skabe et samlende perspektiv på psykoterapien som et særdeles komplekst fagområde med over 250 forskellige retninger (Wampold 2009):

Studie 1: Der er opstået en forøget erkendelse af vigtigheden af at inddrage historiske og sociokulturelle perspektiver på psykoterapiens funktion og beskaffenhed. Størstedelen af den nyere forskning i psykoterapiens historie og kultursociologi er imidlertid enten karakteriseret ved at: Betragte den moderne medicin som psykoterapiens selvfølgelige fundament; skildre psykoterapiens fremkomst som helt uafhængig af medicinen; eller savne specifikke redegørelser for den sundhedsvidenskabelige rationalitets status for psykoterapiens etablering (Zaretsky 2004; Wallace 2008; Norcross 2011; Schmidbauer 2012). Mit projekt styrker forskningen ved at undersøge, hvordan og i hvilket omfang sundhedsvidenskabelige rationalitetsformer overhovedet indvirker på de historiske mulighedsbetingelser for psykoterapiens etablering.

Studie 2: Megen aktuel forskning bestræber sig på at fundere psykoterapiens hovedfokus på psykiske lidelser i psykiatrisk diagnosticering (fx Beck 2007). De vidtfavnende diskussioner spænder også over modsatrettet forskning, der er kritisk over for brugen af diagnostiske kategorier og typisk forsvarede humanvidenskabelige tilgange til psykiske lidelser (fx Deurzen 2012). Samtidig er kultur- og socialvidenskabelig forskning begyndt at påvise den centrale betydning, som den tiltagende psykiatriske diagnosticering har for hele vores samfundsliv (Brinkmann 2010). Mit projekt forstærker forskningen ved at belyse, hvordan udbredelsen af den diagnostiske rationalitet egentlig indvirker på psykoterapiens udvikling.

Studie 3: En stigende mængde forskning er begyndt at evaluere udbyttet af psykoterapi med udgangspunkt i sundhedsvidenskabelige evidensstilgange og forskningsmetoder (Rowland 2003). Denne tendens underbygges ved, at flere landes sundhedsvæsen er begyndt at anbefale evidensbaserede praksisser til behandling af psykiske lidelser ud fra en prioritering af klinisk randomiserede forsøg (NICE 2004; SST 2012). Den flersidige diskussion er også præget af modsatrettet forskning, der advokerer for anvendelsen af mere humanvidenskabelige tilgange til videnskabeliggørelsen af psykoterapien (fx Wampold 2009). Mit projekt løser det problem, at der endnu ikke er dybdegående forskning om, hvordan udbredelsen af sundhedsvidenskabelige evidensstilgange og forskningsmetoder overhovedet indvirker på psykoterapiens udvikling.

Studie 4: Megen psykoterapeutisk forskning bestræber sig på at tilpasse psykoterapien til en sundhedsvidenskabelig tilgang til mennesket. I det modsatte yderpunkt af de omfattende diskussioner påpeger anden forskning, at psykoterapien bør begrundes i mere humanistiske og helhedsorienterede tilgange til mennesket (Jørgensen 2012; Deurzen 2012). Samtidig påviser kultur- og socialvidenskabelig forskning, at udbredelsen af psykoterapien har en enorm indflydelse på de praktiske tilgange til mennesket og dets forvaltning af sit eget liv (Rose 1999; Furedi 2004). Mit projekt løser det problem, at der endnu ikke er fyldestgørende forskning om, hvordan udbredelsen af sundhedsvidenskabelige rationalitetsformer overhovedet påvirker psykoterapiens forståelse og håndtering af mennesket.

Conceptions of the normal Family

Introduction

Clients often diagnose their own families as dysfunctional or cling on to an idea, that their own family is very normal. Since the establishment of family therapy, it has become common to use the terms of normal and pathological families. In this essay, I will address the problem of the normal family from an old and from a new perspective and see how they relate to my experiences from client work.

Donald Jackson and the theory of homeostasis

Originally, systems theory was developed within science around the notion of self-regulating *systems* that are units structured on feedback and operating in continuous circular processes rather than in linear sequences (Rivett 2010, 3-5). Donald Jackson took part in the early application of *systemic* theory concepts to the psychological understanding of families that was developed from the Palo Alto group and research on schizophrenia (Dallos 2008, 24). The initiator of this group was Gregory Bateson, who created a theory about the causes of schizophrenia called the *double bind theory*, that explains schizophrenia as a phenomenon that happens when important basic relationships are chronically subjected to invalidation through paradoxical communication. This pragmatic communicational approach to the family as a relational system of continually interacting parts displaying coherent patterns enabled a general conception of psychopathology as resulting from interpersonal processes rather than being individual phenomena.

In 1958, Jackson established the Mental Research Institute and worked further to develop a family interactional therapy out of his work on schizophrenia, that focused on the mutual impact of schizophrenic patients and their families in the home environment recognizing the importance of treating the whole family system instead of taking away the schizophrenic patient for individual therapy.

In the article 'Family therapy in the family of the schizophrenic' from 1961 he focuses in the effect of schizophrenic clients' psychotherapy on the entire family by introducing a distinction between healthy and sick families (Jackson 1973, 205):

” ...that we assume *mutatis mutandis* there will be observable differences along the continuum to healthy families” (ibid 205)

Very importantly, Jackson has no significant evidence of his conception of the healthy family but only assumes it to be able to conceptualize the sick family. The main idea behind this conceptualization is to shift the focus away from being unilaterally directed on the schizophrenic patient as the sick member of the family to being directed on the whole family as sick. As a therapeutic strategy, this involves having sessions with the whole family to avoid the bias of patient-oriented sessions. This maneuver puts Jackson able to introduce the concept of *family homeostasis* to describe the family as a closed information system regulated by homeostatic principles. The focus is hereby set on processes that maintain the stability of the family structure and Jackson show how the sick families resist change and try to sustain redundant patterns of behavior. Schizophrenia is described as an adaptive disorder linking itself to family pathology as rigid elements of the schizophrenic family interaction explains the symptoms (ibid 207, 219). Jackson therefore calls these families stable, unsatisfactory families and he shows how change in the symptoms of the schizophrenic members produce feedback into the family system (ibid 204). In the case of the schizophrenic woman Barbara in the article we see how family members, that at first seem to be victimized by the patient's illness react to Barbara's symptoms in a way that seem to serve to stabilize the family's situation and result in inflexible ways of thinking. According to Jackson the members of the stable, unsatisfactory families will resist change and attempt to maintain the symptomatic behavior and the goal of therapy must therefore be to get the family members to live together with autonomy so that they can accept and embrace change (ibid 206).

