

Christian Kræmer Andersen

Sociologi Aalborg Universitet

10. semester 2017

Vejleder: Pia Ringø

Anslag: 207.343

Psykisk sårbare med somatiske problemstillinger

En kritisk diskursanalyse af psykisk sårbares
hverdagsliv og oplevelser med somatiske
problemstillinger

Tak

Til de informanter, som har afsat tid til at give værdifuld indsigt i deres liv, oplevelser og erfaringer. Samtidig en stor tak til det personale, der har været behjælpelig med at finde disse borgere og endvidere stillet deres lokaler til rådighed.

Til Pia for konstruktiv og god vejledning. Til Iben og Eigil for støtte, inspiration og forståelse, samt til Inge for værdifuld sparring.

Abstract

The purpose of this thesis “challenges for mentally vulnerable individuals with somatic issues” is to generate knowledge and insight about this complex group of citizens’ everyday life and experiences of somatic challenges. These insights can offer the basis on how to provide more suitable health promotion for these individuals.

It is well known that mentally vulnerable individuals are overrepresented in mortality and lifestyle-related diseases and are considered to be a major economic expenditure for the healthcare system. This thesis argues that to accommodate and treat these individuals, it is necessary to understand their challenges that exists in their everyday lives and their relations with welfare institutions.

Based on in-depth interviews with 9 mentally vulnerable individuals, whom all have somatic issues or have been assigned to somatic-related treatment, this thesis focusses on how they construct their everyday life and experiences with somatic-related issues. Secondly, this thesis contextualizes these constructions and experiences to which *generative mechanisms* that constitutes them.

The applied method and theory is Norman Faircloughs *Critical discourse analysis*, together with a view that combines social constructionism and critical realism.

The analysis identified 5 dominant types of discourse which the mentally vulnerable individuals used in their stories about their everyday life and somatic issues. The types of discourses are named: *everyday life*, *barriers*, *mentally vulnerability as an identity*, *possibilities for change*, and *exercise as liberating for the individual*.

This thesis concludes that to accommodate and care for this complex group of individuals, there needs to be a focus and understanding of these individuals’ everyday challenges and their identification with their diagnoses. Therefore, it is suggested that a more optimal treatment needs to adjust to the specific individual and the health promotion offered to the main population, do not always apply for mentally vulnerable individuals with somatic challenges.

Indholdsfortegnelse

Abstract	3
Indledning.....	7
Læsevejledning.....	8
1) Problemfelt.....	10
1.1 Somatiske problemstillinger hos sindslidende – litteraturreview	10
1.1.1 Risikofaktorer, overdødelighed og usund livsstil.....	10
1.1.2 Barrierer, motivation og støtte	12
1.1.3 Billedet i Danmark	14
1.2 Problemformulering	16
1.2.1 Begrebsafklaring og ambition	18
2) Design	20
2.1 Videnskabsteori.....	20
2.1.1 Socialkonstruktionismen	20
2.1.2 Den kritiske realismes supplement.....	21
2.1.3 Den metodologiske slutningsform	22
3) Teoretiske overvejelser	23
3.1 Kritisk Diskursanalyse	23
3.1.1 Diskursanalyse som samfundsvidenskabelig metode	25
3.1.2 Kritiske refleksioner om diskursanalyse	28
3.2 Diskursanalysens kvalitetskriterier	29
3.2.1 Fravalg af redskaber	29
4) Metodiske refleksioner.....	30
4.1 Præsentation af empiri og kilder	31
4.1.1 Informanterne	32
4.1.2 Udsagnetenes validitet	32
4.2 Kodning af empiri	33
4.3 Lingvistiske redskaber.....	34
4.4 Kvalitetsmæssige refleksioner.....	35
4.4.1 Kvalitetskriterier i arbejdet med interviews	35
4.4.2 Kvalitet af interviewets rammer	36
5) Analyse	37
5.1 Analysestrategi	37
5.1.1 Diskurstyper	38

5.2 Diskurstype 1: Hverdagsliv	39
5.2.1 Opsummering	44
5.3 Diskurstype 2: Barrierer	45
5.3.1 Indre Barrierer	45
5.3.2 Ydre Barrierer	51
5.3.3 Opsummering	55
5.4 Diskurstype 3: Psykisk sårbarhed som identitet.....	56
5.4.1 Opsummering	62
5.5 Diskurstype 4: Forandringsmuligheder	62
5.5.1 Opsummering	66
5.6 Diskurstype 5: Fysisk aktivitet som frigørende for individet.....	66
5.6.1 Opsummering	69
5.7 Social Praksis	69
5.8 Diskussion: Sundhedsfremme til borgere med komplekse udfordringer	79
6) Konklusion	81
Litteraturliste	84
Appendix	91
Litteratursøgning	91
Systematisk litteratursøgning – metode og resultater	91
Udvalgte artikler.....	92

