

Jeppe Oute

Den sociale konstruktion af pårørendeinddragelse i behandlingspsykiatrien – et ph.d. forsvar

Resumé

Denne artikel bygger på forsvaret af en ph.d. afhandling, der havde til formål at anskueliggøre grundlaget for sundhedspolitiske og kliniske pårørendeinddragesindsatser i forbindelse med behandling af personer diagnosticeret med unipolar depression. Ved at stille følgende spørgsmål, drejer projektet sig om at undersøge de politiske, kliniske og dagligdagsorienterede forudsætninger, som danner baggrund for pårørendeinddragelse, da de i væsentlige træk har været underbelyst i litteraturen om inddragelse i depressionsramte familier: Hvordan forstås og praktiseres pårørendeinddragelse i sundhedspolitiske og behandlingspsykiatriske sammenhænge i Danmark, og hvordan forstås og praktiseres pårørendeinddragelse blandt pårørende og personer diagnosticeret med depression i deres hverdag? Produktionen af studiets empiri hviler på et flerstedsetnografisk feltarbejde, som synliggør forandringen af de måder inddragelse italesættes og praktiseres på tværs af tre forbundne, empiriske felter. Diskursanalyser af empirien viser, hvordan den fremherskende forståelse af pårørendeinddragelse i klinisk psykiatrisk praksis ikke har

meget at gøre med de måder pårørendeinddragelse kommer til udtryk iblandt undersøgelsens syv, deltagende familier. Denne artikel konkluderer, at den herskende politisk-kliniske diskurs om pårørendeinddragelse signalerer en forholdsvis ensartet målsætning om deinstitutionisering og forebyggelse, som kan frembringe en række problemer og paradokser. For at kunne udvikle praksisformer, som undgår disse typer af problemstillinger, lægger artiklen op til at designe mere specifikke analyser, som i højere grad kan tage inddragelsens sociale og kønnede kontekst i betragtning.

Nøgleord: *Inddragelse, Psykiatri, Diskursteori, Policy, Flerstedsetnografi*

Indledning

Denne artikel bygger på den offentlige forsvartale for ph.d. afhandlingen: “*Den sociale konstruktion af pårørendeinddragelse i behandlingspsykiatrien – et flerstedsetnografisk feltstudie af politiske, kliniske og depressionsramte familiers diskurser om inddragelse og deres effekter*” (Hansen, 2016). Projektets formål er at anskueliggøre grundlaget for

sundhedspolitiske og kliniske inddragelsesindsatser rettet mod pårørende til en voksen person diagnosticeret med unipolar depression. Desuden skal projektet kaste lys over pårørendeinddragelsens intenderede såvel som ikke-intenderede konsekvenser, samt udpege behov for videre kvalitetsudvikling og forskning i pårørendeinddragelse og beslægtede empowerment-orienterede indsatser (Paaske, 2014; Vallgård, 2005). For at indfri det formål formuleres følgende problemstilling: Hvordan forstås og praktiseres pårørendeinddragelse i sundhedspolitiske og behandlingspsykiatriske sammenhænge i Danmark, og hvordan forstås og praktiseres pårørendeinddragelse blandt pårørende og personer diagnosticeret med depression i deres hverdag? Overordnet set belyser projektet, hvordan forskellige forståelser af pårørendeinddragelse kommer til udtryk i politikker og blandt professionelle, diagnosticerede og pårørende på tværs af forskellige praksissammenhænge, og hvordan disse italesættelser og praksisser kan virke betingende for forskellige paradokser og intenderede, såvel som ikke intenderede, konsekvenser. Studiets centrale tema er derfor, hvad pårørendeinddragelse er, og hvorfor.

Denne artikel består af fem dele. I den første del præsenteres inddragelse som politisk forskningsfelt, studiets metodologi og empiriske materialer. Del et synliggør, hvordan det analytiske blik har betydning for måden at spore forandringerne af forståelsen af inddragelse på tværs af politiske, kliniske og hverdagslivssammenhænge. Denne tilgang er afgørende for, hvilke empiriske materialer, der produceres for at belyse denne forståelsesmæssige variation. I artiklens anden del fremvises den politiske forståelse af pårørendeinddragelse, som kommer til udtryk i sundhedskampagner og forskningslitteratur. I tredje og fjerde del analyseres hhv. kliniske professionelle og familiernes hverdagsorienterede forestilling om pårørendeinddragelse, og til slut præsenteres studiets konklusion.

Del 1. Pårørendeinddragelse som politisk forskningsfelt

For at indkredse projektets centrale tematik, må pårørendeinddragelse som teoretisk begreb bestemmes nærmere. Pårørendeinddragelse udgør et begrebspar med det omstridte begreb recovery, der ofte bruges i psykiatrisk forskning og praksis (Schon, Denhov, & Topor, 2009; Topor, Borg, Di, & Davidson, 2011). Recovery orienteres almindeligvis mod en transformation af den diagnosticeredes identitet, mening og mål med vedkommendes liv med psykiske problemer. Pårørendeinddragelse udgør det kollektive aspekt af recovery (ibid.). Det vil sige, at diagnosticerede og pårørende vedligeholder og genopbygger en meningsfuld og tilfredsstillende relation med hinanden, venner, familie, professionelle og arbejdsmarkedet, med afsæt i egne mål og værdier, efter, at deres problemer er begyndt (ibid.). Denne teoretiske begrebsliggørelse af pårørendeinddragelse bruges kun i mindre grad i afhandlingen. På linje med forskere fra psykiatri – og rusmiddelfeltet anskues pårørendeinddragelse derimod som et politisk begreb (Petersen, Hounsgaard, Borg, & Nielsen, 2012; Frank & Bjerger, 2011; Hui & Stickley, 2007); altså som en policy. Og hvad indebærer det?

I politikker og sundhedspolitiske vejledninger fremstilles pårørendeinddragelse ofte som løsningen på to modstridende målsætninger. For det første, skal pårørendeinddragelsen bidrage til nedlæggelse af sengepladser i behandlingspsykiatrien såvel som forflytning af ansvarsområder under den tematik, der hedder de-institutionalisering (Udvalget, 2013). For det andet skal pårørende bidrage til en øget og effektiv diagnosticering og behandling af et stigende antal personer med psykiske problemer. Derved ses pårørendeinddragelse som løsningen på det, der betegnes som et ekspanderende problem (Brinkmann, 2010; Brinkmann, 2011). Dette politiske krav til pårørende udtrykkes fx i vejledninger fra PsykiatriFonden (Gerlach, 2008) under overskrifter

som: “*Hvad kan du gøre som pårørende*”, eller: “*Se faresignalerne, og få stillet en diagnose*”, eller: “*Pårørende som en aktiv del af behandlingsforløbet*” (Hansen, 2014). Måske fremgår dette implicitte politisk-økonomiske krav endnu tydeligere af billedet nedenfor, der stammer fra et internt kundemagasin fra medicinalvirksomheden Eli Lilly (Eli Lilly Danmark, 2010), som forfatteren fik af en lægefaglig informant under udarbejdelsen af studiet. Her betragtes “*Familien som medbehandler*”.



