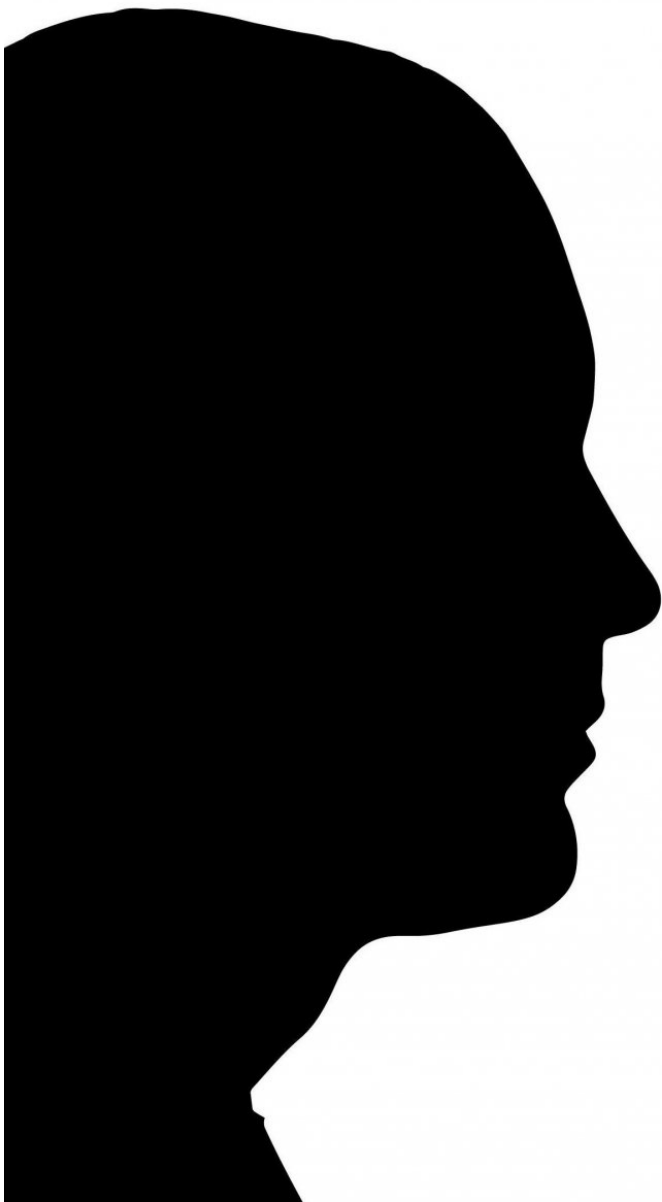


ER DU SYG I HOVEDET, MAND?

- En undersøgelse af mænd med psykiske problemer



Af Lucia Fox & Amalie Louise Viborg

Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde

Antal typeenheder: 237.134

Formalia

Udarbejdet af:

Lucia Fox (20141696)

Amalie Louise Viborg (20141688)

Antal typeenheder: 237.134

Vejleder: Kathrine Vitus Andersen

Speciale

Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde

Aalborg Universitet - København

Tak

Vi vil gerne takke de seks modige mænd, som har fortalt os deres dybt personlige og inspirerende historier. Ved at deltage i vores speciale, er I forhåbentlig med til at nedbryde det tabu, der eksisterer om psykiske lidelser, bare en lille smule.

Også tak til de fire psykiatere, som har fortalt os om deres interessante arbejde.

Derudover skal lyde en tak til vores vejleder, Kathrine Vitus Andersen, for god og konstruktiv sparring gennem vores specialeforløb.

Abstract

The aim of this thesis is to examine how men experience and deal with mental problems. We wish to investigate what role gender and masculinity have for men with mental diseases and for psychiatric practices. We have done so on the basis of six qualitative interviews with men and four qualitative interviews with psychiatrists. Overall we find that the men in question try to negotiate their identity and masculinities in various aspects of their social lives, as well as in the specific social interaction with us, as interviewers.

A symbolic interactionist, narrative method, influences our methodical and theoretical approach, giving us access not only to the narratives meaning, but also to how the narratives are constructed. Goffman, Connell and Laclau & Mouffe constitute the theoretical conceptual framework in the thesis. Firstly, Goffman's theory on stigma, social interaction, role-play and face-work help us examine how the men navigate through the landscape of their social lives. Secondly, Connell's theory on multiple masculinities gives us the opportunity to not only investigate the men's narratives concerning the position of men in a gender order, but also their own masculinities. Lastly, Laclau & Mouffe's discourse theory allows us to examine the prevailing discourses that can be found in the psychiatric system through the narratives of the psychiatrists.

We argue that the men make use of role-play and face-work in their social interactions with others as a means to hide their illnesses and diagnoses. The men argue that taboo and the stigma of mental illnesses, schizophrenia in particular, are the reason for their need to hide their actual social identity. We also argue that the men construct different types of masculinities: a subordinate masculinity as well as a hegemonic masculinity. However, our findings show that the men are subject to the ideals of the hegemonic masculinity, which proves to be problematic for their social identity. Furthermore, two major discourses can be identified through the psychiatrists' narratives: an illness discourse and an individual-focused discourse respectively. We also find that a gender-neutral approach has taken a hegemonic position in the psychiatric system.

Our main findings are that gender and masculinity *do* play a part for the well being of the six men in this thesis. We argue that men with mental illnesses and problems risk double exposition in both dealing with potential stigma and taboo due to their illness, and due to their gender. They must furthermore deal with their own masculinity understandings as well as outer hegemonic masculinity ideals, which make it difficult to navigate through the social arenas of modern life.

INDHOLDSFORTEGNELSE

DEL 1: INDLEDNING

1. Problemfelt	7
1.1. Problemformulering og arbejdsspørgsmål	10
1.2. Uddybning af problemformulering	10
2. Relevans for det sociale arbejde	11
2.1. Det sociale problem i en teoretisk ramme	11
3. Forskningsfeltet	12
3.1. Kønsforskelle i psykiske lidelser	12
3.2. "Den mandlige depression"	13
3.3. Øget fokus på mænds sundhed og sygdomme	13

DEL 2: METODISKE REFLEKSIONER

4. Vores interaktionistisk-konstruktivistiske tilgang	16
4.1. Det aktive interview	16
4.2. Narrative, interaktionistiske analyseredskaber	17
4.3. Sammenspil mellem interaktionisme og diskursteori	18
5. Specialets kønspositionering	19
6. Empiri	21
6.1. Udvælgelse af interviewpersoner	21
6.1.1. Mændene	21
6.1.2. Psykiaterne	22
6.2. Vægtning af empiri	23
6.3. Præsentation af interviewpersoner	23
6.3.1. Mændene	23
6.3.2. Psykiaterne	24
6.4. Forberedelse af interviews	25
6.4.1. Interviewguides	25
6.5. Interviewsituationen	27
6.5.1 Mændene	27
6.5.2. Psykiaterne	28
6.6. Databehandling	28
6.6.1. Transskribering	28
6.6.2. Kodningsprocessen	29
6.6.3. Kodelister	30
6.6.4. Kategorier	32
6.7. Analysestrategi	33
6.8. Kvalitetsvurdering	34
6.8.1. Reliabilitet, validitet og generaliserbarhed	35
6.8.2. Kritiske efterrationaliseringer	37

DEL 3: TEORETISK RAMME

7. Sociale møder - Goffmans teorier om roller og stigma	39
7.1. Ansigtsarbejde og rollespil	39
7.2. Stigmatisering	40

8. Maskuliniteter - Connells teori om maskulinitetskategorier.....	43
9. Diskursernes påvirkning - Laclau og Mouffes diskursteori	46

DEL 4: ANALYSE OG DISKUSSION

10. "Jeg vil ikke have, folk tror, jeg er sindssyg" - Fortællinger om at føle sig udenfor	49
10.1. Mændenes sociale møder	49
10.2. At leve med tabu	51
10.3. Reaktioner på stigmatisering	53
10.3.1. Konsekvenser ved afsløret stigma	54
10.3.2. Konsekvenser ved skjult stigma	55
10.4. Det foretrukne selv i interviewsituationen	58
10.5. Delkonklusion	60
11. "Jeg synes jo, mænd kan være mange ting" - En analyse af mændenes maskulinitetsopfattelser	61
11.1. Hegemonisk maskulinitet	61
11.2. Maskulinitetspositioneringer blandt mændene.....	65
11.2.1. Underordnet maskulinitet.....	65
11.2.2. Medskyldig maskulinitet.....	68
11.3. Mændenes sprog om køn.....	71
11.4. Delkonklusion.....	72
12. "Vores primære opgave er at udrede" - Diskurser i psykiatrien	74
12.1. Sygdomsdiskurs	74
12.1.1. Psykiaternes italesættelser af praksisser	74
12.1.2. Mændenes kritik af psykiatrien	77
12.2. Individorienteret diskurs.....	78
12.2.1. Kønsblik eller ej?.....	78
12.2.2. Diskursiv kamp.....	80
12.2.3. Ubevidst kønsblik?	82
12.3. Psykiatriens påvirkning på mændene	84
12.4. Delkonklusion	85
13. Hvilken rolle spiller køn egentlig? - En diskussion om kønnets betydning i relation til psykiske problemer	86
13.1. Diskursernes indflydelse på mænd	87
13.2. Stigmatisering af mænd	89
13.3. Psykisk syg eller psykisk sårbar?	91
13.4. Hvad har vi så lært?	94

DEL 5: AFSLUTNING

14. Konklusion	97
15. Perspektivering	100
15.1. En undersøgelse af mænd og kvinder med psykiske problemer	100
15.2. Kønsforståelser og konstruktioner i opsporingsarbejde	100
Bilag 1: Interviewguides	104
Bilag 2: Transskriberinger af mændenes interview	104
Bilag 3: Transskriberinger af psykiaternes interview.....	104

Del 1



Indledning

1. Problemfelt

“Jeg kunne ikke være en stærk, selvstændig mand mere. Jeg havde brug for hjælp. Det ramte et eller andet i mig. Et eller andet med mit ego. Det rammer mig stadig lidt. Min selvtillid er ikke så stor, som den har været”.

Sådan beskriver Karl sine følelser om at blive indlagt og diagnosticeret med en psykisk lidelse. Karl er en af de mænd, som har fortalt os sin historie om at være en mand med psykiske problemer. Karl og de øvrige mænds historier rummer refleksioner om, hvorfor det kan være svært at leve med følelsen af at have ondt i livet, og hvilke personlige udfordringer, der kan opstå ved at være tilknyttet det psykiatriske system. Tal viser, at disse mænd langt fra er de eneste, som oplever at have psykiske problemer. En nyere opgørelse fra Sundhedsdatastyrelsen og Danske Regioner viser, at der over de sidste tyve år er sket en tredobling af borgere, som søger akut psykiatrisk hjælp. Mens 12.099 personer i 1995 henvendte sig hos de psykiatriske akutmodtagelser og skadestuer, er det i 2015 steget til 33.333 personer (Rasmussen, 2015). Opgørelsen viser, at flere end nogensinde har kontakt med psykiatrien for behandling af psykiske problemer.

Det ses endvidere, at der eksisterer en kønsfordeling i forekomsten af psykiske problemer. Opgørelser viser bl.a., at der er cirka dobbelt så mange kvinder som mænd, der bliver diagnosticeret med depression. Flere kvinder modtager psykiatrisk behandling for angst og personlighedsforstyrrelser, og kvinder forsøger også at begå selvmord i højere grad end mænd. Ifølge tal fra Livslinien, som tilbyder telefonrådgivning til mennesker med selvmordstanker, er der cirka dobbelt så mange kvinder, som forsøger at tage sit eget liv sammenlignet med mænd (Livslinien). Men hvad der måske kan være overraskende for mange er, at det oftest er mænd, som lykkes med deres selvmordsforsøg. I 2014 begik 487 mænd selvmord mod 166 for kvindernes vedkommende (Hansen, 2016). Når det gælder behandling af skizofreni og misbrug er det ligeledes mændene, der er i overtal. Men tegner disse tal et reelt billede af sygdomstilstanden blandt mænd og kvinder? Flere undersøgelser og forskere sætter spørgsmålstegn ved, om forekomsten af psykiske lidelser kan måles ved brug af registerundersøgelser, det vil sige opgørelser over, hvor mange der er i behandling for psykiske lidelser. Svend Aage Madsen er herhjemme en af de forskere som fremfører, at forekomsten af især depression blandt mænd kan indeholde mørketal og afspejler således ikke virkeligheden, som den reelt ser ud. Madsen mener bl.a., at mange mænds psykiske problemer ikke bliver opdaget i tide. Dette skyldes bl.a., at mænd kan udvise alternative depressionssymptomer, som ikke bliver anset som symptomer på psykiske lidelser, hvorfor de i screeninger overses. Hvis en mand udviser

disse symptomer, bliver han ofte karakteret som "blot" at have misbrugsadfærd og ikke psykiske problemer (Madsen, 2013:538). Madsen forklarer denne diskrepans således:

"Det ser ud til, at mænd oftere bliver opdaget – og i sidste ende diagnosticeret – for noget, de gør, snarere end hvordan de har det. Men det er omvendt for kvinder. Og depression og andre psykiske lidelser har meget at gøre med, hvordan man har det" (Madsen, 2013:538).

Mange mænd med psykiske lidelser får derved ikke den rette behandling, og i mange tilfælde opdages mændene slet ikke, da de på samme tid har vanskeligt ved at opsøge hjælp (ibid.:540). Dette kan give en indikation af, hvorfor mænd i højere grad optræder i selvmordsstatistikkerne. At mænds psykiske problemer ikke opdages, kan altså have alvorlige konsekvenser.

Denne problemstilling vækker vores umiddelbare interesse og skaber motivation for at undersøge denne sociale gruppe nærmere. Vi ønsker at høre fortællinger fra mænd, som allerede har erkendt deres psykiske problemer, for befinder disse mænd sig også i en særlig risikogruppe? Er de særligt udsatte, fordi de er mænd med psykiske problemer? Ovenstående peger på, at der er store forskelle blandt mænd og kvinder, når det kommer til psykiske problemer, og vi undres over, hvorvidt forestillinger om køn og maskulinitet afspejles i mændenes selvforestillinger og sygdomshistorier. Vi finder det ligeledes interessant at se nærmere på den viden, der bliver produceret i selve interviewsituationen, og her se om der er skjulte kønsforestillinger, der kommer til syne i interaktionen mellem os og dem. Seks forskellige mænd med seks forskellige sygdomshistorier har indvilliget i fortælle os om deres oplevelser og udfordringer med at leve med psykiske problemer som mand.

I mændenes fortællinger spiller det psykiatriske system og de mange professionelle, som mændene har mødt, en stor rolle. Mændene har vidt forskellige betragtninger af, hvordan deres møde med systemet har været og stadig er. Da mændene på forskellig vis har været i berøring med det psykiatriske system, finder vi det interessant at undersøge, hvilke herskende diskurser, der synes at være gældende i psykiatrien. Vi kan derigennem se nærmere på, hvilken indflydelse diskurserne har i mændenes fortællinger. For at undersøge det psykiatriske system har vi, udover interviewene med mændene, derfor interviewet fire psykiatere. Disse psykiatere har alle erfaringer og oplevelser med både mandlige og kvindelige patienter, og gennem deres fortællinger ønsker vi bl.a. at undersøge om køn har en betydningsfuld rolle i deres professionelle behandling. Gennem vores interviews har vi fået indblik i mænds oplevelser med at leve med psykiske problemer, ligesom vi har fået indblik i psykiatriske praksisser, og ved at fastholde vores fokus på køn, kan vi undersøge, hvilken rolle køn og maskulinitet har i behandlingssammenhænge.

Ud fra ovenstående skitsering af problemstillingen har vi udarbejdet følgende problemformulering, som vi ønsker at besvare i nærværende speciale:

1.1. Problemformulering og arbejdsspørgsmål

Hvordan er det at være mand med psykiske problemer, og hvilken betydning har køn for mændene og for psykiaternes praksis?

For at besvare problemformuleringen har vi udarbejdet følgende arbejdsspørgsmål:

1. Hvad og hvordan fortæller mændene om deres psykiske problemer, og på hvilken måde konstrueres maskulinitet i deres fortællinger?
2. Hvilke diskurser kan identificeres i psykiaternes fortællinger?
3. Hvordan spiller køn en rolle for mænd med psykiske problemer, og kan mænd med psykiske problemer betragtes som særligt udsatte?

1.2. Uddybning af problemformulering

'Psykiske problemer' anvendes i dette speciale som en fællesbetegnelse for de psykiske eller mentale udfordringer, som vores interviewpersoner oplever hvad enten det drejer sig om svære diagnosticerede psykiske lidelser eller forbigående følelser af angst eller lignende. Betegnelsen, 'mænd med psykiske problemer' indebærer således mænd, som lider eller har lidt af en psykisk lidelse. Samtidig indebærer betegnelsen mænd, som ikke selv opfatter sig som værende psykisk syge, men som i perioder har haft psykiske problemer, og på denne baggrund har følt et behov for at opsøge professionel hjælp. Endvidere anvendes 'mænd med psykiske problemer' som en betegnelse for personer, som på den ene eller anden måde har haft kort- eller langvarig kontakt til behandlingssystemet¹. Årsagen til den brede betegnelse skyldes vores ønske om at undersøge forskellige aspekter af psykiske problemer for at opnå et nuanceret billede af mændenes situation.

¹ Med 'behandlingssystemet' menes professionel hjælp i form af for eksempel psykolog, psykiater, hospital etc. Der skelnes ikke her mellem privat og offentlig hjælp.

2. Relevans for det sociale arbejde

I følgende afsnit vil vi argumentere for, hvorfor specialets genstandsfelt kan karakteriseres som relevant for det sociale arbejde. Vi vil tydeliggøre denne relevans ved at fremhæve psykiske problemer blandt mænd som et socialt problem i en teoretisk kontekst. At vi anskuer mænd med psykiske problemer som et socialt problem betyder ikke, at vi afviser, at kvinder eller børn med psykiske problemer ikke kan anses som et socialt problem. I dette speciale har vi dog valgt udelukkende at fokusere på mænd, og dette afsnit vil derfor tage udgangspunkt i mænd med psykiske problemer.

2.1. Det sociale problem i en teoretisk ramme

I det følgende vil mænd med psykiske problemer som genstandsfelt blive anskuet i en teoretisk ramme, hvor vi har valgt at anvende det skandinaviske velfærdsperspektiv. I et skandinavisk velfærdsperspektiv defineres sociale problemer som mangel på velfærd, hvilket nærmere bestemt skal forstås som en manglende opfyldelse af en række behov, der kan defineres ved hjælp af behovsbegrebet (Hillgaard og Keiser, 1979:26). Ved behovsbegrebet refereres her til den finske sociolog Erik Allardts behovsteori, hvori individets velfærd defineres ud fra tre dimensioner: 'at have', 'at være' og 'at elske' (Allardt, 1975:27). Dette vil sige, at sociale problemer defineres som en manglende behovstilfredsstillelse af materielle, sociale og psykiske behov. For at vise, at mænd med psykiske problemer er et socialt problem inden for en skandinavisk velfærdsbetragtning, må mændenes behov analyseres med udgangspunkt i Allardts behovsteori. 'At have'-dimensionen refererer til materiel velfærd såsom indkomst, bolig, arbejde, uddannelse og sundhed (ibid.:28). Det kan vurderes, at mændene kun i nogen grad har kunnet opfylde behovene for arbejde og uddannelse under deres sygdomsforløb. Alle mændene har på et eller flere tidspunkter i deres liv holdt orlov eller droppet ud af studiet grundet deres psykiske problemer. 'At være'-dimensionen henviser til mændenes følelse af selvrealisering, som kan ses som et væsentligt element i bestræbelsen på at blive betragtet som et individ (ibid.:33f). Manglende selvrealisering kan i denne forbindelse betragtes som det, at mændene ikke oplever, at de kan være sig selv over for andre, idet de forsøger at skjule deres psykiske problemer. Ydermere er deres psykiske problemer en barriere for at kunne gøre de samme ting som "normalen" gør. Det kan endvidere konstateres, at mange af mændene ej heller får opfyldt behovet 'at elske', der refererer til sociale fællesskaber og relationer. Flere af mændene oplever skam over at have psykiske problemer og har derfor forsøgt at skjule det for deres nære relationer. Dette har for flere resulteret i tab af sociale relationer. Disse betragtninger bliver alle uddybet i specialets analysekapitler.

3. Forskningsfeltet

I dette afsnit skitseres det forskningsfelt, som vi placerer os inden for i bestræbelsen på at besvare problemformuleringen. Ved forskningsfeltet menes udvalgt forskning og litteratur, som specifikt omhandler mænds mentale sundhed og psykiske lidelser. Forskningsfeltet er omfattende og rummer mange nuancer og perspektiver, og vi forsøger at give et så overskueligt billede af feltet som muligt. Dette vil naturligvis medføre, at visse dele af forskningen udebliver. Nedenstående gennemgang vil samtidig afspejle vores udgangspunkt for nærværende undersøgelse af vores genstandsfelt.

3.1. Kønsforskelle i psykiske lidelser

Som det blev skitseret tidligere, kan det virke slående, at dobbelt så mange kvinder end mænd bliver diagnosticeret med depression. Ved forekomsten af denne lidelse ser det således ud som om, at der eksisterer en tydelig kønsforskel. Flere forskere har dog, som tidligere nævnt, sat spørgsmålstegn ved dette skæve tal. I en ph.d.-afhandling, foretaget af Lis Rahbæk Olsen fra 2006, undersøges forekomsten af psykiske lidelser i den generelle danske befolkning med et særligt blik på depressionssymptomer². Spørgeskemaerne omfattede samme standardiserede kategorier, som anvendes ved diagnosticering af depression hos fx en psykiater. Afhandlingens resultater viste bl.a. , at der var ingen statistisk signifikant forskel mellem kønnene hvad angik svære depressioner (Madsen, 2014:53). Undersøgelsen viser således, at man skal være opmærksom på mørketal ift. kønsfordelingen, når det kommer til forekomst af depression.

Forum for Mænds Sundhed har udarbejdet en nyere undersøgelse, *Mænd og psykiske problemer*, som er blevet foretaget i 2015-2016 og udgør et delresultat i en større undersøgelse af mænds forhold til sundhed, sygdom og sundhedsvæsenet (Forum for Mænds Sundhed, 2016)³. Undersøgelsen peger på, at mændene har særlige udfordringer ved at søge læge, når de oplever psykiske problemer (ibid.:8). Resultaterne viser, at mændene har et meget begrænset sprog ift. at tale om deres psykiske problemer, hvilket både gælder hos lægen og i deres sociale omgangskreds. Mændene har ligeledes vanskeligt ved at tale om deres mentale helbred på deres arbejdsplads, idet de er bange for at fremstå 'pylrede' eller unormale (ibid.:4f). Undersøgelsen pointerer vigtigheden i at have et øget fokus på mænd i sundhedssystemet, da det kan have alvorlige konsekvenser at overlade disse mænd til sig selv. Her nævnes den høje selvmordsrate og korte levealder blandt mænd som konsekvenser af denne udvikling (ibid.:8).

² Undersøgelsen blev foretaget på baggrund af spørgeskemaer fra 1152 deltagere.

³ Undersøgelsen omfatter interviews med 50 mænd fra forskellige virksomheder, jobcentre mm.

3.2. "Den mandlige depression"

En af de undersøgelser, som har været særligt sigende i forhold til forskningsfeltet om mænds mentale sundhed er det såkaldte Gotland-projekt. I 1983-84 blev der på den svenske ø, Gotland, etableret et uddannelsesprogram for øens praktiserende læger, som havde til formål at forbedre lægernes viden om depression. Dette blev bl.a. gjort, idet der eksisterede en relativ høj selvmordsrate blandt øens beboere. Uddannelsesprogrammet gav succesfulde resultater, da selvmordsraten faldt drastisk. Dette fald skete dog kun blandt kvinderne, mens selvmordsraten blandt mænd ikke ændredes betragteligt (Rutz et. al., 1995). Gotland-projektet skabte en forståelse om, at mænd kan udvise anderledes depressionssymptomer end kvinder, og dette kan medføre, at mænds psykiske problemer er i særlig risiko for ikke at blive opdaget af sundhedspersonale (Madsen, 2014:55). Depressionssymptomer kan bl.a. bestå af udadreagerende og socialt grænseoverskridende adfærd, som kan indebære misbrug mm. (ibid.:56). Disse særlige mandlige depressionssymptomer er blevet betegnet som 'maskeret depression' af den amerikanske psykolog William S. Pollack. Den maskerede depression, som oftest forekommer hos mænd, kan omfatte nogle af følgende symptomer: øget tilbagetrækning fra sociale relationer, overinvolvering i arbejde og forstærkede eller øgede vredesudbrud (Pollack, 2005: 211f). Pollack argumenterer for, at dette er en af årsagerne til, at der bør etableres et kønsorienteret blik i psykoterapien for at hjælpe mænd bedst muligt (ibid.:211).

3.3. Øget fokus på mænds sundhed og sygdomme

Trods ovenstående forskning og litteratur omhandlende mænds mentale helbred, kan det udledes, at der eksisterer et begrænset fokus på mænds sundhed og sygdomme – i al fald i en dansk kontekst. Visse sociale aktører forsøger dog at skabe et øget fokus på denne problemstilling.

En af disse aktører er 'Tænketanken VM – Viden om mænd', som arbejder for en øget synliggørelse og forståelse af de samfundsproblematikker, der knytter sig til mænd og maskuliniteter (Tænketanken VM). Tænketanken VM har bl.a. udgivet en rapport omhandlende 30 politiske forslag målrettet politikere og beslutningstagere, meningsdannere, NGO'ere mm. Formålet med de politiske forslag er overordnet at forbedre drenge og mænds ligestilling i samfundet, og inkluderer flere forskellige felter, hvor drenge og mænd skal opprioriteres. Mænds psykiske sundhed omfatter et af disse punkter i rapporten (Tænketanken VM, 2011).

En anden aktør er Forum for Mænds Sundhed, der blev stiftet i 2004. Forum for Mænds Sundhed er et partnerskab bestående af interesseorganisationer, faglige organisationer, virksomheder, patientforeninger, forskningsmiljøer og kommuner, som har til formål at sætte fokus på mænds sundhed og sygdomme

(Sundmand: Forum for Mænds Sundhed). Forummet arrangerer bl.a. Men's Health Week, som hvert år, i samarbejde med forskellige aktører, sætter fokus på mænds mentale og fysiske sundhed og trivsel gennem forskellige aktiviteter for mænd. Derudover udgiver Forum for Mænds Sundhed rapporter, som støtter deres overordnede formål. En af disse rapporter redegjorde vi for i starten af nærværende afsnit.

Disse nævnte organisationer efterspørger begge et øget samfundsmæssigt og politisk fokus på mænds sundhed og sygdom. Dette kan også karakteriseres som vores største motivation for at skrive om netop dette genstandsfelt, idet vi håber at kunne bidrage til større viden og yderligere undersøgelse af dette sociale problem.

DEL 2

Metodiske refleksjoner

4. Vores interaktionistisk-konstruktivistiske tilgang

I specialet har vi valgt at anlægge en narrativ interaktionistisk tilgang, hvor vi læser vores interviewpersoners udtalelser som mindre fortællinger. Endvidere anlægges vi et konstruktivistisk blik på problemstillingen, hvor vi anskuer omkringliggende diskurser som en bredere sociokulturel kontekst, som interviewpersonernes fortællinger ses i forhold til. Følgende afsnit har til formål at explicitere vores interaktionistisk-konstruktivistiske tilgang til specialets genstandsfelt, som får betydning for specialets dataproduktion, bearbejdning og efterfølgende analyse.

4.1. Det aktive interview

Den interaktionistiske tilgang til problemstillingen kommer særligt til udtryk ved, at vi anskuer interviewsituationen som en social interaktion mellem os, som interviewere, og mændene og psykiaterne, som interviewpersoner, hvor begge parter medbringer egne forudsætninger, holdninger og interesser til mødet. Ifølge Gubrium & Holstein fungerer intervieweren som en 'medproducent af viden', da interviewets resultater formes af både interviewer og interviewperson i fællesskab (Järvinen, 2005:29). Med andre ord vil det sige, at der skabes et aktivt interview, hvor både vi og interviewpersonerne er med til at påvirke de fortællinger, som skabes i interviewene (Mik-Meyer & Järvinen, 2005:15). På denne måde tydeliggøres det ved brug af denne tilgang, at vi hverken anlægges en objektivistisk eller fænomenologisk tilgang til indsamling af interviews, idet vi mener, at vi som forskere ikke kan opnå en direkte og uformidlet adgang til interviewpersonernes subjektive oplevelser og meninger. Derimod er vi af den opfattelse, at der i interviewsituationen etableres et socialt møde, hvor der skabes mening og fortolkning gennem interaktion. På denne måde finder vi det ikke kun relevant at se på, hvad interviewpersonerne siger, men også på hvordan og hvorfor de fortæller, som de gør. Til dette har vi fået inspiration fra Gubrium og Holsteins konstruktivistiske interaktionistiske tilgang, som de forklarer således:

"We offer a social constructionist approach that considers the process of meaning that is produced. In other words, we think that understanding how the meaning-making process unfolds in the interview is as critical as apprehending what is substantively asked and conveyed" (Holstein & Gubrium, 1995:4).

Det er vigtigt i interaktionistiske analyser ikke kun at fokusere på meningsindholdet (interviewets hvad), men også selve meningsproduktionen (interviewets hvordan). Dette betyder, at vi ikke kun vil fokusere på

fortællingernes *indhold*, dvs. hvad interviewpersonen fortæller os om sine oplevelser, erfaringer, holdninger etc. Vi er på samme tid interesserede i at undersøge selve fortællingernes *form*, hvilket vil sige interviewpersonens selvfremstilling og fortællerteknikker, som benyttes i interviewet (Järvinen, 2005:40). Järvinen pointerer i denne forbindelse, at man udover fortællingens indhold og form, bør se på fortællingens *funktioner*, dvs. de sociale strategier, som interviewpersonen benytter sig af under interviewet. Desuden fremhæver hun fortællingens *kontekst* som vigtig, idet relationen mellem interviewer og interviewperson samt den bredere sociokulturelle kontekst er et vigtigt element i en interaktionistisk analyse (Järvinen, 2005:40). Den bredere sociokulturelle kontekst vil komme til syne i specialet ved anvendelse af et diskursteoretisk perspektiv i udvalgte analysedele. Dette vil vi uddybe sidst i afsnittet. Først vil vi præsentere de narrative analyseværktøjer, som vi ønsker at gøre brug af.

4.2. Narrative, interaktionistiske analyseredskaber

Som interaktionister ser vi ikke interviewsituationen som et neutralt møde, men derimod et møde mellem parter der medbringer forskellige forventninger og holdninger til hinanden. Parterne i et interview positionerer per automatik hinanden i specifikke sociale kategorier, og disse positioneringer medvirker til, at både interviewer og interviewperson har særlige forventninger til hinanden hvad angår adfærd, egenskaber og holdninger, som harmonerer med netop denne sociale kategori eller medlemskab. Kategoriseringen af medlemskab vil i en interaktionistisk tilgang præge interviewet og interviewmaterialet, som bliver produceret (ibid.:32). Dette anskuer vi som et præmis for vores interviews, hvilket betyder at vi og interviewpersonerne kategoriserer hinanden fra start af. I interviewene med mændene vil det sige, at vi fra starten af positionerer dem som 'mænd med psykiske problemer' og vi positioneres af mændene som fx 'kvinder' og 'specialestuderende'. I dette perspektiv vil de respektive roller i interviewsituationen medvirke til en hierarkisering eller et ulige magtforhold, idet vi som specialestuderende er med til at "studere" mændene som et socialt fænomen. Det ulige forhold parterne imellem er dog samtidig en af specialets analytiske pointer, idet vi finder det interessant at belyse, hvordan mændene forsøger at udligne dette magtforhold på forskellige måder – bl.a. gennem forhandling af deres sociale identitet.