Indledning

De senere år er der kommet et øget fokus på psykisk sårbares¹ somatiske helbred. Både i forskning og medier relaterer problemstillingerne sig ofte til livsstil (Jørgensen & Thomsen 2014; Danmarks Radio 2016). Som det efterfølgende litteraturreview præsenterer, er psykisk sårbare ofte overrepræsenteret, ikke bare med livsstilssygdomme, men med lægebesøg, hospitalsindlæggelser og medicinforbrug (Sundhedsstyrelsen 2015). Denne problemstilling er både er reel og aktuel, men et patientperspektiv med fokus på psykisk sårbare og somatisk synes ikke at optræde særlig synligt, hvis overhovedet. Som det senere præsenteres, findes der mange undersøgelser, rapporter og forskningsprojekter, som beskriver problemstillingen med psykisk sårbares overrepræsentationen af somatiske sygdomme, men selve oplevelsen af at have en psykisk sårbarhed; at få en hverdag til at fungere og samtidig skulle fokusere på sin fysiske tilstand, er ikke afdækket tilstrækkeligt. Man kan argumentere for, at det er en reduktionistisk tanke, såfremt at man overfører målsætninger og metoder inden for somatisk sundhedsfremme fra *normalområdet* (individer uden psykisk sårbarhed) til gruppen af psykisk sårbare. For at der kan arbejdes mere effektivt, målrettet og meningsfyldt med sundhedsfremme, vurderes det som nødvendigt med en kvalitativ indsigt i denne gruppes udfordringer, barrierer og hverdagsliv. Målet er at opnå forståelse for disse individers komplekse livssituation, således at der tages hensyn til både de somatiske og psykiske udfordringer. Specialet vil undersøge, hvordan psykisk sårbare selv oplever og beskriver deres livssituation i henhold til somatik, identitet og hverdagsliv. Mange psykisk sårbares somatiske udfordringer afspejles i bredere problemstillinger, som knytter sig til de udfordringer, der hører med til deres hverdagsliv; det at have en psykisk sårbarhed, deres identitetsforståelse, deres netværk og socioøkonomi. Netop derfor kan dette speciale ikke undgå, at have fokus på mere generelle problemstillinger for denne gruppe borgere. Psykisk sårbares somatiske problemstillinger vil ofte være indlejret i et komplekst samspil med andre udfordringer, som eksempelvis knytter sig til den specifikke sårbarhed, sociale udfordringer, forhold til institutioner såsom psykiatri og kommune. For at forstå deres udfordringer i forhold til sundhedsfremme, må man derfor forsøge at forstå deres livsverden, hverdag og oplevelser. Specialet bærer derfor præg af, at man ikke kan adskille somatiske og psykiske problemstillinger, men at disse må forstås i samspil med deres generelle

¹ Oprindeligt blev betegnelsen ”sindslidende” benyttet, men alle informanter til dette speciale beskrev sig selv som ”psykisk sårbare” og derfor er dette begreb adapteret i dette speciale. Det vurderes, at begrebet er passende, da ikke alle er i behandling for en psykiatrisk diagnose, hvor nogle ”kun” har psykiske udfordringer. Psykisk sårbare vurderes som det mest inkluderende begreb.

situation. Som nævnt i starten, betvivler specialet ikke, at denne gruppe af psykisk sårbare er udsat for nogle helbredsmæssige risikofaktorer i sammenligning med individer uden psykiske sårbarheder.

Læsevejledning

Specialet sætter somatiske problematikker hos psykisk sårbare i centrum, og giver svar på, hvordan psykisk sårbare oplever og italesætter deres hverdagsliv og identitet med fokus på somatik. Slutteligt gives der samtidig svar på, hvordan disse oplevelser og italesættelser kan forstås ud fra eksempelvis historiske og strukturelle betingelser

Den resterende del af *Kapitel 1* giver et indblik i den forskningslitteratur, som findes om psykisk sårbare og somatik, både nationalt og internationalt, og afsluttes med specialets problemformulering. Litteraturgennemgangen viser, at der findes en aktuel og reel problemstilling mellem psykisk sårbare og ringe somatisk helbred, men at der i lige så høj grad mangler et individperspektiv i forhold til dette speciales problemstilling.

Kapitel 2 præsenterer de videnskabsteoretiske overvejelser, hvor der anvendes en kombination af socialkonstruktionisme og kritiske realisme. Kapitlet beskriver de styrker, som primært ligger til grund for denne kombination, men også de begrænsninger som især knytter sig til en konstruktionistisk forståelse. Her ses netop den kritiske realisme som et vigtigt supplement til at tegne et mere nuanceret videnskabsteoretisk perspektiv.

Kapitel 3 beskriver specialets teori, Norman Faircloughs *Den kritiske diskursanalyse*, der fungerer både som teoretisk og metodisk fundament. Kapitlet giver indblik i både den konkrete diskursforståelse og dens anvendelse i praksis. Dette kapitel berører samtidig flere videnskabsteoretiske pointer, da både socialkonstruktionismen og den kritiske realisme sættes i relation til *Den Kritiske Diskursanalyse*. Da *Kritisk Diskursanalyse* både fungerer som et teoretisk og metodisk fundament, vil afsnittet overlappes med det næste kapitel om de metodiske overvejelser.