Jackson's article was a revolutionary and fascinating attempt to conceptualize psychopathology and psychotherapy through the idea of family systems. However, it is associated with the idea of the normal and healthy family that can only be understood

as antithetical to the sick family. That is, the healthy family should be a family not being able to incorporate internal and external changes and create some kind stability and this was the way in which Jackson further developed his theory until his death in a young age. It remains a question, though, whether there is such thing as a healthy family at all?

The theory of Jackson makes very well sense to my own work with clients. I am not dealing with the family system but with the individual client, but one thing has often surprised me. When the clients are experiencing a positive development due to their therapy, they often tell me that their family members seem to react in a negative way. It is almost as the parents and siblings try to hold the clients on to their unhealthy behavior, and before I read the article of Jackson I didn't know what this was about.

Froma Walsh and the social construction of the normal family

Froma Walsh is Co-Director and Co-Founder of the Chicago Center for Family Health, and is Professor Emerita in the School of Social Service Administration and Department of Psychiatry, Pritzker School of Medicine, at the University of Chicago. In her article 'Conceptualizations of Normal Family Functioning from 2002 she introduces a social constructionist perspective on the healthy normal family that is quite different from Jackson's perspective.

According to Vivien Burr social constructionism challenges the view that knowledge is based on objective observation of the world and that our categories and concepts are historically and culturally specific and depend on social arrangements (Burr 2003, 3-4). Froma Walsh is interested in the application of social constructionism to the practical field of family therapy, and whereas Jackson seems to presuppose the existence of the normal and healthy family she states that social constructionism involves a recognition that definitions of normality in families are socially constructed (Walsh 2002, 4). These definitions of the normal family have changed because of social and economic changes, and they are important because notions of normality mean benefit to some

families and marginalization to other families. Therefore, it is crucial to the therapist to be aware of those notions of normality that are embedded in different belief systems, and according to Walsh these notions might be subdivided into four main conceptions:

1. In the clinical perspective on *normal families as asymptomatic* the judgement on normality is medical and based on the idea that families are normal given that no family members have any mental disorder or symptoms (ibid 5). Walsh makes a critique of this perspective since no families are problem-free and therefore:

” ...the presence of distress is not necessarily an indication of family pathology” (ibid 5)

2. In the second perspective, *normal families are typical and average* (ibid 6). This perspective is often adopted by social scientist and is based on the idea that normality is about behaving in ways that are common for families. Walsh makes a critique of this perspective since family patterns that are socially considered common might not be healthy and could even be destructive.
3. The third perspective on *normal families as ideal and healthy* defines the normal family in terms of ideal traits for functioning that provides well-functioning, successfulness and accomplishment (ibid 6). Walsh makes a critique of this perspective based on the idea that social and cultural norms of the ideal family are nothing but culturally constructed values and she demonstrates how disturbed people might just as well come from this definition of a normal family as from any other family.
4. The fourth perspective on *normal family processes* is based on systems theory that conceives normal family functioning in terms of basic patterns of interaction that supports the integration and maintenance of the family and its ability to provide well-being to its members (ibid 7). All families have their own rules regulating the family processes that are shared belief systems giving meaning to and guiding family life. This perspective is present in the article of Jackson. More recent perspectives have integrated systemic and developmental perspectives and defines optimal family processes as contingent on both social and

developmental contexts. Walsh, however, makes a critique of this perspective since the term 'dysfunctional' tends to pathologize and blame certain families and neglect the fact, that almost every family is struggling with problems. Seen from this perspective Jackson is overlooking the fact that all families have problems and therefore it makes no sense to conceptualize the sick family.

According to Walsh the world is changing faster and faster and we need a social constructionist understanding of family functioning that considers the socio-historical context, and she identifies 4 categories that represent these changes:

1. Walsh distances herself from the image of the idealized traditional family by reporting that *family forms are varied* and that families of the past were diverse and complex (ibid 10). The nuclear family structure is a product of the industrialization and is often mistaken for an essential institution that is now being endangered. We now live in the age of the postmodern family with more households and flexible gender roles. However, despite of the changes in family structures people still seek committing and intimate relationships as an important source of their happiness and these relationships matters more to us than the ideal of the traditional nuclear family.
2. Walsh describes the *changing gender roles and rules* as having a huge impact on the family (ibid 14). The industrialization created the definition of the housewife as the woman taking care of the children and nurturing the children, whereas the man was given the role of the provider. In the 20th century women were brought into the workforce but the ideal gender roles persisted. However, today most people share a desire for equal partnership in family life with both women and men combining careers and child rearing.
3. Walsh describes *cultural diversity and socioeconomic disparity* as the most striking feature of North American families today (ibid 16). According to her cultural pluralism be a source of strength but the social and economic conditions of today's American society worsen family life to many people (ibid 18).
4. Finally, Walsh describes *varying and extended family life-cycle course* as a feature of changes in modern western family life, where rising life expectancy

and serial monogamy are among factors influencing family structures. However, Walsh also states that most people still are optimistic of finding an intimate and committing relationship that will last people (ibid 19).