Som nævnt anlægger vi en narrativ tilgang i vores interviews. Narrative interviews fokuserer på de historier, interviewpersonerne fortæller, på handlingen i og opbygningen af deres fortællinger. Disse fortællinger kan dukke op spontant under interviewet, eller de kan blive fremkaldt af os som interviewere (Kvale & Brinkmann, 2009:173). I vores analyse vil vi anvende nogle narrative analyseværktøjer til at undersøge, hvordan mændene fremstiller deres fortællinger og således også deres sociale identitet. I mændenes fortællinger optræder de selv som hovedrolleindehavere, men der figurerer desuden forskellige andre personer i fortællingerne som tillægges forskellige betydninger. I et narrativt perspektiv vil man kalde disse personer for fortællingens karakterer, som kan tilskrives positive eller negative

konnotationer og funktioner. Vi skal endvidere se på fortællingens genre, som refererer til at fortællinger kan kategoriseres efter overordnede temaer (Järvinen, 2005: 37). Dette kan fx være fortællinger om succes eller fortællinger om genoprejsning i mændenes tilfælde. Vi anvender bl.a. genre-begrebet til at tydeliggøre, at mændenes måder at fremstille deres fortællinger på kan kobles til det billede, de gerne vil vise af sig selv og deres sygdomsforløb.

4.3. Sammenspil mellem interaktionisme og diskursteori

Som nævnt indledningsvis præges vores interaktionistiske tilgang i specialet af et konstruktivistisk perspektiv ved at vi belyser, hvordan diskursive påvirkninger har en betydning for mænd med psykiske problemer. Ved at anlægge et konstruktivistisk perspektiv til interaktionismen understreger vi vores pointe om, at vi ikke forsøger at indfange den subjektive mening bag interviewpersonens udsagn. Vi ser ikke mening som noget essentielt i interviewpersonerne, som vi kan trække frem og præsentere. At have en konstruktivistisk forståelse betyder på den anden side, at mening er et socialt fænomen som altid konstrueres med påvirkninger fra den specifikke sociale og kulturelle kontekst (Järvinen, 2005:39). Helt konkret vil det sige, at vi, gennem interviewene, kan belyse hvilke sociokulturelle forståelser der trækkes på i fortællingerne. Dette gør vi bl.a. ved at identificere eksisterende diskurser blandt psykiaterne til at forstå den sociokulturelle kontekst som mænd med psykiske problemer og deres fortællinger skal ses i lyset af. Derudover trækker vi på diskursbegrebet i analysen om mændenes maskulinitetskonstruktioner.

5. Specialets kønspositionering

Som det kan udledes af vores problemformulering, ønsker vi at fokusere på kønnets betydning for mænd med psykiske problemer. Køns- og maskulinitetsbegrebet vil således indtage en central plads i nærværende speciale, hvilket er grunden til, at vi her vil klargøre hvilket begreb af køn, vi opererer med.

Overordnet kan det sammenfattes, at vi arbejder inden for en bredere konstruktivistisk opfattelse af køn. Med dette menes, at vi anser køn og maskulinitet som flydende og foranderlige begreber, som konstant konstrueres i menneskers diskursive og materielle praksisser (Højgaard, 2010:15). Vi afviser således en opfattelse af kønnet som en fast og essentiel del af mennesket. I specialet ønsker vi netop at undersøge, om, og i så fald hvordan, køn og maskulinitet konstrueres i mændenes fortællinger, og hvordan køn får betydning i psykiatrisk praksis. Køn er et allestedsnærværende aspekt, som mennesker kategoriseres efter. Dette skyldes bl.a. , at vi bærer vores køn synligt gennem vores kroppe, som vi af naturlige årsager ikke kan undslippe. Ifølge Højgaard er køns kategorien således grundlaget for den måde, vi både mødes af andre på og for den måde, vi møder andre på (Højgaard, 2010:12). Søndergaard har i sin afhandling *Tegnet på kroppen* behandlet konstruktioner af køn i moderne dansk kontekst, hvor idealerne om ligestilling mellem kønnene og fjernelsen af traditionelle kønsdominanser er gældende (Søndergaard, 2006). Vi læner os op af afhandlingens præmis om, at køn er kulturelt og ikke biologisk bestemt og ser specialets genstandsfelt i samme lys, da vi derigennem kan se, hvilke maskulinitetskonstruktioner, der gør sig gældende i mændenes og psykiaterens fortællinger.

Ifølge den videnskabsteoretiske tradition, som vi positionerer os indenfor, anses køn ligeledes ikke udelukkende som et spørgsmål om de biologiske forskelle mellem en mands krop og en kvindes krop. Køn indgår i et symbolsk system, hvor kategorierne 'mand' og 'kvinde' tilskrives bestemte betydningsindhold, som kommer til udtryk i det, som kan karakteriseres som kønnede koder eller diskurser (Højgaard, 2010:12). Disse diskurser konstrueres i en konkret social og kulturel sammenhæng. Vi tager disse betragtninger med os, når vi i specialet ønsker at undersøge de kønnede diskurser, som omgiver og tillægges mænd med psykiske problemer – og i særdeleshed dem, som mændene tillægger sig selv og andre mænd. Dette understøttes yderligere af vores inddragelse af Connell i specialets analyser af maskuliniteter. Connell har en konstruktivistisk tilgang til køn, hvilket udtrykkes i tilstedeværelsen af flere forskellige maskulinitetskategorier (Connell, 1995). Samfundsmæssige diskurser anses som medproducent af disse kategoriseringer, og vi undersøge dette ved at se, hvilke maskuliniteter, der er på spil i mændenes fortællinger, samt hvordan mændene positionerer sig i forhold til herskende diskurser i psykiatrien. Ofte er kønnede koder og kønsdiskurser et skjult aspekt i menneskelig interaktion og anses

som selvfølgheligheder. Højgaard påpeger vigtigheden i at fokusere på de underliggende kønsdiskurser for at aktivere tolkningsrammer (Højgaard, 2010:13).

I nærværende speciale søger vi bevidst at aktivere disse tolkningsrammer, for på den måde at tydeliggøre både bevidste og ubevidste betydninger omkring køn og maskulinitet i mændene og psykiaternes fortællinger. Ved at anlægge et eksplicit fokus på køn i forhold til vores genstandsfelt, er det dog vigtigt at være opmærksom på, at vi risikerer at trække på kønsstereotyper. Fordi vi har et tydeligt formål med at afdække kønsaspekter i interviewene, risikerer vi, at vi automatisk kommer til at positionere vores interviewpersoner ift. vores forestillinger om, hvad det vil sige at være henholdsvis mand og kvinde. Det kan fx gælde, når vi beder mændene beskrive, hvad en mand er for dem, og senere hvordan de ser dem selv som mænd efter deres sygdomsforløb. På baggrund af denne refleksion har vi været opmærksomme på ikke selv at falde i de gængse opfattelser af køn, selvom vi tilkendegiver, at køn er til forhandling i interviewsituationerne. Som interviewere er vi med til at aktivere visse kønsforståelser, som på den måde bliver en del af den viden, som produceres i interviewsituationen. På denne måde gøres eventuelle kønsstereotyper til genstand for fælles refleksion i interviewene med mændene og psykiaterne.

6. Empiri

Vores samlede empiri består af seks kvalitative interviews med mænd, og fire kvalitative interviews med psykiatere. Vi vil indlede med at beskrive og reflektere over udvælgelsen af vores interviewpersoner, da der i denne proces viste sig at være et mønster af særlige udfordringer i forbindelse med rekrutteringen af interviewpersoner. Denne empiriindsamlingsproces har med til at generere en form for empiri, da udfordringerne i sig selv siger meget om specialets genstandsfelt. Vi vil derefter præsentere vores interviewpersoner, og afslutningsvis vil vi gennemgå forberedelsen og udførelsen af vores interviews for at skabe gennemsigtighed.

6.1. Udvælgelse af interviewpersoner

Nedenstående afsnit vil omhandle vores valg af interviewpersoner og udfordringerne med hensyn til rekrutteringen af disse.

6.1.1. Mændene

For at komme i forbindelse med mænd med psykiske problemer tog vi kontakt til et stort antal af landets foreninger for psykiske lidelser⁴. Vores formål med at kontakte foreningerne var, at de ansatte kunne fungere som bindeled mellem os og mændene til de indledende samtaler. Selvom vi blev mødt med stor interesse for vores speciale, har rekrutteringen dog vist sig at være mere vanskelig end forventet. Mange af de organisationer og foreninger, som vi har kontaktet, havde mange forbehold ved at videregive vores forespørgsel til deres brugere og medlemmer. Dette skyldtes både, at de ville beskytte disse personer, og at de ikke mente, at deres mandlige medlemmer ville være villige til at deltage i et interview. Vi har ligeledes forsøgt at bruge vores private netværk til rekruttering af mandlige interviewpersoner, men dette viste sig ligeledes at være vanskeligt, idet mange fandt det svært at henvende sig til mandlige venner og bekendte, som de tror eller ved har psykiske problemer. Det blev tydeligt for os, at dette emne forekommer sårbart og tabubelagt at snakke om, hvilket kun gav os større anledning til at undersøge det nærmere. Vi kan selvfølgelig ikke vide, hvordan rekrutteringsforløbet havde set ud, såfremt vi ønskede at få kontakt til kvinder. Det er dog vores indtryk, at det var interviewpersonernes køn, der gav anledning til størst

⁴ Listen af foreninger og organisationer omfatter bl.a. Angstforeningen, LAP Ungdom, SIND Ungdom, Skizofreniforeningen, Ung til Ung, EN AF OS Region Hovedstanden, EN AF OS Region Sjælland, Fremtidsfabrikken, PsykInfo, Headspace, Det Sociale Netværk, OCD Foreningen, Depressionsforeningen, Café Blom og OPUS København.

bekymring hos de ansatte i organisationerne og foreningerne. Blandt venner og bekendte var svaret de fleste gange, at de ikke følte sig trygge ved at skulle henvende sig til den pågældende mand, fordi det var grænseoverskridende både for dem selv og for manden. De metodiske udfordringer, som vi har haft i forbindelse med empiriindsamlingen, har vist sig at være et interessant fund ift. det sociale problem, vi undersøger. Denne iagttagelse vil indgå i specialets diskussion. Efter længere tids søgen lykkedes det os at rekruttere seks mandlige interviewpersoner, som på forskellige måder betegner sig selv som værende psykisk syge og/eller psykisk sårbare. Mændene er i alderen 20-30 år, og valget af aldersgruppen udspringer af et bevidst ønske om at undersøge unge mænds fortællinger af at have psykiske problemer. Vi finder det særligt interessant at belyse en ung mands tilværelse og de sociale sfærer, som en ung indgår i, såsom arbejdslivet, vennegruppen og et eventuelt begyndende familieliv. Dermed afgrænser vi os fra mænd med en højere alder, hvis liv kan være præget af andre sociale sfærer og dermed andre udfordringer. Det viste sig, at flertallet af interviewpersonerne har diagnosen skizofreni. Dette har ikke været et bevidst valg, trods det naturligvis vil have betydning for vores resultater. Dette vil blive diskuteret i specialets kvalitetsvurdering. Interviewpersonerne er blevet rekrutteret både gennem foreninger og vores private netværk, og de vil blive præsenteret mere indgående i et af de følgende afsnit.

6.1.2. Psykiaterne

På baggrund af research af rapporter og en samtale med en rådgiver i PsykInfo⁵ fik vi klarlagt hvilke professionelle, mennesker med psykiske problemer typisk møder i behandlingssystemet. På baggrund af denne viden ønskede vi at foretage interviews med privatpraktiserende læger, psykologer og psykiatere samt speciallæger i hospitalspsykiatrien. Vi henvendte os til relevante foreninger og hospitalsafdelinger for at få kontakt til disse professionelle⁶. På samme måde som med mændene viste der sig metodiske udfordringer forbundet med rekrutteringen af professionelle. Disse udfordringer skyldes bl.a., at vi ofte ikke modtog svar på vores forespørgsel fra nogle foreninger. Derudover oplevede vi en skepsis blandt visse professionelle ift. specialets genstandsfelt. Nogle mente, at vores forespørgsel ikke havde interesse for dem, idet de slet ikke kunne genkende den problematik, som vi udlagde. Vi endte med at rekruttere fire psykiatere, heraf to mænd og to kvinder. Vi har foretaget et bevidst valg om at interviewe både mandlige og kvindelige psykiatere, fordi mændene har mødt behandlere af begge køn. Ved kun at interviewe psykiatere, afgrænser vi os fra at interviewe andre professionelle, som kan være tilstede i et behandlings-

⁵ PsykInfo er et psykiatrisk informationscenter, som tilbyder information, rådgivning og inspiration om psykisk sygdom og psykiatrien.

⁶ Listen af foreninger og organisationer omfatter bl.a. Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Psykiatrisk Selskab, OPUS København, Børne – og Ungdomspsykiatrisk Ambulatorium København, Foreningen for Speciallæger, Praktiserende Lægers Organisation og Psykiatrifonden.

forløb for personer med psykiske problemer. Alle fire interviewpersoner er forskellige hvad angår deres specialområde og erfaring. Dette vil blive uddybet mere indgående i specialets kvalitetsvurdering.

6.2. Vægtning af empiri

Overordnet set vil mændene fungere som det primære analytiske fokus i specialet, da vi ønsker at undersøge mændenes fortællinger om at have psykiske problemer. Psykiaterne bruges til at fremhæve den diskursive kontekst, som mændene omgiver med og påvirkes af. Det er grunden til, at mændenes citater vil fylde mest i den samlede analyse sammenlignet med psykiaterne (jf. 'Analysestrategi').

6.3. Præsentation af interviewpersoner

I det følgende vil vores interviewpersoner blive præsenteret.

6.3.1. Mændene

Vi har efter aftale med mændene beskyttet deres anonymitet ved at give dem pseudonymer, ligesom vi har beskyttet personfølsomme oplysninger, som kan være afslørende for deres arbejde, uddannelse og øvrige tilværelse.

Birk er 30 år og er diagnosticeret med paranoid skizofreni, som han fik i 2010 efter en konfliktfyldt skilsmisse. Han blev indlagt i et halvt år, hvorefter han flyttede ud på et rehabiliteringstilbud for patienter med skizofreni. I dag bor Birk i egen lejlighed og er ved at tage en mellemlang uddannelse. Han har tidligere arbejdet som peer-medarbejder⁷ på et kommunalt tilbud for unge med psykiske sårbarheder samt på et botilbud for borgere med psykisk sygdom.

Peter er 23 år og har i en hård periode i sit liv oplevet to angstanfald. I denne forbindelse så han sin praktiserende læge, som henviste ham til en psykolog. Han nåede dog aldrig at få samtaleterapi hos denne psykolog eller hjælp andetsteds, da det ifølge ham selv *"tog for lang tid, og så havde jeg det også bedre"*⁸. Selvom Peter ikke har haft lige så stor berøring med behandlingssystemet som vores øvrige interviewper-

⁷ En peer-medarbejder er ansat i psykiatrien eller i socialt arbejde, som arbejder ud fra egne levede erfaringer som psykiatrisk patient med henblik på at dele disse erfaringer med patienter, pårørende og personale (Psykiatri Region H – Peer support).

⁸ Citatet er fra en telefonsamtale med Peter, da vi aftalte interviewet.

soner, er det interessant at undersøge, hvorfor han selv var af den opfattelse, at han ikke længere behøvede hjælp. Peter studerer på en videregående uddannelse og arbejder ved siden af studiet.

Sigurd er 26 år og har været en del af det psykiatriske system i 9 år med flere indlæggelser både på akut psykiatrisk skadestue samt på lukket og åben psykiatrisk afdeling. Han fik for nogle år siden diagnosen skizoid personlighedsforstyrrelse med tilbagevendende depressioner og et svært alkoholmisbrug. Sigurd er på nuværende tidspunkt ved at fuldføre en videregående uddannelse og skal inden længe begynde arbejdet som peer-medarbejder i psykiatrien. Sigurd har en kone og et barn.

Karl er 25 år og har haft længere kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Som 7-årig fandt man, at Karl havde Aspergers-syndrom, som stadig påvirker hans tilværelse i høj grad. I forbindelse med tildeling af en mentor grundet hans Aspergers, fik han foretaget en ny psykiatrisk vurdering. Her fik han diagnosen, ADHD, som senere viste sig at være en fejl diagnose, hvilket behandlere omkring Karl fandt ud af, da han var 22 år. I 2015 oplevede Karl at have forskellige hallucinationer og fik herefter diagnosen, paranoid skizofreni. Karl holder i dag orlov fra sit studie på universitetet.

Hamid er 26 år og fik i 2010 stillet diagnosen, paranoid skizofreni, efter en frivillig indlæggelse på psykiatrisk skadestue. Efter sin indlæggelse har han mødt forskellige psykiatere, psykologer og andet sundhedspersonale både i Jylland og på Sjælland. Hamid er født og opvokset i Danmark og har forældre med mellemstlig baggrund. Han er studerende på en videregående uddannelse.

Magnus er 27 år og lider af depression med dystopi som underkategori. Derudover har han angst. Magnus har aldrig været indlagt eller blevet medicineret, men han har været i behandlingsforløb hos både en psykolog og en psykiater. Magnus har af flere omgange forsøgt at tage en videregående uddannelse, men har stoppet sit uddannelsesforløb af forskellige årsager. På nuværende tidspunkt er han ved at tage en kort videregående uddannelse.

6.3.2. Psykiaterne

Vi har udført to interviews med mandlige psykiatere og to interviews med kvindelige psykiatere. De to mænd og den ene kvinde er privatpraktiserende psykiatere med egen praksis, mens den anden kvindelige interviewperson er speciallæge på et børne- og ungeambulatorium.

Lene Wadland er uddannet speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri og arbejder på nuværende tidspunkt som afsnitsledende overlæge på ambulatoriet i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center som er

tilknyttet Bispebjerg Hospital i Region Hovedstaden. Ambulatoriet er for unge under 18 år, som behandles for forskellige psykiske lidelser. Ambulatoriet drives af forskellige behandlere heriblandt læger, psykologer, sygeplejersker og socialrådgivere.

Flemming Tived er uddannet speciallæge og har en privat praksis i Lyngby, hvor han modtager patienter med forskelligartede psykiske problemer. Han specialiserer sig dog særligt indenfor ADHD-diagnosen. Udover i sin praksis arbejder han som overlæge på hospitaler og psykiatriske centre flere steder i landet. Ydermere fungerer Flemming Tived som Dansk Psykiatrisk Selskabs repræsentant for Forum for Mænds Sundhed.

Ejnar B. Larsen er uddannet speciallæge med egen praksis i Søborg. Ejnar B. Larsen har tidligere været overlæge på Distriktpsikiatrisk Center på Hvidovre Psykiatrisk Afdeling samt på Glostrup Psykiatrisk Afdeling. I de sidste 8 år har han haft egen praksis som privatpraktiserende psykiater. Ejnar B. Larsen specialiserer sig ligeledes inden for diagnosen, ADHD, hvilket medvirker til at mange patienter med denne diagnose kontakter netop ham som psykiater.

Birgit Petersson er speciallæge i psykiatri, ekstern lektor ved Københavns Universitet og privatpraktiserende psykiater gennem næsten 40 år. I sin forskning har Birgit Petersson især publiceret litteratur om spiseforstyrrelser og har et generelt fokus på kvinder i sin forskning. Hun har bl.a. medvirket i forskellige artikler, som omhandler kønsforskelle ved psykiske sygdomme. Det er på grund af Birgit Peterssons rolle som privatpraktiserende psykiater, at vi har taget kontakt til interview og dermed ikke hendes position som forsker.

6.4. Forberedelse af interviews

Forud for interviewene har vi læst meget litteratur og eksisterende forskning om både psykiske lidelser samt køns- og maskulinitetsforskning (jf. 'Forskningsfeltet'). Denne viden om feltet gav os grundlag for udformningen af semi-strukturerede interviewguides.

6.4.1. Interviewguides

Inden interviewene forberedte vi to semi-strukturerede interviewguides til henholdsvis mændene og til psykiaterne, som vi udformede efter de temaer, vi ønskede belyst. Det kan være svært at interviewe om køn, og vi har derfor været særligt opmærksomme på den metodiske tilgang, når vi har interviewet. Vi har i denne forbindelse fået inspiration fra Højgaards artikel, *Kan man interviewe sig til viden – om køn?*, som

omhandler, hvordan man som forsker kan kvalificere dataproduktionsprocessen, som åbner op for nye forståelser og ny indsigt om kønnede betydninger (Højgaard, 2010:9). Intervieweren bør spørge ind til interviewpersonernes praksis samt oplevelses- og erfaringsforløb for derigennem at opspore kønnede betydninger. På denne måde vil også ubevidste kønsbetydninger kunne træde frem (ibid.:19). Vi vil først gennemgå interviewguiden til mændene, og derefter interviewguiden til psykiaterne. Interviewguiderne indgår i specialets bilag 1.

For at få forskellige narrativer frem i interviewet, indledte vi interviewguiden til mændene med et spørgsmål om, hvordan de betegner sig selv ift. deres sygdom. For at give mændene mulighed for selv at starte deres fortælling, stillede vi dernæst spørgsmålet: *"Vil du ikke starte med at fortælle om din psykiske sårbarhed/sygdom, og hvad der lå forud for dit sygdomsforløb?"*. Formålet med at spørge på denne måde var, at præmissen for mændenes fortællinger var deres egen. De havde på denne måde mulighed for at starte deres fortælling, som de gerne ville, og som de følte sig trygge ved. Resten af interviewguiden var struktureret efter følgende temaer: Beskrivelse og oplevelse af sygdomsforløb; opvækst; mødet med behandlingssystemet; omgivelsernes reaktioner på deres psykiske problemer. Vi finder, at disse temaer danner ramme om mændenes fortællinger om at have psykiske problemer. Mange af vores interviewspørgsmål er præget af vores interesse for, om, og i så fald hvordan, køn får betydning i mændenes sygdomsfortællinger. Ved ikke at spørge direkte ind til køn i starten af interviewene gav vi på denne måde plads til, at mændene på naturlig vis kunne fremhæve kønsaspekter. Afslutningsvis havde vi i interviewguiden forberedt en række spørgsmål, som var mere eksplicite omkring køn, som i særdeleshed kredsede omkring ordet 'mand'. Et eksempel på sådan et spørgsmål er: *"Har du ændret din opfattelse af, hvad det vil sige at være mand efter dit sygdomsforløb?"*.

I interviewguiden til psykiaterne udarbejdede vi temaer, som havde til formål at belyse psykiaternes praksisser og almene forståelser af at være professionel i psykiatrien. Disse temaer var: Psykiaterens faglige baggrund; beskrivelse af praksisser; patienter; patientsamtalen. Da det er vores primære fokus at undersøge, om køn spiller en rolle i psykiatrien, og i så fald hvordan, indeholder interviewguiden flere eksplicite spørgsmål, når det kommer til køn. Et eksempel på vores spørgeteknik er: *"Ændrer du dit sprog og din professionelle tilgang til en patient alt afhængig af om samtalen er med en mand eller en kvinde?"*. Derudover kontekstualiserede vi temaet, køn, i interviewet ved at nævne aktuel forskning om mænds psykiske sundhed, herunder særligt det faktum at mænd anses som en særligt udsat og potentiel overset gruppe i psykiatrien (jf. 'Forskningsfeltet'). På denne måde er det tydeligt, at vi har udformet vores interviewguides til henholdsvis mændene og til psykiaterne på forskellige måder ift. vores tilgang til køn.

6.5. Interviewsituationen

Eftersom vi anskuer interviewet som særlig vigtigt grundet vores interaktionistiske tilgang, vil vi explicitere hvorledes interviewene blev udført samt vores efterrationaliseringer. Vi starter igen med mændenes interviews for derefter at gå til psykiaterne.

6.5.1 Mændene

Det var vigtigt for os at skabe en behagelig og rolig stemning ved mændenes interviews. Vi var opmærksomme på, at mændene skulle fortælle personlige beretninger, som kan formodes at være af en sårbar karakter. Af denne årsag lod vi det være op til mændene selv at beslutte, hvor interviewet skulle afholdes. Det endte med, at nogle af interviewene blev afholdt i mændenes hjem, mens andre foregik på deres arbejdsplads eller på sociale væresteder, hvor de er tilknyttet. Overordnet set fandt vi det vigtigt at etablere en god stemning, inden diktafonen blev tændt, hvor vi lærte hinanden lidt at kende. Dette kunne fx være ved at få en rundtur i deres hjem eller på deres arbejdsplads, eller ved at skabe uformel small-talk.

Alle interviewene varede ca. en time og begyndte med en briefing fra vores side. Briefingen havde til formål at orientere mændene om vores speciale, og hvilken rolle interviewene ville få ift. dette. Derudover pointerede vi, at interviewene blev anonymiserede, og at de havde ret til at afvise spørgsmål, som de ikke ønskede at svare på. Dette viste sig dog ikke at være tilfældet i nogle af interviewene, hvilket kan være et udtryk for, at mændene ikke følte, at vores spørgsmål eller spørgeteknik var for overvældende. Vi fandt den indledende åbne tilgang gavnlig, da mændene fik mulighed for at tale sig varme, samtidig med at de kunne konstruere deres egen fortælling fra start af. Inden interviewene havde vi dog forventet, at mændene ville fortælle længere passager, som kunne karakteriseres som egentlige livshistorier, hvilket ikke var tilfældet i praksis. Interviewene bar i stedet præg af kortere fortællinger inden for samme interview, hvor vi stillede spørgsmål i løbet af interviewet.

Som vi beskrev tidligere, har vi forud for interviewene haft forventninger til, at mændene på eget initiativ ville inddrage aspekter i deres fortællinger, hvor deres køn og maskulinitet har haft en betydning ift. deres psykiske problemer. Dette viste sig dog ikke at være tilfældet i de fleste interviews. Resultatet er blevet det, at interviewene også er kommet til at omhandle mange interessante – og uventede – temaer, som ikke omhandler køn. Eftersom kønnede betydninger ikke altid kom frem under interviewene på mændenes eget initiativ, fandt vi det nødvendigt at stille interviewspørgsmål som explicit omhandlede køn og maskulinitet. Besvarelserne og modtagelsen af disse spørgsmål har været forskellige. Nogle af mændene forsøger så godt de kan at medtænke kønsbetydninger ift. deres sygdomsforløb, mens andre ikke fandt deres køn som et relevant emne ift. deres sygdomshistorie. Vi ønsker at anvende dette fund som en analytisk pointe, hvorfor vi ikke vil gå nærmere ind i det her.

Efter interviewet lavede vi en debriefing, hvor vi bl.a. spurgte ind til hans oplevelse af interviewet, og årsagen til at han stillede op. Derudover blev alle mændene tilbudt mulighed for at læse specialet ved aflevering. Vi fandt, at denne debriefing var en vigtig del af interviewet for at sikre, at interviewpersonen stadig følte sig godt tilpas med deres udtalelser efter interviewets afslutning.

6.5.2. Psykiaterne

Interviewene med psykiaterne har på mange måder foregået på samme måde som interviewene med mændene. Vi kan dog spore visse forskelligheder, som vi det følgende vil pointere. Interviewene varede fra 45-60 min. og blev afholdt på deres respektive arbejdspladser. Ligesom hos mændene startede interviewene med psykiaterne med en briefing, hvor vi fortalte om interviewenes formål og specialets problemstilling. Ved interviewets start spurgte vi først og fremmest ind til psykiaterens faglige baggrund og øvrig karriere. Dette skabte en god mulighed for psykiaterne at tale sig varme samtidig med, at vi fik viden om deres faglige profil. Interviewene med psykiaterne og mændene adskilte sig i særlig grad ift. vores interviewspørgsmål omkring køn, da vi med psykiaterne var mere eksplicite i vores spørgeteknik omkring kønsbetydninger. Denne eksplicitthed kommer til udtryk ved, at vi tidligt i interviewet eksempelvis spørger psykiaterne, om de medtænker kønnets betydning i deres diagnosticering og behandling af patienter. Vi havde på forhånd en formodning om, at man som fagperson aktivt tager stilling til, om ens professionelle praksis skal rumme og prioritere aspekter som køn – eller modsat om ens praksis er præget af kønsneutrale betragtninger. Dette er årsagen til, at vi valgte at være mere eksplicite i vores spørgeteknik omkring køn ved psykiaterne. I praksis medvirkede det til, at psykiaterne aktivt kunne tage stilling til deres holdning omkring køn i selve interviewsituationen, hvilket resulterede i nogle klare svar.

Som efterrationalisering har vi dog stillet spørgsmålstejn ved om denne interviewmetode har nogle negative konsekvenser ift. vores problemstilling. Disse konsekvenser vil blive belyst i kvalitetsvurderingen af specialet (jf. 'Kvalitetsvurdering').

6.6. Databehandling

I nedenstående afsnit vil vi eksplicitere, hvordan vi har behandlet vores empiri efter udførelse af interviewene.

6.6.1. Transskribering

Vi optog alle interviewene via diktafon og transskriberede dem efterfølgende. Der eksisterer forskellige måder at transskribere kvalitative interviews på, hvor detaljegraden kan variere. Fordi vi anlægger en

interaktionistisk, narrativ analytisk tilgang i specialet, har vi valgt at transskribere interviewene så ordret og detaljerede som muligt. Ydermere transskriberer vi ikke blot det, som interviewpersonerne siger, men vi inkluderer også beskrivelser af tænkepauser, stemmeføring og udbrud som latter og lignende. Den høje detaljegråd gør, at vi i bedre grad kan foretage en interaktionistisk analyse, som både trækker på interviewenes meningsindhold (interviewets hvad) samt meningsproduktion (interviewets hvordan) (Järvinen, 2005:39). Denne transskriberingsmetode medfører, at transskriptionerne vil være præget af ufuldendte sætninger og grammatiske fejl. Når interviewpersonerne er citeret direkte i specialet, har vi dog valgt at rette eventuelle gentagelser og grammatiske fejl for at undgå, at citatets mening går tabt. Transskriptionerne med mændene indgår som bilag 2, og psykiaterne som bilag 3. Ved brug af citater i analysen henvises dog til interviewpersonens navn.

6.6.2. Kodningsprocessen

Efter endt transskribering påbegyndte vi kodningsprocessen, som skulle muliggøre at skabe overblik over vores empiriske fund. Vores kodningsproces har haft karakter af en åben kodning, hvor koder ikke genereres ud fra allerede forudbestemte teori og begreber. Ved denne tilgang anlægges derimod en åben tilgang, hvor man lader "data tale" (Jakobsen & Harrits: 2010:178). Trods vores åbne tilgang er kodningsprocessen stadig styret af vores problemformulering og vores interviewtemaer, som vi præsenterede ovenfor (jf. 'Interviewguides').

Kodningsprocessen er foregået over tre faser: en notefase, en kodefase og en kategoriseringsfase. Første fase foregik ved, at vi kodede transskriptionerne tæt for at finde interessante og fremtrædende temaer, pointer og paradokser i interviewpersonernes fortællinger, som vi noterede undervejs. Efter den indledende kodning gik vi, i anden fase, mere systematisk til værks, da vi forsøgte at kondensere vores noter til egentlige koder, hvor citater inden for hver kode blev angivet med en særlig farve. Vi endte med at have 12 koder i mændenes interviews og 6 koder i psykiaternes interviews. På baggrund af kodefasen kunne vi nu omdanne koderne til henholdsvis 4 og 2 kategorier. Kategorierne er mere abstrakt formuleret, og disse indeholder hver især forskellige koder, som er med til at meningsudfylde kategorier. Det skal nævnes, at vi ikke har anvendt alle koderne i analyserne, men kodelisten har været en vigtig del af vores udvælgelsesproces. Vi anvender de endelige kategorier i de tre analysekapitler, men de skal ikke ses som udtryk for den struktur, som danner rammen for analysen. Nedenfor ses vores kodelister samt vores afsluttende kategorier.