Kapitel 4 beskriver de metodiske overvejelser, som netop ses i forlængelse af *Den Kritiske Diskursanalyse*. Specialets empiri består af personinterviews med psykisk sårbare, og kapitlet præsenterer således indsamling af empiri, kodning af interviews, validitet i relation til interviews mv.

Kapitel 5 indeholder diskursanalysen, som tager udgangspunkt i de omtalte interviews. Der anvendes, som nævnt, *Den Kritiske Diskursanalyse*, som evner at indfange det sproglige og

diskursive og samtidigt perspektiveres disse til strukturelle og samfundsmæssige betingelser og rammer via *social praksis*. Sidst i kapitlet gives der bud på, hvorledes sundhedsfremme til psykisk sårbare kan foretages, med udgangspunkt i deres egne oplevelser og erfaringer.

1) Problemfelt

1.1 Somatiske problemstillinger hos sindslidende – litteraturreview

Forskningsfeltet inden for somatisk sundhed blandt psykisk sårbare, bevæger sig ofte inden for meget specifikke perspektiver. Meget forskning, som præsenteres i dette afsnit, er enten af amerikansk, britisk eller australsk oprindelse. Herunder er det overvejende kvantitative undersøgelser såsom surveys, eller medicinske eksperimentelle forsøg, der er foretaget de senere år. Megen forskningslitteratur koncentrerer sig deraf om evidens af interventioner i sundhedsfremme rettet mod sindslidende eller et overordnet perspektiv på barrierer for disse interventioner (Roberts & Bailey 2010). Så meget desto mere er dette speciales problemstilling relevant og aktuelt jf. fokus på kvalitative indsigt. Dog rummer dette litteraturreview nødvendigvis også kvalitative indsigter, men fortrinsvis inden for det psykologiske- eller psykiatriske/lægevidenskabelige felt, samt sygeplejefeltet. Fælles for de forskellige tilgange er, at de alle slår fast, at de fleste af de somatiske helbredsproblemer blandt sindslidende i overvejende grad skyldes livsstil eller risikofaktorer forbundet med usund adfærd. Således er dette ofte udgangspunktet når omfanget af problemet undersøges (Scott & Happell 2011; Thornicroft 2011; Yarborough, Bobbi, Stumbo, Yarborough, Young & Green 2016; McKibbin, Christine, Kitchen, Wykes & Lee 2014).

Der savnes indsigter fra det samfundsvidenskabelige felt, som kombinerer denne psykosomatiske problemstilling med de sociale faktorer. Det har derfor ikke været muligt at præsentere eksisterende forskning, som befinder sig i grænsefladen mellem psykiatri og somatik i et sociologisk perspektiv. Præsentationen af den eksisterende forskning vil derfor være med udgangspunkt i, at præsentere sygdomsbilledet hos psykiatripatienter, som den gør sig gældende i international forskning, samt om sociale faktorer og barrierer hos denne gruppe individer.

1.1.1 Risikofaktorer, overdødelighed og usund livsstil

Inden for de senere år er der internationalt set kommet stor fokus på sindslidendes somatiske helbred (Scott & Happell 2011). Herigennem er der efterhånden en del evidens for, at kunne konkludere, at personer med en sværere mental lidelse (*SMI – Severe Mental Illness*), ofte har en ringere fysisk sundhed end resten af den, population de indgår i (Lassenius, Åkerlind, Wiklund-Gustin, Arman & Söderlund 2013; Parlette, Aljeesh & Baune 2016). I større skala taler man om, at sindslidende med sværere lidelser er udsat for en række risikofaktorer i forhold til deres somatiske sundhed: overvægt, lav fysisk aktivitet, samt at de selv opfatter deres eget

helbred som ringe (Lassenius et al., 2013). Personer med en sindslidelse lever i flere tilfælde ikke kun med en sindslidelse, men med multisygdom af både psykisk og somatisk karakter. Når man ser på sindslidendes overordnede sundhedstilstand, er der ofte en høj prævalens af usund livsstil, som udover overvægt og lav fysisk aktivitet, også kommer til udtryk i form af diabetes og hjertekarsygdomme, samt bivirkninger af psykofarmaka såsom antidepressiv og antipsykotisk medicin (Scott, Platania-Phung & Happell 2012). Ser man eksempelvis på skizofrenipatienter og patienter med bipolarlidelser er den største dødsårsag hjerte-kar-sygdomme og åreforkalkning (*Cardiovascular disease*), bl.a. grundet af, at denne gruppe mennesker, som også sindslidende generelt, har en højere prævalens af overvægtige og rygere, hvilket øger risikoen for disse somatiske sygdomme (Baker et al. 2011). Ser man på sindslidende med *SMI* (*severe mental illness*), viser internationale studier en øget prævalens af både hjerte-kar-sygdomme og diabetes, med op til dobbelt så stor risiko sammenlignet med den generelle population grundet usund livsstil og psykofarmaka (Scott, Platania-Phung & Happell 2012).