Givet at pårørendeinddragelse udtrykker et politisk krav til løsningen af behandlingsmæssige- og økonomiske udfordringer og strukturforandringer i det psykiatriske system, må pårørendeinddragelse betragtes som et politisk styringsredskab. Ved at betragte pårørendeinddragelse på den måde, ses pårørendeinddragelse som en analytisk linse, gennem hvilken man kan studere den politiske formgivning af pårørendes identiteter. Det kan gøres ved at analysere de måder, diagnosticerede og pårørende fremstilles, og følgende forventes at agere, i forhold til hinanden (Shore & Wright,

2011). Denne måde at betragte studiets forskningsfelt indebærer samtidig, at projektet hverken fokuserer på en bestemt gruppe mennesker, en organisation eller en politisk tekst i sig selv. I stedet zoomer studiet ind på de(t) mulighedsrum, som kommer til udtryk gennem politiske, kliniske og familiers forestillinger om relationen mellem professionelle, diagnosticerede og pårørende. Som sådan ses pårørendeinddragelse som et vidtrækkende forskningsfelt, hvor forståelsen af pårørende og deres identiteter transformeres på tværs af dagligdagsaktiviteter, lokale, psykiatriske institutioner og nationale, såvel som internationale, styringsorganer (ibid.).

Diskursteoretisk linse: For at kunne fremanalysere disse forskellige forståelser af pårørende(inddragelse) trækkes der på en diskursteoretisk linse (Laclau & Mouffe, 2011; Torfing, 1999). En sådan optik kan synliggøre, hvordan forventninger til, idealer for, eller forståelser af pårørende, og deres måder at være og/eller blive inddraget på, kommer diskursivt til udtryk gennem sprogbrugen. Med sprogbrug menes de måder, hvorpå pårørendeinddragelse beskrives, tales om og symboliseres i handling. I denne forstand ses diskurs som den konkrete måde vi taler og udtrykker os på. Det kaldes for artikulation i et diskursteoretisk perspektiv (Laclau & Mouffe, 2001). Artikulationer udgøres af midlertidige fastspændinger af en sammensætning af et begrænset antal sproglige betegnelser, symboler eller udsagn. Sammenhængen mellem tegnene effektuerer den identitet, som diskursens subjekt kan få. På den ene side tilskriver forholdet mellem diskursens tegn og udsagn netop en særlig mening med, hvad der for eksempel kan menes med patient eller pårørende. På den anden side udelukker sammensætningen af tegn muligheden for andre tilstødende forståelser af subjektets identitet (ibid.). I en analyse af en kendt dansk lærebog om psykiatrisk sygepleje artikuleres patientens identitet, for eksempel, ved at bruge betegnelser som svag, kaotisk eller barn

(Hansen & Randwijk, 2013). Forståelsen af, at patienten er et ukontrollabelt barn er derfor en effekt af diskursen, og det ses som subjektets identitet. Et subjekt udtrykkes og får samtidig en særlig mening i et modsætningsforhold til andre subjekter. I modsætning til patienten betegnes sygeplejersken, i samme lærebog, med tegn som stærk og mor. Artikulationen af patient og sygeplejerske former derved den forståelse, at forholdet mellem dem udgøres af en forælder-barn relation (ibid.). Ved at anlægge dette blik prøver afhandlingen at tydeliggøre, hvordan sprogbroen kan virke styrende for forståelsen og praktiseringen af pårørendeinddragelse, fordi sprogbroen udgør den logiske kontekst for praksis. Afhandlingen kan således belyse forholdet mellem forskellige diskursive forståelser af inddragelse, der gør sig gældende på én og samme tid.

Metodologi: Synet på inddragelse som forskningsfelt og projektets fokus på diskurser betyder, at studiet blev designet til at spore forbindelser mellem betegnelser og symboler på pårørendeinddragelse på tværs af det psykiatriske system (Hansen, 2016). Denne flerstedsetnografiske tilgang er beskrevet af de engelske socialantropologer Shore og Wright (2011) som "Anthropology of Policy". Princippet i politisk antropologi indebærer, at empirien om artikulationerne af diagnosticerede og pårørendes identiteter produceres ved at følge betegnelserne heraf på tværs af et felt (ibid.). Derfor blev artikulationer af pårørendeinddragelse fulgt på tværs af tre typer af empiriske felter (Hansen, 2016): (1) En klinisk felt, som består af to forbundne psykiatriske afdelinger (og tilhørende behandlingsenheder og sengeafsnit), hvorfra italesættelser af patienter og pårørende fulgtes videre ind i det, jeg kaldte en familiefelt og en politisk felt. (2) Familiefelten omfatter et netværk af relationer mellem familiemedlemmerne til syv formålsudvalgte par bestående af personer diagnosticerede med moderat til svær depression og deres samlevende pårørende. (3) Den politiske felt konsti-

tueres af et stort netværk af virtuelle websites, som, direkte eller indirekte, er forbundet til klinisk praksis via de sundhedspolitiske kampanjer kaldet En af Os og Psykisk Sårbar, som er meget fremtrædende i den kliniske felt.