6.6.3. Kodelister

Interview med mændene:

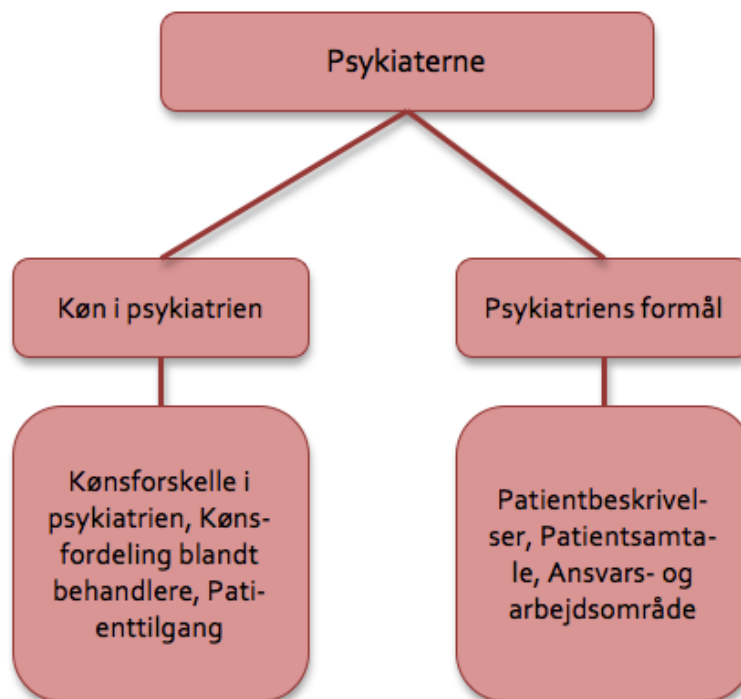
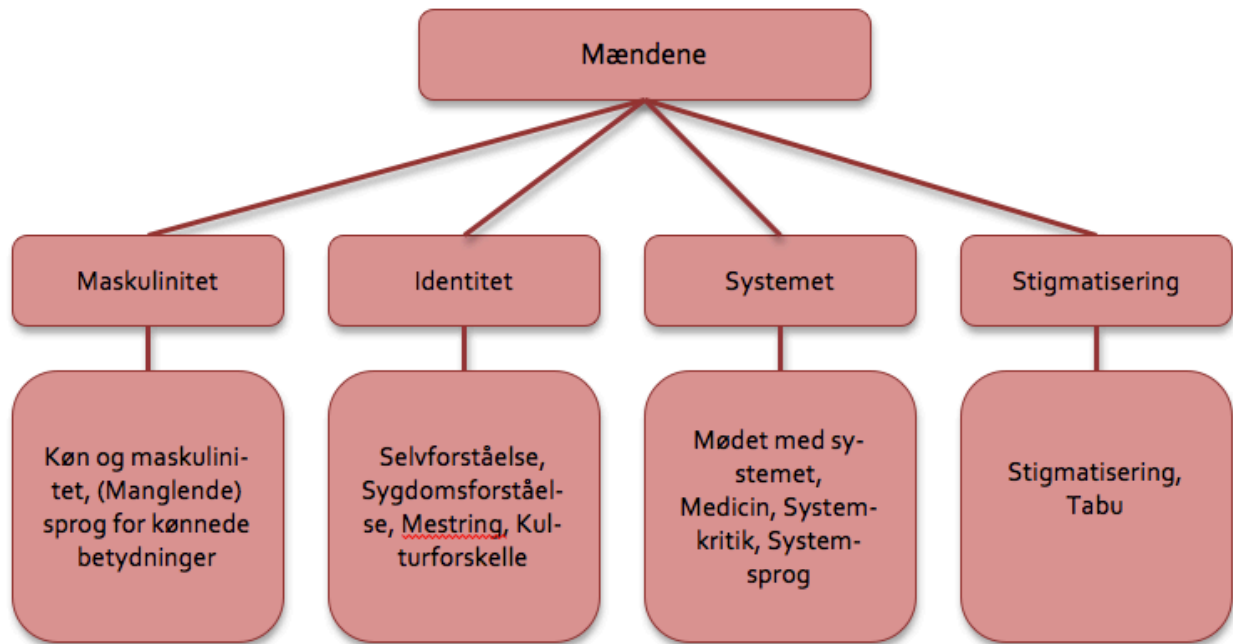
Koder	Kodebeskrivelse
Stigma	Omgivelsernes fordomme ifm. psykiske sygdomme, hemmeligholdelse af psykiske problemer, frygt for marginalisering
Tabu	Mændenes og omgivelsernes skyld og skam ifm. psykiske problemer, fordomme, hemmeligholdelse af psykiske problemer, tavshed om psykisk sygdom
Mødet med systemet	Beskrivelser af behandling, indlæggelser, professionelle
Medicin	Påbegyndelse og afslutning af medicinering, følelser omkring at blive medicineret
Systemkritik	Negative udtalelser om indlæggelse, møde med behandlere og medicinering
Systemsprog	Indlejring af et psykiatriske formuleringer i mændenes fortællinger
Selvforståelse	Mændenes forståelser af dem selv, følelse af at være normal/unormal, selvkategorisering
Sygdomsforståelse	Opfattelse af sygdom, diagnose og symptomer, selvkategorisering, sygdommens omfang ift. identitet
Mestring	Strategier og fremgangsmåder for at håndtere tilværelse med psykiske problemer
Kulturforskelle	Forskelle mellem den etnisk danske og den mellemøstlige, muslimske kultur og dertilhørende problematikker
Køn og maskulinitet	Opfattelse af maskulinitet, betydning af eget køn, betydning af behandleres køn, kønsperspektiv i psykiatrien
(Manglende) sprog for kønnede betydninger	Eksplicite italesættelser af kønnede betydninger, manglende eller vanskeligheder ved refleksion over kønnede betydninger

Interview med psykiaterne:

Koder	Kodebeskrivelse
Patientbeskrivelser	Beskrivelser af typiske patienter, typiske behandlingsforløb for både mænd og kvinder
Kønsforskelle i psykiske sygdomme	Forskelle på mænd og kvinder med psykiske problemer og psykiske lidelser, forskelle i sygdomsadfærd
Patienttilgang	Psykiaterens sprog, adfærd, tilgange ift. patientens køn
Kønsfordeling blandt behandlere	Fordeling af mænd og kvinder i psykiatrien og konsekvenser deraf
Patientsamtale	Emner, tilgang, vægtning af patientsamtalen
Ansvars- og arbejdsområde	Psykiatriens arbejdsområder og opgaver, psykiatriens ansvarsområder

6.6.4. Kategorier

Nedenstående tabeller viser en grafisk oversigt over processen fra koder til kategorier. Tabellerne er opdelt i hhv. mændenes interviews og psykiaternes interviews.



6.7. Analysestrategi

Følgende afsnit har til formål at præsentere den overordnede strategi for, hvordan specialets problemformulering vil blive besvaret. Formålet med analysestrategien er at eksplicite, hvordan vores metodiske og teoretiske valg medvirker til, at vi anskuer vores genstandsfelt på en bestemt måde. Betegnelsen, analysestrategi, betragtes imidlertid forskelligt afhængig af, hvilken videnskabsteoretisk position, der indtages. Idet vi anlægger et interaktionistisk-konstruktivistisk perspektiv i specialet, vil vi eksplicite, hvilke konsekvenser dette har for vores analytiske blik. Det betyder, at vi fokuserer på narrative karakteristika, skabelsen af mændenes sociale identiteter og deres strategier i konstruktionen af disse. Ved disse analyser vil vi forsøge at bringe os selv i spil som interviewere og pointere, hvordan vi også med til at skabe mening i forhold til genstandsfeltet. Analysen vil således ikke blot fokusere på interviewfortællingernes indhold, men også på fortællingernes form, funktioner og kontekst. Derudover betyder samspillet med en diskursteoretisk tilgang til genstandsfeltet, at vi anskuer mændenes og psykiaternes interviews som diskursive konstruktioner af bl.a. maskuliniteter og psykiatrisk praksis. Vi anskuer psykiatrien som en af de kontekster, som mændene færdes i, og som deres fortællinger således skal ses i lyset af. Dette er grunden til, at vi undersøger psykiaternes diskursive fremstillinger i interviewene.

Som vi tidligere har nævnt, vil mændene indtage en større analytisk rolle i vores speciale ift. psykiaterne. Specialets to første analysekapitler vil således tage udgangspunkt i interviewene med mændene, mens psykiaternes fortællinger vil optræde i det tredje analysekapitel.

Specialets første analysekapitel dækker første led af arbejdsspørgsmål 1, da vi her vil undersøge hvad og hvordan mændene fortæller om deres psykiske problemer. Vi indleder med at belyse, hvordan mændene fortæller om deres håndtering af rollespil i sociale møder med omgivelserne. Rollespillet består bl.a. i, at mændene er selektive med, hvem de ønsker at fortælle om deres psykiske problemer til. Herefter undersøges det, hvordan mændene taler om omgivelsernes reaktioner på deres psykiske lidelser. Vi undersøger derefter, hvilke konsekvenser dette har for mændene. Endvidere undersøger vi, hvordan mændene i interviewsituationen konstruerer deres sociale identitet, over for os som interviewere, ved hjælp af bl.a. 'ansigtsarbejde'. Vi trækker i dette kapitel på analyseværktøjer fra flere af Goffmans værker henholdsvis hans teorier om samhandlingsordenen og stigma.

Andet analysekapitel dækker andet led i arbejdsspørgsmål 1. Her undersøger vi, hvordan mændene konstruerer deres opfattelser af maskulinitet. Mere præcist belyser vi, hvordan mændene, gennem deres fortællinger, beskriver maskulinitet, og herigennem kommer flere forskellige typer af maskulinitet til syne. I denne analyse anvender vi Connells begrebsapparat, som beror på et konstruktivistisk perspektiv, men vi ser også på, hvordan mændenes fortællinger kan indsættes i en interaktionistisk ramme.

I det tredje og sidste analysekapitel vil vi vende blikket mod psykiaternes diskursive fremstillinger for at identificere eksisterende og potentielt hegemoniske diskurser om psykiatriens praksis og ansvarsområder. Dette kapitel bliver dermed besvarelsen af arbejdsspørgsmål 2. Identificeringen af eksisterende psykiatriske diskurser sker på baggrund af Laclau og Mouffes diskursteori, hvor vi anvender forskellige begreber til at belyse de mest fremherskende diskursive fremstillinger blandt psykiaterne.

I diskussionsafsnittet samler vi op på vores hidtidige hovedpointer fra analysekapitlerne. I dette afsnit besvarer vi arbejdsspørgsmål 3, da vi undersøger, hvilken rolle køn (og i særdeleshed maskulinitet) har, når det kommer til gruppen af mænd med psykiske problemer. Vi stiller os selv spørgsmålet om, hvorvidt køn nødvendigvis har, eller skal have, en vigtig betydning for mennesker med psykiske problemer og psykiatrisk praksis. For har mændenes køn noget at gøre med deres rolleskift, frygt for stigmatisering eller deres identitetsfølelse? Og bør psykiatrisk praksis indebære et fokus på køn? Dette er aspekter, som vi berører i diskussionen.

6.8. Kvalitetsvurdering

I det følgende afsnit vil vi gennemgå forskellige refleksioner over den samlede sikring af analysens datamateriale, gyldighed og pålidelighed.

6.8.1. Reliabilitet, validitet og generaliserbarhed

For at sikre højest mulig pålidelighed har vi har forsøgt at skabe transparens i vores metodiske proces. Dette har vi bl.a. gjort ved at beskrive og forklare, hvordan vi har udvalgt vores interviewpersoner, hvilke overvejelser vi har gjort os i forbindelse med udvælgelsen, hvordan vi har taget kontakt til vores interviewpersoner, hvordan interviewguiden er udformet, samt hvordan behandlingen af datamaterialet er foregået. Vi har ligeledes transskriberet vores interviews, ligesom vi i vores analyser anvender mange citater og henvisninger. Det har samlet set gjort, at vi har styrket specialets reliabilitet (Andersen, 2010:101ff).

Validitet i kvalitative studier henviser til gyldigheden af resultaterne, dvs. hvorvidt man på dækkende vis spejler den egentlige betydning af det undersøgte genstandsfelt og undersøger hensigten med studiet (Kvale & Brinkmann, 2009:272). Der er her en række forhold gældende interviewpersonerne, som vi må belyse ift. specialets validitet.

Vi ønsker at undersøge, hvad det betyder for en mand at opleve psykiske problemer, men vi havde ved empiriindsamlingen ikke nogle specifikke krav til, hvilke diagnoser eller hvilke psykiske problemer disse mænd skulle have. De mænd, som indgår i specialet har derfor forskellige diagnoser. Vi afdækker mænds fortællinger om psykiske problemer, hvilket var hensigten, men i og med de har forskellige diagnoser, kan det være vanskeligt at konkludere nogle samlede tendenser, da de ikke har samme oplevelser med det psykiatriske system. Mændene med diagnosen paranoid skizofreni og skizoid personlighedsforstyrrelse har fx været indlagt, hvilket de andre ikke har. Selvom mændene har forskellige diagnoser og erfaringer med det psykiatriske system, mener vi, at deres fortællinger er med til at illustrere nogle fællestræk omkring at være mand og opleve psykiske problemer. Vi ser, at det ikke kun er sygdommen eller diagnosen, der skaber disse fællestræk for mændene, og vi finder, at de lighedspunkter, som vi kan udlede på baggrund af deres historier, giver et godt indtryk af de mangfoldige problematikker, som mænd kan opleve, når de lever med psykiske problemer. Dette ser vi som en styrkelse af specialets validitet.

Det har ligeledes været vores hensigt at undersøge, hvorvidt køn og kønsforskelle spiller en rolle i behandling i psykiatrien. De fire psykiatere, der optræder i specialet har dog alle forskellige baggrunde. Lene Wadland adskiller sig mest, da hun er ansat i den offentlige sundhedssektor, modsat de andre, som er privatpraktiserende psykiatere. Vi ser dog ikke dette som problematisk, da to af mændene har været i

berøring med børne- og ungdomspsykiatrien, og derfor også fortæller om deres erfaringer derfra. Derudover har både Flemming Tived og Ejnar B. Larsen specialiseret sig indenfor ADHD, hvorfor deres fortællinger afspejler dette fokus. Psykiaternes forskellige baggrunde og professionelle fokus gør det mindre sammenligneligt, men det viser derimod flere aspekter af psykiatrisk praksis. Da mændene både har været i kontakt med hospitals- og privatpsykiatri, ser vi deres forskellige baggrunde som en styrkelse af relationen mellem mændenes og psykiaternes udtalelser.

Vi har tidligere belyst, at vi har haft forskellige spørgeteknikker, når det kommer til spørgsmål om kønsbetydninger i interviewene med henholdsvis mændene og psykiaterne (jf. 'Interviewsituationen'). Det er vores hensigt at undersøge, hvilken betydning mændenes køn har for både mændene selv og for psykiatrisk behandling, hvorfor en ens tilgang til kønnede spørgsmål havde sikret højere validitet. Vi har spurgt mere direkte ind til køn i interviewene med psykiaterne, da vi forud for interviewene har trukket på litteratur, der peger på, at der, i fx psykiatrien, er en professionel praksis om ikke at fokusere på køn. Dette styrkede vores formodning om, at vi kunne spørge psykiaterne mere direkte til køn, da vi ville undersøge, hvilke professionelle logikker, der var styrende for denne tankegang. Det er dog nødvendigt for vores undersøgelses validitet, at vi forholder os til dette faktum, da det giver empirien forskellig status ift. kønsspørgsmål. Interviewene med mændene bærer præg af, at vi var mere implicitte omkring vores kønsfokus i starten af interviewet, og først imod slutningen spurgte mere eksplicit ind til køn. Da kønsspørgsmål ikke var styrende for hele interviewet med mændene, dukkede andre interessante aspekter frem i deres fortællinger. Vores måde at reflektere over køn er altså forskellig i forhold til de to grupper, og ved at vi spørger mere eksplicit ind til køn ved psykiaterne gennem hele interviewet, mindskes muligheden for at undersøge om forskellige køns kategorier ubevidst er styrende for den måde, psykiaterne tænker på. Det er ligeledes sværere for os at undersøge, om der er nogle skjulte aspekter omkring køn i psykiaternes fortællinger, fordi de svarer direkte på vores spørgsmål, frem for at det kunne være aspekter, vi analytisk kunne trække på. Derudover har vores mere direkte kønsfokus gjort, at andre aspekter ved psykiatrisk praksis ikke træder frem på samme måde, som det gjorde ved mændenes interviews.

Det skal også nævnes, at vi på forhånd vidste, at Birgit Petersson var kritisk ift. kønsneutralitet i psykiatrien, og vi havde derfor en formodning om, at hun havde holdninger om kønsbetydninger i psykiatrisk praksis. Dette afspejles naturligvis i hendes udtalelser.

Det må siges at være en samfundsvidenskabelig disciplin at kunne generalisere resultater til en bredere kontekst, altså at sikre undersøgelsens generaliserbarhed (Andersen, 2010:105). Dette forhold bliver dog problematiseret, når man, som vi, har et interaktionistisk blik, hvorfor vi kun kan udlede resultater ud fra den kontekst, vi befinder os i. Den interaktionistiske tilgang gør, at vi ikke har mulighed for at se bag om vores interviewpersoners udtalelser, men vi kan lede efter generelle mønstre i den måde, fortællingerne

bliver fremstillet på. Det samme princip gør sig gældende inden for den diskursteoretiske tænkning. Diskurser anses ikke som noget universelt, fordi vi aldrig kan opnå adgang til én sandhed (Hansen, 2009:390f). Vi kan altså ikke skabe generaliserende og universel sandhed gennem specialet, men vi kan skabe nogle øjebliksbilleder af den sociale virkelighed, som italesættes i diskurserne. Vi kan fx ikke udlede eller konkludere generelle tendenser om kønsneutralitet blot ud fra fire psykiateres fortællinger, men vi kan belyse, om de har blik for køn i deres praksisser i den givne sociale kontekst.

6.8.2. Kritiske efterrationaliseringer

Det var ved specialets begyndelse vores hensigt at interviewe et bredt udsnit af professionelle, for at skabe et helhedsbillede af det system, som mænd med psykiske problemer befærder sig i. Det kan fx være psykologer, socialrådgivere eller privatpraktiserende læger. På den måde havde vi haft mulighed for at få indsigt i andre professioners håndtering og syn på køn. Vi fandt dog ikke dette muligt, både på grund manglende ressourcer til at indsamle så meget empiri, men også på grund af vanskeligheder ved kontakt til professionelle. Vi har tidligere nævnt, at vi også havde problemer med at få kontakt til mænd, der ville deltage. Skulle vi påbegynde samme speciale i dag, havde vi grebet empiriindsamlingen anderledes an. For at højne den samlede kvalitet havde vi koncentreret os om én forening eller et værested, hvor vi kunne interviewe både brugere og professionelle, der havde en reel relation til hinanden. Ved at interviewe mænd og professionelle fra samme forening, havde vi dermed i højere grad kunne relatere deres udtalelser og fortællinger til hinanden. Vi mener dog alligevel, at vores analyse er relevant og brugbar, da mændene på forskellig vis har været i berøring med det felt, som psykiaterne udtaler sig om.

Del 3



Teoretisk ramme

7. Sociale møder - Goffmans teorier om roller og stigma

Vi vil i nærværende speciale inddrage flere forskellige teorier af den canadisk-amerikanske sociolog Erving Goffman. Goffman har i sit forfatterskab beskæftiget sig med mikrosociologien, hvor det sociale møde mellem mennesker og ansigt-til-ansigt-relationer har fungeret som omdrejningspunktet for hans forskning. Selvom Goffman undlod at placere sig selv i et bestemt videnskabsteoretisk paradigme, vurderes det af mange, at han var med til at repræsentere en interaktionistisk strømning i sociologien (Kristiansen, 2014:200f). Det interaktionistiske præg kan først og fremmest ses i den måde, hvorpå han har mellemmenneskelig interaktion og samhandling som underliggende tema i sine værker. I nedenstående afsnit vil vi præsentere de dele af Goffmans begrebsapparat, som vi anvender i specialets analyse samt hvorledes, vi gør brug af netop disse analyseredskaber.

7.1. Ansigtsarbejde og rollespil

Vi finder Goffmans begreber om social samhandling anvendelige, fordi vi ønsker at undersøge, hvordan mændene, gennem deres fortællinger, præsenterer sig selv både i interviewsituationen og i sociale møder med andre ved brug af forskellige samhandlingsritualer.

En stor del af Goffmans forfatterskab er karakteriseret ved brugen af dramaturgisk inspirerede teatermetaforer, hvilket særligt kommer til udtryk i et af hans mest kendte værker, *The Presentation of Self in Everyday Life* (på dansk *Hverdagslivets rollespil*), som udkom første gang i 1958. I bogen anvender Goffman begreber, som oprindeligt stammer fra teaterverdenen, til at beskrive det 'sociale møde' eller social samhandling mellem mennesker. Goffman fokuserer overordnet på, hvordan et menneske "*præsenterer sig selv og sine handlinger over for andre i almindelige arbejdssituationer, hvordan han kontrollerer og styrer det indtryk, de danner sig af ham, og hvilke ting, han gør eller ikke gør som led i sin optræden over for dem*" (Goffman, 2014:51). Mennesker forsøger således at opretholde et bestemt billede af sig selv over for andre. Dette sker gennem den handling, som Goffman betegner som 'indtryksstyring', der refererer til den måde, hvorpå individet (eller den optrædende) forsøger at kontrollere de indtryk, som andre modtager af vedkommende. Denne kontrol kan både ske gennem individets tale, kropssprog og påklædning (Jacobsen & Kristiansen, 2014:20f).

Et andet centralt begreb i denne forbindelse er 'ansigtsarbejde'. I sit essay, *Om ansigtsarbejde – en analyse af samhandlingens rituelle elementer*, beskriver Goffman, hvordan mennesker i social interaktion praktiserer ansigtsarbejde for at beskytte hinanden og den sociale virkelighed, man er en del af. Ved 'ansigt' menes den opfattelse eller det selvbillede, som personen gerne vil vise til andre og bedømmes

ud fra (Goffman, 2004:39f). Valget af ansigt afhænger af den sociale situations 'linje', som kan defineres som et mønster af verbale og non-verbale handlinger, der udtrykker personens opfattelse af situationen, de andre deltagere og ikke mindst sig selv (ibid.:39). I nogle tilfælde er det dog ikke muligt for den optrædende at opretholde sit ansigt:

“Når en person besidder et ansigt (eller han i hvert fald er overbevist om at han gør), føler han sikkerhed og lettelse. Hvis han besidder et forkert eller er uden ansigt, føler han skam eller underlegenhed og er nervøs for sit omdømme som deltager. I disse tilfælde føler han ikke, at han bliver anerkendt i mødet og således bliver hans eget selvbillede, som han ellers kunne have knyttet sig til, ikke støttet. Reaktionen kan være at blive usikker, bryde sammen og helt trække sig fra at deltage i samhandlingen. Dermed bringes uorden i situationens udtryksstruktur” (ibid.:42).

Når en person ikke kan opretholde sit ansigt i en social situation og således “kommer til kort”, kaldes det for 'tab af ansigt'. Flere af mændene fortæller om oplevelser, hvor de på tidspunkter i deres sociale møder med andre ikke kan formå at opretholde deres ansigt og således skjule, at de har psykiske problemer. Vi vil anvende begreber, som er tilknyttet ansigtsarbejde, for at skildre, hvordan mændene interagerer med andre mennesker i deres forsøg på at undgå at tabe ansigt.

Blandt mændene ses det endvidere, at de påtager sig forskellige roller afhængig af den sociale interaktion, de færdes i. Ifølge Goffman udøver alle mennesker en form for 'rolleadskillelse', hvilket vil sige udøvelse af flere forskellige roller alt efter hvilken social kontekst, man befinder sig i. Individet skal således være bevidst om, hvilken rolle og hvilket ansigt, der skal tages i anvendelse i de pågældende sociale møder (ibid.:199f). Ifølge Goffman kan individet forholde sig til sin rolle på forskellige måder. Individet kan fx omfavne sin rolle, hvilket vil sige, at individet accepterer sin rolle og forsvinder ind i den for at blive opfattet af andre gennem dette billede (ibid.:207). Modsat kan individet udøve rolledistance, hvilket vil sige at individet tilkendegiver, at der eksisterer en markant adskillelse mellem ham/hende og rollen i en bestemt social situation. Individet kan distancere sig fra rollen ved at give udtryk for modstand eller utilfredshed (ibid. 208). Under interviewene ser vi, at nogle af mændene – enten bevidst eller ubevidst – forsøger at distancere sig fra rollen som en mand med psykiske problemer.

7.2. Stigmatisering

I specialets analyse ønsker vi at gøre brug af Goffmans stigmabegreb til at belyse, hvordan mændene fortæller om frygten for at blive stemplet som sociale afvigere. I sit værk, *Stigma – om afvigerens sociale*

identitet belyser Goffman den sociale konstruktion af "det normale"⁹ og "det afvigende" og ser nærmere på den interaktion, der foregår mellem normalitet og afvigelse (Goffman, 2010).

I daglig social interaktion kan mennesker uden stort besvær interagere med hinanden, fordi vi kan forudse, hvilken kategori andre tilhører, og dermed hvilken social identitet, det pågældende individ har. Vi støtter os op af førstehåndsindtryk om den person, som vi bygger forventninger op omkring. I Goffmans optik, er det først, når disse antagelser bliver brudt, at vi bliver klar over, at vi har skabt dem i det hele taget. De egenskaber, som vi forventer og pålægger en bestemt social kategori, kalder Goffman 'den tilsyneladende sociale identitet', mens de egenskaber, som personen reelt besidder kaldes 'den faktiske sociale identitet' (Goffman, 2010:44). Goffmans begreber om sociale identiteter giver os mulighed for at belyse selve stigmatiseringen, da det er i uoverensstemmelsen mellem en persons faktiske og tilsyneladende sociale identitet, at stigma opstår. Stigmatisering indebærer, at et individ, på den ene eller anden måde, udelukkes fra fuld social accept og hans udfoldelsesmuligheder begrænses (ibid.:47). Mennesker med psykiske problemer kan blive påført et stigma på grund af det Goffman betegner som karaktermæssige fejl¹⁰. Disse fejl fortæller noget om et menneskes personlighed og særtræk.

Bliver et individs stigma tydeligt, vil interaktionen mellem den normale og den stigmatiserede, blive intens og usikker, fordi ingen parter vil føle tryghed, og den normale vil forsøge at undlade og kommentere eller bemærke stigmaet. Goffman betegner denne stigmabærer som 'miskrediteret', fordi stigmaet ikke kan skjules, og derfor bliver tydeligt for omverdenen. Da denne situation ofte vil opleves som ubehagelig for den stigmatiserede, vil denne forsøge at spændingskontrollere situationen i et forsøg på at gøre det mindre anspændt. Det er imidlertid Goffmans begreb 'potentielt miskrediteret', som bliver interessant i specialets analyser. Goffman bruger denne betegnelse om en person, som bærer et stigma, men som formår at holde dette skjult for omverdenen, enten fordi hans særpræg ikke er iøjefaldende eller på forhånd kendt af andre tilstedeværende (ibid.:83). Da mændenes stigma ikke er synligt, vil de i Goffmans optik blive betegnet som potentielt miskrediterede. I modsætning til den miskrediterede skal den potentielt miskrediterede ikke spændingshåndtere, men i stedet 'informationskontrollere' interaktionen mellem sig selv og den normale. Han skal med andre ord være opmærksom på den information, han afgiver om sit stigma i sociale sammenhænge. Goffman eksemplificerer denne informationskontrol med et eksempel om tidligere psykisk syge:

"For den tidligere psykisk syge kan problemet imidlertid være af en anden karakter. For ham bliver det ikke et spørgsmål om, hvordan han skal møde de fordomme, som andre kan nære

⁹ Betegnelsen 'normal' bliver i det følgende benyttet i tråd med Goffmans egen betegnelse om mennesker, der ikke er stigmatiseret.

¹⁰ Goffman opererer med tre forskellige former for stigma. I nærværende speciale vil vi ikke gå i dybden med de forskellige former for stigma, men bruge pointerne fra Stigma i vores analyser om mændenes fortællinger.

imod ham, men snarere om, hvordan han skal forholde sig i de tilfælde, hvor han uafvidende accepteres af mennesker, som rent faktisk nærer fordomme imod den kategori af mennesker, som han kan vise sig at tilhøre. (...) Den tidligere psykisk syge vil således bevidst eller ubevidst tilbageholde information om sin virkelige sociale identitet, samtidig med at han modtager og accepterer behandling, som er baseret på fejlagtige formodninger om hans sociale identitet." (Goffman, 2010:84).

Det ovenfor beskrevne problem betegner Goffman at 'passere'. Det drejer sig nemlig om den form for informationskontrol, som den potentielt miskrediteret person – fx mennesker med psykiske problemer – vil udøve i sociale sammenhænge, hvor han interagerer med den normale. Det bliver altså et spørgsmål om, hvor meget eller hvor lidt han ønsker, at andre skal vide om hans stigma. Det er dog i Goffmans optik ikke muligt fuldstændig at skjule et stigma, da et individs nære relationer på et givent tidspunkt vil tvinge de usynlige fejl frem. For mændene i dette speciale gælder det fx, at de ikke kan skjule deres psykiske problemer for deres nære familie eller deres læger, men de kan vælge at skjule eller tilbageholde information over for deres studiekammerater eller venner. Mændenes fortællinger indikerer, at de således ofte befinder sig i situationer, hvor de står mellem yderpunkterne, der ligger mellem fuldkommen hemmeligholdelse og fuldkommen åbenhed om deres stigma (ibid.:114f). Der vil altid være fare for, at den person som forsøger at passere vil blive afsløret af personer, som kender til hans stigma, eller hvis han bliver tvunget ud i en situation, hvor hans stigma ikke kan skjules. Bliver en person afsløret i denne informationskontrol, vil det i høj grad påvirke hans sociale identitet, da han dermed ikke længere vil kunne skjule sit stigma, hvorfor stigmatisering vil finde sted (ibid.:116). Når stigmatiseringsprocesser finder sted og et menneske, som tidligere skrevet, udelukkes fra fuld social accept vil det ofte føre til isolation og manglende social stimuli, hvilket kan have en række negative konsekvenser (ibid.:54).

Vi finder det relevant at benytte Goffmans stigmatteori, da mændenes fortællinger på forskellig vis rummer aspekter af enten oplevet stigmatisering eller begrænsninger på grund af frygten for stigmatisering. Vi kan derfor bruge Goffmans begrebsapparat til at se nærmere på om mennesker, der har oplevet stigmatisering, føler sig ekskluderet fra samfundet, og hvorvidt dette skaber en form for identitetsforvirring, når de skal søge at indfinde sig i samfundets normalisering igen.

8. Maskuliniteter - Connells teori om maskulinitetskategorier

Til at analysere mændenes konstruktioner af maskuliniteter hentes inspiration fra den australske sociolog og mandeforsker Raewyn Connell (førhen kendt som Robert William Connell). Ifølge Connell eksisterer flere forskellige maskuliniteter i den sociale verden. 'Maskuliniteter' defineres som et relationelt begreb, idet forskellige former for maskuliniteter er organiseret i et mønster af kønnede relationer, hvorigennem krop, personlighed og kultur er indfanget i bestemte sociale kontekster (Connell, 2005:71). Blandt disse forskellige former for maskuliniteter eksisterer en hierarkisk orden, hvor visse former for maskulinitet er dominerende, mens andre er underordnede og marginaliserede (ibid.:76ff). I nærværende speciale har vi valgt at anvende Connells teori om maskuliniteter, idet vi i mændenes fortællinger identificerer forskellige diskursive konstruktioner af maskulinitet.

I Connells teori findes det centrale begreb, 'hegemonisk maskulinitet', hvilket har været det mest citerede og diskuterende begreb inden for maskulinitetsforskningen (Reinicke, 2011:207). Hegemonisk maskulinitet refererer til den maskulinitetsform som besidder den hegemoniske position i et kulturelt og socialt bestemt mønster af kønnede relationer (Connell, 2005:76). Connell beskriver begrebet således:

"Hegemonic masculinity can be defined as the configuration of gender practice which embodies the currently accepted answer to the problem of the legitimacy of patriarchy, which guarantees (or is taken to guarantee) the dominant position of men and the subordination of women" (ibid.:77).