Amerikanske studier viser, at personer med en kombination af usund livsstil såsom fysisk inaktivitet, stort alkoholforbrug eller rygning, har fire gange større risiko for dødsfald totalt set, end personer uden en usund kombination (Happell, Davies & Scott 2012). Her er det bekymrende, at sindslidende har en signifikant større tilbøjelighed til at optage en usund livsstil end personer uden en sindslidelse (*ibid.*), da der ofte er en række barrierer og udfordringer hos denne gruppe borgere med henblik på ændring af livsstil.

I tilfælde, hvor ringe somatisk helbred skyldes livsstil, kan man argumentere for, at der samtidig er grobund for ændringer ved at arbejde med individets livsstil (Prochaska et al. 2014). Studier med fokus på tobaksrygning hos sindslidende viser samtidigt også, at der kan være held med at integrere rygestop i deres psykiatriske behandling eller terapi (Hall et al. 2006; J. J. Prochaska et al. 2008; McFall et al. 2010; Tsoi, Porwal, & Webster 2010 i Prochaska et al. 2014).

Lassenius et al. (2012) har i et svensk studie undersøgt den oplevede sundhedstilstand hos sindslidende i en spørgeskemaundersøgelse. Deres oplevede sundhedstilstand vurderedes kun som *god* eller *meget god* hos lidt under halvdelen af respondenterne. Til sammenligning var tallet godt 75% i den øvrige befolkning. Selve sindslidelsen kan tænkes at være hovedårsagen til den ringe oplevede sundhed, men som Lassenius et al. (2012) påpeger, er differencen på 30% mellem denne gruppe og den øvrige befolkning alligevel slående.

Individets egen opfattelse er væsentlig at medtænke, når man ser på grænsefeltet mellem somatik og psyke, da der hos disse individer sandsynligvis er flere udfordringer og barrierer (Prochaska et al. 2014). Der er samtidig behov for at adressere og undersøge de sindslidendes parathed og motivation til forandring (ibid.). Arbejdet med at bedre sindslidendes sundhedsadfærd kan bidrage til at reducere multisygdom (*comorbidity*) og derigennem forbedre helbredet for denne gruppe mennesker (Happell, Davies & Scott 2012).

Inden for de nævnte studier er der dog væsentlige pointer at bemærke ved en sammenligning med forholdene herhjemme. Flere af undersøgelserne er kvantitative metasynteser, som præsenterer den internationale forskning, herunder undersøgelser af personer med *SMI* i USA. En barriere for somatisk sundhedsfremme til sindslidende i USA kan være, at den amerikanske velfærdsmodel og herunder sundhedsydelse er baseret på brugerbetaling. Mange sindslidende, som også har en somatisk lidelse, er ofte socioøkonomisk ringe stillet, hvorfor det naturligvis besværliggør adgangen til en adækvat behandling, da den baseret på netop brugerbetaling (Scott, Platania-Phung & Happell 2011). Dette viser, hvordan strukturelle forhold kan have en direkte indvirkning på borgerens livssituation, men som også kan besværliggøre en sammenligning til danske forhold, da den danske velfærdsmodel er bygget op om en mere universalistisk tanke.

Slutteligt har flere studier fundet tegn på, at der kan være en direkte sammenhæng mellem eksempelvis ringe diæt og risiko for en sindslidelse (Jacka, Sacks, Berk & Allender 2014). Dvs., jo bedre en diæt personer indtager, desto mindre er risikoen for at udvikle mere almindelige psykiske sygdomme, *Common mental disorders (CMD)* (ibid.). Selvom der stadig mangler klar evidens, tyder flere studiers resultater på, at der kan være en sammenhæng mellem vestlig usund levevis og depression, mens en metaanalyse viser, at personer omkring Middelhavsområdet, på baggrund af deres kost, oplever 30% mindre risiko for depression (ibid.). Samme metaanalyse gav et andet interessant mønster; hvis man accepterer præmissen om, at de mest almindelige psykiske lidelser (*CMD*) allerede manifesterer sig i barndommen eller den tidlige voksenalder, kan diæten hos både gravide, børn og voksne måske være en vigtig faktor, som kan øge risikoen for psykiske lidelser over en hel levetid (ibid.).

1.1.2 Barrierer, motivation og støtte

En stor del af spørgsmålet vedrørende psykisk sårbares somatiske helbred er at få et kvalitativt indblik i individernes egne forhold til denne problematik.