An adequate perspective of the family will need to take on these changes within family structures that have made family stability very precarious. Today many families lack a map to guide their passage but according to Walsh, many of these families also invent new models of human connectedness (ibid 21). The strength-based approaches to family therapy must adopt a vision of encouraging the ability to combine multiple roles and adapt to new challenges (ibid 22).

Walsh's theory provides many refreshing inputs to the perception of families today. From my own work with clients, I can recognize many of the social, cultural and economic challenges for families, which Walsh identifies. Her social constructionist perspective also gives more opportunity for a contemporary perception of "normal families" than Jackson's did and she is probably right that the concept of normality is difficult to operationalize when it comes to family therapy.

It is also possible to criticize Walsh from her own perspective. In many ways Walsh represents a feminist and liberal approach to the family, which is characterized by a vision of the North American society, that leads to an idealization of the modern family where the man and woman share responsibility in the family.

Feminism and gender equality is perhaps most prevalent in Scandinavia, where some researchers have increasingly begun to focus on the social, economic and family impact of feminism. Thus, today there is a growing group of men who are completely excluded from society because women dominate education and employment, while not wishing to form families with men without education and work. Families, therefore, increasingly consist of single women who either become artificially fertilized or are adopting children. Several researchers and newspapers have also written about how Scandinavia is moving towards becoming communities where men are no longer needed and that in the future there will not be born male children.

Conclusion

Jackson's article contains many interesting perspectives on family therapy, but its main weakness is perhaps the idea of a normal, healthy families. Based on Walsh's article, we may ask whether such normal healthy families exist. Walsh's article attempts to integrate social development in its view of families in a changing world. Her article, in turn, might be criticized for idealizing a feminist and liberal view on social and cultural development that is just as totalitarian and excluding as the male-dominated paternalistic society that existed in the industrial society.

Normalitetens ubehag

– stress, angst og depression som eksistenssociologisk problem

Introduktion

I disse år fremhæves det, hvordan samfundets normative mål også er at fremme mental sundhed og skabe betingelser for lykke og velvære blandt befolkning og individer. Samtidig rapporterer undersøgelser om en stigning i forekomsten af lidelser som især stress, angst og depression. Projektets mål er at skabe dybdegående og nuanceret viden om, hvor vidt udviklingen i samfundets normative orden og opfattelse af den sociale normalitet selv er med til at producere de lidelser, som den skulle forhindre.

State of the Art

2.1. Psykiske lidelser i samfundet. Vores samtid bliver sideløbende omtalt som tidsalderen for *stress, angst og depression*, og de senere år er antallet af danskere og andre vesterlændinge med disse lidelser vokset markant (Blazer 2005; Jackson 2013; Hougard 2005; Andersen 2011; Compton 2006; Perou 2013). En international undersøgelse fra 2011 viser, at angst og depression er blandt de hyppigst forekommende diagnosticerbare psykiske lidelser, der årligt rammer hhv. 14 og 7% af den europæiske befolkning, hvilket svarer til Psykiatrifondens tal for Danmark (Wittchen 2011). Statens Institut for Folkesundhed knytter udbredelsen af angst og depression til den stigende forekomst af stress som ikke-diagnosticerbar lidelse, og 13-44% af befolkningen føler sig alvorligt eller delvist stresset i hverdagen (Illeman 2010; SIF 2013; Kjølner 2000).

2.2. Psykiatri og psykologi. Psykiatrien og den kliniske psykologi er dominerende for begrebsliggørelsen af stress, angst og depression og forståelsen af årsager, forløb, symptomer og behandling. Psykiske lidelser begribes i stigende grad ud fra den konventionelle psykopatologi som *psykiske* eller *adfærdsmæssige forstyrrelser*, der kategoriseres ud fra antageligt neutrale og objektive kriterier som udtryk for *patologiske* dysfunktioner eller *unormale* afvigelser fra individets *normale* livsfunktioner (APA 2013: 20). Følgelig defineres psykiatrien og psykologien som klinisk autoritet, hvis mål er at identificere individets forstyrrede psykiske eller fysiske symptomer for at stille en eventuel diagnose og iværksætte behandling til at reducere symptomerne (Wampold 2009). Dermed lokaliseres lidelserne, deres primære determinanter og behandlingen i individet, som betragtes i *isolation* fra en bredere kontekst (Bracken & Thomas 2009; Foucault 2005).

2.3. Sociologi. Samfundsforskere påpeger, at psykiatrien og psykologien negligerer relevansen af sociale og kulturelle faktorer, som sociologien er velegnet til at undersøge med henblik på at udvikle mere målrettede samfundstiltag (fx Thoits 2015: 124; Keohane & Petersen 2013: 1).

Med afsæt i teorierne om *social stress* og *social indlæring* har sociologien undersøgt den betydning, som sociale stressorer, ressourcer og roller (Aneshensen 1992; Wheaton 1990; 1995; Thoits 1995; 2010) samt social indlæring af afvigende responser (fx Bandura 1992; Dodge 1993; Williams 1995) har som primære sociale årsager til stress, angst og depression i bestemte sociale grupper. Den beslægtede *bio-psyko-sociale* sygdomsmodel indrager både biologiske, psykiske og sociale årsager og følger (fx Dassmann 2013), men alle tre tilgange godtager i det væsentlige de psykopatologiske kategorier, der antages at kunne fastsættes neutralt og objektivt. Ulempen er for det første, at tilgangene dermed accepterer distinktionen imellem psykisk normalitet og patologi, som andre forskere har anfægtet for at være funderet i en normativ opfattelse af, hvad det *socialt normale* er og dermed i en bestemt *normativ orden* med normer og idealer for ønskværdig adfærd i samfundet (Maddux & Winstead 2008: 6-7; Keohane & Petersen 2013: 4). For det andet lokaliseres årsagerne til psykopatologi i *mangelfuld*

tilpasning til levevilkårene i det normale samfund, men tilgængene formår ikke at belyse, hvordan samfundets normative orden og opfattelse af normaliteten omvendt påvirker udviklingen af stress, angst og depression (jf. Fromm 1982: 16).