Empiri: (1) Empirien fra den kliniske felt omfatter materialer, der blev genereret på to psykiatriske afdelinger, hvor der blev foretaget i alt otte ugers feltarbejde: Observationer fra morgen- og behandlingskonferencer, indsamling af lærebogs- og vejledningstekster, retningslinjer, uformelle samtaler med de professionelle om tilrettelæggelsen af patient- og pårørendeinddragelse, 53 interviews med professionelle om deres og afdelingens praksisformer omkring inddragelse af pårørende og deltagelse i psykoekudation for pårørende (pårørendeundervisning). Endelig blev der foretaget observation af to kvalitetsudviklingsmøder om pårørendeinddragelse, hvor de professionelle var forpligtet på at deltage. Informanternes aldersinterval lå mellem 30 og 61 år. Majoriteten af de professionelle interviewpersoner var kvinder i fyrrerne og halvtredserne (Hansen, 2016). (2) Empirien fra familiefelten består af i alt 53 besøg, hvor der både blev udført observationer og ført feltnoter samt gennemført 51 interviews med de udvalgte par og deres familiemedlemmer. Parrene kan siges at bestå af syv heteroseksuelle, middelklasse familier på tre til fire personer, hvoraf en af de voksne er diagnosticeret med moderat kommende depression. Parrenes aldersinterval spændte fra 25 til 60 år (ibid.). (3) Empirien fra den politiske felt består af cirka 1000 siders policy-tekster, der blev indsamlet gennem sporing af intertekstuelle referencer i officielle og politiske dokumenter og forbindelser mellem offentlige og halvoffentlige organisationers samt NGO'ers hjemmesider. De består af En af Os og Psykisk Sårbar kampanjerne, materialer fra Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen, Bedre Psykiatri, Depressionsforeningen, SIND, Etisk Råd og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Børn og Ligestilling, In-

tegration og Sociale Forhold, Danske Regioner og PsykiatriFonden (Hansen, 2016).

Del 2. Sundhedspolitisk forståelse af pårørendeinddragelse

Efter feltarbejdets afslutning rettede jeg mit diskursanalytiske blik mod, hvordan relation mellem diagnosticerede og pårørende kommer til udtryk i nationale politikker om pårørendeinddragelse i psykiatrien? Spørgsmålet var centralt at fokusere på som det første, da svaret herpå kunne ses som hovedforudsætningen for overhovedet at interessere sig for pårørendeinddragelse i psykiatrien. Med det formål blev de nært beslægtede sundhedspolitiske kampagner En af Os og Psykisk Sårbar gjort til genstand for en mere detaljeret analyse af flere grunde. For det første var kampagnerne særligt fremtrædende i den kliniske felt, og forbandt derved den politiske felt med den kliniske praksis. For det andet var En af Os og Psykisk Sårbar særligt velegnede til en mere dybdegående analyse, fordi kampagnerne signalerede den nationale strategi for inddragelse, recovery, inklusion og antistigmatisering i psykiatrien (Udvalget, 2013). Det hang netop sammen med, at kampagnerne repræsenterede Region Syddanmark, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, Social og Sundhedsministerierne, Bedre Psykiatri, SIND, Depressionsforeningen, PsykiatriFonden og TrykFonden.

Analyserne af disse kampagner blev til projektets første videnskabelige artikel, som fik titlen: *The Politics of Mental Illness and Involvement – A Discourse Analysis of Danish anti-stigma and Social Inclusion Campaigns* (Oute, Huniche, Nielsen & Petersen, 2015). Artiklens formål var at belyse, hvilken politisk klassifikation af normalitet og psykisk lidelse, der portrætteres i kampagnematerialerne, og hvordan disse klassifikationer virker konstituerende for subjektiviteten hos individer med psykiske problemer og deres pårørende. Udarbejdelsen af denne analyse belyste derved den toneangivende, sundhedspolitiske måde

at fremstille relationen mellem diagnosticerede og pårørende indenfor det psykiatriske område.

Kampagnernes artikulation af inddragelse af såkaldte svage borgere kom til udtryk på den måde, at svage borgere artikuleres som subjekter, der aktivt tager ansvar for at erkende deres personlige svagheder eller mangler, og følgelig identificerer sig med diagnosen, hjælpen og behandlingen. På Det Sociale Netværks hjemmeside, som er Psykisk Sårbar kampagnens hjemmeside, står der for eksempel:

“Jeg har selv været for langsom til at søge hjælp og er røget derud, hvor jeg drak mig fra sans og samling og gemte mig under dynen. Og jeg skal langt ud, før jeg åbner op, men jeg ved også, at der er hjælp at hente, når jeg tør være svag. Min familie er der for mig og min kammerat ofrede sig. Man skal tage den hjælp, der findes. Når man lider, er man selv nødt til at åbne ballet – ved at turde erkende, at man er svag.”

I den sammenhæng fremstilles pårørende som subjekter, der aktivt fremmer tidlig opsporing af psykisk lidelse, diagnosticeringen, den “svages” sygdomserkendelse og den følgende behandling. På En af Os kampagnens hjemmeside fremgår denne forståelse af pårørendeinddragelse af følgende citat:

“Vi har som samfund – måske af bekvemmelighed – bygget en mur op om psykisk sygdom, der forhindrer os i at se, erkende og hjælpe de mennesker, vi kender, med psykiske problemer.”

På den baggrund kan man sige, at kampagnernes artikulation af mennesker diagnosticeret med psykisk lidelse og deres pårørende har en paradoksal effekt. Det hænger sammen med, at kampagnerne signalerer en systematisk betoning af diagnosticeredes og pårørendes personlige ansvar for, at de diagnosticerede erkender og identificerer sig med svaghed, hvilket i sagens natur ekskluderer personen fra at forstå sig selv og blive set som normal. Som det også fremgår af billedet fra En af Os kampagnens

hjemmeside, så kan den samlede kampagnes officielle beskrivelse af inddragelse ses som en systematisk styring mod afvigende borgeres selv-stempling. Og det er paradoksalt, fordi kampagnen handler om antistigmatisering og social inklusion.



Politisk forestilling om inddragelse i forskningslitteratur: Efter at have oparbejdet denne indsigt, blev det synligt, at en ensartet, eller i det mindste nært beslægtet, politisk forståelse også kan have informeret de videnskabelige baggrundsstudier om pårørendeinddragelse. Med dybere indsigt i den nævnte sundhedspolitiske forståelse af inddragelse, udpegede en gennemgang af forskningslitteraturen netop et logisk videnshul i studierne. Videnshullet kan betragtes som forskningsfeltets skyggeside; altså det der antages, men ikke synliggøres i studierne. Dette underbelyste område omfatter forestillingerne om diagnosticerede personers tilstand og pårørendes aktivitet, frivillighed og personlige ansvar, som i vid udstrækning blev taget for givet i de forudgående studier.