Når man internationalt ser på sindslidendes forventede levetid, kan flere undersøgelser dokumentere, at levetiden for denne gruppe kan være helt ned til 25-30 færre leveår end den øvrige population (Colton & Manderscheid 2006 i Aschbrenner, Carpenter-Song, Mueser, Kinney, Pratt & Bartels 2013) og derfor er det væsentligt at få indblik i, hvilke udfordringer barrierer og motivationsproblemer, der eksisterer i relation til sundhedsfremme.

Som forrige afsnit præsenterede, er nogle af de somatiske helbredsproblemer blandt sindslidende hjerte-kar-sygdomme og overvægt, som på lige fod også optræder i den øvrige population. Gruppen af sindslidende besidder, generelt set, dog en række udfordringer, hvad angår kognition, humør og motivation, som kan gøre somatisk sundhedsfremme udfordrende i forhold til livsstilændringer og vanetænkning (Aschbrenner et al. 2013). Ser man eksempelvis på usunde spisevaner, vurderer sindslidende informanter i et fokusgruppstudie, at den største barriere for en omlægning til sundere livsstil er eksponeringen af et usundt miljø eller usunde omgivelser. Dette er eksempelvis manglende støtte fra partner eller familiemedlemmer (ibid.). Selvom barrierer, motivationsproblemer og eksponering af et usundt miljø kan virke stærkere for sindslidende, er selve problematikken omkring sociale faktorer indvirkning ikke kvalitativt forskelligt fra personer uden en sindslidelse (ibid.). I flere tilfælde vedrørende usund livsstil er det dermed ikke selve livsstilen, som er særligt kendetegnende for denne gruppe af mennesker men derimod, at forandring kan være sværere grundet sindslidelsen. Aschbrenner et al. (2013) viser, at sociale facilitatorer kan tilskynde til et vægttab via opbakning, støtte og fællesskab. Deltagerne i denne undersøgelse udtrykte herunder, at de fandt det nemmere at nå målet, hvis de oplevede opbakning og støtte fra de nærmeste; praktisk opbakning, altså helt håndgribelig støtte i de fysiske aktiviteter; at have fælles mål, hvor deltagerne fandt det nemmere, hvis f.eks. familiemedlemmer også have et mål om vægttab og det dermed blev et fælles anliggende.

Inden for samme problematik vedrørende opbakning, peger et andet studie på opbakning fra plejepersonale, sygeplejersker og andet fagpersonel. I et studie om bedre sundhed i psykiatrisk behandling, udtrykte en overvejende del af deltagerne netop, at støtte og samtale med personale om livsstil både var vigtigt og ønsket, da det fik dem til at føle sig respekteret som individ (Verhaeghe, Maeseneer, Maes, Heeringen & Annemans 2013). Samme studie viste også, at de psykiatriske sygeplejere anså sig selv som de mest passende til at støtte patienterne med livsstilsændringer (ibid.). Dette peger på, at der findes en uudnyttet ressource i forhold til at sammentænke fysisk og psykiatrisk sundhedsfremme.

Spændingsfeltet mellem psykiatri og det somatiske sundhedsvæsen kan være svært for den enkelte patient. Studier påpeger, at personer med en svær psykisk lidelse i mindre grad søger behandling for fysiske lidelser på grund af problemstillinger, der knytter sig til deres psykiske lidelse, såsom social stigma og kognitive vanskeligheder. Samtidigt kan det også være helt hverdagsmæssige problemer, som manglende energi til at lave mad grundet medicin eller den psykiske sygdom i sig selv (Scott, Platania-Phung & Happell 2012; Verhaeghe et al. 2013). Herunder at somatisk sundhedspersonale måske ikke altid føler sig komfortable med at behandle psykiatriske patienter, qua de sociale stigma som nogle grupper besidder. Dette kan derfor optræde som en barriere for at modtage korrekt behandling (Scott, Platania-Phung & Happell 2012). Så meget mere desto vigtigere er det at sammentænke somatisk og psykiatrisk sundhedsfremme, da visse barrierer ofte er, hvis ikke unikke, så forstærkede for disse borgere i sammenligning med den øvrige population.

1.1.3 Billedet i Danmark

Et naturligt spørgsmål på baggrund af litteraturreviewet er, hvordan sundhed defineres? I den danske spørgeskemaundersøgelse *Hvordan har du det* (Larsen & Nielsen 2012), som behandler somatiske sygdomme blandt sindslidende, er sundhed og sygdomme defineret ud fra normalområdet. Dvs., at man i denne undersøgelse samler alle sindslidende i én kategori, som man derefter kan sammenligne med den øvrige befolkning ud fra forekomsten af 15 langvarige sygdomme. Sindslidende er her defineret ”ved de svarpersoner i undersøgelsen, der oplyser, at de har en vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser eller eftervirkninger heraf.” (ibid.). Uanset symptomer eller diagnose er man indbefattet i denne kategori, såfremt man opfylder dette overordnede kriterie. Undersøgelsen fanger dermed ikke sindslidende med særlige lidelser, som kan medføre bestemte somatiske sygdomme, jf. sammenhængen mellem skizofreni og hjerte-kar-sygdomme. I denne undersøgelse er hjerte-kar-sygdomme og symptomer præsenteret for hele gruppen af sindslidende. Det samme gør sig gældende ved forekomsten af multisygdom, hvor alle sindslidende igen samles under én betegnelse i sammenligningen med den øvrige befolkning (ibid.). I en statistisk undersøgelse som denne anerkendes det, at en opdeling af diagnoser er kompleks og uoverskuelig. Dog må det også problematiseres, at der kan være skjulte problemstillinger, som knyttes til bestemte diagnoser o.lign., som forbliver skjulte med denne kategorisering. I forhold til den internationale forskning, som beskrevet i forrige afsnit, er det danske billede overvejende ækvivalent.