Andre tilgange udfordrer i højere grad den konventionelle psykopatologi ved at undersøge, hvordan forekomsten af psykiske lidelser er et resultat af misforhold i samfundets normative orden og opfattelse af normaliteten. Med afsæt i teorierne om *strukturel belastning* og *stempling* samt *kritisk teori* og *socialkonstruktivisme* har sociologien blandt andet undersøgt den betydning, som strukturel normløshed eller mangelfuld normativ integration i normalsamfundet (fx Piquero & Sealock 2006; Deflem 1989; Durkheim 2006; Merton 1968); normale samfundsgruppers stempling og diagnosticering af normbrydere (fx Goffman 2014; Scheff 2010; Pasma 2011); sociale patologier i normalitetssamfundet og dets normative orden (fx Adorno 2000; Marcuse 1972; Fromm 2010; Honneth 2001; 2009; Rosa 2015); og den politiske normaliseringsmagt samt psykiatriens og psykologiens konstruktion af diagnostiske kategorier (fx Foucault 2005; 2006; Rose 2010; Horwitz 2011) har for udbredelsen og erfaringen af stress, angst og depression. Tilgængene overtager imidlertid distinktionen imellem stress, angst og depression som adskilte kategorier, og dermed har de både vanskeligt ved at belyse de forskelligartede levede erfaringer af lidelse samt de almene eksistentielle former i individernes erfaringer og den mulige kontinuitet imellem stress, angst og depression som sociale fænomener (fx Baltrusaityte 2003; Pilgrim & Bentall 1999).

2.4. Normalitet: Ifølge forskere udvikler psykiatriens og psykologiens opfattelse af psykisk normalitet sig parallelt med samfundets opfattelse af det socialt normale og den politiske bekymring for befolkningens liv (fx Canguilhem 2007; Foucault 2003; Rose 2008). WHO, EU-kommissionen og Sundhedsstyrelsen betoner i disse år, hvordan fremme af befolkningens mentale sundhed og behandling af psykiske lidelser er et vigtigt normativt mål for samfundet (jf. Sundhedsstyrelsen 2008; WHO XX). Udviklingen afspejler en tendens til, at samfundets normalitetsopfattelse både skærpes og udvides fra *ekskluderende orden og gennemsnitlighed* til *inkluderende og fleksibel vækst og*

optimalhed (jf Lutz 2003; Misztal 2015; Keohane & Petersen 2013: 103). Det indebærer en bevægelse fra et *kollektivistisk* til et *individualistisk normalitetsideal*, der fremhæver selvledende individers mentale kapacitet til at blive ansvarlige borgere, som har kontrol over sig selv og frivilligt tilpasser deres egne behov til konkurrencestatens og markedets interesser ud fra en bestræbelse på at realisere sig selv gennem *individualistiske livsidealer* om lykke, succes og velvære (jf. Richardson 2005; Østegaard 2005; Pedersen 2011; Bauman 2015; Foucault 2009; Rose 2013; Sørensen 2015; Rose & Abi-Rached 2013). Normalitetsidealet placerer dermed også ansvaret for ulykke, ubehag og fiasko hos individet, hvilket understøttes af det fremherskende kliniske og sociologiske fokus på stress, angst og depression som udtryk for individuelle normalitetsforstyrrelser og tilpasningsmangler.

Dele af den kritiske teori, stempingsteorien og socialkonstruktivismen fokuserer mindre på at undersøge årsager til psykiske lidelser i bred forstand end på at forstå de paradoksale psykiske konsekvenser af den sociale normalitet, der forstås negativt som *konformitet* (fx Goffman 2014), *fremmedgørelse* (fx Fromm 2010) eller *normalisering* (fx Foucault 2002). Dermed er tilgangene imidlertid enten snævert bundet til en opfattelse af den sociale normalitet som kollektivistisk regulering på *fællesskabets* niveau, eller de tager ikke den fulde konsekvens af, at normaliteten i stigende grad udspiller sig som individualistisk regulering på *selvets* niveau og omhandler *eksistentielle livsaspekter* som selvrealisering, autenticitet, frihed, ansvar, selvidentitet, refleksivitet og livsmål (Boltanski & Chiapello 2007; Sennett 2007; Giddens 2011). Således har tilgangene en tendens til at fremstille individet som et passivt produkt af den sociale normalitet, og derfor har de vanskeligt ved at belyse, hvorfor denne kommer til udtryk som reelle psykiske lidelser hos specifikke individer, og i hvilket omfang disse individer aktivt reagerer på eller reproducerer normaliteten (fx Thoits 2015: 118, 122). Sideløbende medfører globaliseringen og den kapitalistiske samfundsudvikling, at individet i stigende grad erfarer at være underlagt nogle meningsgivende *eksistentielle vilkår*, som det ikke selv kontrollerer eller er fortroligt med, hvilket medfører *eksistentiel uvished, frygt* og *sårbarhed* (fx Thorup 2013; Baumann 1999; Beck 1999; Furedi 2006; Sørensen 2015). Nyere teori indikerer, at den stigende forekomst af især stress, angst og depression er et

paradoksalt udtryk for, at modsætningen imellem de eksistentielle livsvilkår i samfundet og de eksistentielle normalitetskrav til selvet med idealisering af lykke, succes og velvære bliver uoverkommelig for nogle (fx Verhaege 2014; Ehrenberg 2010; Jørgensen 2012; Deurzen 2009; Harris 2010). Der mangler imidlertid en dybdegående og nuancerende sociologisk undersøgelse af, hvorvidt og hvordan individers levede erfaring af stress, angst og depression faktisk kommer til udtryk som en eksistentiel grundkonflikt imellem selv at kunne og ikke kunne magte at efterleve den sociale normalitet, som de er socialiseret til at regulere som deres egen norm for et meningsfuldt liv i samfundet (jf. Canguilhem 2007; Keohane & Petersen 2013:33; Epictetus 2014).