Først konkluderede en kvalitativ metasyntese af pårørendes oplevelser med samlivet med deprimerede personer (Hansen, Jakobsen, Rossen, & Buus, 2011), at pårørendes oplevelser varierer over tid og synes at følge den diagnosticerede persons sekventielle og ofte cykliske identitetstransformation. Desuden viste studierne,

at pårørendes perspektiver på familiens situation, og deres behov for støtte, ofte var ude af trit med de professionelle opfattelser heraf. Dernæst blev der udarbejdet et forstudie, der handlede om at leve med en deprimeret person i Danmark (Hansen & Buus, 2013). Undersøgelsen viste, at vedligeholdelsen af den diagnosticerede persons tilstand og muligheder for recovery kan afhænge af sociale sammenspil i hverdagen, og hvordan, og i hvilket omfang, pårørende påtager sig behandlingsansvar. Forstudiet påpegede også et væsentligt misforhold mellem pårørendes og professionelles forestilling om, hvordan de pårørende bør påtage sig ansvar for at involvere sig i plejen og behandlingen af deres samlever. Senest er der publiceret en række nye internationale studier, hvis formålsbeskrivelser, metoder og fund kan siges at være parallelle med den tidligere forskning på området (Glenn, Kenneth, & Zounish, 2013; Skundberg-Kletthagen, Wangenstein, Hall-Lord, & Hedelin, 2014; Skundberg-Kletthagen, Hedelin, Wangenstein & Hall-Lord, 2015; Radfar, Ahmadi, & Fallahi, 2014). De nye studier fokuserer netop på individuelle og interpersonelle vanskeligheder med håndteringen af praktiske og emotionelle byrder knyttet til den diagnosticeredes tilstand og recovery. Ligesom de forudgående studier, påpeger de nye undersøgelser også væsentlige misforhold mellem de pårørendes og professionelles opfattelser af situationen, pårørendes behov for støtte og hjælp og omfanget af pårørendes involvering i behandlingen.

Gennemgangen af baggrundsstudierne indikerer samlet set, at forskningslitteraturen på dette område kan ses som et politisk og forebyggelsesorienteret forskningsfelt: Studierne formålsbeskrivelser forudsætter nemlig gennemgående, at samlevende pårørende og diagnosticerede hver for sig og sammen frivilligt påtager sig personligt ansvar for at fremme tidlig sygdomsopsporing og diagnosticering, optimering af den diagnosticeredes sygdomserkendelse og vedligeholdelse af den

medicinske behandling (ibid.). Inddragelsens politiske og økonomiske målsætninger om systemforandring, de kliniske mål og interesser i effektmaksimering og forbrugsminimering samt forestillingen om den diagnosticerede tilstand og egenskaber forudsættes derved implicit. Dette fordi fraværet af den diagnosticerede persons selvstændige handleevne og -kraft tages for givet, idet pårørende blot antages at kompensere for vedkommendes mangler (deficits). Desuden er den bredere, sundhedspolitiske og kliniske kontekst for at tilstræbe inddragelse enten helt fraværende eller, i det mindste, underbelyst i studierne.

For at kaste fornyet lys over dette videnshul er det dermed centralt at undersøge (forholdet imellem) de politiske og kliniske diskurser om inddragelse, der tilsammen udgør det, der kaldes for forskningsfeltets konstitutive ydre (Laclau & Mouffe, 2001). Ved at stille spørgsmål til, hvad inddragelse involverer, rettes opmærksomheden mod, hvordan inddragelsens politiske målsætninger om systemforandring og de kliniske interesser i behandlingsmæssig effektmaksimering kommer til udtryk i behandlingspsykiatrisk praksis.

Del 3. Klinisk-psykiatrisk artikulation af pårørendeinddragelse

Afhandlingens anden videnskabelige artikel fik hovedtitlen: "Who and What Does Involvement Involve?" (Oute, Petersen & Huniche, 2016). I praksis brugte de professionelle ordet "patienten" som en generel betegnelse for diagnosticerede personer. De professionelle artikulerede patienter som subjekter, der mangler evne til at kunne tage sig sammen, kontrollere sig selv og til ikke at være svage:

"Der er også det der med, at så må man lige tage sig sammen ikke. [...]. Og det er måske også den der maskuline tilgang, at nu må du da kunne tage dig sammen. [...]. Uhh... så er jeg svag, når jeg får en depression." (Psykiatrisk sygeplejerske, 42 år)

Denne måde at italesætte en diagnosticeret person som et svagt eller sårbart subjekt blev gennemgående brugt som betegnelse for den fremherskende forestilling, at patientens tilstand udtrykker en grundlæggende mangeltilstand *i patienten*. Ligesom i de ovennævnte kampagner, og den tidligere nævnte lærebogslitteratur, brugte de professionelle derved ordene svaghed eller sårbarhed til at give udtryk for den forestilling, at patienten karakteriseres af en grundlæggende mangel på styrke (Hansen & Randwijk, 2013; Oute et al., 2015). På den måde signalerede de professionelles brug af ordene svaghed eller sårbarhed det, at psykisk lidelse blev set som udtryk for det præcist modsatte af, hvordan en god, myndig samfundsborger bør være og opføre sig i vores samtid (Brinkmann, 2010; Brinkmann & Petersen, 2015; Oute et al., 2015; Sørensen, 2002). Derved konstituerede artikulationen af patienten som et svagt, umyndigt subjekt den måde, hvorpå relationen mellem patient og pårørende kom til udtryk blandt de professionelle. Det blev understreget, når de professionelle artikulerede patienten som et barnesubjekt (Hansen & Randwijk, 2013). Som en sygeplejerske udtalte det:

"Jeg tænker på, at nu fx min patients pårørende. Hun går ind og organiserer alt derhjemme. Og sørger for at møderne bliver overholdt og sørger for, at der bliver handlet og sørger for, at der bliver vasket op og ryddet op og alle de der ting. Altså at der er struktur. Tager sig af [vedkommende]. Passer på og. Det er vel også lidt feminint. Mor." (sygeplejerske, 44 år)

I den sammenhæng blev pårørende betegnet som patientens, ofte implicite, modsætning; altså som en forælder, der, ligesom en af behandlerne, tager ansvar for at motivere, beskytte og "tage over for" patientens manglende erkendelse, handleevne og formåen (Hansen & Randwijk, 2013).