Connell henter inspiration fra den italienske marxist, Gramscis, begreb om klassehegemoni som dækker over de herskende samfundsklassers dominans over andre underordnede samfundsgrupper. Connell hævder, at hegemoni ofte skabes i sammenhæng med institutionel magt i eksempelvis forretningsverdenen, militæret og i det politiske felt. I den forbindelse understreger hun dog, at den hegemoniske maskulinitets overherredømme ikke er ensbetydende med, at et flertal af mænd vedkender sig netop denne form for maskulinitet, men at det blot anses som den mest accepterede og eftertragtede maskulinitet i den pågældende sociale kontekst. Endvidere nævnes det i hendes værk, *Masculinities*, at hegemonisk maskulinitet kan defineres som en position, der har som mål at legitimere det patriarkalsk orienterede samfund og således sikre mænds dominerende position og underordningen af kvinder (ibid.). Hun fremhæver relationen mellem forskellige former for maskuliniteter, og teorien indeholder således et magtperspektiv, hvor der fokuseres på alliancer, dominans og underordning mellem forskellige maskulini-

teter (ibid.:37). Med andre ord vil det sige, at der, ifølge Connell, er nogle mænd, som besidder mere magt over andre mænd. Den hegemoniske maskulinitet er ikke en fastlåst og uforanderlig kategori, men er derimod i konstant forandring. Det skal dog nævnes, at det hegemoniske aspekt trods alt forudsætter en vis grad af institutionel indlejring i samfundet, som derfor kan være svært at ændre (Connell, 2005:65).

Udover den mest magtfulde, hegemoniske maskulinitet opererer Connell med tre andre former for maskuliniteter: medskyldighed, underordning og marginalisering. 'Medskyldige maskuliniteter' betegnes som den kategori af mænd, der ikke i praksis lever op til de normative standarder, den hegemoniske maskulinitet indeholder, men som passivt støtter op om dette maskulinitetsideal. Selvom de fleste mænd næppe i deres hverdag lever op til det herskende maskulinitetsideal, kan det være en fordel at vedkende sig disse normative standarder som mand:

"Yet the majority of men gain from its hegemony, since they benefit from the patriarchal dividend, the advantage men in general gain from the overall subordination of women" (ibid.:79).

Ifølge Connell profiterer mænd, som tilhører denne kategori af medskyldige maskuliniteter, af den hegemoniske kønsmagtordning for at drage fordel af de privilegier, som de herskende maskuliniteter besidder. Et eksempel på medskyldige maskuliniteter kan være mænd, som tilslutter sig herskende traditionelle maskulinitetsidealer, men som samtidig agerer som kærlige fædre, som respekterer deres koner og mødre (ibid.:80). 'Underordnede maskuliniteter' skal ses som det direkte modstykke til de hegemoniske og medskyldige maskuliniteter. Ifølge Connell domineres mænd i denne maskulinitetskategori af den hegemoniske maskulinitet og eksemplificeres ved den juridiske, økonomiske og sociale diskrimination af homoseksuelle mænd, som således positioneres i bunden af kønshierarkiet blandt mænd (ibid.:78). Til sidst skal nævnes den fjerde kategori, 'marginaliserede maskuliniteter', som er underlagt andre mænd på grund af klasse og race (ibid.: 80).

I specialet undersøger vi hvorledes mændenes italesættelser af deres psykiske problemer kan sættes i en kønsteoretisk ramme. Mere præcist vil vi analysere, hvordan mændene selv positionerer sig i mønstret af kønnede relationer, og til dette ønsker vi at anvende Connells forskellige maskulinitetskategorier. Som vi vil beskrive mere indgående i specialets analyse, vil vi vove den påstand, at mænd med psykiske problemer – i Connells optik – ikke umiddelbart indskrives i en hegemonisk maskulinitetskategori. Dette argumenterer vi på baggrund af Connells teoretisering af hegemonisk maskulinitet, idet dette kønsideal er tæt knyttet til patriarkatet og legitimeringen af dette. På baggrund af dette finder vi det interessant at undersøge, hvorledes mændenes konstruktioner af maskulinitet, der ikke umiddelbart passer ind i et sådan maskulinitetsideal, kan analyseres.

Trods mandeforskningens generelle begejstring for at anvende Connells teoriapparat er den også blevet kritiseret. Den hyppigste kritik er gået på, at Connells maskulinitetskategorier er for karikerede og rigide (Connell & Messerschmidt, 2005:836). Sammen med Messerschmidt bløder Connell teorien en smule op ved at påpege, at maskulinitet ikke er en iboende og fast essens i individet, men at maskulinitet konstrueres gennem sociale aktiviteter. På denne måde pointerer Connell og Messerschmidt, at et individ ikke besidder blot én af de fire maskulinitetskategorier, men at maskulinitet derimod kan variere afhængig af kontekst og social sammenhæng. På baggrund af denne konstruktivistiske påpegning, må vi ligeledes anerkende, at mændene i specialet kan indtage forskellige – og måske modstridende maskulinitetsformer – i deres sociale liv.

9. Diskursernes påvirkning - Laclau og Mouffes diskursteori

I specialets analyse ønsker vi at gøre brug af et diskursteoretisk begrebsapparat for at identificere eksisterende diskurser, der kommer til udtryk både i mændene og psykiaternes fortællinger. Til dette formål ønsker vi at anvende de to diskursteoretikere, Ernesto Laclau og Chantal Mouffes diskursteori, som vi vil præsentere nedenfor. Eftersom vi ikke ønsker at lave en detaljeret diskursanalyse af vores empiri, vil samtlige diskursbegreber ikke blive redegjort for. I stedet præsenterer vi blot overordnede centrale tanker og de analyseredskaber, som vi gør brug af i analysen.

Laclau og Mouffes diskursteori er inspireret af den poststrukturalistiske tradition, og kort fortalt anser denne form for diskursteori sproget og diskurser som konstruerende for den sociale verden og de betydningsdannelsesprocesser, som skabes. I diskursteorien anskues sociale fænomener således som et resultat af diskursive konstruktionsprocesser, hvor vi, gennem sproget, tillægger den sociale verden en bestemt betydning. Med dette mener Laclau og Mouffe, at virkeligheden først bliver bevidst for os, når vi tillægger den en betydning inden for et diskursivt system. I denne teoretiske tilgang skelnes således ikke mellem diskursive og ikke-diskursive sociale praksisser (Laclau & Mouffe, 1997:123). Et centralt aspekt i diskursteorien er præmissen om kontingens, hvilket refererer til, at enhver betydningsdannelse anskues som flydende og dermed aldrig kan fastlåses. Der vil således altid være mulighed for, at det diskursive landskab kan forandres. Vi vil nu vende os mod Laclau og Mouffes diskursbegreb, som de selv definerer således:

“Vi kalder enhver praksis artikulation, som etablerer en relation mellem elementer på en sådan måde, at deres identitet omdannes som resultat af den artikulatoriske praksis. Den strukturerede totalitet, der er resultatet af denne artikulatoriske praksis, kalder vi diskurs”
(Laclau & Mouffe, 1985:105).

En diskurs skal forstås som en fastlæggelse af nogle specifikke sproglige betydninger i et socialt felt, hvilket betyder at mening tilskrives sociale fænomener på bestemte måder. Dette sker gennem såkaldte artikulationer, som refererer til koblingen af begreber og sproglige tegn, som er med til at reproducere eller skabe ny betydning til sociale fænomener. Artikulationerne og deres sproglige betydninger i én diskurs vil altid adskille sig fra andre sproglige betydninger i en anden diskurs. Eksempelvis vil ordet 'behandling' i en psykiatrisk diskurs have en anden betydning end det eksempelvis ville have i en diskurs i et felt centreret omkring alternativ behandling. Diskursen udelukker således andre mulige

betydningstilskrivninger og fremstår som totalitær (ibid.:1985). I empirien ser vi flere diskurser komme til syne. Gennem mændenes fortællinger sker en betydningstilskrivning af en maskulinitetsdiskurs, hvor mændene meningsudfylder ordene 'mand' og 'maskulinitet' på forskellige måder. Blandt psykiaterne identificerer vi en sygdomsdiskurs samt en individorienteret diskurs som tilsammen meningsudfylder psykiaternes praksisser og ansvarsopgaver.

Inden for diskursteorien eksisterer en bestemt subjektforståelse, hvor individet anses som værende positioneret på bestemte måder af de diskurser, de omgives af. Til de diskursive positioneringer knytter sig særlige forventninger om, hvordan individet skal opføre sig (Laclau & Mouffe, 1985). Begrebet anvender vi ift. at belyse, at mændene positioneres af psykiatriske diskurser, som bl.a. medvirker til at mændenes identitetsfølelse er påvirket af psykiatriens praksisser og logikker. Ifølge diskursteorien kan en diskurs dog aldrig betragtes som en lukket enhed, da den konstant påvirkes af diskursive processer og andre diskurser (Laclau & Mouffe, 2002:21). Det er i disse tilfælde, at begrebet 'diskursiv kamp' bliver interessant at kigge på. Diskurser kæmper hele tiden om at fastlåse sproget for at definere den sociale virkelighed på netop én bestemt måde. Den diskursive kamp opstår, når forskellige antagonistiske – eller konfliktende – diskurser støder sammen og må kæmpe om herredømmet i et socialt felt. Når én diskurs undergraves af en anden diskurs, opstår der 'hegemoni', som er endnu et centralt begreb i Laclau og Mouffes diskursteori. Hegemoni refererer til den situation, hvor én diskurs dominerer som den altoverskyggende i et felt, hvor der før var en diskursiv kamp (Laclau & Mouffe, 1997). Blandt psykiaterne kan vi bl.a. se elementer af en diskursiv kamp, når det kommer til spørgsmålet om, hvorvidt patientens køn bør medtænkes i psykiatrisk praksis.

Selvom diskurser anskues som foranderlige og kontingente, virker nogle betydningsfikseringer så selvfølgelige og naturlige, at vi anskuer dem som objektive og ikke-foranderlige. Laclau og Mouffe introducerer i denne forbindelse begrebet 'objektivitet', som henviser til diskurser der fremstår fast aflejrede (Laclau, 1990:34). Denne betragtning fører os til selve diskursteoriens ærinde ifølge de to danske diskurseksperter, Jørgensen og Phillips, som siger, at *"analysens ærinde er derfor ikke at afdække den objektive virkelighed, altså fx at finde ud af hvilke grupper samfundet 'i virkeligheden' består af, men at undersøge, hvordan vi skaber virkeligheden, så den bliver en objektiv og selvfølgelig verden"* (Jørgensen & Phillips, 2013:44).

Diskursteorien tager således afsæt i en konstruktivistisk videnskabsteori, hvor sandheden og den virkelige verden ikke kan fastlægges som en objektiv sandhed, da sproget er et ustabil fænomen og hele tiden forandrer sig (ibid.:15). Diskursanalysen forsøger ikke at fastlægge eller afdække den objektive sandhed og virkelighed men undersøge, hvordan vi skaber virkeligheden gennem diskursive fremstillinger (ibid.:44). Den måde, som vi forstår og ser verden på, sker afhængigt af den kontekst, vi befinder os i.

Del 4

Analyse og diskussion

10. "Jeg vil ikke have, folk tror, jeg er sindssyg"

- Fortællinger om at føle sig udenfor

Vi vil indlede specialets analyse med at vende blikket mod mændenes fortællinger om deres møder med andre i sociale sammenhænge. Selvom mændene alle er meget forskellige, ser vi fællestræk i interviewmaterialet, når det kommer til deres ønske om at skjule omfanget af deres psykiske problemer og diagnoser for deres omgivelser. Vi vil i følgende kapitel se på mændenes håndtering af disse sociale møder med andre, og se hvilke årsagsforklaringer, vi kan identificere i deres fortællinger. Vi ser endvidere på, hvilke konsekvenser dette har for mændene. Vi inddrager i analysen Goffmans teorier om rollespil, ansigtsarbejde og stigma, da vi ser en sammenhæng mellem mændenes brug af rollespil og deres ønske om at undgå stigmatisering. Vi afslutter kapitlet med at belyse mændenes selvfrestillinger i interviewsituationen.

10.1. Mændenes sociale møder

Fælles for alle mændene er, at de fortæller, at de har været, og stadig er, forbeholdne om at fortælle til deres omgivelser, at de har psykiske problemer, og - i nogles tilfælde - at de tilmed har en psykisk diagnose. Nogle af mændene har fortalt det til deres nærmeste familie, og i visse tilfælde også tætte venner og veninder. De siger alle, at deres psykiske problemer ikke bør være det første samtaleemne, når de møder nye mennesker. Som Birk fortæller i følgende citat:

"Det er jo klart, at når jeg møder nye mennesker i alle mulige sammenhænge, der fortæller jeg jo ikke, at jeg er psykisk syg, når de spørger om, hvad jeg laver" (Birk:19f).

Birk fik diagnosen, paranoid skizofreni, som følge af en psykose oven på en periode med et hårdt arbejdspress og en skilsmisse. Han beskriver sit liv før psykosen som normalt, hvor han levede med sin søn og både arbejdede og læste på universitet. I dag lever Birk med sin diagnose og tager medicin, som gør at han er begyndt at studere igen. Birk har fortalt til nogle få, tætte venner og sine forældre, at han har skizofreni. Han fortæller endvidere, at han har valgt ikke at fortælle det til tidligere arbejdskolleger eller nye studiekammerater (Birk:14f). Birk har, før sin psykose, arbejdet med unge med psykiske lidelser, og han har ikke turdet fortælle sine kolleger, at han nu selv har fået en diagnose. Han fortæller, at han synes, det er meget skamfuldt, at han har været psykotisk, da han selv har arbejdet som en professionel inden for dette felt. Han er af den opfattelse, at det er moralsk forkert og uetisk (Birk:14). Det er tydeligt, at Birk har

foretaget bevidste valg om hvilke personer, han har fortalt om sine psykiske problemer til. Med andre ord kan det beskrives, at Birk indtager forskellige roller alt efter hvilken social situation, han befinder sig i. Ifølge Goffmans teori om samhandlingsordenen er sociale ansigt-til-ansigt-relationer karakteriseret af rollespil, hvor individet indtager en rolle og påfører sig et 'ansigt' (jf. 'Teoretisk ramme'). Ud fra denne teoretiske opfattelse kan det vurderes, at Birk - og som det vil blive belyst nedenfor også de andre interviewpersoner - udøver mere end én rolle i sit sociale liv. Ifølge Goffman udøver alle mennesker en form for 'rolleadskillelse', hvilket vil sige udøvelse af flere forskellige roller alt efter hvilken social arena, man befinder sig i. Individet skal således være bevidst om, hvilken rolle og hvilket ansigt, der skal tages i anvendelse i de pågældende sociale møder (jf. 'Teoretisk ramme'). Dette gælder således også i Birks tilfælde, da han ved at skjule sine psykiske problemer, arbejder for ikke at tabe ansigt. Når Birk er sammen med sine tætte venner kan han tale åbent om sine psykiske problemer, men når han er sammen med andre ikke-nære relationer, ønsker han at skjule denne del af sit liv for at opretholde ansigt.

Peter udøver ligeledes rolleadskillelse. Peter har ikke, modsat de andre mænd, en diagnose. Han oplevede to angstanfald, efter han fik at vide, at en barndomsven havde forsøgt at begå selvmord. Peter fortæller, at han i perioden efter dette i længere tid var nedtrykt og havde svært ved at komme ovenpå igen. Han har ikke fortalt om sine to angstanfald til sine mandlige venner, idet han frygter, at de vil begynde at betragte ham anderledes. Ifølge Peter, indtager han i vennegruppen en bestemt rolle, som han frygter vil blive ændret, hvis vennerne får at vide, at han har oplevet disse anfald. Han beskriver, at han altid har oplevet stor succes i studie- og arbejdsmæssige sammenhænge, og dette præger ligeledes vennernes opfattelse af ham. Vennernes potentielle ændrede opfattelse af ham som værende ikke nær så stærk og succesfuld som tidligere, er ikke ønskværdig for Peter:

"Når jeg begynder at se mig selv som sådan... ikke helt så stærk, som jeg troede, så er det egentlig rigtig rart, at de stadig gjorde det. Og det ville jeg faktisk gerne have, at de blev ved med" (Peter:39).

I samme forbindelse erkender han, at han faktisk er bevidst om, at dette ikke nødvendigvis er den rette måde at håndtere det på frem for at være åben omkring hans tidligere problemer. Man kan med andre ord sige, at Peter er bange for at tabe ansigt, hvis han fortæller om sine angstanfald. Her kan anvendes endnu et af Goffmans begreber, 'indtryksstyring', som betegner metoder, hvorpå den optrædende forsøger at kontrollere de indtryk, som publikum får af ham/hende (jf. 'Teoretisk ramme'). Peters forsøg på indtryksstyring over for sine venner er en måde, hvorpå han kan opretholde billedet af sig selv som stærk og succesfuld. Han forsøger således at kontrollere den opfattelse, vennerne har af ham, ved ikke at fortælle dem om sine angstanfald. I en anden af Peters fortællinger beskriver han, at han har snakket med flere

veninder på sit kollegium om hans problemer. Vi stiller i denne sammenhæng spørgsmål ved, om vennernes køn kan have en betydning for Peters grad af åbenhed. Dette aspekt vil vi vende tilbage til i diskussionen.

Sigurd har diagnosen, skizoid personlighedsforstyrrelse med tilbagevendende depressioner og misbrugsproblemer, og han har forsøgt at begå selvmord fire gange i sit liv. Han har været indlagt på psykiatrisk afdeling flere gange, og han fortæller, at hans opvækst har været præget af ustabilitet. Ligesom de andre mænd er Sigurd meget opmærksom på graden af åbenhed om sin sygdom. Han fortæller:

“Jeg har meget den overbevisning om i dag, at vi er alle sammen nødt til at have nogle bestemte roller ik’. Altså, så når jeg er i skole, så er jeg en skoleelev, og jeg laver mit arbejde, og jeg er selvfølgelig til stede, og jeg prøver så meget som muligt at være mig selv ik’, men jeg går ikke over til lærerne og siger: Hej, jeg har en personlighedsforstyrrelse! Det har jeg ligesom inddelt i forskellige ting alt afhængig af, hvor jeg er, ik’” (Sigurd:59).

Sigurd er meget bevidst om, og italesætter, at han indtager forskellige roller alt efter den social sammenhæng, han befinder sig i. I skolemæssige sammenhænge fortæller han således ikke sin lærer, at han har en psykisk diagnose, da han ikke mener, at denne udmelding passer til rollen som skoleelev. Han mener, at hans forskellige roller er en nødvendighed for hans sociale ageren: *“Jeg er ret overbevist om, at man er nødt til at have de her faste inddelinger, altså jeg kan heller ikke sidde til familiefrokoster og fortælle om mine selvmordsforsøg (...) Der er en plads for alting”* (Sigurd:59). Sigurd anvender eksemplet med en familiefrokost som en social situation, hvor han ikke er åben omkring hans tidligere psykiske tilstand. For at anskue dette i en teoretisk kontekst, kan det antages at Sigurd påtager sig et bestemt ansigt over for familien, hvor han gennem indtryksstyring præsenterer et selv, som ikke omhandler hans psykiske lidelse.

Ved at bruge Goffmans begreber om ansigtsarbejde kan vi ift. mændenes fortællinger få en forståelse af, hvordan mændene anvender metoder til at beskytte sig selv i forskellige sociale sammenhænge. Goffmans begreber kan således hjælpe os med at anskueliggøre, hvordan mændene agerer i deres sociale møder med andre, hvor de ikke ønsker at afsløre, at deres tilværelse er præget af psykiske problemer. Vi vil nu se nærmere på, hvorfor mændene vælger at skjule omfanget af deres psykiske problemer, og hvordan de konstruerer disse forklaringsmodeller i deres fortællinger.

10.2. At leve med tabu

Mændene har forskellige måder, hvorpå de forklarer deres valg om at skjule omfanget af deres psykiske problemer. Ifølge mændene skyldes dette, at der eksisterer et udbredt tabu omkring mennesker med psykiske lidelser. Dette fremhæves især af mændene med diagnoser indenfor det skizofrene spektrum.

Som Birk beskriver det i nedenstående citat, er det især manglende og misforstået viden omkring skizofreni, der gør det svært for ham at stå frem med sin diagnose. Han har valgt ikke at fortælle sine studiekammerater om sin diagnose, fordi han frygter, at de ikke vil kunne forstå, hvad sygdommen indebærer:

“Jeg kunne måske sige det. Jeg har sagt måske nogle gange, at jeg lider lidt af angst, og det er sådan set også rigtigt. Jeg kan stadig godt få nogle tilbagefald ift. noget angst, hvis jeg er presset, eller hvis der er mange nye ting... Men ikke... De ville simpelthen ikke kunne forstå, hvad skizofreni er. Det er sådan nogle, der myrder folk eller er personlighedsspaltede” (Birk:15).

Birk fortæller, at studiekammeraternes manglende viden om skizofrenidiagnosen gør, at han i stedet siger, at han kan få angstlignende symptomer i pressede situationer. Ved at Birk fremstiller fortællingen på denne måde, fremhæver han indirekte, at angst er mere håndgribeligt at forstå end skizofreni, og dette er grunden til, at han ikke har fortalt dem om sin diagnose. I nedenstående citat fortsætter Birk sin argumentation om at fortie: *“Der er stadig rigtig meget stigmatisering omkring det. Stigma især ift. lidelser som skizofreni”* (ibid.).

Det er interessant at benytte Goffmans stigmatteori i denne forbindelse, da han gennem teorien søger at forstå sociale handlinger mellem mennesker, hvor forskellige former for afvigelse fra normalen optræder. For at forstå interaktionen mellem afvigere og normale, skal vi se på hans identitetsbegreb. Goffman opererer med to forskellige former for identitet, nemlig et individs tilsyneladende og faktiske sociale identitet (jf. ‘Teoretisk ramme’). Vi ved, at stigmatisering opstår via social interaktion mellem mennesker, er derfor er det interessant at se på ovenstående citater igen. Idet Birk indtager forskellige roller afhængig af social arena, skifter han også mellem sin tilsyneladende og faktiske sociale identitet. På studiet, sammen med hans studiekammerater, optræder hans tilsyneladende sociale identitet, hvor han via indtryksstyring forsøger at skjule sin skizofreni. Birk fortsætter sin fortælling ved at sige, at han i sin fritid holder oplæg på forskellige lægekongresser om hans sygdom (Birk:12). Her kommer Birks faktiske sociale identitet til syne, da han, ved at holde oplæg om sine oplevelser med skizofreni, ikke skjuler den del af ham selv. Han viser på den måde en tilsyneladende social identitet foran sine studiekammerater for at undgå at blive stigmatiseret af dem.

Uvidenhed og tabu omkring skizofreni fremhæves også af Karl, der frygter, at andre vil betragte ham som sindssyg, fordi de ikke forstår, hvad skizofreni indebærer. Karl blev som barn diagnosticeret med Aspergers-syndrom, og han blev som voksen diagnosticeret med skizofreni. Han fortæller:

Interviewer: Hvad med resten af din omgangskreds? Hvad ved de?

Karl: De ved, at jeg har Aspergers, men de ved ikke, at jeg har skizofreni. Skizofreni er noget, som der ikke rigtig er nogen, der ved uden for min familie.

Interviewer: Hvorfor har du valgt det?

Karl: Fordi skizofreni er noget meget svært at forstå, og jeg vil ikke have folk, tror jeg er sindssyg. Jeg ved jo godt, at på en eller anden måde er jeg jo nok sindssyg, men jeg vil ikke have, at de ligesom skal se ned på mig.

Interviewer: Og det føler du, at folk måske gør?

Karl: Jeg kan godt føle, at folk gør det." (Karl:90).

Ligesom i Birks tilfælde har Karl valgt ikke at være åben omkring sin skizofrenidiagnose, da omgivelserne forbinder denne sygdom med forkerte forestillinger. At han derimod har valgt at afsløre sit Aspergersyndrom kan, som i Birks tilfælde, skyldes, at der i omgivelserne hersker mere stigma omkring skizofreni. Det er blevet fremhævet i ovenstående citater af både Birk og Karl, at de føler, at skizofreni bliver forbundet med negative konnotationer som 'sindssyg', 'personlighedsspaltning' og 'myrder'. Det er disse negative opfattelser blandt deres omgangskreds, der gør, at de søger at skjule deres diagnoser.

Interviewuddragene med Birk og Karl viser yderligere, at der finder bestemte forhandlinger sted, når det kommer til deres forklaringsmodeller af hemmeligholdelsen af deres diagnoser. I interviewene ønsker vi at vide, hvorfor mændene vælger at skjule deres diagnoser, og hvordan de fortæller om det. Begge mænd konstruerer en forklaringsmodel på en formodning om, at deres omgangskreds' manglende forståelse for deres skizofrenidiagnose er årsagen til, at de kun er åbne over for deres nærmeste familie. På denne måde bliver mændenes marginaliserede sociale position begrundet i en samfundsmæssig stempning af skizofrene, som sker på et forkert og misforstået grundlag. Pga. omgivelsernes fordomme om skizofreni, ønsker mændene ikke at afsløre deres sygdom, da de i så fald bliver stemplet med en identitet, som de ikke føler er berettiget.

10.3. Reaktioner på stigmatisering

Efter at have set på mændenes årsagsforklaringer ift. deres rollespil, vil vi nu undersøge, hvilke konsekvenser stigmatisering og frygten for afsløring af et stigma har for mændene. Vi ønsker i denne forbindelse først at se på konsekvenserne ved et afsløret stigma for dernæst at se på konsekvenser af et stigma, som endnu holdes skjult.

10.3.1. Konsekvenser ved afsløret stigma

Analysen har indtil videre haft fokus på, at mændene forsøger at skjule deres psykiske problemer i større eller mindre grad. Når en person formår at holde sit stigma skjult for omverdenen, betegnes han af Goffman som en potentielt miskrediteret person. Nogle af mændene fortæller dog også om tidspunkter og sociale møder, hvor deres stigma har været tydeligt for omgivelserne. Disse personer betegner Goffman som miskrediterede. Ifølge Goffman vil den miskrediterede ofte opleve størst stigmatisering og flest problemer, når han forsøger at befærde sig i sociale sammenhænge, hvor interaktionen mellem ham og andre 'normale' optræder hyppigt (jf. 'Teoretisk ramme'). Det er nemlig i dette sociale møde, at stereotype og diskriminerende forestillinger og reaktioner kan optræde. Dette ses i interviewet med Hamid, hvor han fortæller om omgivelsernes reaktioner på sin sygdom. Han beskriver det således:

"Jeg havde jo også nogle, som begyndte at analysere lidt for meget på mig, altså det betød, at hvis jeg... hvis jeg nu sagde nogle ting, så "er det fordi han er skizofren". Øh... så det er irriterende hele tiden at blive analyseret på den måde. Man vil bare gerne lige ses som den man er, ik'. Så, men... og det fik jeg bare en del erfaring med, at hvis jeg reklamerede lidt for meget med det, så ville folk bare tænke: Nå ham den skøre" (Hamid:107).

Hamid fik diagnosen, paranoid skizofreni, efter han indlagde sig selv på en psykiatrisk afdeling. Siden indlæggelsen har han været inde og ude af det psykiatriske system, men han tager i dag medicin, som gør det muligt for ham at studere og tage en uddannelse. Modsat de andre interviewpersoner fortalte Hamid mere åbent om sin sygdom, efter han fik sin diagnose. I ovenstående citat beskriver han, at han hurtigt fik negative erfaringer med at være åben omkring sin diagnose. Han fik en følelse af, at han ikke længere kunne være sig selv over for sine venner, fordi han kun blev set som sin sygdom. Som reaktion på det holder han nu sin diagnose mere skjult, fordi han er bange for at blive sat i en sygdomskategori af sine venner. Problemer med det sociale møde med andre kan også ses i nedenstående uddrag af Magnus' interview:

Interviewer: Har det været nemmere at snakke med fremmede frem for venner og familie?

Magnus: Ja, det synes jeg. Så kan man sige tingene, og så kan man gå igen, eller hvad man siger. Folk man kender, venner og så videre. Så føler jeg, at så skal de altid være så... hvad hedder det øh... Bekymrede altid og behandle en med fløjlshandsker, fordi de er bange for, at de skal gøre noget galt, og det har jeg ikke lyst til. Giver det mening?

Interviewer: Ja, det giver virkelig god mening. Men kan du prøve at sætte lidt flere ord på det. Hvordan ville du føle, hvis dine venner behandlede dig med fløjlshandsker, som du siger?

Magnus: Jeg ville bare føle mig øhm, hvad skal man sige (tænker)... Sådan, ja, som et barn på en eller anden måde" (Magnus:137).

Magnus er blevet diagnosticeret med depression. Han forklarer, at han altid har haft en følelse af ligegyldighed, og han fortæller, at han gerne vil trække sig fra samfundet, hvis det var muligt. Derudover oplever Magnus angst, hvilket oftest kommer til udtryk i sociale situationer. Magnus har været i flere behandlingsforløb hos både psykologer og psykiatere, men han fortæller, at det ikke har hjulpet ham i særlig høj grad. Som det fremgår i ovenstående uddrag, så finder han det alligevel nemmere at tale med psykologer og læger (disse beskrives som 'fremmede' i citatet) end med sine venner. Ifølge Magnus er årsagen, at han ikke bryder sig om, at vennerne behandler ham med såkaldte "*fløjlshandsker*", fordi de er bange for at gøre noget galt. Som følge heraf vælger Magnus ikke at tale med sine venner om sine følelser. Igen kan vi anvende stigmateteorien om, at sociale møder mellem den stigmatiserede og den normale bliver problemfyldt, når stigmaet er kendt for andre. Ved at en persons stigma bliver afsløret, opstår en risiko for, at vi anvender forkerte kategoriseringer om denne person. Magnus og Hamid vælger at holde deres psykiske problemer hemmelige, fordi de har negative erfaringer med deres omgivers reaktioner.

10.3.2. Konsekvenser ved skjult stigma

Som tidligere nævnt fortæller Sigurd, at han under sit sygdomsforløb forsøgte at indtage en rolle, så han kunne tilpasse sig den pågældende sociale situation. I en goffmansk terminologi forsøgte han vha. indtryksstyring at kontrollere, hvad forskellige mennesker så af ham, så de ikke opdagede, at han havde det psykisk dårligt. Som det kan ses i nedenstående passage, har denne brug af indtryksstyring haft konsekvenser for, at han ikke kunne etablere nære, varige sociale relationer:

"...Jeg var besat af, da jeg var allermest syg, at jeg hele tiden skulle tilpasse mig de situationer, jeg befandt (mig) i. Så jeg skiftede hele tiden roller: Nu er jeg skoleelev, så skal jeg opføre mig på en bestemt måde, jeg skal være på en bestemt måde. Nu er jeg til fest, og så var der også, hvor jeg hang ud med alkoholikerne. Altså jeg skiftede hele tiden roller (...) Så jeg havde ikke sådan nogen rigtige relationer med mennesker dengang, fordi jeg prøvede hele tiden bare at være den de gerne ville have jeg skulle være" (Sigurd:55).

Grundet vores interaktionistiske tilgang kan vi naturligvis ikke fortolke meningen bag Sigurds sociale adfærd med hans omgangskreds, men ud fra hans fortælling, kan vi se, at han over for os fremhæver nogle særlige problematikker ved rolleskift. Fordi han ofte skiftede roller, kunne han ikke skabe nære relationer, og han konstruerer derfor en fortælling, hvor han begrundet sine rolleskift i andres forventninger til ham.

Sigurd fremhæver dernæst, at rolleadskillelsen og indtryksstyringen blev så altoverskyggende til sidst, at han ikke kunne opretholde facaden og tabte ansigt:

”Altså fordi det (rollespillet) var så integreret i mig, det var bare en del af mig, jeg troede det var sådan verden fungerede. Og det var det eneste man ligesom skulle gøre, ik'. Og det var derfor jeg knækkede nakken så meget, for når du gør det længe nok, så begynder alle rollerne at blive rodet sammen, og især når du drikker, så kan du kraftedeme ikke huske, jamen nu er jeg i skole, så skal jeg ikke være drankeren, altså det hele bliver blandet sammen. Og så knækker det hele, ik'” (Sigurd:72).

Modsat de andre mænd er Sigurd bevidst om, at han indtager mange forskellige roller, og de mange skift har voldt Sigurd så store problemer, at det resulterede i, at han brød sammen og mistede sociale relationer.