Problemet

På denne baggrund er projektets problemformulering:

Hvordan påvirker samfundets normative orden og opfattelse af normaliteten den aktuelle forekomst af stress, angst og depression?

Som kan udspecificeres i 3 forskningsspørgsmål:

- 1. Hvordan udvikles en sociologisk teori, der kan belyse forbindelsen mellem individets levede erfaring af eksistensen og samfundets normative orden og opfattelse af normaliteten?*
- 2. Hvordan udvikles en sociologisk tilgang til lidelse, der kan forstå kontinuiteten mellem stress, angst og depression som udtryk for individets forhold til eksistensen i samfundet?*
- 3. Hvordan påvirker den sociale normalitet voksne individers levede erfaring af angst, stress og depression?*

Reference

Adorno, T. (2000). Negative Dialektik. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

American Psychiatric Association (APA) (2013). DSM-5. Washington: APA

Andersen, I. et al (2011). Increasing prevalence of depression from 2000 to 2006. Scandinavian Journal of Public Health. 39(8), 857-863

Aneshensel, C. (1992). Social Stress: Theory and Research. Annual Review of Sociology, 18, 15-38

Baltrusaityte, G. (2003). Theorizing Mental Disorder: A Sociological Approach. Sveikatos sociologija, 1, 116-132

Bandura, A. (1992). Social Cognitive Theory. London: JKL

Bartlett, S. (2011). Normality does not equal mental health. US: Praeger

Bauman, Z. (1999). Globalisering. Kbh.: Hans Reitzels Forlag

Bauman, Z. (2015). Fagre flydende verden. Kbh.: Hans Reitzels Forlag

Beck, U. (1999). Risikosamfundet. Kbh.: Hans Reitzels Forlag

Beck, C. (1992). The Lived Experience of Postpartum Depression: A Phenomenological Study. Nursing Research, 41 (3)

Beck, A. (2007) Cognitive therapy of personality disorders, US: Guilford

Blazer, D. (2005). The age of melancholy, NY: Routledge

Bok, D. (2010). The Politics of Happiness: What Government Can Learn from the New Research on Well-Being, Princeton: Princeton University Press

Boltanski, L. & Chiapello, E. (2007). *The New Spirit of Capitalism*. London & New York: Verso

Bracken, P. & Thomas, P. (2009). *Postpsychiatry*. Oxford: OUP

Burch-Jacobsen, M. (2009). *Making minds and madness*, Cambridge: Cambridge University Press

Bramton, S. (2009). *Shoot the Damn Dog: A Memoir of Depression*, London: Bloomsbury Publishing

Breakwell, Glynis & Sean Hammond & Chris Fife-Schaw & Jonathan Smith (2006) *Research Methods in Psychology*, London: Sage Publications

Brinkmann, S. (2010) *Det diagnosticerede liv*, DK: Klim

Brinkmann, S. (2010). *Patologiseringsstenen: Diagnoser og patologier før og nu*, I: Brinkmann, S. (red.) *Det diagnosticerede liv*, Århus: Klim

Brinkmann, S. (2013). *Diagnostic Culture*, Aalborg: Aalborg Universitet

British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, the (2004). *National Clinical Practice Guideline, Depression: Management of depression in primary and secondary care*, London: Stanley L. Hunt

Brody, H. (1987). *Stories of sickness*, New Haven: Yale University Press

Burge, M. (2012). *The ADD Myth*, San Francisco: Conari Press

Burr, Vivien (2003). *Social constructionism*, London: Routledge

Canguilhem, G. (2007). *The Normal and the Pathological*. NY: Zone Books

Carlat, D. (2010). *Unhinged: The Trouble with Psychiatry - A Doctor's Revelations about a Profession in Crisis*, Free Press

Christensen, G. (2009). *Psykologiens videnskabsteori*, Roskilde: Roskilde U. F.

- Clarke, J. et al (2009). The Triumph of Pharmaceuticals: The Portrayal of Depression from 1980 to 2005, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 26(2), 91-101
- Compton, W. et al (2006). Changes in the Prevalence of Major Depression and Comorbid Substance Use Disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (1), 2141-2147
- Cranach, M. (1995). Social representations and individual actions: Misunderstandings, omissions, and different premises: A reply to Wolfgang Wagner, *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 25(3), 285-293.
- Dallos, R. (& R. Draper) 2008 *An introduction to Family Therapy – systemic theory and practice*, Maidenhead: Open University Press
- Dassmann, D. (2013). *Bio-Psycho-Soziale Aspekte der Depression im Jugendalter*. Grin Verlag
- Dawson, A. & Tyler, A. (2001). *Depression: Social and Economic Timebomb*, BMJ Pub
- Deflem, M. (1989). From anomie to anomia and anomic depression: A sociological critique on the use of anomie in psychiatric research. *Social Science & Medicine*, 29(5), 627-34
- Deurzen, E. (2009). *Psychotherapy and the Quest for Happiness*. London: Sage
- Deurzen, E. (2012) *Existential Counselling and Psychotherapy in practice*, UK: Sage
- Dionisio, P. (2008). A Phenomenological Research Study on Sports Fandom in Portugal: A Comparative Study of Surfing and Football, *Journal of European Marketing*, 17
- Dodge, K. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-84
- Durkheim, E. (2006). *Suicide*. London: Routledge