Gruppen af sindslidende er overrepræsenteret i forhold til daglige rygere, større alkoholforbrug, usund kost, højere stressniveau, flere sværere overvægtige, flere med søvnproblemer og mindre fysisk aktivitet (ibid.: 8). Konklusionen med hensyn til sindslidendes ressourcer, motivation og barrierer for ændringer i sundhedstilstanden bevæger sig i samme retning som den internationale forskning. Rapporten konkluderer, at disse individer ofte har en lavere socioøkonomisk baggrund og flere udfordringer i hverdagen. Dette fordrer, at livsstilsændringer er sværere, selvom majoriteten af sindslidende i højere grad ønsker livsstilsændringer (ibid.: 10).

I slutningen af 2015 udkom Sundhedsstyrelsens omdiskuterede rapport *Sygdomsbyrden i Danmark*, som forsøgte at rangere 21 udvalgte og hyppigt forekomne sygdomme herhjemme, både fysiske og psykiske, ud fra bl.a. prævalens, lægebesøg, tabt arbejdsproduktion, sygedage mv. (Sundhedsstyrelsen 2015). Heri fremlagde man bl.a., hvor stor en samfundsøkonomisk belastning henholdsvis depression, angst og skizofreni er, da disse er nogle af de hyppigst forekomne sindslidelser i Danmark (ibid.). I denne rapport konkluderede man, at depression hvert år koster 3 mia. pga. tabt arbejdsproduktion, 1,2 mia. i behandling og pleje, personer med depression har 600.000 flere lægebesøg hos almen læge og 100.000 flere besøg hos psykiater og psykolog end personer uden depression (ibid.: 163). For angst konkluderede man, at personer med denne lidelse har godt 800.000 flere årlige besøg hos almen læge, 120.000 flere besøg hos psykiater og psykolog end personer uden angst. Desuden koster angst godt 1 mia. i behandling og pleje årligt, samt ca. 8,5 mia. pga. tabt arbejdsproduktion (ibid.: 195). For skizofreni var tallene ca. 250.000 flere lægebesøg, små 25.000 flere besøg hos psykiater og psykolog. Skizofreni koster årligt ca. 2,6 mia. i behandling og pleje, samt 5,6 mia. pga. tabt arbejdsproduktion (ibid.: 211). Desuden har disse tre sindslidelser en høj forekomst af ambulante hospitalsbesøg, psykiatriske skadestuebesøg, samt psykiatriske indlæggelser (Sundhedsstyrelsen 2015). Selvom en sådan rapport er reduktionistisk fra den enkeltes perspektiv, står det midlertidigt klart, at der findes nogle klare og tydelige problemstillinger, når det gælder sindslidende og somatisk sundhed. På baggrund af denne opgørelse, kan man i udgangspunktet konkludere, at såfremt disse tre lidelser er repræsentative for det mere generelle somatiske sygdomsbillede hos personer med sindslidelser, så belaster sindslidende både det somatiske og psykiatriske sygdomsvæsen økonomisk og kapacitetsmæssigt. Samtidig har det netop også konsekvenser for det enkelte individ, hvad angår livskvalitet og livslængde. Med til billedet hører, at personer med sværere psykiske sygdomme gennemsnitligt lever

” (...) 15-20 år kortere end den øvrige befolkning, og det vurderes at ca. 60% af denne overdødelighed skyldes somatisk sygdom. [...] Overdødeligheden skyldes, at disse sygdomme (red.: hjertekarsygdomme, metaboliske sygdomme, samt visse infektionssygdomme) er overrepræsenterede blandt mennesker med psykisk sygdom, hvortil kommer en række barrierer, der stiller disse personer dårligere, hvad angår forebyggelse, diagnostik og behandling af somatisk sygdom.” (Sikker Psykiatri u.å.: 2).

Allerede i 2005 anbefalede Psykiatrifonden at inddrage bevægelse aktivt i psykiatribehandling og sætte fokus på patienternes fysiske sundhed (Gerlach 2005). Her konkluderende man bl.a., at motion kan have en behandlende effekt, næsten uanset den psykiske lidelse. Herunder kan det også være medvirkende til at hjælpe på patienternes selvværd og stigma, eksempelvis ved et vægttab. (Ibid: 103-104). Dette billede ligner tilnærmelsesvis det samme, som beskrevet i forrige afsnit og dermed ser det danske billede ud til at ligge i forlængelse af de internationale konklusioner.