Fremstillingen af denne relation mellem pårørende og patient blev efterfølgende arti-

kuleret i sammenhæng med det at optimere behandlingen. Som en sygeplejerske udtrykte det i forbindelse med psykoedukation for pårørende:

“I [vores afdeling] tilbydes pårørende en samtale om, hvordan de kan hjælpe.” (sygeplejerske, 45 år)

Derved artikulerede sygeplejersken den forestilling, at pårørende var en form for økonomisk eller behandlingsmæssig ressource, som systemet kunne bruge i de professionelle fravær; altså fremfor at tale om, hvordan de psykiatriske professionelle kan hjælpe pårørende med deres emotionelle – og familiemæssige problemer og byrder. Dette trådte tydeligt frem, da en anden sygeplejerske sagde:

“Pårørende er her en kæmpe, kæmpe ressource, for at vi kan få den vi holder af til at få det godt igen.” (sygeplejerske, 50 år)

Ved at sige “for at vi kan få den vi holder af til at få det godt”, fremstilles inddragelse som en form for effektiviseringsstrategi, hvori pårørende, moralsk set, gøres ansvarlige for at identificere sig med at agere som midler for behandlingen. Det kom særligt tydeligt til udtryk i forbindelse med et kvalitetsudviklingsmøde om pårørendeinddragelse, hvor en yngre læge sagde:

“Jamen pårørende, de kan jo meget vel muligt spare os energi og tid på længere sigt. Dvs. vores tidsnød kan nok ikke rigtig legitimere, at vi nedprioriterer at inddrage pårørende” (kvalitetsudviklingsmøde om pårørendeinddragelse, yngre læge)

Som sådan artikulerede de professionelle pårørendeinddragelse ved at kombinere en normativ forståelse af relationen mellem patienten og deres pårørende i sammenhæng med forestillingen om, at inddragelse skal effektivisere

plejen og behandlingen. En sådan normativ forestilling fremkom netop under psykoedukation for pårørende, da sygeplejersken Liselotte sagde:

“Jeg kan godt forstå, det er lidt mærkeligt at skulle være sådan en, der støtter hele tiden og kunne hjælpe med at huske. Men altså, det er sådan lidt ligesom en forælder”. Dette blev hurtigt mødt af en negativ respons i en hård tone fra en kvindelig pårørende ved navn Sarah: *“Nej! Det er ikke som en forælder. Vi er stadigvæk partnere, og han er ikke mit barn!”* (Feltnotat, november 2012)

Uddraget udtrykker flere ting. Dels signalerer det den måde, hvorpå pårørende både ses som midler og, at pårørendes relation til den diagnosticerede fremstilles som en forælder-barn relation. Parallelt med de kritiske fund i baggrundslitteraturen, tydeliggør uddraget også, at de professionelle forståelse af pårørendeinddragelse ofte er ude af trit med de måder, pårørende selv udtrykker relationen i praksis. Det rejste spørgsmålet om, hvordan pårørendeinddragelse kommer til udtryk i dagliglivet blandt de syv par, der var inkluderet i studiet. Dette spørgsmål blev undersøgt i afhandlingens tredje artikel.

Del 4. Depressionsramte familiers artikulation af pårørendeinddragelse

I artiklen “Who gets involved with what? A discourse analysis of gender and caregiving in everyday family life with depression” (Oute & Huniche, 2017) undersøges det, hvordan pårørendeinddragelse kommer til udtryk som et spørgsmål om køn og arbejdsdeling iblandt de inkluderede syv par og deres familiemedlemmer. I den forstand virkede familiernes forestilling om køn og arbejdsdeling styrende for pårørendeinddragelse i deres hverdag. Dette var fremtrædende allerede ved ankomsten til familiernes hjem; fx i forbindelse med besøget hos den mandlige pårørende John:

“Jeg dukker op på parrets adresse kl. 19.00 og ser en mand, som står udenfor husets carport. Da jeg parkerer bilen, kigger manden undrende på mig. Jeg vinker til ham, går ud af bilen og siger: *“hej og jeg hedder Jeppe Oute. Vi har ikke truffet hinanden før, men jeg er ved at lave en undersøgelse om familieliv med depression og har en aftale med Charlotte”*. Det viste sig, at Charlotte havde glemt aftalen og ikke havde involveret ham i den.” (Charlotte og John, første besøg, juni 2012).

Denne families arbejdsdeling, hvor Charlotte havde det primære ansvar for familiens kalender, sociale aktiviteter og emotionelle velbefindende var eksemplarisk for alle de syv familier. Arbejdsdelingen hang imidlertid sammen med den måde parrene henholdsvis artikulerede deres syn på mænd og kvinder.

I det følgende fremstiller informanten, Marie, kvinden som en omsorgsfuld og empatisk person, der konstant er opmærksom på andre. Som hun sagde under et interview:

“Der er vi jo også bare kvinde og mand, når de er værst. Altså hvis vi begge to er inde i stuen, og Olav han sidder med noget elektronik – sin telefon eller sin iPad – så er der lukket fuldstændig af, og børnene henvender sig til mig, fordi det er mig, der hører det hele. Altså jeg er på hele tiden, hvor Olav formår bedre at lukke affor alt omkring sig. På den måde er jeg bare mere på i forældrerollen end han er.” (fælles interview, Marie og Olav, diagnosticeret kvinde, 37 år)

Det vil altså sige, at i modsætning til kvinden, så karakteriseres manden af personlig autonomi, emotionel kontrol og fokus på egne behov og lyst. Som følge af parrenes artikulation af manden og kvinden, var det altså en logisk konsekvens, at kvinder havde forpligtelsen til at tage sig af det emotionelle arbejde i familien, mens mændene havde det primære ansvar for det praktiske arbejde; som fx det at tjene penge til husstanden, lægge tag, ordne have eller istandsætte huset. Det følgende uddrag fra feltnotaterne er et eksempel på, hvordan arbejdsdelingen kom til udtryk. Feltnotatet

stammer fra det første besøg hos parret Linda og Jasper:

“På trods af, at Linda følte sig syg, siden hun blev moppet af sin chef i 2001, gjorde Jasper det klart under vores samtale, at han ikke havde lagt mærke til Lindas sygdom før hun blev diagnosticeret i 2009. Jasper sagde, at han ikke havde observeret Lindas tilbagevendende depressionstilstand, men at Lindas humør og overskud varierede fra dag til dag. Jeg har nok virket lidt overrasket [over, at Jasper ikke havde lagt mærke til Lindas tilstand igennem så mange år] men sagde ingenting. Linda sagde, at hun ikke havde villet bekymre Jasper. I stedet havde hun taget sin mor eller søster med til samtaler i forbindelse med de første kontakter til psykiatrien. Jasper virkede overrasket, da Linda fortalte dette. Men han betonedede, at han kom med noget tøj til hende, da han blev ringet op af Lindas mor og fik at vide, at Linda var blevet indlagt” (Første besøg, 5. marts 2012, Linda og Jasper)