- Duedahl, P. (2010). Introduktion til dokumentanalyse. DK: SUF
- Ehrenberg, A. (2000). Det udmattede selv. Depression og samfund, Kbh.: Informations Forlag
- Elkins, D. (2009) The Medical Model in Psychotherapy. Its Limitations and Failures, J. Humanistic Psychology, 49 (1), 66-84
- Elsass, P. (1993). Sundhedspsykologi, Kbh.: Gyldendal
- Elsass, P. (2003). Kulturpsykologi, Kbh.: Gyldendal
- Ferrari, A. et al (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age , and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. PLOS Medicine, 10(11)
- Foucault, M. (1997). The Archaeology of Knowledge, London: Routledge
- Foucault, M. (2000). Klinikens fødsel, Kbh.: Hans Reitzels Forlag
- Foucault, M. (2002). Viljen til viden, Kbh.: Det lille Forlag
- Foucault, M. (2002). Overvågning og straf. Kbh.: Det lille Forlag
- Foucault, M. (2003). Galskabens historie. Kbh.: Det lille Forlag
- Foucault, M. (2005). Sindssygdom og patologi, Kbh.: Hans Reitzels Forlag
- Foucault, M. (2006). Psychiatric power, London: Palgrave
- Foucault, M. (2008) Brugen af nydelserne, DK: DLF
- Foucault, M. (2009). Galskabens historie i den klassiske tidsalder, Kbh.: Det lille Forlag
- Foucault, M. (2009). Biopolitikens fødsel. Kbh.: Hans Reitzels Forlag
- Fromm, E. (1982). Det sunde samfund. Kbh.: Hans Reitzels Forlag
- Fromm, E. (2010). The Pathology of Normalcy. NY: AMHF

- Furedi, F. (2006). Culture of Fear Revisited. London & New York: Continuum
- Furedi, F. (2003). Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age, London: Routledge
- Gallagher, B. (2011). The Sociology of Mental Illness. NY: Sloan
- Gee, J. (2005). An introduction to Discourse Analysis: Theory and Method, London: Routledge
- Giddens, A. (2011). Modernitet og selvidentitet. Kbh.: Hans Reitzels Forlag
- Goffman, E. (2014). Stigma. Om afvigernes sociale identitet. Kbh.: Samfundslitteratur
- Good, B. et al (ed.)(1991). Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder, Berkeley: University of California Press
- Guze, S. (1992) Why psychiatry is a branch of medicine, US: OUP
- Halldorsdottir, et al (1996). Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer, Cancer Nursing, 19(1), 29-36
- Harris, R. (2010). Lykkefølelsen. Kbh.: Dansk Psykologisk Forlag
- Hartmann, T. (1997). Attention Deficit Disorder: A Different Perspective, CA: Grass Valley
- Hartmann, T. (1997). Attention Deficit Disorder: A Different Perspective, CA: Grass Valley
- Headley, L. (1983). Suicide in Asia and the Near East, Berkeley: University of California
- Healy, D. (1999). The antidepressant era, US: Harvard University Press
- Healy, D. (2004). Let them eat Prozac: The Unhealthy Relationship between the Pharmaceutical Industry and Depression, NY: New York University Press
- Healy, D. (2012). Pharmageddon, US: University of California Press
- Healy, D. (1999). The antidepressant era, US: Harvard University Press

- Healy, D. (2004). *Let them eat Prozac*, NY: New York University Press
- Heidegger, M. (2006). *Zollikoner Seminare*, Frankfurt a.M.: Vittorio Klostermann
- Heidegger, M. (2014). *Væren og tid*. Aarhus: Klim
- Heifner, C. (1999). The Male Experience of Depression, *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(2), 10-18
- Helman, C. (1990). *Culture, health and illness*, London: Wright
- Honneth, A. (2001). *Behovet for anerkendelse*. Kbh.: Hans Reitzels Forlag
- Honneth, A. (2009). *Pathologies of Reason*. NY: Colombia University Press
- Horwitz, A. & Wakefield, J. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, Oxford: Oxford University Press
- Horwitz, A. (2011). Creating and Age of Depression: The Social Construction and Consequences of the Major Depression Diagnosis. *Society and Mental Health*, 1(1), 41-54
- Hougaard, E. (2005). *Angst og kultur. I: Sørensen & Thomsen (red.) Det svære liv*. Aarhus: AUP
- Illeman, A. et al (2010). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2010*. Statens Institut for Folkesundhed
- Jackson, M. (2013). *The Age of Stress*. Oxford: Oxford University Press
- Jackson, D. D. (1973). Family therapy in the family of the schizophrenic, In Jackson *Therapy, Communication and Change*, Palo Alto: Science and Behavior Books Inc.
- Jadad, Alejandro & Murray Enkin (2007). *Randomized Controlled Trials: Questions, Answers and Musings*, London: Blackwell

Johansson, E. et al (2009). Gaps Between Patients, Media, and Academic Medicine in Discourses on Gender and Depression: A Metasynthesis, *Qual Health Res*, 19(5), 633-644

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders, *British Journal of Psychiatry*, 177 (5), 396-401.

Jørgensen, C. R. (2006). *Psykologien i senmoderniteten*, Kbh.: Hans Reitzels Forlag

Jørgensen, C. R. (2012). *Danmark på briksen*, Kbh.: Hans Reitzels Forlag

Keohane, K. & Petersen, A. (2013). *Social Pathologies*. UK: Ashgate

Kirmayer, L. (2001). Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment, *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (13), 22-28

Kirsch, I. (2011). *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*, US: Basic Books

Kjøller, M. et al (2000). *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000*. Kbh.: Statens Institut for Folkesundhed

Kleinman, A. (1970). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*, S&S

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, NY: Basic Books

Kotorba, J. & Fontana, A. (1987). *The Existential Self in Society*. Chicago & London: The University of Chicago Press

Kotorba, J. & Johnson, J. (2002). *Postmodern Existential Sociology*. NY & Oxford: Rowman

Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie*, Oxford: J.A. Barth

- Kramer, P. (1997). *Listening to Prozac*, UK: Penguin
- Kuendig, R. (2003). *ADHD: An Autobiography of Survival*, Adverbage Ltd
- Langdrige, D. (2007). *Phenomenological Psychology*, London: Pearson
- Lange, K. et al (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder, *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*, 2(4), 241-255
- Lawlor, C. (2012). *From Melancholia to Prozac*, Oxford: Oxford University Press
- Lawætz, K. (2013). *Har vi kollektiv sindssyge?*, Dansk Magisterforening
- Law, C. (2007). *Shyness*, New Haven & London: Yale University Press
- Lynggaard, K. (2010). *Dokumentanalyse, I: S. Brinkmann et al (red.) Kvalitative metoder*, Kbh.: Hans Reitzels Forlag
- Langdrige, D. (2007). *Phenomenological Psychology*. London: Pearson
- Lutz, P. et al (2003). *Der [im]-perfekte Mensch*. Köln: Böhlau
- Maddux, J. & Winstead, B. (2008). *Psychopathology*. NY & London: Routledge
- Marcuse, H. (1972). *Negations*. London: Penguin
- Meaux, J. et al (2006). Stimulant Medications: A Trade-off? The Lived Experience of Adolescents With ADHD, *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11(4), 214-226
- Merleau-Ponty, M. (2014). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge
- Merton, R. (1968). *Social Theory and Social Structure*. NY: Free Press
- Merrit, S. (2009). *The Devil Within: A Memoir of Depression*, Vermilion
- Misztal, B. (2015). *Multiple normalities*. NY: Palgrave Macmillan

- Murphy, H. (1982). Cultural shaping and mental disorders, I: Gove, W. (ed.) Deviance and mental illness, US: Sage
- Murphy, E. (1997). The Logic of Medicine, Baltimore & London: The John Hopkins University Press
- Mynors-Wallis, Laurence & Ioana Davies & Alastair Gray & Faith Barbour & Dennis Gath (1997) A randomized controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorder given by community nurses in primary care *The British Journal of Psychiatry*(2): 113-118
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2004) Depression. Clinical Guideline 23, UK: NICE
- Neven, R. et al (2002). Rethinking ADHD. An illness of our time, Crows Nest, Allen & Unwin
- Norcross, J. (2011) History of psychotherapy, US: APA
- Nydegger, R. (2008). Understanding and treating depression, Westport: Praeger
- OECD (2008). Mental Health in OECD Countries, OECD
- Otto, L. (1998). Rask eller lykkelig - sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede, Kbh.: KFS
- Parsons, T. (1975). The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered, Quarterly Health and Society, 53 (3), 257-278
- Parker, I. et al (1995). Deconstructing psychopathology, London: Sage
- Pasman, J. (2011). The Consequences of Labelling Mental illnesses on the Self-concept. Social Cosmos, 2, 122-7
- Pedersen, O. (2011). Konkurrencestaten. Kbh.: HRF
- Perou, R. et al (2013). Mental Health Surveillance Among Children – United States, 2005-2011. Centers for Disease Control and Prevention, Supplement, 62(2), 1-35

- Petersen, A. (2007). Depression - vor tidsalders vrangside, Örebro: Örebro Studies in Sociology
- Piquero, N. & Sealock, M. (2006). Generalizing general strain theory: An examination of an offending population. *Justice Quarterly*, 17(3), 449-484
- Polanczyk, G. et al (1997). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis, *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948
- Poslusny, R. (2001). Street Music or the Blues? The Lived Experience and Social Environment of Depression, *Public Health Nursing*, 17(4), 292-299
- Porter, R. & Berrios, G. (1999). *A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders*, London: The Athlone Press
- Porter, R. (2000). *Ve og vel. Medicinens historie fra oldtid til nutid*, Kbh.: Rosinante
- Porter, R. (2002). *Madness. A Brief History*, Oxford: Oxford University Press
- Ray, L. et al (2009). Media Representation of Mental Disorders: A Study of ADD and ADHD Coverage in Magazines from 1985 to 2008, *Journal of Magazine & New Media Research*, 11 (1)
- Rice-Oxley, M. (2012). *Underneath the Lemon Tree: A Memoir of Depression and Recovery*, Little
- Richardson, D. (2005). Desiring Sameness? The Rise of a Neoliberal Politics of Normalisation. *Antipode*, 37(3), 515-535
- Rivett, Mark (2010). *Family therapy*, London: Routledge
- Rosa, H. (2005). *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne*, Frankfurt: Suhrkamp
- Rosa, H. (2015). *Social Acceleration*. NY: Columbia University Press

- Rose, N. (1998a). *Medicine, history and the present, I*: Jones, C. & Rose, N. (ed). Reassessing Foucault, London: Routledge
- Rose, N. (1998b). *Inventing our Selves*, Cambridge: Cambridge University Press
- Rose, N. (1999) *Governing the soul*, UK: FAB
- Rose, N. (2009). *Livets politik - biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*, Kbh.: DPF
- Rose, N. (2010). *Psykiatri uden grænser? I*: Brinkmann, S. (red.) *Det diagnosticerede liv*, Århus: Klim
- Rose, N. & Abi_Rached, J. (2013). *Neuro. The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton: Princeton University Press
- Rowland, N. (2003) *Evidence-Based Counselling and Psychological Therapies*, US: Routledge
- Salter, M., & Byrne, P. (2000). The stigma of mental illness: How you can use the media to reduce it, *Psychiatric Bulletin*, 24, 281-283.
- Sartre, J-P. (1973). *Search for a Method*. US: Random House
- Sartre, J-P. (2013). *Væren og intet*. Aarhus: Klim
- Scheff, T. (2010). Updating Labelling Theory: Normalizing but not Enabling. *Nordic Journal of Social Research*, 2010, 1-7
- Sennett, R. (2007). *Den ny kapitalismes kultur*. Kbh.: Hovedland
- Sieff, E. M. (2003). Media frames of mental illness: The potential impact of negative frames, *Journal of Mental Health*, 12(3), 259-269.
- Schmidt, L-H. & Holm, C. (2010). *Om patologisering af tristhed, I*: Brinkmann. S. (red.) *Det diagnosticerede liv*, Århus: Klim