Dette ser man eksempelvis materialiseret i Region Nordjyllands psykiatriplan for 2015-2020, hvor et af punkterne består i, at: ” Patienter med psykisk sygdom skal sikres bedre og længere liv - derfor skal der arbejdes målrettet på at nedbringe overdødelighed og oversygelighed.” (Region Nordjylland u.å.:a). Spørgsmålet er midlertidigt, hvordan dette opleves hos de psykisk sårbare selv? Dette speciale ønsker at undersøge, hvordan psykisk sårbare selv oplever deres hverdag og de udfordringer, der hører med til at have både psykiske og somatiske problematikker.

1.2 Problemformulering

Ud fra specialets litteraturgennemgang af de forskningsmæssige tendenser inden for psyke og somatik, står det i midlertidigt klart, at: 1) Der findes en reel problemstilling med psykisk sårbares overrepræsentation ved en lang række sygdomme og dårlig livsstil, 2) Der mangler en kvalitativ indsigt i de psykisk sårbares egne oplevelser af denne problemstilling, 3) Dualiteten mellem psyke og somatik er indlejret i en bredere og mere kompleks problemstilling om psykisk sårbares livsverden og hverdagsliv, hvor diagnoser, identitet og forhold til behandlingssystemet indgår, samt 4) Det er nødvendigt at kontekstualisere psyke/somatik problemstillingen til den enkelte psykisk sårbare situation, da mange spørgsmål om motivation, barrierer og fremskridt inden for deres somatiske sundhed, tager udgangspunkt i nogle generelle problemstillinger,

erfaringer, oplevelser og refleksioner om det at være psykisk sårbar. Som nævnt i indledningen vurderes det umuligt at isolere det somatiske sundhedsaspekt hos de psykisk sårbare uden at medregne deres øvrige liv, hverdag og oplevelser. Netop derfor er dette speciale også nødt til at inkludere mere generelle oplevelser om det at være psykisk sårbar, og samtidig sætte disse generelle oplevelser i kontekst til deres somatik. Når specialet undersøger psykisk sårbares somatiske sundhed ud fra deres egne oplevelser, er det derfor nødvendigt at medtænke emner som hverdagsliv, identitet, diagnoser, behandling, netværk, erfaringer med somatisk sundhedsfremme mv. Nærværende speciale ønsker samtidig at kontekstualisere disse oplevelser til et større samfundsmæssigt og strukturelt niveau, for at forstå de strukturer og rammer som de psykisk sårbare agerer inden for. De psykisk sårbares egne subjektive refleksioner og forståelser af deres oplevelser og erfaringer må kontekstualiseres til en større strukturel ramme for at lokalisere, hvorledes disse erfaringer og oplevelser overhovedet er muliggjorte. Med andre ord bevæger dette speciale sig i grænsefladen mellem konstruktionisme og realisme og vil senere materialisere sig i en *kritisk diskursanalyse*. Psykisk sårbares oplevelser og erfaringer er dermed udtryk for nogle bestemte diskurser, og disse diskurser er muliggjorte af nogle bestemte strukturer, *mekanismer*, af eksempelvis historisk, kulturel, teknologisk eller politisk specificitet. Disse niveauer søger den *kritiske diskursanalyse* at indfange. Dermed lyder specialets første problemstilling som følgende:

- ***Hvordan italesætter psykisk sårbare deres hverdagsliv og oplevelser med somatiske problemstillinger?***

Formålet er at undersøge, hvorledes psykisk sårbare selv beskriver deres oplevelser og hverdagsliv. Bevæggrunden kan relateres til specialets litteraturreview, hvor det understregedes, at der savnes kvalitativ indsigt i netop disse borgeres perspektiv, da sundhedsfremme for denne gruppe forudsætter viden om deres livssituation og oplevelser. Det er nødvendigt at inddrage deres hverdagsliv sammen med deres somatiske problemstillinger, da mange problematikker for psykisk sårbare ofte er af mere generel karakter, der antages at komme udtryk i deres hverdag.