Som notatet viser, var det ofte familiens kvinder, der tog det primære ansvar for at drage omsorg for Linda og hendes velbefindende. Uddraget er et eksempel på, hvordan alle de syv par artikulerede deres arbejdsdeling på en måde, hvor familiens kvinder fik det grundlæggende ansvar for det emotionelle arbejde i familien, mens mændene – ligesom Jasper – ikke, eller kun i mindre grad, havde ansvaret for og pligt til at deltage i plejen og behandlingen. Det at de mandlige pårørende ikke involverede sig i plejen og behandlingen hang altså sammen med, at mændene blev forbundet med det praktiske arbejde. Og det fremgår af det følgende uddrag af en samtale med den pårørende John. Som han sagde under et interview:

“Charlotte har jo altid været meget glad og impulsiv og kunne overskue rigtig mange ting, ikke også! Og det har hun egentlig qua, at jeg egentlig har haft en del at gøre med mit job, og så har vi egentlig arrangeret det sådan, at hun var på deltid, og hun så egentlig tog sig af hjemmefabrikken, og det har hun været rigtig god til. Men det er hun ikke mere.” (John, pårørende, 52 år)

Uddraget viser, at familieinstitutionen – altså det relativt stabile sæt af gensidige forventninger til relationen mellem kvindens og mandens position og pligter i familien (Connell, 2012) – forstyrres efter depressionsdebuten. Selvom depressionen signalerede en potentiel forandring af familierelationen, så var forstyrrelsen ofte forholdsvis kortvarig blandt de mandlige pårørende og kvindelige diagnosticerede. Det fremgik fx af en samtale, jeg havde med Jasper, hvor jeg spurgte ham:

JO: *“Blev hun indlagt, eller hvad skete der?”*

Jasper: *Ja ... [lang pause]*

JO: *Hvad gjorde du så?*

Jasper: *Ja, [lang pause]... Jeg gjorde vel egentlig ikke så meget ud over det som altså. Jamen der om morgenen der... Jeg gjorde vel egentlig ikke så meget ud over, eller som det som man plejer”*
(Mandlig pårørende, 42 år)

Uddraget er et eksempel på, at familieinstitutionen blandt de diagnosticerede kvinder og mandlige pårørende ikke led noget substantielt sammenbrud. Det indikeres af, at Jasper gjorde som han plejer ud over kortvarigt at sørge for noget tøj til Linda, som det fremgik ovenfor. I sammenhæng med det tidligere uddrag, så viser citatet også, hvordan en mere grundlæggende forstyrrelse af relationen mellem Lindas og Jaspers positioner og forpligtelser i familien forhindres af, at familiens øvrige kvinder såsom mødre, søstre og voksne døtre varetager de emotionelle forpligtelser i familien i Lindas fravær.

Men denne måde at redistribuere ansvar og forpligtelser mellem familiens øvrige voksne kvinder kan imidlertid siges at have en paradoksal konsekvens. Det hænger sammen med, at familiernes kvindelige pårørende ofte vil være mere tilbøjelig til at organisere og påtage sig ansvar for opgaver forbundet med inddragelse end mandlige pårørende. At gøre samlevende mandlige pårørende ansvarlige for pleje og behandling kan således være ganske ineffektivt blandt par med tilsvarende arbejds-

deling. Givet at to tredjedele af personer diagnosticeret med depression er kvinder (Ussher, 2010), så kan ineffektiviteten af denne indsats følgelig være ganske udtalt. Men selvom dette er paradoksalt og problematisk i sig selv, så kan man sige, at der opstod en, måske endnu mere problematisk, situation blandt diagnosticerede mænd og kvindelige pårørende.

Denne problematik hænger sammen med, at depression blev fremstillet som negationen af maskulinitet. Det vil sige, at depression ses som det modsatte af det at være maskulin. Parallelt med megen international forskning om forholdet mellem køn og depression (Ussher, 2010; Danielsson & Johansson, 2005; Danielsson & Johansson, 2005; Lehti, Johansson, Bengs, Danielsson, & Hammarstrom, 2010; Connell, 2012), så blev depression portrætteret som det modsatte af tegn på styrke, uafhængighed, autonomi, potens eller handlekraft, rationalitet, lyst og begær, effektivitet og emotionel kontrol. Denne forestilling om forskellene på kvinder og mænd kom blandt andet til udtryk i en samtale med Jasper og Linda:

Jasper: *“men altså der er en ting med ligesom at tage andres problemer lidt til sig og man så ... [pause]... og det er jeg måske bedre til at tænke, at det ikke er mit problem.*

Linda [er humoristisk]: *den [egenskab] har jeg spurgt, om jeg kunne låne lidt af.*

Jasper: *ha ha ... ja ...*

JO [i et forvirret toneleje]: *er det sådan noget med mænd og kvinder?*

Jasper: *ja det er det nok”*

Parrenes måde at italesætte depression som fraværet af maskulinitet betyder, at depressionsdiagnosen og tilstandens egenskaber forbinder de diagnosticerede mænd med femininitet. Samtidig betegnes de kvindelige pårørende i stigende grad af maskulinitet, idet de overtog mændenes praktiske opgaver i familien i løbet af depressionsforløbet. Derved kan man sige, at depressionen signalerede en væsentlig forstyrrelse af relationen mellem deres oprinde-

lige positioner og pligter i familien. Parrene udtrykte derfor, at de forsøgte at overkomme forstyrrelsen ved at vende tilbage til den normale livsførelse og arbejdsdeling. Som Lise, en kvindelig pårørende, siger her:

“Og samtidig med så har vi jo også syntes, at de aktiviteter vi normalt havde. Det var også vigtigt, at vi stadigvæk bibeholdt dem, fordi de er jo en del af vores liv. At vi ikke kun er indenfor de her fire vægge jo, ikke også! Så det er jo med at finde balancen for, at det hele kan rummes. Og at Bent jo også kan være på arbejde, og begynde at arbejde mere, ikke også!” (Lise, pårørende, 59 år)

Uddraget signalerer, hvordan de kvindelige pårørende gav udtryk for deres bestræbelse på at genetablere familiens normale positioner og pligter, hvor kvinderne tog sig af det emotionelle arbejde, mens mændene primært tog sig af det praktiske. Derved synliggør uddraget, hvordan parret symbolsk og socialt set prøver “at blive mand og kvinde igen”, som de var positioneret før depressionsdebuten. Men som depressionen varede ved og ofte vendte tilbage, begyndte de kvindelige pårørende at give udtryk for, at deres situation og forstyrrede relation førte til svære belastninger for dem. De svære belastninger hang sammen med, at de kvindelige pårørende havde fået en forøget arbejdsbyrde. Byrden var forbundet med det langvarige krav om at påtage sig ansvaret for det praktiske arbejde i familien samtidig med, at de var forpligtet på at påtage sig et øget pleje- og behandlingsansvar over for deres samlever. Derfor var det ikke overraskende, når de kvindelige pårørende gav udtryk for negative følelser, emotionel udtrætning og svære frustrationer over øget arbejdsbyrde på grund af deres forstyrrede relation. Det kom frem under en samtale med den kvindelige pårørende, Sarah:

JO: *“Kan du se nogen fremskridt hos ham?”*

Sarah: *Ja, ja.*

JO: *Som hvad?”*

Sarah: *Jamen, at han øh selvstændigt begynder at ordne ting. Altså der hjemme ...*

JO: *Græsplænen og?”*

Sarah: *Ja, ja haven og ... Og cykler og det der, som han. Motionen og sådan noget. Men han har stadigvæk ikke taget sig sammen til at spørge mureren ovre på den anden side af gaden med de fliser.”* (Sarah, kvindelig pårørende, 53 år)

Særligt den sidste del af uddraget er et eksempel på, hvordan de kvindelige pårørende gennemgående udtrykte irritation, ambivalens og skuffelse som konsekvens af situationen. Disse negative følelser hang sammen med to forhold. Dels gav de kvindelige pårørende udtryk for, at de havde fået en væsentlig øget arbejdsbyrde pga. mandens manglende fremdrift i hjemmet som konsekvens af depressionstilstanden. Og dels artikulerede kvinderne en følelsesmæssig byrde og frustration over den diagnosticerede mands maskulinitetstab, der symboliseres af manglende handlekraft, udadvendthed og effektivitet.

Denne følelsesmæssige byrde blandt de kvindelige pårørende kom ofte til udtryk som foragt, irritation, hadefuldhed og frustration. Disse følelser opstod i takt med de diagnosticerede mænds mere varige maskulinitetstab og det, at kvinderne skulle forene sig mere permanent med deres nye maskuliniserede position i familien. Disse følelser kom stærkest til udtryk under et interview med søsteren til en kvindelig pårørende:

“Han [et andet, mandligt familiemedlem] er en anden type. Han er sådan lidt mere mand. Cykler og ... vi har jo altid syntes, at [den diagnosticerede mand] han var. Jeg vil slet ikke fortælle, hvad mine piger har sagt om [ham]. De kalder ham somme tider vatpik. Han er en vatpik.” (Interview, Inge, kvindelig pårørende, 62 år)

Denne miskrediterende fremstilling af den diagnosticerede mands mangel på legitimitet og maskulinitet, som moralsk set var nemmere at legitimere for pårørende udenfor kernefamilien, var smerteligt indlysende for de diag-

nosticerede mænd, der deltog i undersøgelsen. Derfor var det ikke overraskende, når de diagnosticerede mænd betonedede (overfor den mandlige forsker), at deres maskulinitetstab ikke var et udtryk for mangel på vilje, men var et symptom på depressionssygdommen eller en bivirkning af medicinen. Det fremgik for eksempel af feltnoterne fra et besøg hos en diagnosticeret mand, Georg:

“Under besøget blev Georg ved at fortælle mig, at han virkelig ikke er impotent, men at hans seksuelle problemer er en bivirkning af den anti-depressive medicin. Han fortalte mig, at de sådan set var værre end selve depressionen” (første besøg, feltnote, Georg, 52 år)

Dette fremgik også under interviewet fra samme besøg, hvor han sagde:

“Fordi, nu har jeg Noritren og Lithium, og der gør Noritren sådan lige det modsatte. Øh, da har jeg ikke nogen lyst til sex, men jeg er ikke impotent.” (Første besøg, interview, Georg, 52 år)

I den forstand var det ikke overraskende, at Georg – linje for linje – gennemgik den relativt omfattende liste af seksuelle og aktivitetsmæssige bivirkninger, som var opstillet i de to indlægssedler til medicinen, som fremgår af billedet nedenfor.



I denne sammenhæng kan pårørendeinddragelse derfor have den ikke-intenderede konsekvens, at ansvarliggørelse af kvindelige samlevende kan øge risikoen for opbrud og skilsmisse i lignende heteroseksuelle par, hvor manden diagnosticeres. Såfremt parrene ikke genforhandler deres forestilling om mandens egenskaber, hans position og redistribuerer deres forpligtelser i familien, kan kvindelige pårørende belastes hårdt i takt med, at de diagnosticerede mænd stigmatiseres og mister deres funktion og værdi i familien. Givet at dette problem opstår blandt heteroseksuelle par og vedrører parrenes sociale positioner, så udpeger afhandlingen behov for mere nøjagtige analyser af recoveryprocesser for at finde veje til at undgå de ovennævnte konsekvenser og paradokser. Nærværende projekt lægger derfor op til at producere nye studier af, hvordan effekterne og negative konsekvenser af pårørendeinddragelse kan afhænge af organiseringen af parrenes relation før depressionsdebuten, parrenes kønssammensætning og deres seksuelle orientering og sociale klasse (Hansen, 2016).

Del 5. Konklusion

Analyserne af den tidligere forskning og de empiriske materialer fra feltstudiet tilvejebringer samlet set et mangefacetteret billede af, hvad pårørendeinddragelse er i psykiatrien og, hvilke sociale effekter og konsekvenser disse former for indsatser kan have for de involverede. Til trods for, at pårørendeinddragelse ofte omtales som et tegn på en humanistisk revolution inden for behandlingspsykiatrien, så repræsenterer den herskende politisk-kliniske diskurs om pårørendeinddragelse en målsætning om at effektivisere og de-institutionalisere det psykiatriske system ved at ansvarliggøre pårørende for forebyggelse og behandling (Oute, 2016; Oute et al., 2016, Oute et al., 2015). Studiet anskueliggør imidlertid, at denne dominerende diskurs om inddragelse kan medføre forskellige konsekvenser for de

involverede familier, idet inddragelse enten kan være ineffektiv eller kan effektuere en betydelig øget byrde for pårørende. Derved er det en central pointe i undersøgelsen, at politiske og kliniske inddragelsesindsatser, såvel som forskning i inddragelse, i højere grad må tage højde for den sociale kontekst for inddragelse i psykiatrien og den kønnede kontekst for inddragelsesprocesser i hverdagslivet (Hansen, 2016).