Som vi har illustreret i dette kapitel, kan stigmatisering ske som følge af andre menneskers negative holdninger og forestillinger omkring, hvad psykiske sygdomme indebærer, og det kan resultere i diskrimination. For at undgå dette søger mændene at 'passere' i visse sociale sammenhænge og på den måde holde deres stigma skjult. Goffman bruger begrebet at passere til at beskrive, hvordan potentielt miskrediterede mennesker søger at skjule information om deres stigma, såfremt det ikke er synligt overfor andre. Det dog en af Goffmans pointer, at potentielt miskrediterede mennesker, der passerer altid vil leve i frygt for at blive opdaget. Denne frygt for afsløring kan føre til tanker om mindreværd og følelser af selvhad, og det kommer oftest til udtryk i sammenhænge, når potentielt miskrediterede optræder sammen med normale (jf. 'Teoretisk ramme'). Netop følelsen af eksklusion og ensomhed fremhæves af Karl, når vi spørger, hvorfor han vælger at komme på et værested for psykisk sårbare unge:

”Jeg tror, jeg får noget selskab... Øhm... Det kan godt være lidt ensomt at rende rundt med. Så er det også sådan lidt mere afslappet, fordi at jeg har ligesom en psykisk sygdom. De andre har også en eller anden sygdom og det giver lidt mere ro på, fordi man kan godt tale om det. Man kan være lidt mere åben. Jeg har fx fortalt, at jeg har skizofreni til nogen. Og det er helt fint her” (Karl:93).

I Goffmans optik vil stigmabærere føle større tilhørsforhold og tryghed blandt andre afvigere. Hvis vi overfører denne betragtning til Karls citater, kan vi se, at han finder en tryghed og ro ved at være i sociale situationer med andre, der også er syge eller har en diagnose. Karl fortsætter: *”Jeg kommer nok bare af med det, fordi det har jeg brug for. Altså komme af med den byrde at rende rundt med det alene”* (ibid.). I Karls

tilfælde repræsenterer værestedet et socialt rum, hvor han kan slappe af og være sig selv. Karl fortæller, at når han er i selskab med andre fra samme kategori som ham selv, fjernes det skam og tabu han ellers føler sig underlagt af, hvor han må søge at passere for ikke at skille sig ud. Karl bruger også sin familie som støtte, da de kender til hans diagnose, hvorfor han ikke behøver at passere i de sammenhænge. For at undgå stigmatisering vil en typisk reaktion, ifølge Goffman være, at trække sig fra samfundet og sociale sammenhænge, hvor stigmaet ellers vil blive afsløret. For de stigmatiserede selv kan det resultere i følelser af social eksklusion, mindreværd, depression, ensomhed og skam (jf. 'Teoretisk ramme'). Disse følelser reflekteres i Karls citater.

Som det fremhæves af Hamid i nedenstående citater, frygter han også, at åbenhed vil have negative konsekvenser for hans fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet. Hamid fortæller her om en kronik, han har skrevet om sin skizofreni, men som han ikke har offentliggjort:

"...ja, om fordomme. Som jeg ikke tør udgive, men... (Griner lidt). Jeg har skrevet det i hvert fald. Og... hvad var det jeg skulle frem til? Og der er det bl.a. sådan noget med, hvis jeg nu udgav det indlæg her om min psykiske sygdom, mine oplevelser, de fordomme man møder. Kan jeg så risikere, at jeg ikke vil blive ansat, når jeg er færdiguddannet eller..." (Hamid:113).

Som Hamid fortæller, så ønsker han at være åben omkring sin sygdom for netop at bryde med nogle af de fordomme, der er med til at stigmatisere. Han fortsætter:

"Jeg ville ønske, jeg kunne stå frem og tale om alle de her fordomme der er, uden at de har nogle personlige konsekvenser. Altså det vil jeg rigtig gerne. Altså jeg vil gerne tale psykisk syges sag, altså skrive om det, jeg elsker at skrive, jeg har skrevet andre indlæg, der ikke handler om det her. Men også kunne skrive om det her... og ligesom tage det op, men der føler jeg lidt, at der er alt for mange personlige konsekvenser ved det" (ibid.).

Hamids selvfremsættelse giver indtryk af, at han ønsker at tale psykisk syges sag og hjælpe med at afstigmatisere de fordomme omkring skizofreni, der eksisterer, men som han siger i ovenstående, så har det for mange personlige konsekvenser for ham. Afslutningsvis i interviewet beder vi ham om at forklare årsagen til, at han har valgt at stille op til vores interview. Han fortæller, at han ved at bidrage til et speciale om psykisk sygdom, er medvirkende til at nedbryde dette tabu. På denne måde kan han bidrage, uden at det får personlige konsekvenser. Ønsket om aftabuering bliver derved en del af hans selvfremsættelse, som kommer til at stå centralt i hans fortælling.

10.4. Det foretrukne selv i interviewsituationen

Det er ikke kun i mændenes sociale relationer og i forskellige sociale møder med andre, at vi kan identificere rollespil og ansigtsarbejde blandt mændene. Interviewsituation kan på samme måde defineres som et socialt møde, hvor interviewpersonen præsenterer 'et foretrukket selv' for os som interviewere.

Inden for den interaktionistiske tilgang kan et interview defineres som et socialt møde, hvor der bl.a. opstår en forhandling om interviewpersonens sociale identitet. For at fortsætte i en goffmansk terminologi kan det med andre ord anskues således, at interviewpersonen påtager sig et 'ansigt' eller 'et foretrukket selv', som han finder mest hensigtsmæssig i netop denne sociale og kulturelle kontekst, som et interview kan betegnes som. Idet vi ligeledes i interviewsituationen identificerer en sådan forhandling mellem os og mændene, vil vi i det følgende belyse dette interaktionistiske aspekt. Det skal endvidere pointeres, at vi ikke anser interviewet som værende produceret under neutrale omstændigheder. Ligesom vi har foretaget en automatisk kategorisering af mændene, formoder vi at mændene har gjort det tilsvarende med hensyn til os som interviewere (jf. 'Vores interaktionistisk-konstruktivistiske tilgang').

Særligt i interviewene med Birk og Peter kan vi se, hvordan de i nogle fortællinger søger at distancere sig fra en bestemt social kategori og hermed rollen som psykisk syge, som vi (automatisk) har placeret dem i. Begge interviewpersoner fokuserer i høj grad i deres fortællinger på elementer som arbejds- og studieliv og succes og travlhed forbundet med dette. Det skal dermed ikke forstås således, at de resterende interviewpersoner ikke nævner disse aspekter ved deres tilværelse. Vi bemærker imidlertid, at Birk og Peter gør det i høj grad og på tidspunkter, hvor det ellers ikke synes relevant. Dette opmærksomhedspunkt var udtalt gennem hele interviewet for begges vedkommende, og det kan således være vanskeligt at frembringe denne pointe ved brug af korte citater. I nedenstående citat kan dog ses et eksempel på, hvordan Birk, vha. indtryksstyring, forsøger at forhandle sin sociale identitet med os. I interviewet beder vi ham om at fortælle om sit sygdomsforløb, og hvad der ledte op til dette, hvorefter han starter med at fortælle om sin konfliktfyldte skilsmisse. Dernæst begynder han selv at fortælle om sit tidligere arbejdsliv:

"Men samtidig så arbejdede jeg rigtig meget. Jeg arbejdede både som STU-lærer, det er et særligt tilrettelagt forløb til unge uden ungdomsuddannelse, som har fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Så arbejdede jeg som fundraiser for en projektskole, og jeg havde mit eget pladeselskab og bookingagentur. Så jeg arbejdede der 70 timer om ugen, og min søn boede primært hos mig 10 ud af 14 dage" (Birk:6).

Senere i interviewet beder vi ham om at fortælle om sin barndom og ungdom. Birk fortæller bl.a. om sin mor, som lider af polio, og som han har skulle tage sig af som ung dreng. Han fortsætter hurtigt sin fortælling om sit forhold til skolen, hvor han siger:

”Jeg var ikke sådan vild begejstret for folkeskolen, men var vildt glad for gymnasiet, og jeg fik også gode karakterer. På den gamle skala, jeg aner ikke hvad det er på den nye. Men på den gamle skala kom jeg ud med et snit på 9,3 og jeg fik også 13 for min 3.g’s opgaven og sådan altså” (Birk:10).

Det er for os bemærkelsesværdigt, at Birk konstant forsøger at dreje sin fortælling ind på aspekter, som viser, at han før sin sygdom (og faktisk også efter) var yderst arbejdsom og ikke lå på den lade side. For os virkede hans korte fortællinger om henholdsvis skilsmisse og moderens sygdomsforløb som relevante aspekter i Birks fortælling, men disse elementer blev abrupt afbrudt af fremhævelser om sig selv som succesfuld i arbejdsmæssige sammenhænge og i gymnasiet.

Ifølge Goffman kan individet forholde sig til sin rolle på forskellige måder. Individet kan fx omfavne sin rolle eller udøve roledistance, hvor individet tilkendegiver, at der eksisterer en markant adskillelse mellem ham/hende og rollen (jf. 'Teoretisk ramme'). Ovenstående citater fra Birks interview kan tolkes som en måde, hvorpå han udviser en distance til sin rolle i interviewsituationen. På baggrund af Birks selvpræsentation, hvor han fokuserer på arbejde og gode resultater, kan vi tolke dette som et forsøg på at tilkendegive, at han ikke identificerer sig med rollen som psykisk syg mand. Han forsøger derimod at vise, at hans tilværelse ikke blot er karakteriseret af hans skizofreni, men af andre ting.

Vi kan se samme tendens, når vi ser på den selvfremstilling, som Peter søger at skabe. Selve interviewet fandt sted på hans arbejdsplads, og da vi mødte en meget imødekommende Peter, tog han imod os iført jakkesæt og viste os ind i et mødelokale, som han havde booket til lejligheden. Det indtryk, Peter umiddelbare gav, fik os til at sætte spørgsmålstejn ved vores umiddelbare kategorisering af ham som sårbar mand. Peters forsøg på at imødekomme vores eventuelle fordomme imod ham, kan ses som en måde, hvor han i stedet fremstiller sig selv som en succesfuld mand. Når vi anlægger en narrativ tilgang til interviewmaterialet, er det også relevant at se på fortællingernes genre. Gennem Peters selvpræsentationsproces kan vi klassificere hans fortællinger som en overordnet succes-historie, hvor han søger at skabe en modpol til interviewets formål, som var at høre om hans psykiske problemer. Det kan vurderes, at både Peter og Birk ønsker at vise et foretrukket selv, som ikke vil stigmatiseres af os som interviewere. Det er altså ikke kun i mændenes sociale møder med andre, at de søger at passere for at skjule deres stigma, men også i interviewsituationen.

Tager vi udgangspunkt i Goffmans distinktion mellem den afvigende og den normale og overfører det til interviewsituationen, skaber det en ulige magtbalance, hvor vi som interviewere og ikke-syge er i en dominerende position over for mændene som afvigere. I Goffmans optik stiller mændene sig selv i en sårbar position ved at blive interviewet om deres psykiske problemer, da vi dermed bliver fuldt bevidste om deres stigma. De blottet sig selv og har ikke mulighed for at passere, som de vil have i andre sociale sammenhænge. Dette forhold ser vi, at de søger at ændre gennem deres selvfremsstilling. Når Birk fx gentagende gange fremhæver sin succes i uddannelsessystemet og i arbejdslivet som en modhistorie til hans sygdomshistorier, kan det ses som hans forsøg på at genoprette den ubalance i magtforholdene, som er opstået i interviewet fordi vi, som interviewere, sidder i en position, hvor vi kan stigmatisere ham.

10.5. Delkonklusion

Vi har i ovenstående analysekapitel set på fællestræk i mændenes fortællinger om deres sociale møder med andre. Fortællingerne peger på, at mændene er forbeholdne om at fortælle om deres sygdomme og diagnoser til deres omgangskreds. Vha. Goffmans analyseredskaber om rollespil og ansigtsarbejde har vi set, at mændene på forskellig vis indtager og gør brug af sociale roller for at kunne skjule omfanget af deres psykiske problemer. Mændene oplever bl.a., at forfejlede fordomme og tabu omkring psykiske lidelser står i vejen for deres muligheder for at være åbne omkring deres diagnoser. Mændene fortæller, at deres sociale møder med andre kan opleves ubehagelige, da de frygter, at andre vil se ned på dem, tænke dem som 'sindssyge' eller behandle dem anderledes. For at undgå denne stigmatisering som indhyller psykiske lidelser, og især diagnoser som skizofreni, søger mændene at kontrollere sociale situationer, hvor stigmaet ellers ville blive synligt ved at passere. Konsekvenser ved dette er, at mændene oplever en frygt for diskrimination på arbejdsmarkedet og følelser af eksklusion og ensomhed. Et interessant fund i denne analyse har endvidere været, at vi ser, at mændene gør brug af rollespil i selve interviewsituationen, hvor vi er en forhandling om deres sociale identitet finde sted. Ved at vende fortællinger om deres sygdomsforløb til fortællinger om succes og hårdt arbejde ser vi, at mændene ligeledes her søger at distancere dem selv fra en sygdomskategori.

11. "Jeg synes jo, mænd kan være mange ting"

- En analyse af mændenes maskulinitetsopfattelser

Efter at have undersøgt hvorledes mændene håndterer rolleskift og stigmatisering i forbindelse med deres psykiske problemer, vil vi i det følgende koncentrere os om, hvordan køn tilskrives betydning i mændenes fortællinger. Til dette formål anvender vi R. W. Connells teori om maskuliniteter til at undersøge, hvordan mændene konstruerer forskellige maskulinitetsforståelser i deres fortællinger.

11.1. Hegemonisk maskulinitet

Vi finder det først og fremmest interessant at fremhæve mændenes italesættelser af en 'typisk mand', idet disse er medvirkende til at vise, hvordan en hegemonisk maskulinitetsforståelse bliver konstrueret blandt mændene. For at gøre dette, skal vi se nærmere på Connells begrebsapparat om maskuliniteter. Connell opererer med begrebet 'hegemonisk maskulinitet', som er den maskulinitetskategori som besidder den hegemoniske og mest magtfulde position i et kulturelt og socialt bestemt mønster af kønnede relationer (jf. 'Teoretisk ramme'). For at undersøge mændenes forståelser af hvad en hegemonisk maskulinitet indeholder, vil vi indledningsvis kigge på, hvilke ord og egenskaber mændene forbinder med det at være mand. Dette undersøges ud fra interviewspørgsmålet, som vi stillede alle mændene, hvor vi beder dem om at forklare, hvordan de karakteriserer en 'mand'. På den måde er mændene selv med til at italesætte deres forståelse af den hegemoniske maskulinitet. I følgende citat er det Magnus, der beskriver hvordan han karakteriserer en mand:

"Uh, den er svær (Griner). Altså det er jo det fysiske og... så er det vel en eller anden, jeg ved ikke, om man kan sige det lidt længere, altså i vores samfund, der er det jo blandet sammen og sådan noget. Altså der er ikke lige så meget de der kønsroller længere. Øhm... men altså, jeg ville jo nok mene det var sådan... øh tage ansvar og beskytte familien altså sådan... ja ansvarsrolle på familieområdet i hvert fald. Men ellers ved jeg ikke rigtig. Og det er jo også en meget, måske en meget gammeldags... øh beskrivelse" (Magnus:134).

Trods Magnus' vanskeligheder med at beskrive hans opfattelse af en mand, fremtræder der i hans fortælling forskellige karakteristika på maskulinitet, herunder at en mand skal tage ansvar og beskytte familien. Efterfølgende fortæller han, at en kvinde har en mere omsorgsfuld rolle i familien (ibid.). I

passagen italesætter han selv, at hans udlægning af maskulinitet er *"meget gammeldags"*, og at de traditionelle kønsroller ikke eksisterer i samme grad som tidligere.

Hamid fortæller, at hans opfattelse af maskulinitet har ændret sig gennem hans liv. Som ung færdedes han i en omgangskreds, som primært var defineret af hash og småkriminalitet. Nedenfor ses et uddrag fra hans fortælling, hvor han beretter om legitime samtaleemner i hans tidligere omgangskreds:

"Det er en del af det at være mand, det er jo sådan den der maskulinitet, man snakker ikke så meget om følelser og sådan noget. Det kan man med kvinder og øh... Så de forstår dig på en anden måde end mænd gør" (Hamid:107f).

Hamid fortæller, at det i hans tidligere sociale omgangskreds ikke var acceptabelt at tale om sine følelser med andre mænd, fordi det ikke lå i gruppens maskulinitetsforståelse. Han forbinder derimod følelssnak med kvinder.

Birk beretter, at han ikke selv mener, at han lever op til de gældende sociale normer, når det drejer sig om herskende maskulinitetsopfattelser, idet han skiller sig ud i sin maskulinitet. I interviewet fremstår han således særlig reflektiv over kønnets betydning i hans egen tilværelse og generelt i samfundet. Dette ses bl.a. i nedenstående citat, hvor han forklarer, hvilke normer 'den stereotype mand', som han betegner det, generelt skal leve op til:

"Jeg vil sige, at jeg synes rent faktisk, at det er en lidt underlig ting, altså fordi det, hvad kan man sige, ift. normen, så skal manden jo ligesom... den stereotype mand skal ligesom klare ærterne, og det er du jo også underlagt på en eller anden måde. Ja, selvom jeg er i gang med fuldtidsstudium og sådan noget ik', så tænker jeg da, at der er nogen, der synes det er underligt, at jeg er kæreste med én, der er redaktør på et stort bogforlag, og at jeg ligesom er i et forhold, hvor der ikke er mig, der har status og den økonomiske indtægt" (Birk:16f).

Ifølge Birk eksisterer der i samfundet en social standard om, at en mand skal kunne 'klare ærterne', der med andre ord kan forklares som én, der kan håndtere problemer og udfordringer. I et andet citat bruger Birk ordet 'provider', som kan oversættes til 'forsørger', til at beskrive mandens rolle i dagens samfund (ibid.:17). I den forbindelse nævner han sit eget parforhold, da han mener, at dette ikke er karakteriseret af traditionelle kønsidentiteter, idet hans kvindelige kæreste har en højere økonomisk og karrieremæssig status end ham selv. Selvom Birk fortæller, at han adskiller sig fra 'den stereotype mand', så siger han selv, at han samtidig er underlagt traditionelle kønsnormer. Dette aspekt vil vi vende tilbage til senere.

I det følgende skal vi se på Karls italesættelser af maskulinitet. Modsat de andre mænd introducerer Karl selv temaet om maskulinitet, da han i starten af interviewet fortæller om sin oplevelse af første indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. I nedenstående passage fortæller han, hvordan indlæggelsen påvirkede hans følelse og forståelse af at være mand:

“Det var 7 uger. Det var enormt angstprovokerende. Jeg rendte rundt og var angst, og havde bange anelser hele tiden. Jeg kan endda huske, at jeg var bange for at miste min maskulinitet. Det er sådan lidt underligt at tale om, fordi “hvordan mister du lige pludselig din maskulinitet ud af det blå”? Men det fortæller ligesom bare lidt om, hvor bange jeg var. Jeg var bange for, at jeg ikke ville være den samme bagefter. Jeg ved ikke om du kender det med, at hvis andre er mere bange end mig, så behøver jeg ikke være så bange. Det er den der med at miste min maskulinitet. Så bange var jeg. Det var meget mærkeligt. Jeg har aldrig oplevet noget lignende” (Karl:82).

Ved indlæggelsen fortæller Karl om sin frygt for *“at miste sin maskulinitet”*, som han selv formulerer det. Vi fandt det bemærkelsesværdigt, at Karl næsten indledte sin fortælling med denne formulering, og vi forsøgte gennem interviewet at forsøge at forstå, hvad han selv lagde i denne udtalelse. Vi fandt endvidere, at Karl havde vanskeligt ved at forklare denne følelse dybere, dog med undtagelse af denne beskrivelse:

“Interviewer: Så du følte ikke kun, at du mistede noget af dig selv, men også noget af ‘manden Karl’?”

Karl: Ja. Lidt som om at så kunne jeg ikke klare mig selv. Jeg kunne ikke være en stærk, selvstændig mand mere. Jeg havde brug for hjælp. Det ramte et eller andet i mig. Et eller andet med mit ego. Det rammer mig stadig lidt. Min selvtillid er ikke så stor som den har været.

Interviewer: Har det ændret sig efter indlæggelsen?

Karl: Ja, altså nu er det blevet bedre. Nu har jeg fået mere selvtillid, men jeg har stadig en indre uro, hvor jeg er godt klar over, at det der med at være stor og selvstændig - det er jeg sgu nok ikke mere” (Karl:83).

Ifølge Karl medvirkede indlæggelsen til, at han ændrede sin selvopfattelse som mand. Ved at fortælle, at han efter indlæggelsen ikke længere kunne være stærk og selvstændig, konstruerer han samtidig den hegemoniske maskulinitet med netop disse ord.

Peter udtrykker i interviewet en klar opfattelse af, hvad det vil sige at være mand. I interviewet spørger vi ham, hvad hans angstanfald har betydet for ham som mand, hvortil han svarer:

“Man har nok på en eller anden måde en idé, at mænd de skal være store og stærke, ik'. Men det her 'stærke', det er altså også, at du indrømmer, hvornår du har det svært, og hvornår du har brug for at snakke med nogen. Og det er jeg nok blevet bedre til at anerkende. Ikke at jeg før sagde, at de var bare sådan nogle små tøsedrenge, hvis de gik til psykolog, men I ved, på en eller anden måde (...) Generelt var der bare i den periode, hvor jeg ligesom fik en del nye syn på, hvad er egentlig nemt, og hvad er svært, og hvad er hårdt og hvad er ikke-hårdt. Øh... og det tror jeg måske lidt har ændret sig. Og derigennem også hvad det vil sige at være mand, ik'?” (Peter:41)

I ovenstående citat forklarer Peter, hvordan hans angstanfald har ændret hans selvopfattelse som mand, og derigennem at hans køn har en betydning for hans selvforståelse. I denne passage kan det udledes, at ord som 'stor' og 'stærk' anvendes af Peter som maskulinitetskaraktistika, om end Peter også konstruerer maskulinitet med det at kunne tale om følelser og anerkende, at man har brug for hjælp.

Vi har nu set på, hvordan mændene selv italesætter deres opfattelse af, hvad en 'typisk mand' er karakteriseret af, og således hvordan mændenes er med til at konstruere den hegemoniske maskulinitet. Ud fra ovenstående analyse kan disse karakteristika opsummeres med ord som: stor, stærk, ansvarsfuld, frygtløs, selvstændig, handlekraftig, beskyttende og forsørgende. Hvis vi anskuer analysen i et diskursteoretisk perspektiv, kan det vurderes at vi, som interviewere, opfordrer mændene til at meningsudfylde en diskurs om maskulinitet. De ovenstående karakteristika omhandlende en 'typisk mand' kan i en diskursteoretisk optik være med til at konstruere en maskulinitetsdiskurs blandt mænd med psykiske problemer. Vores brug af diskursteoretiske begreber og analysemetoder vil først blive præsenteret og anvendt mere dybdegående i analysekapitel 3. Ved ovenstående eksempel ønsker vi dog at påpege, at mændene er konstitueret af og konstituerende for eksisterende samfundsmæssige diskurser om køn og maskulinitet. Disse samfundsmæssige diskurser kommer også til udtryk i deres fortællinger i interviewet.

Med forsøg på ikke at træde nogen over tærne, kan det umiddelbart vurderes, at mænd med psykiske problemer af majoriteten generelt ikke anses som mænd, der indskriver sig i det hegemoniske maskulinitetsideal. De fleste af mændene betegner dem selv som værende enten psykisk sårbare eller psykisk syge, de har eller oplever stadig at have vanskeligt ved at klare arbejde eller uddannelse, og som vi viste i foregående analyse oplever flere af mændene skamfølelser ved at indrømme over for andre, at de har psykiske problemer. På baggrund af disse følelser og oplevelser, som mændene tilkendegiver, mener vi at kunne argumentere for, at mændene ikke umiddelbart passer ind i den hegemoniske maskulinitet, som findes i Connells begrebsapparat. Ifølge Connell sættes den hegemoniske maskulinitetskategori i

forbindelse med det patriarkalsk orienterede samfund, som har til formål at sikre mænds dominerende position og underordningen af kvinder (jf. 'Teoretisk ramme'). Efter vores mening kan brugen af Connells begreb om hegemonisk maskulinitet være medvirkende til, at vi risikerer at blive for kønsstereotype i vores analyse af mændenes fortællinger. Med dette mener vi, at der kan ske en kønsstereotypisering, når vi forbinder ord som eksempelvis 'ansvarsfuld', 'handlekraftig' og 'forsørgende' med en hegemonisk maskulinitet frem for en hegemonisk femininitet. Vi vil således pointere, at vi er opmærksomme på denne risiko, men da vi anvender Connells kategorisering af maskulinitetsformer, finder vi det imidlertid relevant at anvende begrebet på denne måde. Mændenes beskrivelser af en 'typisk mand' kan nemlig sættes i forbindelse med en patriarkalsk opfattelse af maskulinitet.

Som vi skal se nærmere på i det følgende, meningsudfylder mændene ikke kun en maskulinitetsdiskurs, som kan sættes i forbindelse med den hegemoniske maskulinitet. Vi ser også, at mændene – gennem deres fortællinger – konstruerer et billede af, at 'maskulinitet' kan tilskrives andre betydninger.

11.2. Maskulinitetspositioneringer blandt mændene

Ud fra Connells øvrige maskulinitetskategorier vil vi se på, hvordan mændene placerer sig i mønstret af maskulinitetsrelationer. Udover typiske maskulinitetskaraktistika spørger vi i interviewene ind til mændenes opfattelse af deres egen maskulinitet i relation til deres psykiske problemer.

11.2.1. Underordnet maskulinitet

Som det blev nævnt ovenfor, er Birk den af mændene, der er mest reflekteret over sit køns betydning og sociale normer i forbindelse hermed. Ovenfor skildrer vi Birks italesættelse af 'den stereotype mand', hvorimod han i nedenstående passage fortæller, hvordan han bevidst forsøger at modsætte sig dette herskende maskulinitetsideal:

"Altså jeg tror altid, at jeg har været lidt en skæv eksistens. Øhm... og jeg tænker virkelig, at det er vigtigt at gøre op med den forestilling, at det ligesom skal være manden, der 'provider' og skal kunne klare ærterne, at man godt kan være mand og have det svært altså (...) Altså, at man på en eller anden måde må skulle gøre op med nogle kønsstereotypier at være sårbar mand. Det er jeg sgu egentlig meget enig i. Også det der med ligesom at vedkende sig, at man har en sårbarhed og stadig gå i behandling, og det er jo ligesom forskellen på min far, som er sådan en mande-mand eller den gamle skole" (Birk:17).

Birk forsøger gennem sin fortælling at fremhæve, at maskulinitet sagtens kan rumme psykisk sårbarhed og frasiger sig således traditionelle forestillinger om, at en mand ikke kan være sårbar og have brug for hjælp. Han fortsætter sin beskrivelse af sig selv som mand således:

”Jeg synes jo, mænd kan være mange ting. Jeg bruger selv neglelak nogle gange. Der er mange måde at gøre køn på. Jeg deler ikke den der biologiske kønsopdeling. Jeg tror mere, at jeg er på den socialkonstruktivistiske banehalvdel. Vi er selvfølgelig forskellige, men det er i særdeleshed i kulturen og i de sociale tilblivelsesprocesser, at vi ligesom bliver et køn” (Birk:17f).

Denne beskrivelse viser, at Birk ikke selv mener, at han lever op til det hegemoniske maskulinitetsideal, men at han skiller sig ud fra denne norm. Hvis vi sætter dette ift. Connells maskulinitetsteori kan det udledes, at Birk placerer sig i den maskulinitetskategori som betegnes som en ‘underordnet maskulinitet’. Denne maskulinitetsform optræder som relationelt modstykke til den hegemoniske maskulinitet, idet den ikke lever op til idealet om den dominerende mandsopfattelse (jf. ‘Teoretisk ramme’).

Vi kan sætte Birks fortælling om hans maskulinitet i relation til Goffmans begreb om ansigtsarbejde. I interviewsituationen kan det vurderes, at Birk udøver ansigtsarbejde over for os som interviewere, idet han forsøger at påtage sig et bestemt ansigt, når snakken falder på maskulinitet. Birk virker i sin udlægning af sin maskulinitetsopfattelse både stolt og ivrig efter at fortælle, at han skiller sig ud i sin maskulinitet ved eksempelvis brug af neglelak. Derudover begrundes hans overbevisning i en socialkonstruktivistisk queertilgang, og derved skaber han et billede af sig selv som både moderne og reflekteret omkring køn. Birk konstruerer således sin identitet som én, der tager afstand fra en essentialistisk tankemåde omkring køn, som den hegemoniske maskulinitet er præget af. Det skal i denne forbindelse nævnes, at vores kategorisering af Birk som en underordnet maskulinitet er en umiddelbar betragtning, som vi ønsker at sætte spørgsmålstegn ved. Dette vil blive uddybet senere i afsnittet.

I fortællingen optræder Birks far som en tydelig antagonist til ham selv, idet Birk beskriver sin far som værende en *”mande-mand”* af *”den gamle skole”*. Mens hans mor deltager i forskellige pårørendearrangementer på Birks behandlingssteder, har hans far, ifølge Birk, ikke accepteret, at han har en psykisk diagnose og er endvidere imod, at han får behandling i psykiatrien. Familien, og i særlig grad mændenes far, spiller generelt en betydningsfuld rolle i empirien. Dette gælder også for Hamid, som er opvokset i en familie med muslimsk baggrund, hvor især faren ikke anerkender, at Hamid har skizofreni:

”Min familie taler jeg slet ikke med i dag, men... (Griner stille). Øhm, de... de var nogle værre nogle, da jeg fik min diagnose. De... jeg kommer fra et muslimsk hjem, hvor min far bare

mente, at jeg skulle bede fem gange om dagen, så skulle jeg drikke noget af det her hellige vand her og så lagde han hånden på mig og læste nogle Koranvers, og jeg skulle nok få det godt, jeg skulle bare gøre de her ting og så... Jeg skulle bare holde mig fra medicinen, fordi det er kun Gud, der kan hjælpe dig, ik'. Årh, det er fandeme frustrerende altså" (Hamid:103).

Hamids fortælling er i høj grad præget af, hvordan familiens mellemøstlige kultur og religion har været en barriere for hans sygdomsforløb og selvforståelse. Psykisk sygdom opleves i familien som et stort tabu, og familien accepterer ikke, at Hamid har skizofreni, da en sådan person i denne kultur bliver anset som værende 'skør', som Hamid selv betegner det (Hamid:114). Dette er årsagen til, at Hamids far anvender religiøse ritualer for at helbrede sin søn, da han ikke ønsker, at Hamid skal have behandling i psykiatrien. Det bliver til sidst for meget for Hamid, som ender med at beslutte, at han ikke længere ønsker kontakt med sin familie. Der kan være flere årsager til, at Hamids familie udviser en modvilje ift. hans sygdom. Disse årsager kan eventuelt handle om kultur, religion og familieforhold, men da vi har et analytisk fokus på maskulinitetskonstruktioner, går vi ikke i dybden med eventuelle andre aspekter. Vi vil derimod fokusere på, at Hamids fortælling om sin familie i hvert fald rummer et maskulinitetsaspekt. Hamid er familiens førstefødte søn, og han fortæller, at det forventes, at han skal agere som familiens overhoved efter sin far. Han fortæller i den forbindelse, at *"der skal man jo være stærk, og der tror jeg også, det er sådan lidt... det er lidt... det ser ikke så godt ud"* (ibid.:115). Ud fra hans beskrivelse kan det vurderes, at der eksisterer et mere traditionelt maskulinitetsideal i Hamids familie end i andre kulturer, og Hamids psykiske tilstand stemmer ikke overens med familiens kulturelle idealer om, hvordan familiens overhoved skal være. Hamid fortæller her om en episode, hvor det særligt kom til udtryk, at familien ikke ønsker, at han er åben omkring sin psykiske sygdom:

"Altså, jeg kan huske, jeg skrev om... lige da jeg fik diagnosen, der skrev jeg på min Facebook-væg... der skrev jeg et eller andet om psykisk sygdom, en eller anden oplevelse, jeg havde. Og der var så en arabisk pige, eller en pige med arabisk baggrund, som så havde set det... den der kommentarstatus, jeg havde skrevet. Og hun havde så fortalt det til hendes mor, som så havde fortalt det til min mor. At Hamid havde skrevet det her på Facebook her. Og så... min mors reaktion var, at jeg skulle ikke skrive sådan nogle ting på Facebook. Fordi folk skulle ikke vide det" (ibid.:114).