- Schmidbauer, W. (2012) Die Geschichte der Psychotherapie, D: Herbig
- Schwarz, A. (2013). A.D.H.D. Seen in 11% of U.S. Children as Diagnoses Rise, NY Times, 13. March
- Schneider, J. M. (2000). The overdiagnosis of depression. Recognizing Grief and Its Transformative Potential, Michigan: Seasons Press
- Shorter, E. (1997). A History of Psychiatry, US: John Wiley
- Shorter, E. (2009): Before Prozac, Oxford: Oxford University Press
- Smith, J. et al (2010). Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research, London: Sage
- Smith, M. (2012). Hyperactive. The controversial history of ADHD, London: Reaktion Books Ltd.
- Solomon, A. (2001). Helvedes malmstrøm, Kbh.: Gyldendal
- Statens Institut for Folkesundhed (SIF) (2013). Den Nationale Sundhedsprofil for 2010 og 2013. SIF
- Sundhedsstyrelsen (2005). Depression. Fakta og forebyggelse, Kbh.: Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen (2010). Mental sundhed blandt voksne danskere, Kbh.: Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen (2012) Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog, DK: SST
- Szasz, T. (2003). The myth of mental illness, NY: HarperCollins
- Sørensen, Anders Dræby (2002a). Den biologiske psykiatris renæssance og det antidepressive menneske, I: Slagmark - Tidsskrift for Idéhistorie, 35, 159-183

Sørensen, Anders Dræby (2002b). The problematization of Death in Modern Medicine, I: Sørensen, A. D: et al (ed.) Ethics, Rights and Death in Modern Medicine, Aarhus: Philosophia Press

Sørensen, Anders Dræby (2005). Lidelsen i et kulturelt perspektiv, I: Sørensen, A. & Thomsen, H-J. (red.) Det svære liv - lidelsen i den moderne kultur, Aarhus: Aarhus Universitetsforlag

Sørensen, Anders Dræby (2008). Spiseforstyrrelsernes tavse kulturkritik, Kulturo, 26 (14), 49-56

Sørensen, Anders Dræby (2010). The paradox of modern suffering, Tidsskrift for Forskning i Sundhed og Samfund, 13

Sørensen, Anders Dræby (2012). Integrationen af psykoterapi og læringsmodeller i et praksisudviklingsperspektiv, I: Slagmark - Tidsskrift for Idéhistorie, 64

Sørensen, A. (2016). Angst – når hverdagslivet bliver hjemløst. I: Bo & Jacobsen (red.) Hverdagslivets følelser. Kbh.: HRF

Taylor, B. (2008). ADHD and ME: What I Learned from Lighting Fires at the Dinner Table, US: New Harbinger

Thoits, P. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes. Journal of Health and Social Behavior, 35, 53-79

- Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. Journal of Health and Social Behavior, 51, 41-53

- (2015). Sociological Approaches to Mental illness. I: Scheid & Brown (eds) A Handbook for the Study of Mental Health Care. Cambridge: CUP

Thorup, M. (2013). Sårbarheder. Globalisering, militarisering og terrorisering fra Murens fald til i dag. Aarhus: Aarhus University Press

- Tobin, G. et al (2008). Receiving Bad News: A Phenomenological Exploration of the Lived Experience of Receiving a Cancer Diagnosis, *Cancer Nursing*, 31(5), 31 -39
- Thomsen, P. H. & Damm, D. (red.). *Et liv i kaos. Om voksne med ADHD*, Kbh.: Hans Reitzels Forlag
- Turner, R., Wheaton, B. & Lloyd, D. (1995). The Epidemiology of Social Stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125
- Verhaege, P. (2014). *What about me? The struggle for identity in a market-based society*. London: Scribe
- Wagner, W. & Hayes, N. (2005). *Everyday discourse and Common-Sense: The Theory of Social Representation*, NY: Palgrave
- Waldenfels, B. (1998). *Grenzen der Normalisierung. Studien zur Phänomenologie des Fremden 2*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Wallace, E. (2010) *History of psychiatry and medical psychology*, US: Springer
- Walsh, Froma (2002). *Conceptualizations of Normal Family Functioning*, In Froma Walsh (ed.) *Normal Family Processes*, New York: Guilford Press
- Wampold, B. (2001) *Medical model as metaphor*, *J. Counseling Psychology*, 48(3), 268-273
- Wampold, B. (2009) *The Great Psychotherapy Debate*, UK: Routledge
- Wheaton, B. (1990). *Life Transitions, Role Histories, and Mental Health*. *American Sociological Review*, 55(2), 209-223
- Whitaker, R. (2011). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, US: Broadway
- WHO (2001). *Mental Health: New understanding, new hope*, WHO

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

Willig, R. & Petersen, A. (2005). Depression som funktionspatologi, I: Sørensen, A. D. & Thomsen, H. (red.) Det svære liv, Århus: Aarhus Universitetsforlag

Willig, R. & Østergaard, M. (2005). Sociale patologier, Kbh.: Hans Reitzels Forlag

Willig, C. (2008). Introducing Qualitative Research in Psychology, UK: Open University Press

Wittchen, H. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies, European Neuropsychopharmacology, 15, 357-276

Wittchen, H. et al (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010, European Neuropsychopharmacology, 21(9):655-79.

Würtzel, E. (1994). Prozac Nation, US: Riverside

Zaretsky, E. (2004) Secrets of the soul. US: Vintage

Østergaard, M. (2005). Den patologiske normalitet. I: Willig & Østergaard (red.) Sociale patologier. Kbh.: HRF