Referencer

- Brinkmann, S. (2010). *Det diagnosticerede liv: sygdom uden grænser*. (1. udgave ed.) Århus: Klim.
- Brinkmann, S. (2011). Den psykopatologiske eksplosion: epidemi eller sygeliggørelse? *Månedsskrift for almen praksis*, 89, 687-696.
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015). *Diagnoser: perspektiver, kritik og diskussion*. Aarhus: Klim.
- Connell, R. (2012). Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc.Sci.Med.*, 74, 1675-1683.
- Danielsson, U. & Johansson, E. E. (2005). Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scand.J Prim.Health Care*, 23, 171-177.
- Eli Lilly Danmark. (2010). Familien som medbehandler. *Insigt*, 11, 2-19.
- Frank, V. A. & Bjerger, B. (2011). Empowerment in drug treatment: dilemmas in implementing policy in welfare institutions. *Soc.Sci.Med.*, 73, 201-208.
- Gerlach, J. (2008). *Pårørende: råd og vejledning til pårørende til mennesker med psykisk sygdom*. (1. udgave ed.) Kbh.: Psykiatrifonden.
- Glenn, F. E., Kenneth, M. M., & Zounish, R. (2013). Adopting New Identities When a Partner has Depression: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Interpersona | An International Journal on Personal Relationships*, 7, 282-298.
- Hansen, J. O. (2014). Pårørendeinddragelse. In D.B. Danbjørg & N. Tvistholm (Eds.), *Patient – en grundbog i sygepleje* (first ed., pp. 355-372). København: Munksgaard.
- Hansen, J. O. (2016). Den sociale konstruktion af pårørendeinddragelse i behandlingspsykiatrien: et flerstedsetnografisk feltstudie af politiske, kliniske og depressionsramte familiers diskurser om inddragelse og deres effekter. [No. 1.], 220. Odense, Research Unit of User Perspectives, University of Southern Denmark. PhD-series. 2016.
- Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- Hansen, J. O. & Buus, N. (2013). Living with a depressed person in Denmark: a qualitative study. *Int.J.Soc.Psychiatry*, 59, 401-406.
- Hansen, J., Jakobsen, T., Rossen, C., & Buus, N. (2011). Pårørendes oplevelser af samlivet med deprimerede mennesker: en kvalitativ meta-syntese. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 31, 32-37.
- Hansen, J. O. & Randwijk, C. v. (2013). "Nu tager vi over": en diskursanalyse af subjektpositioner i psykiatrisk sygepleje. *Nordiske Udkast*, 41, 22-37, 82.
- Hui, A. & Stickley, T. (2007). Mental health policy and mental health service user perspectives on involvement: a discourse analysis. *J.Adv.Nurs.*, 59, 416-426.
- Laclau, E. & Mouffe, C. (2001). *Hegemony and socialist strategy: towards a radical democratic politics*. (2. ed., paperback ed.) London: Verso.
- Lehti, A. H., Johansson, E. E., Bengs, C., Danielsson, U., & Hammarstrom, A. (2010). "The Western gaze"--an analysis of medical research publications concerning the expressions of depression, focusing on ethnicity and gender. *Health Care Women Int.*, 31, 100-112.
- Oute, J., Huniche, L., Nielsen, C. T., & Petersen, A. (2015). The politics of mental illness and involvement – a discourse analysis of Danish anti-stigma and social inclusion campaigns. *Advances in Applied Sociology*, 5, 273-285.
- Oute, J. & Huniche, L. (2017). Who gets involved with what? A discourse analysis of gender and caregiving in everyday family life with depression. *Outlines.Critical Practice Studies*, Vol. 18, 5-27.
- Oute, J., Petersen, A., & Huniche, L. (2016). Who and what does involvement involve? A multi-sited field study of involvement of relatives in Danish psychiatry. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 953-962.

- Oute, J. (2016). Patient- og pårørendeinddragelse i psykiatrisk behandling. In S. Glasdam & J. W. Jørgensen (Eds.), *Det nære sundhedsvæsen. Perspektiver på samfundsudvikling og møder mellem mennesker* (1. ed., pp. 138-151). København: Munksgaard.
- Paaske, K. A. J. (2014). Empowerment. In S. Angel & L. Aadal (Eds.), *Rehabiliterende sygepleje: Fra begreb til klinisk praksis [Rehabilitating nursing: From Concept to clinical practice]* (1. ed., pp. 95-111). København: Munksgaard.
- Petersen, K., Hounsgaard, L., Borg, T., & Nielsen, C. V. (2012). User involvement in mental health rehabilitation: a struggle for self-determination and recognition. *Scand.J.Occup. Ther.*, 19, 59-67.
- Radfar, M., Ahmadi, F., & Fallahi, K. M. (2014). Turbulent life: the experiences of the family members of patients suffering from depression. *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, 21, 249-256.
- Schon, U. K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *Int.J.Soc. Psychiatry*, 55, 336-347.
- Shore, C. & Wright, S. (2011). Introduction: Conceptualising policy: Technologies of Governance and the politics of Visibility. In C. Shore, S. Wright, & D. Però (Eds.), *Policy Worlds. Anthropology and the Analysis of Contemporary Power* (1. ed., pp. 1-31). New York, N.Y.: Berghahn Books.
- Skundberg-Kletthagen, H., Wangenstein, S., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2014). Experiences of the psychiatric specialist health services – The perspective of relatives of inpatients with severe depression. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5, 117.
- Skundberg-Kletthagen, H., Hedelin, B., Wangenstein, S., & Hall-Lord, M. (2015). Burden, Health and Sense of Coherence among Relatives of Depressed Inpatients. *Open Journal of Nursing*, 5, 163-172.
- Sørensen, A. D. (2002). Den biologiske psykiatris renæssance og det antidepressive menneske. *Slagmark*, 159-183.
- Topor, A., Borg, M., Di, G. S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *Int.J.Soc.Psychiatry*, 57, 90-99.
- Torring, J. (1999). *New theories of discourse: Laclau, Mouffe, and Zizek*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Udvalget, o. P. t. t. D. g. p. c. (2013). *En moderne, Åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser: rapport fra Regeringens Udvalg om Psykiatri*. S.l.: Regeringens Udvalg om Psykiatri.
- Ussher, J. M. (2010). Are We Medicalizing Women's Misery? A Critical Review of Women's Higher Rates of Reported Depression. *Feminism & Psychology*, 20, 9-35.
- Vallgård, S. (2005). Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund; Sundhedsfremme og forebyggelse, Aarg.2, (2005)*.