Hvis vi vender blikket mod fortællingens form og karakterer, fremstår Hamids familie som antagonist i hans fortælling, da de sættes i modsætning til hans forestilling om *"min måde at leve på"* (ibid.). Hamid konstruerer over for os en fortælling om sin familie, hvor hans valg om at slå hånden af dem begrundes i

disse kulturelle forskelle. På samme måde kan hans afvisning af hans familie ses som et udtryk for, at han ikke deler det samme traditionelle maskulinitetsideal, som eksisterer blandt hans forældre. Ud fra Connells optik, kan vi umiddelbart vurdere, at Hamid således tilslutter sig den underordnede maskulinitetskategori, som står i modsætning til den hegemoniske maskulinitet. Hamid udøver ikke den underordnede maskulinitet i samme eksplicitte grad som fx Birk, men hans fortælling skildrer, at han ikke støtter op om normative standarder om, at en mand skal være på en bestemt måde:

”Jeg har ikke sådan en idé om, at en mand skal være maskulin eller... altså det har jeg ikke nogen af. Det havde jeg måske før, sådan tænkte: ”Nå, (jeg) må helst ikke være sådan lidt for fimset, eller hvad man nu kalder det” (Griner lidt.) Men... i dag der synes jeg, en mand er jo bare en mand, altså det er lige meget hvordan de er. Om de snakker om følelser eller...” (Hamid:108).

Ovenstående citat viser, at Hamid udtrykker, at en mand kan rumme mange forskellige aspekter, hvor der også er plads til at snakke om følelser. Dette står dermed i modsætning til Connells beskrivelse af det hegemoniske maskulinitetsideal.

11.2.2. Medskyldig maskulinitet

Fortællingerne viser, at flere af mændene ikke bevidst støtter op om den hegemoniske maskulinitet. Vi ser også, at deres fortællinger rummer andre alternative maskulinitetsforståelser, hvor mandighed ikke blot er ensbetydende med at være stærk, selvstændig, ikke-følsom og ansvarsfuld. I et større perspektiv giver dette naturligvis mening, idet mændene ikke selv tilhører den hegemoniske maskulinitet grundet deres psykiske problemer. Umiddelbart konstruerer mændene således en diskurs, som er mere rummelig og moderne. Hvis vi forsøger at se på fortællingernes form og funktioner, viser sig dog et andet billede af deres selvfremstilling.

Et af eksemplerne er med Peter, der påpeger, at han ikke føler skam ved at gå til psykolog (selvom han valgte ikke at gøre det), og han mener heller ikke, at mænd ikke må tale om følelser. Peter fremstiller sig således selv som en moderne og rummelig mand. Trods dette fandt vi det imidlertid bemærkelsesværdigt, at Peters fortælling i høj grad er præget af lange passager om succes ift. især arbejde. Peter lægger meget vægt på at fortælle om sine succeser på sit arbejde, praktikophold på anerkendte universiteter, og hvordan han kan formå at klare studie samt et krævende fuldtidsjob. Peter tegner således et billede af sig selv som værende succesfuld, stærk og med høje ambitioner for sig selv. I Connells optik kan det antages, at Peter placerer sig i maskulinitetskategorien, som betegnes som en ’medskyldig maskulinitet’, hvor man ikke i praksis lever op til det hegemoniske maskulinitetsideal, men hvor man stadig støtter op om disse

normative standarder. Ifølge Connell profiterer disse mænd stadig af de fordele, som de herskende maskuliniteter besidder (jf. 'Teoretisk ramme'). Peters tidligere angstanfald kan formodes at være en sort plet på dette selvbillede, da det kan risikere at ødelægge fremstillingen af ham som stærk og succesfuld. For at tydeliggøre dette skal vi se på et citat af Peter, som vi analyserede tidligere i afsnittet, hvor han anvender ordet 'stærk' i beskrivelsen af den hegemoniske maskulinitet. Han formår dog at vende dette "stærke" til også at være, at *"du indrømmer, hvornår du har det svært, og hvornår du har brug for at snakke med nogen"* (Peter:41). Citatet kan derfor bruges til at se på, hvordan Peter forsøger at vende sine problemer til noget positivt. Det kan med rimelig antages, at angstanfald og stress ikke ofte forbindes med det at være stærk. Gennem hans argumentation konstruerer Peter imidlertid et billede af, at han netop er stærk på grund af hans evne til at stoppe op og bede om hjælp, da han havde det psykisk svært. På denne måde opretholder han stadig et billede af sig selv som maskulin i stedet for at tabe ansigt, for igen at bruge et begreb fra Goffmans teoriapparat. I interviewsituationen forsøger Peter således at opretholde et ansigt, der får ham til at fremstå maskulin trods vores kategorisering af ham som en mand med angst. Med inspiration fra Connell kan det antages, at Peter passivt støtter op om det hegemoniske maskulinitetsideal, når det kommer til arbejde. Støtten gives passivt og sandsynligvis ubevidst af Peter, da han eksplicit i interviewet giver udtryk for, at han er rummelig i sin maskulinitetsforståelse. På denne måde kan det antages, at Peter er en medskyldig maskulinitet, som passivt støtter op om det hegemoniske ideal.

Som det før blev fortalt, er det tydeligt ud fra Birks selv fremstilling, at han vedkender sig en underordnet maskulinitetskategori, idet han eksplicit modsætter sig samfundets stereotype maskulinitetsfremstillinger. Derfor er det interessant at se på Birks fortælling som helhed, da han samtidig forsøger at skabe et billede af sig selv som succesfuld hvad angår arbejds- og uddannelsesmæssige sammenhænge. Han fortæller bl.a. om sine mange forskellige jobs, hvor hans arbejdsdrive især fremhæves i formuleringer som: *"Jeg arbejdede også helt til jeg faldt om"* (Birk:11). Derudover fremhæver han også gode karakterer og udviser generelt et akademisk sprog i sin fortælling, hvor han flere gange viser, at han mestrer forskellige videnskabelige discipliner og læser meget faglitteratur.

Ifølge Reinicke er en af de fortsat mest dominerende forestillinger om ægte maskulinitet associeret med billedet af den fuldtids- og konstant arbejdende mand, og mænds status har gennem historien været tæt forbundet med deres position på arbejdsmarkedet (Reinicke, 2010:40). Mænd forventes stadig at kunne begå sig succesfuldt på arbejdsmarkedet, og det kan være en høj pris for nogle mænd at betale:

"Mange mænd lider dog under en kronisk angst for ikke at slå til på arbejdsmarkedet. Dette skyldes bl.a., at mænd i stor udstrækning bedømmes som vindere eller tabere ud fra deres præstationer på arbejdsmarkedet" (ibid.:45).

Reinickes pointe kan ses i sammenhæng med Peter og Birks selvfrestillinger som hårdtarbejdende og succesfulde hvad angår arbejde og uddannelse. Selvom Birk er eksplicit og stolt af at have en mere alternativ maskulinitet end den hegemoniske, kan det vurderes, at han stadig lægger under for denne dominerende maskulinitetsforestilling om arbejdspræstationer. Selvom de begge understreger deres moderne syn på kønsroller, ses det imidlertid, at de begge passivt støtter op om det hegemoniske maskulinitetsideal omhandlende arbejde gennem den medskyldige maskulinitet.

Når vi kigger på Birks interview som helhed kan vi se en vis uoverensstemmelse mellem de ansigter, som han påtager sig. Her kan igen anvendes Goffmans begreber om ansigtsarbejde. Som vi allerede har antydnet, ændrer Birk sin selvfrestilling, når det kommer til maskulinitet, i løbet af interviewet. Birk er først og fremmest eksplicit i sin modstand til en stereotyp maskulinitetsopfattelse, hvor han således påtager sig ét bestemt ansigt over for os. I løbet af interviewet påtager han sig dog et andet ansigt, som antyder at han implicit ønsker at leve op til stereotype maskulinitetsidealer, hvor han vil fremstå stærk og succesfuld i sin fortælling. Birk påtager sig således to forskellige maskulinitetsansigter i løbet af interviewet.

Som vi har påpeget i teoriafsnittet, er Connell blevet kritiseret for sine rigide og karikerede maskulinitetskategorier. Vi tilkendegiver os som enige i denne kritik, idet vi mener, at teorien kan være vanskelig at operationalisere empirisk. Vi har til tider fundet det vanskeligt at analysere mændenes maskulinitetsopfattelser i forhold til Connells fire maskulinitetskategorier. Derudover kan teorien risikere – ifølge vores overbevisning – at producere for kønsstereotype konklusioner ved en analyse af mænds maskulinitetsformer. Vi finder det positivt ved teorien, at den anerkender eksistensen af forskellige – og ofte modsatrettede – maskuliniteter, men vi finder det vanskeligt at tilslutte os præmissen om en så rigid kategorisering af mænd. Selvom Connell og Messerschmidt i de senere år har åbnet op for teoriens essentialistiske præmis (jf. 'Teoretisk ramme'), indikerer teorien, at mænd som hverken tilhører den underordnede eller marginaliserede maskulinitetskategori per definition ubevidst støtter op om en hegemonisk, patriarkalsk orienteret kønsforestilling. Denne pointe er naturligvis sat på spidsen, men vi forsøger at tegne et billede af, at mænd og maskuliniteter ikke er så skarpt inddelte, som det i teorien fremstår. Dette tydeliggøres eksempelvis i Birks tilfælde, som inden for én bestemt social sammenhæng (interviewet) skifter 'sit maskuline ansigt' flere gange. På denne måde kan vores analyse bl.a. vise, at mænd kan rumme flere forskellige maskuliniteter inden for én bestemt social kontekst. Ydermere ønsker vi i denne forbindelse at rejse et yderligere

11.3. Mændenes sprog om køn

Som det ses i ovenstående analyse, konstrueres forskellige maskulinitetsdiskurser gennem mændenes fortællinger. Til trods for dette finder vi det imidlertid vigtigt at fremhæve en overordnet pointe om mændene, som vi finder bemærkelsesværdigt ift. specialets problemstilling. Ved direkte spørgsmål omhandlende køn og maskulinitet, fandt vi, at mændene generelt havde vanskeligt ved selv at sætte ord på deres køns betydning for deres selvforståelse og sygdomsforløb.

Først skal vi se på, hvordan Sigurd fortæller om køn. Forud for citatet spørger vi, om han har tænkt over, hvad det har betydet for ham som mand at have psykiske problemer, hvortil han svarer efter længere tids tænkepause:

”Altså jeg har aldrig tænkt så meget om det der med forskellen mellem at være mand eller kvinde, men det er også, man har jo kun sig selv at gå ud fra altså.. Jeg... jeg ved det ikke altså. Fordi jeg har ikke defineret mig som sådan en psykisk syg mand, jeg er jo bare psykisk syg altså. Jeg har en psykisk sårbarhed, ik'. Øhm.. Så det er jo svært at sige, hvor forskellen ligger... hvis man var kvinde i stedet for og gået igennem det samme, hvordan havde det måske så set ud, ik'” (Sigurd:63).

I passagen fortæller Sigurd, at han ikke har et billede af sig selv som en psykisk syg *mand*, men bare som psykisk syg. Han forbinder således ikke sit køn til sine psykiske problemer, og køn tilskrives derved ikke en betydning i hans fortælling. På samme måde har Hamid vanskeligt ved at sætte ord på, hvorfor han havde det svært som mand ved at få stillet sin diagnose:

”Interviewer: Har det betydet noget for dig, som mand, at du er psykisk syg? Har det påvirket dig overhovedet?

Hamid: Jeg har ikke tænkt så meget over det her med kønnet, det har jeg ikke. Andet end jeg selvfølgelig har været opmærksom på det med hensyn til venner, hvem jeg føler jeg mest kunne tale med. Der har jeg selvfølgelig været meget opmærksom på, at.. mine kvindelige venner, de har meget nemmere ved at forstå det end mine mandlige venner” (Hamid:112).

Når vi i interviewet spørger til, om Hamids køn har haft en betydning for hans sygdomsforløb, fremstår han relativ ureflekteret omkring dette. Kun ift. sin omgangskreds, har han reflekteret, at køn spiller en rolle. Tidligere i afsnittet berørte vi Karls fortælling, hvor han fremhæver følelsen af tab af sin maskulinitet, da han bliver indlagt på en psykiatrisk afdeling. I interviewet fandt vi hans udtalelse interessant og spurgte

ind til, hvad Karl mente med den formulering. Efterfølgende viser det sig, at han har vanskeligheder ved at uddybe dette tab, som det kan ses i nedenstående passage fra interviewet:

”Interviewer: Hvordan kunne du mærke, at det var maskuliniteten, du var ved at miste?”

Karl: Det ved jeg ikke. Det ved jeg ikke. Jeg tror bare, at det at blive indlagt og at blive syg”

(Karl:82).

Ligesom Sigurd og Hamid, har Karl svært ved at sætte ord på, hvilken rolle hans køn har for hans tilværelse. Vi indledte samtlige interviews med at være implicite omkring vores kønsfokus, og vi undlod således at stille spørgsmål som var direkte kønnede. Vi gjorde dette i håb om, at mændene selv ville komme ind på disse aspekter omkring eventuelle udfordringer, som de oplever omkring at være en mand med psykiske problemer. Med undtagelse af Karl var det sjældent, at mændene selv fremlagde pointer, som omhandlede deres køn, og vi følte os således nødsagede til at spørge mere direkte ind til deres maskulinitetsforestillinger. Men selv med et eksplicit formål for øje oplevede vi, at mændene stadig havde vanskeligheder ved at sætte deres køn i relation til deres fortælling om deres psykiske problemer. Som det ses i ovenstående citater, mener flere af mændene ikke, at deres køn har en betydning for deres mentale helbred, og at deres psykiske problemer er en udfordring for dem som personer – ikke som mænd. De resterende mænd anerkendte, at deres maskulinitet er blevet påvirket, men kunne ikke forklare eller sætte ord på hvordan og hvorfor. Vi vil i diskussionen videreføre disse betragtninger og diskutere, hvilken betydning et (begrænset) sprog for køn kan have for mænd med psykiske problemer.

11.4. Delkonklusion

Med udgangspunkt i Connells teoretiske maskulinitetskategoriseringer har vi i det ovenstående fundet, at ’maskulinitet’ bliver meningsudfyldt af mændene på forskellige måder. For det første ser vi, at mændenes forståelser af ’mand’ centrerer sig omkring egenskaber som forsørgende, styrke, ansvar, selvstændig og handlekraftig. Det kan antages, at disse er egenskaber, som kan sættes i relation til en patriarkalsk orienteret maskulinitetsforståelse, der ifølge teorien, er med til at skabe det hegemoniske maskulinitetsideal. I mændenes fortællinger er det dog tydeligt, at en anden alternativ og underordnet maskulinitetsforståelse kommer til syne udover den hegemonisk positionerede. I fortællingerne ser vi, at mændene, måske i højere grad, anser maskulinitet som et fænomen, hvor en mand også kan være sårbar, tale om følelser og bede om hjælp. I kraft af at mændene selv kan identificere sig til disse karakteristika, får de således inkluderet sig selv i en maskulinitetsdiskurs, som ikke er socialt afvigende. Trods mændenes rummelige og moderne tilgang til maskulinitet ser vi samtidig, at visse af mændene ubevidst påsætter sig et ’ansigt’ som kan sættes i relation til en traditionel kønsopfattelse, hvor arbejdet får en særlig vigtig

betydning. Ud fra teorien kan vi således se, at mændene - på den ene side - bevidst afviser en snæver traditionel maskulinitetsforståelse, samtidig med at de - på den anden side - ubevidst kan positioneres som medskyldige maskuliniteter, som støtter op om et hegemonisk, patriarkalsk maskulinitetsideal. Kapitlet afsluttes med en analyse af mændenes sprog om kønsbetydning ift. deres psykiske problemer. I interviewene har næsten alle mændene vanskeligt ved at sætte ord på, hvilken rolle deres køn har for deres identitetsfølelse og sygdomsforståelse. Vi ser dermed, at mændene udviser et begrænset sprog og refleksionsgrad, når det kommer til køn.

12. "Vores primære opgave er at udrede"

- Diskurser i psykiatrien

Ifølge diskursteorien forstås den sociale verden som skabt af diskurser, som kæmper om at overtage den hegemoniske position i en pågældende social arena. Diskursteorien kan hjælpe med at kortlægge de processer, hvorved vi forsøger at skabe en virkelighed gennem diskursive fremstillinger. Da mændene har været i berøring med psykiatrien, finder vi det interessant at undersøge, hvilke diskursive fremstillinger, der konstrueres i netop dette felt. Vi vil vha. Laclau og Mouffes diskursteori undersøge, hvilke diskurser, der kommer til udtryk i psykiaternes fortællinger for derigennem at pege på de herskende diskurser i psykiatrien, som vi har adgang til via vores interviewmateriale.

12.1. Sygdomsdiskurs

Det kan virke indlysende, at der i psykiatrien eksisterer et fokus på identificering og behandling af psykiske sygdomme, da det i sagens natur er feltets hovedopgaver. Vi finder det imidlertid interessant at meningsudfylde denne sygdomsdiskurs, da det er diskursteoriens opgave at dekonstruere diskursernes selvfølgeligheder. En diskurs kan virke så selvfølgelig og naturlig, at den anses som objektivt givet, men inden for diskursteorien er definitioner af hverken sproget, samfund og identitet noget, som kan fikseres fuldstændigt. Diskursteoriens formål er at kortlægge, hvordan sproget tilskrives bestemte betydninger, og dermed hvordan diskurser skabes (jf. 'Teoretisk ramme'). Det er vores ærinde at undersøge, hvordan psykiaterne og mændene betydningstilskriver de givne diskurser i psykiatrien.

12.1.1. Psykiaternes italesættelser af praksisser

I interviewene beder vi psykiaterne fortælle om deres daglige arbejde og typiske behandlingsforløb i deres arbejde. Psykiaterne italesætter alle en forståelse af, hvad deres arbejdsområde indebærer. Selvom de lægger vægt på, at samtaler med patienten er en særlig vigtig del af deres arbejde, er det imidlertid tydeligt, at de forstår deres hovedopgaver som værende diagnosticering, eventuel medicinering og henvisning til fremtidig behandling ved andre hjælpende instanser. Lene Wadland er speciallæge på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Hovedstaden, hvor hun beskæftiger sig med psykiatrisk udredning til børn og unge under 18 år. I følgende citat fortæller hun om ambulatoriets ansvarsopgaver:

“Vores primære opgave er at udrede. Altså finde ud af, hvad der er galt. Så påpeger vi eller angiver nogle hjælpeforanstaltninger, vi synes. Måske skal der være hjælp fra os af ift. psykoedukation til familien omkring autisme eller ADHD. Vi kan iværksætte noget medicin. Så er det altså kommunerne, der skal ind og også hjælpe de her familier videre i systemet. I deres system” (Lene Wadland:146).

Lene Wadland er i ovenstående passage tydelig omkring, at ambulatoriet har et afgrænset ansvarsområde, hvorefter det er kommunernes ansvar at hjælpe barnet og dets familie videre. Ifølge diskursteorien foregår der konstante sociale processer, der forsøger at fastlåse sproglige betydninger og således give ord og begreber en bestemt mening. Det er på denne måde, at diskurser skabes (jf. ‘Teoretisk ramme’). Vi ser psykiatrien som en social arena, og i psykiatrien eksisterer således også diskurser, som forsøger at fastlåse sprogets betydning på én særlig måde. Ovenstående citat af Lene Wadland kan i denne forbindelse forstås som et forsøg på at fastlåse en artikulation som indholdsudfylder sygdomsdiskursen i ambulatoriet. Dette gøres ved at knytte såkaldte ækvivalenskæder eller bestemte ord til diskursen, som således bliver meningsudfyldt på en særlig måde. I dette tilfælde anvender Lene Wadland ord som ‘udredning’, ‘hjælp’ og ‘medicin’, som medvirker til at meningsudfylde ambulatoriets ansvarsopgaver og dermed diskursen. Lad os se på de andre psykiateres fremstilling af deres ansvars- og arbejdsopgaver og herigennem hvordan de betydningstilskriver sygdomsdiskursen.

I interviewet med privatpraktiserende psykiater, Flemming Tived, gør han meget ud af at fremhæve patientsamtalens vigtighed, og det er for ham vigtigt at vise patienten det *“menneskelige ansigt bag psykiateren”* (Flemming Tived:162). Dette gør han bl.a. ved at skabe et trygt miljø i sit hjem, som fungerer som praksis, hvor han fører en så naturlig samtale med patienten som muligt, der ikke kun skabes på baggrund af journaler og spørgeskemaer. Han understreger, at han ser samtalen som et vigtigt udgangspunkt for diagnosticeringen, så det ikke risikeres, at det udelukkende bliver medicinen, der bruges som diagnostisk pegesnor (ibid.:162). Han fortæller således, at han er påpasselig med at medicinere for tidligt i forløbet. Ifølge Flemming Tived bygges patientsamtalerne op omkring patientens livshistorie, hvor der ikke kun fokuseres på den nuværende sygdomstilstand, men hvor tidligere erfaringer, oplevelser og problemer bliver anskueliggjort. Han fortæller, at han ofte beder patientens forældre om at deltage i samtalerne. I følgende interviewpassage beskriver han, hvad han spørger eksempelvis en mor om i samtalen: *“Ja, og hvis moren sidder der, så spørger jeg ind til graviditeten. Om hun tog medicin, om hun røg, om hun drak alkohol, om hun misbrugte. Også hvis der er noget hjerneskode. Om fødslen var besværlig”* (ibid.:163).

Flemming Tived fokuserer således ikke blot på patientens psykiske tilstand her og nu, men inddrager forskellige perspektiver fra patientens tidlige tilværelse, som kan have indflydelse på den nuværende situation. Selvom han lægger vægt på, at besøget hos ham ikke udelukkende bør handle om medicinering, og at patientens hele livshistorie skal være i fokus, fik vi i interviewet indtryk af, at hans spørgeteknik i patientsamtalen og patienttilgang trods alt har et overordnet formål: at identificere problemer. I interviewpassagen ses fx det, at spørgsmålene ikke er neutrale, men at de alle omhandler forskellige problematikker ved graviditet og fødsel. Med andre ord kan det vurderes, at patientsamtalen er præget af et diagnosefokus, som centrerer omkring kategorisering af patientens problemer. I interviewet med privatpraktiserende psykiater, Ejnar B. Larsen, beder vi ham ligeledes om at beskrive et typisk patientforløb, hvor han siger:

“Interviewer: Jeg kunne godt tænke mig at høre noget mere om samtalen, men inden vi gør det, kan du give en beskrivelse af et typisk behandlingsforløb?”

Ejnar B. Larsen: Et typisk forløb... øhm... (Lang pause). Altså i forbindelse med første samtale, hvis det er depression fx, så stiller jeg typisk diagnosen og kommer med et... optager det der hedder en journal (...) Og så tjekker jeg om de er... altså der kan være en fysisk årsag til, at de har det, som de har det. Og så er der typisk noget samtale, og så foreslår jeg typisk noget medicin til dem” (Ejnar B. Larsen:174).

Interviewspørgsmålet fra vores side er relativt åbent, hvilket giver Ejnar B. Larsen mulighed for at beskrive et behandlingsforløb med sine egne ord. I en diskursteoretisk tilgang kan det vurderes, at ord som ‘diagnose’, ‘journalisering’ og ‘fysisk udredning’ er en del af en ækvivalenskæde, som er med til at give sygdomsdiskursen mening. Med andre ord bruger Ejnar B. Larsen disse ord og beskrivelser til at beskrive, hvad han lægger i et typisk behandlingsforløb og således i en sygdomsdiskurs. Ligesom hos Lene Wadland og Flemming Tived, ses også her diskursive fremstillinger som omhandler et sygdoms- og problemorienteret fokus i patienttilgangen.

Som vi startede afsnittet med at påpege, kan det for mange sandsynligvis virke som en selvfølgelighed, at psykiatrien er styret af en sygdomsdiskurs, der indeholder sociale fænomener som diagnosticering og behandling af patienter. Med dette udgangspunkt kan det antages, at sygdomsdiskursen har opnået en hegemonisk status i det psykiatriske felt. Med hegemoni-begrebet mener Laclau og Mouffe, at der er sket en fastlåsning af sproglige betydninger som resultat af en kamp mellem flere diskurser. Hegemoni opstår, når én diskurs dominerer over andre diskurser i et felt. Da vi ikke kan udlede, ud fra vores empiri, at der er foregået en diskursiv kamp mellem sygdomsdiskursen og andre diskurser, kan vi ikke konkludere, at

sygdomsdiskursen har opnået hegemoni. Vi kan blot belyse, at sygdomsdiskursen har en fremtrædende position i feltet.

Inden for diskursteorien betegnes nogle diskurser som 'objektive', idet diskursen og de dertilhørende sociale praksisser virker så fast etablerede og naturlige, at det glemmes, at al diskurs er kontingent. Diskursen bliver således taget for givet. Ud fra vores empiri har vi ikke mulighed for at fastslå at sygdomsdiskursen hverken er en hegemonisk eller objektiv diskurs, men det kan antages, at sygdomsdiskursen muligvis kan være af en objektiv karakter i psykiatrien, da det er vanskeligt at se andre alternative diskurser, som kan udfordre sociale praksisser som diagnosticering, udredning, medicin og patientsamtaler. Inden for diskursteorien anses alle sociale processer som socialt konstruerede, hvorfor der er en mulighed for, at en ny diskurs på et tidspunkt kan overtage den hegemoniske position i psykiatrien. Før vi slutter afsnittet af med en opsamling om sygdomsdiskursen, vil vi vende blikket mod mændenes fortællinger. Som allerede beskrevet har flere været i behandlingsforløb hos både psykiatere, psykologer og på hospitaler. For at fortsætte identificeringen af sygdomsdiskursen i psykiatrien vil vi nu se på mændenes italesættelser af, hvad de fremhæver som de mest centrale fokusområder i psykiatrien.

12.1.2. Mændenes kritik af psykiatrien

Flere af mændene udtaler sig relativt kritisk om deres møder med psykiatrien, hvor de bl.a. har følt, at patientsamtaler og samtalerterapi ikke har været prioriteret. Hamid udtaler i interviewet, *"at der er så meget fokus på medicinen og for lidt fokus på det terapeutiske"* (Hamid:111). Hamid var indlagt på en psykiatrisk afdeling, da han fik sin skizofrenidiagnose. På dette tidspunkt blev han også medicineret, og i den forbindelse syntes han, at der var en manglende information omkring hans medicin. Han fortæller:

"Det er utrolig dårligt i psykiatrien. Altså som ny, så var jeg meget forvirret altså... Øhm, fordi jeg blev heller ikke sat ordentligt ind i hvad det var for noget medicin, jeg fik, øh, hvilke bivirkninger, det havde (...) Jeg kan huske, jeg fik nogle papirer, jeg skulle læse, og det var bare sådan noget (...) Der kunne det være lidt rarere, hvis der var nogen der rent faktisk sådan sad ned og forklarede, hvad det er du går igennem, og hvorfor vi mener du har det sådan" (ibid.:100).

Hamid fortæller her, at han burde have fået mere støtte og hjælp til at forstå sin diagnose og sin tilværelse som psykisk syg, end han fik tilbudt i psykiatrien. Hans sårbare position gjorde, at han ikke selv kunne håndtere den nye information og de forandringer, som en psykisk diagnose indebærer. Også Birk forklarer i sit interview, at han savnede forklaring om sin psykose og skizofrenidiagnose:

“Altså jeg tror, jeg havde fået meget mere på plads, hvis jeg havde haft nogle samtaler om hvorfor. Eller ligesom fået forklaret: Jamen, du har faktisk oplevet nogle af de her ting, fordi du var psykotisk. Eller bare havde fået forklaret, hvad det er at være psykotisk” (Birk:13).

Sigurd fortæller, at han på lignende vis heller ikke fik tilstrækkelig information om sin diagnose. Ifølge Sigurd brugte en psykiater kun et kvarter på diagnosticeringen, hvorefter han blev overladt til sig selv. Han fortæller, hvordan han var nødsaget til at søge andre veje for information:

“Så der var ikke nogen steder, jeg sådan ret professionelt kunne få en forklaring på, hvad fanden det her var for noget. Så det var jo det der med... som rigtig mange andre også gør med at gå ind på netdokter.dk og så slå ens diagnose op og så prøve at undersøge, hvad det egentlig er” (Sigurd:52).

Både Hamid, Birk og Sigurd fortæller, at de har haft en følelse af ikke at blive hørt i psykiatrien, men i stedet blive ladet i stikken af behandlerne, da de ikke fik tilbudt professionel hjælp til at forstå og vænne sig til deres nye diagnose. I stedet for at rådgive og hjælpe mændene videre i deres nye tilværelse, havde behandlerne mere fokus på at stille en diagnose og dertilhørende medicin. Mændenes diskursive fremstillinger er af en mere kritisk karakter end psykiaternes, men vi kan se i begge fremstillinger, at psykiatrien er præget af en diagnosticerende og medicinsk tilgang.

12.2. Individorienteret diskurs

Vi har i ovenstående afsnit set, at psykiaterne italesætter en diskurs omkring et sygdomsfokus i psykiatrien. Vi kan i interviewmaterialet ligeledes se, at psykiaterne hver især italesætter, at deres psykiatriske behandling fokuserer på den enkelte patients behov og karakteristika. Dette individorienterede fokus kan vi spore, når vi i interviewene spørger ind til psykiaternes fokus på kønsforskelle og eventuelle forskellige tilgange til deres behandling og samtale med mandlige og kvindelige patienter.

12.2.1. Kønsblik eller ej?

Interviewet med Lene Wadland viser, at hun ikke reflekterer over patientens køn ift. behandlingen og diagnosticeringens udformning. Dette kommer tydeligt frem i nedenstående uddrag:

“Interviewer: Kan du se for dig, om dit sprog i samtalen ændrer sig alt efter, om det er en dreng eller en pige?”

Lene Wadland: Nej, det synes jeg slet ikke, jeg gør. Nej.

Interviewer: Så der er ikke et tydeligt fokus på, om drenge har sværere ved at snakke nogle gange?

Lene Wadland: Nej, det tænker jeg slet ikke. Jeg ser mere på hver patient individuelt og ser hvordan, jeg bedst muligt kan snakke med den her patient. Jeg tænker ikke, at nu kommer der en dreng, så nu skal jeg gøre sådan. Jeg ved ikke, om mine kollegaer gør det. Men det tror jeg faktisk ikke.

Interviewer: Så det er lidt kønsneutralt?

Lene Wadland: (opsving i stemmen) Ja, det synes jeg faktisk. Vores måde at angribe den enkelte patient på, synes jeg godt man kan sige er fuldstændig kønsneutral" (Lene Wadland:151).

Ud fra Lene Wadlands betragtning bør hver eneste patient ansues som individuelle tilfælde med individuelle karakteristika. Med andre ord vil det sige, at udredning og behandling af en patient ikke bør bestemmes ud fra patientens køn, og hun siger også eksplicit, at ambulatoriets patienttilgang er "*fuldstændig kønsneutral*". Lene Wadlands italesættelse af den kønsneutrale tilgang til behandling fremhæves yderligere i hendes toneleje, der bærer præg af en faglig stolthed over denne position, og hun fremhæver tillige, at der er enighed i ambulatoriet om denne kønsneutralitet.

Som vi skal se på nu, anser hverken Flemming Tived og Ejnar B. Larsen heller ikke køn som en betydningsfuld faktor i deres psykiatriske praksis, når det kommer til at udredning og behandling. I interviewet med Flemming Tived spørger vi ind til hans professionelle tilgange over for hans patienter. Han fortæller, at en psykiatrisk behandling skal begrundes i patientens personlige egenskaber og ikke kønnet:

"Interviewer: Så du prøver at have samme tilgang til en mand og en kvinde?

Flemming Tived: Ja, det synes jeg, det synes jeg faktisk.

Interviewer: Det er ikke noget, du overvejer inden? Sådan.. Det er en mand, så det kan godt være jeg skal gribe ham an på en lidt anden måde end en kvinde?

Flemming Tived: Nej, det har mere at gøre med personlighed" (Flemming Tived:168).

Ligesom Lene Wadland og Flemming Tived, laver Ejnar B. Larsen ikke forskelligartede behandlingsplaner afhængig af, om det er en mandlig eller en kvindelig patient. Han fokuserer derimod på mere på, hvordan "*personen er skruet sammen*", og giver ikke kønsmæssige forskelle en reel betydning (Ejnar B. Larsen:179).

Set i en diskursteoretisk kontekst er den individorienterede diskurs, som den er fremlagt her, konstitueret ved at udelukke diskurser, hvor køn har en betydning for den psykiatriske behandling. Med undtagelse af Birgit Petersson italesætter psykiaterne altså et fokus på individet frem for kønnet, hvormed vi kan antage, at den individorienterede diskurs i psykiatrien ikke ækvivaleres med køn. Ligesom vi ved sygdomsdiskursen ikke kan fastslå dens hegemoniske position, kan vi heller ikke her med sikkerhed sige, at andre diskurser ikke er til stede og udfordrer den individorienterede diskurs' hegemoni. Vi kan dog antage, at den individorienterede diskurs, hvor køn ikke spiller en væsentlig rolle, i hvert fald fremstår hegemonisk.

12.2.2. Diskursiv kamp

Privatpraktiserende psykiater, Birgit Petersson, deler samme patientsyn som de øvrige psykiatere ift. fokus på individuelle faktorer. Når vi spørger Birgit Petersson, om der er forskel på hendes behandling, når hun sidder over for hhv. en mand og en kvinde, svarer hun *"nej, det er der ikke"* (Birgit Petersson:188). Dog adskiller hun sig efterfølgende fra de øvrige psykiatere, idet hun proklamerer sig selv som feminist med en stor interesse for kønsforskelle i hendes praktikker. Det, der adskiller hende fra de andre er, at hun mener, at et individfokus ikke udelukker et kønsfokus. Hun udtrykker over for os, at det er et bevidst valg, hun har taget. Denne interesse ses tydeligt i hendes tilgang som psykiater:

"Jeg kender godt kønsforskelle, og det tager jeg hensyn til. Men jeg arbejder med både mænd og kvinder, hvor jeg tager hensyn til, at man har både mandlige egenskaber og kvindelige egenskaber. Det har begge køn. Og hvad det er for nogle egenskaber, som de som personer gerne vil have til at fylde, det er jo deres valg" (ibid.).

Birgit Petersson fremhæver flere gange, at hun lægger stor vægt på patienternes køn i hendes arbejdsmetode. Nedenstående passage giver et billede af, at hun har et kønsblik i sin tilgang, hvor hun fortæller om en session med en mandlig patient:

"... en ung mand, der havde en spiseforstyrrelse og som virkelig kæmpede med sin maskuline identitet, og ham fik jeg til at komme ind for Civilforsvaret, og han var lykkelig over at være der. Og fordi at der havde han sådan nogle forbilleder og kom ud i aktiviteter og sådan noget, som han kunne få identitet ift. Og det er ikke fordi, jeg elsker Civilforsvaret eller nogle ting, men det er jo et af de steder, man nogle gange lige kan tænke på, at der er nogle, der kunne få noget styrke ved det, ik'" (Birgit Petersson:193).

Birgit Petersson fremhæver, at patientens svækkede maskulinitetsforståelse indvirkede på, hvordan han havde det psykisk. Derfor opfordrede hun ham til at søge ind i et traditionelt maskulint felt som Forsvaret, hvor han kunne få mulighed for at anvende og styrke sin maskulinitetsfølelse. Ovenstående citater vidner således om, at hun har et fagligt fokus på, hvordan køn kan have betydning i psykiatrisk praksis. Ligesom de andre psykiatere fokuserer Birgit Petersson på det enkelte individs egenskaber og særlige problematikker, når hun skal behandle, men hun adskiller sig fra de andre ved at tænke kønnets betydning med ind i hendes tilgang. I en diskursteoretisk optik repræsenterer Birgit Petersson en modstand mod den hegemoniske position af den individorienterede diskurs, som de andre psykiatere fremstiller, hvor køn ikke spiller en væsentlig rolle. Hun fremhæver yderligere, at et fokus på køn ikke er at finde i psykiatrien generelt, og at hun ser, at psykiatrien overordnet set behandler kønsneutralt (Birgit Petersson:196). Hvis vi igen anvender et diskursteoretisk begreb, kan vi bruge antagonisme som forklaringsmulighed på disse to modstridende holdninger til køn. Antagonisme er diskursteoriens begreb for konflikt, og man kan sige, at antagonistierne opstår der, hvor diskurserne støder sammen (jf. 'Teoretisk ramme'). Birgit Petersson repræsenterer således en antagonistisk diskurs, som står i modsætning til de øvrige psykiateres diskursive fremstilling af den individorienterede diskurs. Birgit Peterssons påpegning af, at psykiatrien som helhed er kønsneutral kan ses som et udtryk for, at hun er bevidst om den diskursive kamp om kønnets rolle i psykiatrien.

Hvis vi igen vender blikket mod mændene, ses dette kønsneutrale fokus ej heller i deres fortællinger. Her fremhæves, at heller ikke de har oplevet, at deres behandlere i psykiatrien har haft fokus på køn ift. diagnosticeringen eller behandlingen af deres psykiske problemer. I nedenstående citat er det Karl, som svarer på spørgsmålet, hvorvidt der er fokus på køn i behandlingssystemet:

"Karl: Altså om de (behandlerne) har haft en kønsrelateret tilgang?

Interviewer: Ja.

Karl: Nej, det vil jeg ikke sige. Det har ikke været i fokus" (Karl:88).

Heller ikke Birk mener, at det faktum, at han er en mand, har haft en betydning for hans behandling i psykiatrien. Han mener derimod, at systemet er domineret af en anden tankegang, som det ses i nedenstående uddrag:

"Interviewer: Følte du, at der i psykiatrien var fokus på kønsforskelle?

Birk: Nej, det gjorde jeg sgu ik.'

Interviewer: Hvad er din opfattelse af hele systemet. Er der fokus på køn?

Birk: Det tænker jeg ikke, der er. Jeg har ikke skænket det en tanke ift. det psykiatriske behandlingssystem. Heller ikke oplevet med at blive mødt med kønsstereotyper. Det er meget diagnosefikseret” (Birk:19).

Birk fremhæver, at han ikke har oplevet et fokus på køn ift. den behandling, han har fået i psykiatrien. Han fremhæver tværtimod, at psykiatrien er diagnosefikseret, som blot understreger pointerne fra foregående afsnit om tilstedeværelsen af en sygdomsdiskurs i psykiatrien. Karl og Birk italesætter altså samme begrænsede kønsfokus i psykiatrien som Lene Wadland, Ejnar B. Larsen og Flemming Tived gør. Kun Birgit Petersson repræsenterer en modstand mod denne tilgang, da hun i den individorienterede diskurs ser, at det også er muligt at fokusere på patientens køn. Hun pointerer ydermere, at det kan være nødvendigt at have et kønsfokus for at indfange alle aspekter af patienternes behov og problemer. Selvom de fire psykiatere alle er enige om, at det er vigtigt at fokusere på det enkelte individ, så repræsenterer Birgit Petersson en modstand til den hegemoniske status om, at køn ikke er betydningsfuld og tilstedeværende ift. diagnosticering og behandling i psykiatrien. Vi kan i interviewmaterialet se, at der er forskellige opfattelser af, hvad god psykiatrisk praksis indebærer, og der forekommer altså en diskursiv kamp om at meningsudfylde den individorienterede diskurs ift. betydningen af køn. Denne pointe vil vi udfolde yderligere i næste afsnit.

12.2.3. Ubevidst kønsblik?

Vi har i det ovenstående vist, at den individorienterede diskurs i psykiatrien umiddelbart er præget af en kønsneutral tilgang til behandling. Til trods for dette ses det dog flere steder i empirien, at psykiaterne italesætter forskellige situationer, hvor vi alligevel kan se, at de reflekterer over kønsforskelle i deres praksis. Dette gælder bl.a. i Ejnar B. Larsens fortælling. Umiddelbart virker det som om, at køn ikke udgør en faktor i hans faglige tilgang, men jo mere vi spørger til kønsrelaterede problematikker i interviewet, jo mere viser det sig, at Ejnar B. Larsen benytter ubevidste kønnede handle-mønstre ift. mandlige patienter. Dette vises bl.a. i denne passage fra interviewet:

”Interviewer: Ja, okay. Ift. din tilgang til patienten, sker der en ændring i dit sprog alt afhængig om patienten er en mand eller kvinde?

Ejnar B. Larsen: Nej. Altså det er mere personen, hvordan jeg fornemmer personen er skruet sammen, altså... Hvordan kan man tale om tingene. (Tænkepause). Måske, jo altså... (Tænkepause). Jo, det er ikke rigtigt, der... altså ift... når jeg taler med mænd, så... nu genera... nu tager jeg det sådan... Så kan den måde man udtrykker sig, fx at kalde en spade og en spade eller altså være sådan mere direkte...” (Ejnar B. Larsen:181).

Til spørgsmålet svarer Ejnar B. Larsen indledningsvist, at han ikke ændrer sit sprog afhængig af, hvilket køn patienten har. Efter flere tænkepauser ændrer han dog sin fortælling, hvor han erkender, at han rent faktisk udtrykker sig anderledes, når han sidder over for en mandlig patient, da han her har en mere direkte facon og kalder *"en spade for en spade"*. Kort efter beskriver han også, at han anvender en bestemt form for humor i sin tilgang til mænd, som han ikke bruger med kvinder (Ejnar B. Larsen:8). Det ses således, at Ejnar B. Larsen ikke bevidst udviser en praksisform, som er styret af køn, men at han ubevidst er klar over kønsforskelle i forbindelse med psykiatrisk behandling. Det viser sig i hans beskrivelser af hans praksis som psykiater, at hans professionelle tilgang til patienten på nogle områder tilpasses til, om patienten er mand eller kvinde. Ejnar B. Larsen fortæller endvidere, at disse "strategier" ikke er manuelt baserede, men at det kommer naturligt til ham.

Denne analytiske pointe kommer ikke lige så tydeligt til udtryk i interviewet med Lene Wadland, men det ses, at hun alligevel i nogen grad er reflekteret over kønsforskelle i psykiske sygdomme. Som eksempel kan nævnes en passage i interviewet, hvor hun fortæller om forskellen på piger og drenges adfærd, når det kommer til Aspergers-syndrom. Ifølge Lene Wadland gør pigers socialisering, at de er bedre til at begå sig i sociale sammenhænge sammenlignet med drenge. Denne forskel gør, at piger med Aspergers-syndrom kan være vanskeligere at opspore (Lene Wadland:150). Derudover nævner hun kønsforskelle ft., hvordan piger og drenge forsøger at begå selvmord på (ibid.:155), og hun reflekterer ligeledes over, at drengene på ambulatoriet kan drage fordele ved at have en mand som behandler (ibid.:10). Det kan således hævdes, at selvom køn ikke er et forankret element i hendes psykiatriske praksis, er hun stadig bevidst om, at der kan forekomme forskelle på piger og drenge, når det kommer til psykiske lidelser.

Hvis vi tager et diskursivt og interaktionistisk blik på analysen af de to ovenstående eksempler, er det interessant at se, at de to psykiatere, som ellers meget bevidst har italesat, at de ikke fokuserer på kønnet, men på individet, alligevel gør det ubevidst. Når vi som interviewere direkte spørger til deres udtalelser om det kønsneutrale behandlingsfokus, kan vi se, at der opstår en lille kamp om meningsudfyldelse af diskursen. På den måde er vi som interviewere med til at udfordre deres tanker og holdninger til den kønsneutrale tilgang. Dette understreger igen diskursteoriens pointe om, at ingen diskurs er så fast etableret, at den ikke er genstand for forandring eller for andre diskurser, der definerer virkeligheden på en anden måde. Lene Wadland og Ejnar B. Larsens fortællinger, hvor nogle ubevidste kønnede betydninger træder frem, viser, at det kønsneutrale fokus i den individorienterede diskurs ikke har opnået en objektiv status, men stadig er til forhandling.

12.3. Psykiatriens påvirkning på mændene

I dette afsluttende afsnit skal vi tage et blik på Laclau og Mouffes subjektforståelse. I en medicinsk diskurs positioneres subjekterne fx som patienter, hvortil der hører bestemte forventninger til, hvordan disse individer skal agere. I diskursteorien anskues individet ikke som autonomt, idet det positioneres udefra af diskurser, som det omgiver sig med (jf. 'Teoretisk ramme'). Mændene er således ikke kun positioneret i en patientposition, men positioneres også i eksempelvis en skoleposition, arbejdsposition, familieposition etc. Dette aspekt fokuserede vi på i kapitel 1, hvor vi undersøger, hvordan mændene skifter roller afhængig af social kontekst. I en diskursteoretisk optik vil man sige, at mændene indtager forskellige subjektpositioner alt efter hvilke diskurser, der omgiver dem. I kraft af vores brug af diskursteori kan vi således udlede, at fordi mændene agerer eller har ageret som patienter i psykiatrien, besidder de en subjektposition, som er determineret af psykiatriske strukturer. Ud fra mændenes fortællinger kan vi se, at særligt sygdomsdiskursen, som vi behandlede tidligere, influerer på mændenes subjektposition. Herunder ses en passage fra interviewet med Hamid, hvor han beskriver, hvor meget hans diagnose fylder i hans selvbillede: *"Når man har det værst, så føler man, at man er sin sygdom. Øh, så er det lige meget... så alt hvad du gør, det analyserer du i forbindelse med din sygdom altså.."* (Hamid:102).

Når Hamid har det svært i forbindelse med sin skizofreni, føler han, at sygdommen er altafgørende for hans identitet. Han fortæller ligeledes, at alt hvad han gør – hvilket vil sige hans handlinger – ser han i lyset af diagnosen. Også Sigurd har følt, at hele hans selvforståelse har været bundet op omkring hans sygdom:

"Jeg var meget, meget låst fast i dengang, at det blev min identitet. Øh, og det var ligesom det eneste, jeg var. Jeg var egentlig også pissebange for at skulle finde ud af, jamen er jeg andet end det? Fordi jeg kunne dårligt nok rumme den del af mig" (Sigurd:53).

For Sigurds vedkommende har sygdommen fyldt meget i hans selvforståelse, og det er først i sin bedringsperiode, at han har indset, at han, udover sin sygdomsadfærd, også indeholder egenskaber og værdier, som ikke har noget med hans diagnoser at gøre. Ud fra ovenstående kan der ses fællestræk ved mændenes fortællinger i forbindelse med deres selvforståelse. I perioder, hvor de har været mest syge og været tilknyttet psykiatrien i høj grad, har de følt, at deres sygdom har defineret dem mere end noget andet. I en diskursteoretisk optik kan det vurderes, at mændene er blevet så påvirket af sygdomsdiskursen i psykiatrien, at flere af dem har taget denne subjektposition på sig. Mændenes positioneringer i psykiatrien har således medført, at sygdomsdiskursen har påvirket deres selvbillede. Disse betragtninger vil vi tage op i diskussionen.

12.4. Delkonklusion

I det afsluttende analysekapitel har vi vendt os mod psykiaternes interviews, hvor vi identificerer de to mest fremtrædende diskurser. Grundet vores blot fire interviews med professionelle kan vi ikke generalisere deres udtalelser til at være gældende for hele psykiatrien, men vi kan blotlægge hvilke diskursive tendenser, der forekommer blandt et lille udsnit af professionelle, som agerer i dette felt.

For det første kan vi på baggrund af psykiaternes fortællinger se, at der hersker en sygdomsdiskurs, når psykiaterne beretter om deres praksisser og ansvarsområder. Her kan vi se et udpræget fokus på diagnosticering, udredning, medicinering og behandling af psykiatriske patienter. Patientsamtalen fremhæves derudover af psykiaterne, idet denne skaber grobund for at give den rette diagnosticering og dermed den korrekte medicinering. Vi inddrager mændenes fortællinger i denne forbindelse, da de ligeledes udtaler sig om det psykiatriske system og dets fokusområder. Mændene fortæller os, at de, i deres møder med systemet, også ser et tydeligt diagnose- og medicinfokus, omend disse fortællinger er af en mere kritisk art sammenlignet med psykiaternes. Ud fra mændenes fortællinger ser vi ligeledes, at mændenes subjektpositioneringer i psykiatrien har medvirket til, at sygdomsdiskursen har præget deres selvforståelse frem for nogle andre aspekter i deres tilværelse.

For det andet identificerer vi en individorienteret diskurs blandt psykiaterne, hvor individuelle forskelle ved patienten medtænkes, når psykiaterne udformer en behandlingsplan. Bortset fra Birgit Petersson, fortæller psykiaterne, at patientens køn dog ikke er en faktor, som anvendes som pejlemærke i deres praksisser. Vi kan ligefrem konkludere, at der blandt disse psykiatere hersker en kønsneutral tilgang til patienterne. Vi ser endvidere, at Birgit Petersson udfordrer denne diskurs og skaber en diskursiv kamp i feltet ved at mene, at der bør være et kønsfokus i psykiatrien. Derudover ser vi, at den individorienterede diskurs endnu ikke er meningsudfyldt, når det kommer til køn, idet flere af psykiaternes fortællinger vidner om, at de har et ubevidst fokus på køn trods deres påståede kønsneutrale tilgang.

13. Hvilken rolle spiller køn egentlig?

- En diskussion om kønnets betydning i relation til psykiske problemer

Vi har i analysen undersøgt flere forskellige aspekter ved mændenes fortællinger omkring deres psykiske problemer, og set på hvilke diskurser mændene er omgivet af i psykiatrien ud fra interviewene med de fire psykiatere. Vores formål har hidtil været at undersøge, hvad det betyder for mænd at opleve psykiske problemer. Vi ønsker nu i diskussionen at samle op på analysens hovedpointer og gå yderligere i dybden med de kønsaspekter, som vi allerede har berørt, for at diskutere, hvilken rolle køn har ift. psykiske sygdomme.

Vi har fra specialets start været drevet af en interesse om at undersøge, hvordan køn og maskulinitet bliver konstrueret ift. psykiske problemer, og det har været vores formodning, at køn ganske vist har en betydning for de mænd, der oplever psykiske problemer. Vores interesse og overbevisning om kønnets betydning for emnet blev blot større, da vi indledte vores søgen på interviewpersoner, som viste sig at være sværere end forventet. Som vi tidligere har beskrevet, oplevede vi en del besvær, da vi søgte efter interviewpersoner og vores anmodning blandt foreninger, organisationer og egen omgangskreds blev ofte afvist. Vi tolker dette som et udtryk for, at vi har taget fat i et emne, som både er underbelyst i dansk kontekst, men som også er tabubelagt. Men hvis vi forholder os lidt kritiske til denne formodning, kan man i stedet se det som et udtryk for, at vi belyser et problem som slet og ret ikke er til stede. Præmissen for specialet bygger på en formodning om, at køn, og i særdeleshed forestillinger om maskulinitet, påvirker mænd med psykiske problemer. Men hvorfor behøver vi overhovedet at tale om køn i relation til psykiske problemer, når der er tale om tilstedeværelsen af en sygdom? I stedet for at vi *bidrager* til at belyse et socialt problem, kunne det så argumenteres, at vi i stedet er med til at *skabe* det sociale problem ved at fokusere på mændenes køn og dermed sætte mænd i en dobbeltudsat position? Vi ønsker, at mændene skal forholde sig til deres identitet i relation til deres oplevelser med at have psykiske problemer, samtidig med de skal forholde sig til deres maskulinitet. Spørgsmålet er, om det blot er forestillinger, vi har problematiseret på forhånd, men som ikke kommer til udtryk i nogen særlig grad i mændenes fortællinger. Vi ønsker at udfordre disse nuancer om kønnets betydning for mænd med psykiske problemer i følgende diskussion.

13.1. Diskursernes indflydelse på mænd

Vi indleder med at vende blikket mod diskurserne i psykiatrien. Psykiaternes italesættelser af en sygdomsdiskurs illustrerer, at der er fokus på udredning og medicinering i psykiatrien, men det er i princippet også forståeligt, når man tænker på, at psykiatrien er en disciplin inden for den medicinske verden. Her må det vigtige være at udrede og diagnosticere mennesker med psykiske problemer, og ikke fokusere på hvilket køn de har. Mændene selv fremhæver, at de savnede fokus på patientsamtalen, og de fandt, at der var for meget fokus på det medicinske aspekt og for lidt fokus på forklaring af deres diagnosers konsekvenser for dem som personer. Vi ser ligeledes, at der hersker en individorienteret diskurs, hvor psykiaterne fremhæver, at de behandler hvert enkelt individ efter deres personlige egenskaber, og ikke efter hvilket køn patienten har. Med undtagelse af Birgit Petersson gælder dette samtlige psykiatere. Selvom vi kunne se, at denne diskurs stadig er til forhandling, når det kommer til kønnets betydning og indflydelse, er det vores vurdering, at den peger på, at psykiatriens behandling er kønsneutral. Sætter vi igen dette i relation til mændene, er der ikke her den store diskrepans. Når vi spørger ind til, om mændene har oplevet, at der var fokus på køn, er svaret nej, men de italesatte dog heller ikke, at de savnede dette fokus. Derfor bliver spørgsmålet nu om mænd, og kvinder for den sags skyld, ville have gavn af, at der er mere fokus på køn i psykiatrien, når vi i interviewmaterialet ikke kan se, at dette behov italesættes.

Mandeforsker, Kenneth Reinicke, har i sine studier set på mænds position i samfundet. Han argumenterer, at vi, pga. mænds historisk set dominerende position i samfundet, ikke er vant til at debattere mænds sociale køn. Det sociale køn henviser til samfundsmæssige og kulturelle normer, som har betydning for vores tanker og handlinger. Ifølge Reinicke har køn indflydelse på skabelsen af vores sociale liv, men i drenges tidlige socialisering bliver de ikke opdraget til at tale om deres køn i samme grad som piger (Reinicke, 2013:12). Hvor pigers identitetsdannelse ofte er knyttet til intimitet, er drenges identitetsdannelse omvendt knyttet mere til autonomi. Sagt på en anden måde, så tænker piger, mens drenge handler (ibid.:79f), og Reinicke argumenterer, at mænd på denne måde er blevet til 'det tavse køn' (ibid.:12f). I analysen om mændenes maskuliniteter fandt vi, at mændene har svært ved at knytte ord og betydninger til deres køn. Vi ser altså, at hverken psykiaterne eller mændene italesætter køn i særlig høj grad. Inddrager vi den diskursteoretiske tankegang til denne betragtning, er det relevant at se på individets position ift. diskurser. Vha. Laclau og Mouffes begreb, subjektpositioner, beskrives individet som ikke-autonomt, idet det positioneres ud fra de diskurser, som omgiver det. Følger vi denne tankegang, bliver mændene altså påvirket af psykiatriens strukturer og diskurser, og som vi har set, er der her ikke stort fokus på køn. Sætter vi disse forskellige fund sammen, udgør det en interessant pointe. Skal vi blot se mændenes begrænsede sprog for køn som et udtryk for, at de ikke har *behov* for at tale om deres maskulinitet eller er det et udtryk for, at de, i bl.a. i psykiatrien, ikke bliver *tilbudt* et fokus på deres køn? Ud

fra ovenstående kan vi dog stille spørgsmålstejn ved, at hvis ikke mænd bliver hjulpet med at italesætte, hvad deres eget køn betyder for det de gennemgår, hvordan skal vi så forvente, at de kan sætte ord på det? Det kan altså argumenteres, at en kønsneutral psykiatri er med til at reproducere mænds tavshed omkring deres køn.

Det kan yderligere argumenteres, at behandlingen af psykiske problemer burde fokusere mere på køn, fordi mange af de aspekter ved individet, som er relateret til overordnede kønsstrukturer, overses, hvis man forholder sig kønsneutral til behandling. Kønsforsker Karin Garde har beskæftiget sig med temaet, køn og kønnets betydning for psykisk sygdom, og hun påstår, at begrebet køn nærmest er forsvundet ud af synsfeltet i dansk psykiatri, som i dag karakteriseres som kønsneutral (Garde, 2003:9). Hun beskæftiger sig med forskelle i mænd og kvinders mentale sundhed, og mener, at der er kønsforskelle, som skal tages til efterretning, når det kommer til reaktioner og handlemønstre. Af denne årsag mener Garde, at der er et behov for en mere kønsdifferentieret psykiatri for netop at favne nogle af disse forskelle. Mandens førnævnte autonomi betyder fx, at han vil være mindre tilbøjelig til at søge behandling, og han er mere tilbøjelig til at underrapportere om sit eget helbred hos lægen (ibid.:176). Vi ser, at dette kan være et udtryk for, at manden forsøger at opretholde et hegemonisk maskulinitetsideal ved at fremstå usårlig og stærk. Ifølge Garde vil mænds typiske reaktionsmønstre være selvmedicinering, fx alkohol og stoffer, for på den måde "at klare det selv". Garde mener, at hvis man bruger al den forskning og viden, der beskriver kønsfordelingen, forløb af sygdomme og kønsforskellige træk ved sygdomme, vil det fremme en nuanceret og mere konstruktiv behandling af mænd og kvinder i psykiatrien (ibid.:179.) Hun fremhæver specifikt skizofreni, som er en sygdom, der rammer mænd langt hårdere end kvinder, og hvor der er grund til organisatorisk at indføre forbedringer, da mændene her står svagere end kvinder.

Hvor Garde i sin forskning har fokuseret på begge køn, har psykolog, Svend Aage Madsen, fokuseret specifikt på mænd, da han mener, at ovenstående pointer især er skadelige for mænd, hvorfor der forekommer en stor ulighed i sundhed, når det kommer til kønnene. Madsens formål med at fokusere på mænds sundhed, er at ændre den måde sundhedsvæsenet anskuer behandling ift. kønnene (Madsen, 2014:65). Han mener specifikt, at kommunikationsformen til mænd i sundhedsvæsenet bør være mere direkte og konkret, ligesom der bør rettes sundhedsinformation og sundhedstilbud direkte til mænd (ibid.:94f).

Dermed ikke sagt, at der gives forkert behandling til mænd, men der burde i højere grad gøres plads til kønsaspekter i behandling af psykiske sygdomme. Faren ved at fokusere for meget på køn er omvendt, at der kan blive skabt nogle kønsstereotyper omkring maskulinitet, som vil udelukke nogle mænd, der ikke udviser typiske mandereaktioner. Garde pointerer yderligere, at ligestillingskampene mellem kønnene har gjort, at der ikke er så store forskelle mellem kønnene længere, og vi kan risikere at gå nogle skridt tilbage, og måske endda modarbejde ligestilling og god behandling, hvis vi begynder at behandle det ulige ens

(Garde, 2003:180). Vi vil i det følgende søge at sætte ovenstående i relation til analysens andre pointer, og det er her interessant at vende blikket mod mændenes italesættelser af maskuliniteter.

13.2. Stigmatisering af mænd

Vi har ovenfor argumenteret, at det kønsneutralt fokus i psykiatrien kan afspejles i mændenes begrænsede sprog for køn, og det er derfor også interessant at se nærmere på, om dette tavse, maskuline køn afspejles i mændenes konstruktioner af maskulinitet. Vi har ligeledes i analysen set, at mændene indtager og udøver forskellige roller alt afhængig af den sociale arena, de befinder sig i for at undgå at afsløre (graden af) deres psykiske problemer. Vi har peget på, at mændene italesætter dette som en måde at undgå at blive dømt eller stigmatiseret af deres omgangskreds. Skal vi forsøge at sætte disse analyser i relation til køn, kan det diskuteres, hvorvidt mændenes brug af rolleskift og den dertilhørende frygt for stigmatisering hænger sammen med deres køn. Vi har selvfølgelig ikke mulighed for at lave et sammenligningsgrundlag med kvinder, men vi kan forsøge at se nærmere på, om mænd føler sig mere stigmatiserede, først og fremmest fordi de er psykisk syge, men også fordi de er mænd.

For at blive i den diskursteoretiske tænkning kan vi se, at mændene meningsudfylder en diskurs om køn, hvori vi ser flere af Connells maskulinitetskategorier repræsenteret. Ved at mændene har haft psykiske problemer vil de ikke, i tråd med teorien, kunne beskrives som tilhørende den hegemoniske maskulinitet, da psykiske sygdomme kan ses som et svagt og dermed ikke-maskulint træk. Mændenes italesættelser om maskulinitet tegner imidlertid et andet billede. Her kan vi nemlig se tendenser, der peger på, at mændene føler sig underlagt af hegemoniske maskulinitetsidealer. Dette ses bl.a. i mændenes forhandling af deres sociale identitet. Her ser vi, at de (bevidst eller ubevidst) prøver at tilkendegive sig selv som den hegemoniske maskulinitet ved at præsentere sig som succesfulde og arbejdsomme. Dette kan ses som et udtryk for, at disse mænd ikke vil acceptere at blive positioneret i en underordnet maskulinitetskategori af os trods deres psykiske problemer. Vi kan omvendt også identificere, at mændene tegner et billede af sig selv som moderne og rummelige mænd, som kan indeholde flere karakteristika end traditionelt maskuline fx at tale om følelser og bede om hjælp. Vi ser således en tvetydighed i mændenes maskulinitetsforståelser, da de både tilskriver sig maskulinitetsdiskursen med egenskaber som kan relatere sig til den hegemoniske og den underordnede maskulinitet, som egentlig burde stå i modsætning til hinanden. Vi ser altså, at der i mændenes fortællinger opstår en slags kamp, hvor de skal finde ud af, hvilket ben de skal stå på ift. at betydningsudfylde deres egen maskulinitet.

Alle disse maskulinitetsanalyser peger på tendenser, der siger, at det kan være endnu sværere at leve op til det hegemoniske maskulinitetsideal, hvis man også kæmper med psykiske problemer. Men er det overhovedet relevant stadig at tale om en hegemonisk maskulinitet i dag? Vi er kommet langt ift. mange

tidligere forestillinger om, hvad mænd og kvinder er. Der er mænd, der går på barsel og passer barnet, vi accepterer og fejrer homoseksualitet, og der er mange mænd, der går op i træning og deres udseende på en måske lidt forfængelig måde samtidig med, at deres fysik og udstråling er meget klassisk maskulint. Er den hegemoniske maskulinitet, som den beskrives af Connell, overhovedet et ideal, som mænd søger i dag, eller har vores idealer om maskulinitet og femininitet flyttet sig så meget, at det ikke længere er relevant? Vi kan udfordre kønnets betydning for mændenes handlinger og tanker yderligere ved at sætte et kønsperspektiv på analysens fund omkring rolleskift og stigmatisering.

Lad os begynde med endnu engang at vende blikket mod den hegemoniske maskulinitet. Vi har netop set, at det i mændenes fortællinger og beskrivelser af maskulinitet bliver fremhævet, at de har svært ved at se deres psykiske problemer i relation til deres maskulinitet, og vi ser også, at mændene viser tvetydighed i hvilken maskulinitet, de selv indeholder. På den ene side søger de at fremstille en maskulinitetsforståelse, der giver plads til forskellighed, men på den anden side bruger de skiftende sociale roller til at leve op til de idealer, som den hegemoniske maskulinitet indeholder. Spørgsmålet er imidlertid, om mændenes valg om at skjule omfanget af deres psykiske problemer hænger sammen med deres maskulinitet. Vi finder det her relevant at inddrage en undersøgelse foretaget af Landsindsatsen EN AF OS¹¹. De har i en spørgeskemaundersøgelse undersøgt, hvilke særlige problematikker og fordomme mænd med psykiske sygdomme kan opleve¹². Et af de spørgsmål som undersøgelsen stillede var: "Undersøgelser viser, at mænd er mindre åbne om deres psykiske sygdomme end kvinder. Hvorfor tror du, det er?"¹³ Hertil svarede knap 70 %, at det skyldes, at det er mere tabubelagt for mænd at have psykiske problemer end kvinder. Omkring 80 % svarede til samme spørgsmål, at det var fordi mænd i højere grad end kvinder er bekymrede for, at de vil blive opfattet som svage (EN AF OS, 2013:15). Et andet spørgsmål som blev stillet var: "Hvad ville gøre det lettere for dig at tale med andre om din psykiske sygdom?". Her svarede over 70 %, at det ville være lettere, hvis der ikke var så mange fordomme forbundet med det at være mand og have psykiske problemer (ibid.:13).¹⁴ Undersøgelsen peger altså med tydelighed på, at mænd generelt oplever forhindringer om at være åbne omkring deres psykiske sygdomme specifikt pga. deres køn. Det kan således formodes, at mændenes fortællinger om tabu og stigmatisering kan relateres til deres køn.

Ifølge mændene i specialet kan mænd og maskulinitet indeholde forskellige træk, og dermed ikke kun hegemoniske maskulinitetskarakteristika, hvor manden skal være den stærke. Vi ser dog, at flere af mændene fremhæver, at de helst vil snakke med kvinder eller veninder, frem for deres mandlige venner,

¹¹ EN AF OS' overordnede formål er at arbejde for at imødegå stigmatisering og fremme tolerance og åbenhed over for mennesker med psykisk sygdom (EN AF OS).

¹² I alt deltog 1370 respondenter, heraf 17,5 % mænd og 82,2 % kvinder. Spørgsmålene er opdelt i svar fra hhv. mænd og kvinder.

¹³ Svarene til dette spørgsmål er kun blevet besvaret af mænd. Der var i alt 204 besvarelser.

¹⁴ Svarene til dette spørgsmål er kun blevet besvaret af mænd. Der var i alt 207 besvarelser.

om deres problemer. De af mændene, der fremhæver denne pointe fortæller, at det er fordi kvinder er nemmere at tale med, hvilket igen støtter op om Reinickes pointe om mænd som det tavse køn. I første analysekapitel så vi især denne tendens hos Peter, der er tydelig omkring, at han gerne vil have, at hans mandlige venner fortsat skal se op til ham. Peter vil ikke fortælle hans mandlige venner om sine angstanfald, fordi han gerne vil bevare de tanker, som hans venner har om ham. På denne måde kan det argumenteres, at mændene beskytter deres maskulinitet ved at undgå at tale med deres mandlige venner, fordi de ikke vil stigmatiseres af andre mænd. Vi finder det bemærkelsesværdigt, at mændene ikke foretrækker at tale med andre mænd om deres problemer, og vi kan herigennem pege på, at dette kan ses i relation til mændenes frygt for stigmatisering fra især andre mænd.

13.3. Psykisk syg eller psykisk sårbar?

Inden vi afslutter diskussionen, finder vi det interessant at se på mændenes selv kategoriseringer. Selvom mændene har forskellige diagnoser og forskellige oplevelser med det psykiatriske system, kan vi se nogle fællesstræk i deres fortællinger om at leve med psykiske problemer. I interviewene fremstår mændene reflekterende over, hvad deres psykiske problemer har betydet for dem, men det er alligevel tydeligt at se, at de, både i sociale sammenhænge og over for os i interviewsituationen, har vanskeligheder ved at beslutte, hvordan de eksplicit skal definere sig selv. Nogle af mændene tillægger deres selv kategorisering en stor betydning, da denne spiller en rolle for deres selvforståelse og deres identitetsfølelse. Birk fortæller det på følgende måde:

“Jeg føler lidt, at jeg er gået fra at være normal, meget syg og så lidt normal igen med noget i bagagen. Det er meget forvirrende. Ekstremt forvirrende, også rent identitetsmæssigt. Også ift. den historie man fortæller” (Birk:19).

For at finde ud af, hvordan mændene ser dem selv i relation til deres psykiske problemer, spørger vi, i starten af alle interviewene, ind til, om mændene definerer sig selv på en bestemt måde ift. deres sygdomsforløb. Vi spørger bl.a., om de definerer sig selv som ‘psykisk syg’, ‘psykisk sårbar’ eller lignende. Svarene på spørgsmålet var blandede og præget af forskellige grader af refleksion. Nogle af mændene har en klar definition af dem selv som psykisk sårbar, og det er tydeligt i deres fortælling, at det er en identitet, de har taget til sig, fordi de ikke længere er i et sygdomsforløb. En af disse mænd er Birk:

“Så jeg synes grundlæggende set, at jeg kan se mig selv som én med skizofreni, der har kommet sig. Jeg kan i hvert fald klare fuldtidsarbejde og fuldtidsstudium. Eller så må jeg

bare se mig selv som én, der er psykisk sårbar, der skal passe lidt mere på mig selv end andre”
(Birk:9).

Ud fra Birks fortælling kan det antages, at betegnelsen ‘psykisk sårbar’ kan ses som en del af hans helbredelsesproces, hvor det betyder noget for Birk at betegne sig selv som havende en sårbarhed frem for en psykisk sygdom. Sigurds fortælling tegner et lignende billede:

”Sigurd: Ja, men det er også meget forskelligt for hver enkelt nemlig, fordi der er mange der har det med, at de er syge, eller de har en sygdom. Og der hvor jeg er i dag, der er jeg så nået til, at jeg har en sårbarhed. Altså jeg har nogle ting, jeg skal respektere ift. den sygdom, jeg egentlig har. Men det er forskelligt fra person til person. Jeg bruger bare 'sårbar'.

Interviewer: Men det har været en udvikling for dig?

Sigurd: Ja, altså jeg er gået fra at have en sygdom og være syg til at have en sårbarhed i stedet for” (Sigurd:45).

Birk og Sigurds fortællinger viser, at skiftet fra ‘syg’ til ‘sårbar’ hænger sammen med, at de har fået det psykisk bedre, og der er sket en positiv udvikling i deres sygdomsforløb. Det kan antages, at de ikke længere kan identificere sig med kategorien, ‘psykisk syg’, da de anser dette som en psykisk tilstand, som de ikke længere befinder sig i. Hamid er af modsatte holdning, da han foretrækker at definere sig som ‘psykisk syg’. Han argumenterer i nedenstående citat meget velovervejende for, hvorfor han vil kaldes psykisk syg frem for psykisk sårbar:

”... Det er i hvert fald en sygdom og ikke noget psykisk sårbart. Psykisk sårbar, det kan enhver jo være på en eller anden måde. Så... det er det, jeg lægger i det. Og jeg synes, det kan være lidt nedladende at kalde mig psykisk sårbar, fordi så er det som om, man bare er sådan: ‘Argh, du skal lige tage dig sammen...’ (Hamid:96).

Hamid finder det nedladende, hvis andre betegner ham som værende psykisk sårbar, idet det kan indikere, at hans skizofreni ikke bliver taget alvorlig. Han ser ikke noget galt i at kategorisere sig selv som psykisk syg, da hans diagnose jo er en sygdom.

Hvad kan vi så bruge mændenes selv kategoriseringer til? Først og fremmest kan det vurderes, at sproget har en vigtig betydning, da sproglige formuleringer og begrebsliggørelser har en påvirkning på, hvordan mændenes selvforståelser udspiller sig. Det kan antages, at mændenes selvforståelser og identitetsfølelser bl.a. konstrueres omkring sproglige selv kategoriseringer. I et diskursteoretisk perspektiv

kan det siges, at mændene omgives af forskellige diskurser omkring psykiske problemer, som de positionerer sig selv ud fra. Det diskursteoretiske begreb, subjektpositioner, anfægter, at mændene sammenkæder bestemte forventninger og mulighedsbetingelser til at kalde sig enten 'psykisk syg' eller 'psykisk sårbar'. At positionere sig selv i en sygdomskategori, frem for at se sig selv som psykisk sårbar, kan eksempelvis medvirke til, at sygdommen bliver en determinerende faktor for et menneskes mulighedsbetingelser. Som vi så det i analysen, føler flere af mændene, at de i deres værste sygdomsperioder ikke anså dem selv som andet end sygdommen. De udelukkede dermed, at de indeholdte andre egenskaber end dem, der var relateret til deres diagnose. Dette kan måske forklare Birk og Sigurds bevæggrunde for at kalde sig psykisk sårbar. På den måde distancerer de sig fra en periode i deres liv, hvor deres identitet var betinget af deres sygdom. Med andre ord kan det antages, at en ændring af ens selv kategorisering kan være en form for mestringsstrategi, som mændene anvender i deres helbredelsesforløb. På den anden side kan brugen af ordet, 'sårbarhed', medvirke til at alvorlige psykiske lidelser bliver negligeret. Skizofreni anses af mange som en alvorlig psykisk sygdom med svære symptomer, og at kalde skizofreni for en sårbarhed kan anses som en forkert og misforstået opfattelse af sådan en psykisk tilstand. Dette synspunkt synes vi at kunne spore hos Hamid, som finder det ligefrem nedladende at andre placerer ham i en sårbarheds-kategori.

Hvis vi anskuer mændenes sygdomskategoriseringer ift. en hegemonisk maskulinitetsforståelse, kan det antages, at mænd ønsker at distancere sig fra en identitet som syg, idet dette ikke lever op til et normativt maskulinitetsideal. I den hegemoniske maskulinitet skal en mand tværtimod fremstå som mentalt stærk. På den anden side kan det virke paradoksalt, at mændene vælger et ord som 'sårbar' som alternativ kategori, da ordet i en traditionel forstand ikke forbindes med maskulinitet.

Vi vil afslutningsvis forsøge at anskue denne diskussion i et større samfundsperspektiv, som omhandler tabuet om psykiske lidelser. I specialet er det tydeligt, at mændene opfatter psykisk sygdom – og skizofreni især – som et samfundsmæssigt tabu, der er omgivet af skam og følelser af at være anderledes. At nogle af mændene undgår at betegne sig selv som psykisk syge, kan højst sandsynligt være en måde at undgå stigmatisering på. At være sårbar i ny og næ er trods alt ikke lige så slemt som at have en psykisk lidelse, og derfor kan denne betegnelse være mere ønskværdig for mændene at bruge. Endvidere indikerer betegnelsen også at psykiske problemer er noget, som kan ramme alle. Foreningen Det Sociale Netværk har som et af sine mål at afstigmatisere psykisk sygdom, og stifter, Poul Nyrup Rasmussen, fortæller i den forbindelse om grunden til, at han foretrækker at bruge betegnelsen 'psykisk sårbarhed':

"Det er simpelthen for at signalere, at vi alle er eller kan blive psykisk sårbare, hvis vi bliver presset nok. Der er ikke tale om mennesker, som er anderledes, men om at man måske no-

gen gange har så meget larm inde i hovedet, at det bliver til psykisk sårbarhed. En anden væsentlig grund til, at jeg bruger betegnelsen 'psykisk sårbar' frem for 'psykisk syg', er, at jeg gerne vil signalere håb og pille det farlige og mystiske ud af en tilstand, som vi alle kan komme ud for" (Rasmussen, 2011).

Ved at betegne gruppen som sårbare gør det, ifølge Poul Nyrup Rasmussen, mere relaterbart for andre, da det indikerer, at psykiske problemer kan være udfordringer, som alle mennesker kan komme ud for. Ved at italesætte psykiske problemer som en almindelig menneskelig reaktion kan det gøre det nemmere at afstigmatisere og afmystificere denne psykiske tilstand. Omvendt mener vi også, at mænd som vores interviewpersoner netop er med til at reproducere stigmatisering omkring psykiske lidelser. Ved at mændene ikke kalder sig psykisk syge, fremstår det, som om de skjuler deres egentlige psykiske tilstand. På denne måde fortsætter psykiske sygdomme med at være et tabu, idet de ikke gøres til et egentlig socialt fænomen for os at tale om. Vi kan i denne forbindelse dog stille spørgsmålet, om det overhovedet er mændenes eget ansvar at medvirke til en afstigmatisering af psykiske lidelser? Det er ganske forståeligt, at mændene forsøger at undgå stigmatisering, når de i forvejen befinder sig i en udfordrende periode i deres liv.

Ovenstående diskussion har ikke haft til hensigt at afgøre, hvorvidt den ene betegnelse er mere gavnlige end den anden, men vi understreger, at sproget har en særlig betydning også for mænd med psykiske problemer. Dette gælder både, når psykisk sygdom debatteres på samfundsniveau, men også når det kommer til mændenes egne selvforståelser.

13.4. Hvad har vi så lært?

Vi har stillet spørgsmålstejn ved problematiseringer omkring manglende fokus på køn og maskulinitet i ovenstående diskussion, og vi har rykket ved tanken, om det overhovedet er nødvendigt at have det fokus på køn, som vi har søgt at gøre i dette speciale. Er personer med psykiske problemer en socialt udsat gruppe i samfundet? Ja, det mener vi, de er pga. de eksklusionsmekanismer, som psykiske sygdomme kan have for individet på arbejdsmarkedet, i det sociale liv og potentiel stigmatisering. Er mænd udsatte? Nej, ikke per definition, men når mænd oplever psykiske problemer, mener vi, at dette speciales analyser påpeger tendenser, der viser, at mænd kan stå i en dobbeltudsat position, fordi de både skal håndtere deres psykiske problemer samtidig med, at de skal lære at håndtere ikke at kunne leve op til de idealer og det pres, som pålægges det maskuline køn. Køn spiller altså en rolle i relation til psykiske sygdomme, men man skal selvfølgelig samtidig være påpasselig med at lægge for meget vægt på kønnet, så man ikke risikerer at skabe kønsstereotyper i sygdomme. Ud fra psykiaterenes italesættelser af psykiatriens hovedformål kan vi se, at sygdom, udredning og individet er i fokus, men vi stiller os kritiske over for,

hvorfor der i denne individorienterede sygdomsdiskurs ikke er plads til, at køn også har en betydning. På baggrund af specialets resultater mener vi derfor at kunne opfordre til, at psykiatrisk behandling bør have et større fokus på forskellene mellem mænd og kvinder, da mænd især kan have brug for en hjælpende hånd ift. at håndtere deres psykiske problemer.

Del 5



Afslutning

14. Konklusion

I nærværende speciale har vi undersøgt, hvordan det er at være mand med psykiske problemer. Dette har vi gjort på baggrund af seks fortællinger af mænd som på forskellige måder oplever at have psykiske problemer. Da disse mænd i deres sygdomsforløb har været i kontakt med psykiatrien, inddrager vi ligeledes fortællinger fra fire psykiatere. Overordnet set finder vi i vores undersøgelse, at mændene både forhandler sig til en bestemt identitet og til forskellige maskulinitetskonstruktioner. Denne forhandling finder sted både over for dem selv, for omgivelserne og over for os som interviewere. Vi vil i det følgende uddybe specialets mest centrale pointer.

Mændenes fortællinger rummer alle beskrivelser af, hvordan de oplever vanskeligheder ved at være åbne over for omgivelserne om, at de har, eller har haft, det psykisk svært. Udover den tætteste familie og vennekreds er mændene tilbøjelige til ikke at fortælle andre om deres psykiske problemer og eventuelle diagnoser. Fælles for mændene er, at de reagerer ved at skifte deres sociale roller alt efter, hvilken social kontekst, de befinder sig i. Ved at skifte roller, kan mændene bedst muligt leve op til de særlige forventninger, som vi mennesker har til hinanden i sociale møder. Samtidig er rollespillet en måde, hvorpå mændene kan skjule deres psykiske problemer. Mange af mændene fortæller, at det er omgivelsernes tabu og stigmatisering af psykisk syge, som gør, at de bliver nødsaget til holde deres faktiske sociale identitet skjult. Mændene udtrykker et generelt synspunkt om, at der i samfundet eksisterer en manglende eller misforstået viden om psykiske lidelser, som oftest fører til en forfejlet stigmatisering af dem. Gennem deres fortællinger ser vi, at mændene således konstruerer særlige argumentationer for årsagen til deres hemmeligholdelse, hvor forklaringen ofte baseres på eksterne faktorer. Det ses endvidere i empirien, at der er negative konsekvenser ved hemmeligholdelsen. En af konsekvenserne er ensomhed og følelsen af at være udenfor. Flere af mændene frygter en potentiel diskrimination af deres person pga. deres psykiske problemer, bl.a. når det kommer til deres jobmuligheder. Den mest tydelige konsekvens hos mændene, er at deres psykiske problemer medvirker til at andre mennesker positionerer dem i en bestemt sygdomskategori og behandler dem ud fra bestemte egenskaber, som tillægges denne kategori. Ifølge mændene er andres positioneringer ofte forårsaget af forkerte kategoriseringer, og dette gør, at mændene foretrækker at være tavse omkring deres psykiske problemer. Mændenes fortællinger rummer således betragtninger og beskrivelser af, hvor svært det kan være at navigere i en social verden, hvor de ikke kan være sig selv. Samtidig ser vi også, at mændenes fortællinger rummer aspekter af stolthed og vilje. Alle fortællingerne giver indtryk af at være fortællinger om bedring, og om hvordan de har overkommet deres værste perioder i deres sygdomsforløb. Flere af mændene er i uddannelse eller arbejde

igen, og de virker alle meget refleksive og optimistiske omkring deres fremtid. Fortællingerne kan således ses som beretninger om sygdom og modstand fortalt af mennesker, som nu er kommet videre.

Eftersom vores genstandsfelt omhandler mænd med psykiske problemer, finder vi det interessant at undersøge, hvordan mændenes maskulinitetsforestillinger spiller en rolle for deres tilværelse. Blandt mændene ser vi flere forskellige maskulinitetsopfattelser komme til syne. Med andre ord sker der i mændenes interviews en meningsudfyldning af en maskulinitetsdiskurs, hvor flere forskellige karakteristika af 'mand' italesættes. Vi får indtryk af, at mænd både kan være stærke og arbejdssomme samtidig med, at de kan være sårbare og bede om hjælp i udfordrende livsperioder. Vi finder dette værd at understrege, idet deres betydningstilskrivning automatisk får dem selv inkluderet i diskursen, og derved fremstår de som maskuline. De sørger således selv for, at de ikke falder uden for diskursen. Trods mændenes rummelige og moderne konstruktioner af maskulinitet ser vi dog, at der også hersker traditionelle kønsnormer blandt mændene. Det kan derved vurderes, at mændene, måske ubevidst, er underlagt et hegemonisk maskulinitetsideal. Mændenes ubeslutsomhed ift. maskulinitetskonstruktioner kan være problematisk, da de, i kraft af deres psykiske problemer, ikke kan leve fuldt op til et traditionelt ideal.

I specialet finder vi den sociale interaktion mellem os og interviewpersonerne særlig betydningsfuld, idet meningsproduktionen sker i netop dette sociale møde. Ligesom mændene forhandler deres sygdomsidentitet med omverdenen, forhandler de ligeledes deres identitet med os. Nogle af mændene forsøger at ændre den position, som vi automatisk har sat dem i, ved at distancere sig selv fra rollen som psykisk syg. På denne måde giver de udtryk for, at de ikke blot vil kategoriseres ud fra egenskaber, som er knyttet til deres psykiske problemer og en position som socialt udsat. Vi ser således, at mændene i nogle sammenhænge kan have svært ved at finde ud af, hvordan de skal være ift. deres psykiske problemer. Dette problematiseres yderligere ved, at alle mennesker påvirkes af de diskurser, som vi omgives af. I denne forbindelse betyder det, at mændenes subjektposition påvirkes af de diskurser, som eksisterer og dominerer i psykiatrien. Vi ser psykiaternes fortællinger som udtryk for den diskursive praksis i psykiatrien, og her kan vi identificere to forskellige dominerende diskurser. Den ene er en sygdomsdiskurs, som psykiaterne meningsudfylder med beskrivelser af en psykiatrisk praksis, der er drevet af diagnosticering, medicinering og behandling. Vi kan samtidig se, ud fra mændenes fortællinger, at de har været påvirket af sådan en sygdomsdiskurs på tidspunkter i deres sygdomsforløb. Når mændene har haft det værst, fortæller de, at sygdommen var et altoverskyggende element i deres selvforståelse. Sygdomsdiskursen kan have været medvirkende til dette, idet mændene i disse perioder har haft stor kontakt til psykiatrien. Den anden diskurs kalder vi en individorienteret diskurs, da psykiaternes beskrivelser om deres praksisser orienterer sig omkring et fokus på patientens individuelle forskelle. Psykiaterne fremhæver, at patienttilgangen bør tilpasses det enkelte individ og de særlige egenskaber og historier, som denne patient har. Køn anses dog ikke som et af de aspekter, som skal medtænkes i patienttilgangen, og deres praksis kan i

størstedelen af psykiaternes tilfælde betragtes som værende relativ kønsneutral. Kun en af psykiaterne fremhæver vigtigheden i at se kønnet som betydningsfuldt, og hun er således medvirkende til en potentiel diskursiv kamp om køn, som stadig står til forhandling i feltet. Ud fra psykiaternes begrænsede eller manglende fokus på køn ser vi en mulig sammenhæng med mændenes begrænsede sprog og refleksionsgrad, når det kommer til køn. I specialet finder vi, at mange af mændene har vanskeligt ved at forklare, hvilken betydning deres køn har for deres liv præget af psykiske problemer. Vi stiller dog i samme forbindelse spørgsmålstejn ved vores egen pointe, da det jo potentielt kan være sådan, at køn slet ikke spiller en rolle i mændenes liv. Dette aspekt fører vi videre i en diskussion om, hvorvidt mænd med psykiske problemer egentlig bør karakteriseres som særligt udsatte. Med andre ord diskuterer vi, om køn og maskulinitet reelt har en betydning for mennesker med psykisk sygdom. Vi finder, at mennesker – både mænd og kvinder - som oplever at have psykiske problemer i større eller mindre grad kan anses som udsatte og som et socialt problem. Derudover mener vi også at kunne argumentere for, at mænd med psykiske problemer kan være dobbelt-udsatte. De skal både håndtere deres egne maskulinitetsforståelser samt ydre maskulinitetsidealer, hvilket kan gøre det vanskeligt at navigere i sociale sammenhænge, samtidig med de skal håndtere at have psykiske problemer. Som afslutning konkluderer vi, at køn således har en betydning for denne sociale gruppe, og vi opfordrer i den forbindelse til, at samfundet bør have sårbare mænd som gruppe mere for øje. Ved at fokusere mere på kønnets betydning, kan det potentielt have en positiv virkning for nogle af de mænd, der oplever psykiske problemer.

15. Perspektivering

I løbet af specialeprocessen er vi stødt på mange spændende aspekter, som vi kunne undersøge, men som vi, grundet nødvendige afgrænsninger, ikke har haft mulighed for at gå i dybden med. I følgende perspektivering vil vi derfor kort skitsere, hvilke andre vinkler, der ville være interessante at undersøge.

15.1. En undersøgelse af mænd og kvinder med psykiske problemer

Vi har i nærværende speciale undersøgt problemstillingen udelukkende ud fra mænds perspektiv, og vi kan derfor naturligvis ikke sætte vores resultater i relation til kvinder. Vi finder i denne forbindelse, at det kunne være interessant at undersøge, hvordan køn bliver konstrueret i samme kontekst, hvor kvinders perspektiver også inddrages. Ved at udvide genstandsfeltet til at indeholde både mænd og kvinder vil det åbne muligheden for at se på forskelle og ligheder i de forskellige fortællinger. Vi finder det ydermere interessant at bruge kønsopdelte fokusgrupper, som metodisk fremgangsmåde, da man derigennem vil kunne se på gruppedynamikker blandt kønnene. Er køn overhovedet interessant at tale om blandt mænd og kvinder? Fylder køn mere hos kvinder end hos mænd, eller omvendt? Hvilke kønsidealiser kan identificeres blandt de to grupper, og kan der ses mønstre i deres fortællinger? Mændene i nærværende speciale har forskellige diagnoser og forskellig tilknytning til behandlingssystemet, og det ville i en undersøgelse, som den foreslåede, være interessant at lave fokusgrupper med personer, der deler samme diagnose. Det kunne fx være interessant at have en gruppe med depression og en anden med skizofreni, da vi, som nævnt i forskningsfeltet, ser en klar kønsfordeling i psykiske lidelser. Denne undersøgelse ville udelukkende tage udgangspunkt i målgruppen, mænd og kvinder, og dermed ikke professionelle.

15.2. Kønsforståelser og konstruktioner i opsporingsarbejde

Et andet aspekt, som vi er stødt på i løbet af denne proces er, at der kunne være nogle interessante vinkler på kønsaspektet i opsporingsarbejdet af psykiske problemer. Ved at bibeholde genstandsfeltets blik på mænd, eller nærmere bestemt drenge og unge mænd under 18 år, ville en undersøgelse med det empiriske fokus på praktiserende læger, lærere, pædagoger, sundhedsplejersker, skolepsykologer etc. kunne se nærmere på kønsforståelser i en opsporingskontekst. Undersøgelser viser, at mænd i langt mindre grad end kvinder søger lægehjælp i tide (jf. 'Forskningsfeltet'), hvilket giver anledning til at se på dette opsporingsarbejde blandt drenge. Står nogle bestemte kønsstereotyper i vejen for, at drenge bliver opdaget? Spiller køn også en rolle blandt den yngre målgruppe, og i så fald hvordan? Og har de forskellige faggrupper også forskellige syn og tilgange til at håndtere drenge med psykiske problemer?

16. Litteratur

Allardt, Erik (1975): *Att Ha, Att Älska, Att Vara* – Om velfärd i Norden, Argos

Andersen, Lotte Bøgh (2010): *Forsningskriterier*. I: Lotte Bøgh Andersen, Kasper Møller Hansen og Robert Klemmensen (2010): *Metoder i Statskundskab*. Hans Reitzels Forlag, København.

Connell, R.W. (1995): *Masculinities*, University of California Press, 2. udgave

Connell, R. W. & Messerschmidt, J. W. (2005): *Hegemonic masculinity – rethinking the concept*, I: *Gender & Society*, vol. 19, no. 6

EN AF OS: *Om landsindsatsen EN AF OS*, <http://www.en-af-os.dk/da/Om%20kampagnen.aspx>, (09.09.2016)

EN AF OS (2013): *Mænd og psykisk sygdom*, EN AF OS

Forum for Mænds Sundhed (2016): *Mænd og psykiske lidelser*, Forum for Mænds Sundhed

Garde, Karin (2003): *Køn, psykisk sygdom og behandling*, Hans Reitzels Forlag

Goffman, Erving (2004): *Social samhandling og mikrosociologi – en tekstsamling*, Hans Reitzels Forlag

Goffman, Erving (2010). *Stigma – om afvigeres sociale identitet*, Samfundslitteratur, 2. Udgave, 2. oplag

Goffman, Erving (2014): *Hverdagslivet rollespil*, Samfundslitteratur

Hansen, Allan Dreyer (2009): *Diskursteori i et videnskabsteoretisk perspektiv*. I: Lars Fuglsang & Poul Bitsch Olsen (red.) (2009): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - på tværs af fagkulturer og paradigmer*, Roskilde Universitetsforlag, 2. udgave, 4. oplag

Hansen, Mette Skov (2016): *Mænd er sværest at redde fra selvmord*, Kristeligt Dagblad, 16. januar 2016, <http://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/maend-er-svaerest-redde-fra-selvmod> (læst 04.08.16)

Hillgaard, Lis & Keiser, Lis (1979): *Social(be)handling – teori og metode i socialt arbejde*, Munksgaard

Holstein, James A. & Gubrium, Jaber F. (1995): *The active interview*, SAGE Publications

Højgaard, Lis (2010): *Kan man interviewe sig til viden – om køn?*, I: *Dansk Sociologi*, nr. 1, årg. 21

Jacobsen, Charlotte Bredahl, Martin, Helle Max, Andersen, Signe Lindgaard, Christensen, Rikke Nøhr & Bengtsson, Steen (2010). *Stigma og psykiske lidelser – som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*. København: Danske Regioner, Dansk Sundhedsinstitut og SFI.

Jacobsen, Michael Hviid & Kristiansen, Søren (2014): *Forord til den danske oversættelse: Dramaturgisk sociologi – om Erving Goffmans metafor om vores rollespil i hverdagen*, I: Goffman, Erving (2014): *Hverdagslivets rollespil*, Samfundslitteratur

Jakobsen, Mads Leth & Harrits, Gitte Sommer. I: Andersen, Lotte Bøgh & Hansen, Kasper Møller & Klemmensen, Robert (2010): *Metoder i statskundskab*, Hans Reitzels Forlag

Järvinen, Margaretha (2005): *Interview i en interaktionistisk begrebsramme*, I: Järvinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna (2005): *Kvalitative metoder I et interaktionistisk perspektiv*, 1. udgave, 4. oplag, Hans Reitzels Forlag

Jørgensen, Marianne Winther & Phillips, Louise (2013): *Diskursanalyse som teori og metode*, 10. Oplag, Samfundslitteratur

Kristiansen, Søren (2014): *Erving Goffman – Hverdagslivets rollespil*, I: Jacobsen, Michael Hviid & Kristiansen, Søren (red.) (2014): *Hverdagslivet – Sociologier om det upåagtede*, 2. udgave, Hans Reitzels Forlag

Kvale, Steiner & Brinkmann, Svend (2009): *Interview – Introduktion til et håndværk*, Hans Reitzels Forlag, 2. udgave

Laclau, Ernesto (1990): *New Reflections on the revolution of our time*, London, Verso

Laclau, Ernesto & Mouffe, Chantal (1985): *Hegemony and Socialist Strategy – towards a radical democratic politics*, London, Verso

Laclau, Ernesto & Mouffe, Chantal (1997): *Demokrati & Hegemoni*, Akademisk Forlag

Laclau, Ernesto & Mouffe, Chantal (2002): *Det radikale demokrati – diskursteoriens politiske perspektiv*, Roskilde Universitetsforlag

Livslinien.dk: *Statistik over selvmord og selvmordsforsøg* (<http://www.livslinien.dk/om-selvord/statistik/>) (læst 04.08.2016)

Madsen, Svend Aage (2013): *Mænds skjulte depressioner*, I: Månedsskrift for almen praksis, nr. 6, juni 2013, årgang 91, pp. 469-564

Madsen, Svend Aage (2014): *Mænds sundhed og sygdom*, Samfundslitteratur

Mik-Meyer, Nanna & Järvinen, Margaretha (2005): *Indledning*, I: Järvinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna (2005): *Kvalitative metoder I et interaktionistisk perspektiv*, 1. udgave, 4. oplag, Hans Reitzels Forlag

Pollack, William S. (2005): *"Masked men" – New Psychoanalytical Oriented Treatment Models for Adult and Young Adult Men*, I: Good, Glenn E. & Brooks, Gary R. (red.) (2005): *The New Handbook of Psychotherapy and Counseling with Men*, John Wiley & Sons, San Francisco, pp. 203-216

Rasmussen, Lars Igum (2015): *Rekordmange søger akut psykiatrisk hjælp*, Politik, 9. juli 2016, 09.09.16

Rasmussen, Poul Nyrup (2011): *Psykisk sårbar eller "psykisk syg"?*, etik.dk, 17.05.2011

<http://www.etik.dk/sprog-og-etik/psykisk-saarbar-eller-psykisk-syg> (02.09.2016)

Reinicke, Kenneth (2010): *Arbejdsliv, maskulinitet og karrieredilemmaer*, Tidsskrift for Arbejdsliv, 12. Årgang, nr. 2

Reinicke, Kenneth (2011): *Maskulinitet, mandeforskning og ligestilling*, I: Greve, Bent (red.) (2011): *Grundbog i Socialvidenskab – 4 perspektiver*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne

Reinicke, Kenneth (2013): *Mænd – Køn under forvandling*, Aarhus Universitetsforlag

Rutz, Wolfgang & von Knorring, Lars & Pihlgren, Hans & Rihmer, Zoltan & Wålinder, Jan (1995): *Prevention of male suicides: Lessons from Gotland study*, The Lancet, vol. 345, pp. 524

Sundmand: Forum for Mænds Sundhed: www.sundmand.dk (06.04.2016)

Søndergaard, Dorthe Marie (2006): *Tegnet på kroppen*, Museum Tusulanums Forlag, 3. Oplag

Tænk tanken VM: *Om VM*: <http://www.taenketankenvm.dk/omvm/> (11.04.2016)

Tænk tanken VM (2011): *30 forslag – En politik for drenge og mænds ligestilling*, 3F

Bilag 1: Interviewguides

Se vedhæftet.

Bilag 2: Transskriberinger af mændenes interview

Se vedhæftet.

Bilag 3: Transskriberinger af psykiaternes interview

Se vedhæftet.