Individens italesættelser og oplevelser, også psykisk sårbares, er ifølge den kritiske diskursanalyse bl.a. konstitueret af historiske, kulturelle, teknologiske og politiske strukturer, som efterfølgende betegnes *generative mekanismer*. Specialet ønsker dermed også at undersøge:

- *Hvordan er de psykisk sårbares italesættelser historisk, kulturelt, teknologisk og politisk konstitueret?*

Der ønskes at genere ny kvalitativ viden med udgangspunkt i de psykisk sårbares egne ord og oplevelser, da det vurderes som fundamentet til at forstå deres udfordringer og barrierer i relation til somatisk sundhed, der kan hjælpe til en positiv forandring af disse borgeres sundhed. Samtidig er det nødvendigt at identificere hvilke mekanismer, som har muliggjort disse diskursive konstruktioner, da disse mekanismer er konstituerende for de psykisk sårbares diskursive referencer, og i sidste ende skaber forbindelsen og forståelsen mellem individ og sociale strukturer. Specialet anser diskurser, sociale strukturer og generative mekanismer som havende et indbyrdes konstituerende forhold. Dvs., en vekselvirkning mellem de diskurser som de psykisk sårbare anvender og refererer til, og de sociale strukturer og generative mekanismer som disse diskurser er indlejret i.

1.2.1 Begrebsafklaring og ambition

På baggrund af specialets undersøgelsesspørgsmål er der to begreber, som vurderes hensigtsmæssige at uddybe; *diskurser* og *generative mekanismer*. Med ordet *italesætter* menes, hvilke diskurser de psykisk sårbare anvender og refererer til, hvor selve diskursforståelsen knyttes til Norman Faircloughs *Kritiske Diskursanalyse* (herefter KDA). I anden problemstilling spørges der til de historiske, kulturelle, teknologiske og politiske konstituerende mekanismer, som betegnes *generative mekanismer*, hvor disse skal forstås ud fra et kritisk realistisk videnskabsteoretisk perspektiv. Inden disse to begreber præsenteres, må det samtidig gøres klart, at der med begrebet *hverdagsliv* ikke tillægges en teoretisk forståelse af dette (fx Schütz 2005). Hverdagsliv forstås her som informanternes oplevelse af deres hverdag og livssituation.

Mens diskursbegrebet udfoldes senere i præsentationen af *kritisk diskursanalyse*, er det alligevel nødvendigt kort at introducere, hvorledes diskursbegrebet anskues i forhold til problemstillingen. Ønsket om at undersøge, hvilke diskurser de psykisk sårbare refererer til og anvender skal forstås på følgende måde: Diskurs er en samlebetegnelse, der udtrykker bestemte normer, regler, sandheder, mulige ytringer, magtforhold etc., som gør sig gældende inden for et bestemt felt. Diskursbegrebet beskriver således, hvad det er muligt at ytre sig om; hvad vi forstår som sandt og falsk, samt hvordan vi bør agere i bestemte sammenhænge inden for afgrænsede felter. KDA trækker på Michel Foucaults grundlæggende anskuelse af diskurs som:

”(...) helheden af de ytringer, som tilhører det samme formationssystem; og det er i denne forstand, at jeg ville kunne tale om den kliniske, økonomiske, naturhistoriske og psykiatriske diskurs.” (Foucault 2005: 164). I specialet vil begrebet diskurs være identisk med begrebet *diskurstyper*, som er bestemte diskurser, der kæmper inden for en *diskursorden* (parallel til felt) om at blive dominerende diskurser og i sidste ende definere vores opfattelse af sandheden. Med henblik på problemstillingen vil det undersøges, hvilke diskurstyper, som de psykisk sårbare refererer til og anvender i deres diskursive konstruktion af deres hverdagsliv og oplevelser med somatisk sundhed. Diskurser besidder et konstituerende forhold til sociale strukturer (Fairclough 2015). De mulige diskurstyper inden for et felt er dermed betinget af de sociale strukturer, dvs., at måden vi italesætter sandhedsopfattelser på inden for et bestemt felt, er ikke uendelige. Diskurstyperne kæmper en hegemonisk kamp, om at kunne definere de gældende normer, sandheder etc., og reproduceres gennem aktørernes italesættelse, adfærd mv., eller konstrueres på nye måder, gennem kreative sammenblandinger af diskurser (interdiskursivitet), således at nye normer og sandheder kan vinde indpas i et felt (ibid.).

Generative mekanismer refererer til Roy Bhaskars vidensfilosofi *kritisk realisme*, som også anvendes i dette speciale. Dette perspektiv harmonerer med Faircloughs diskursteori, idet denne formår at kombinere det konstruktionistiske og realistiske. Det vidensfilosofiske ståsted i specialet anerkender, at vores epistemologiske erkendelse er indlejret i en ontologisk virkelighed, som også har en objektiv karakter udover de diskursive konstruktioner. *Generative mekanismer* forstås som ikke-observerbare eller ikke-empiriske kræfter, som muliggør bestemte begivenheder, erfaringer og fortolkninger (Wad 2012). I dette speciale vil generative mekanismer være historiske, kulturelle, teknologisk eller politiske specificiteter, som muliggør betingelserne for at bestemte diskurstyper kan anvendes og refereres til. Det er dermed forholdet mellem det konstruktionistiske (epistemologiske) og det realistiske (ontologiske) som dette speciale, i videnskabsteoretisk forstand, ønsker at undersøge.

De psykisk sårbare oplevelser og erfaringer refererer til det konstruktionistiske perspektiv, mens de generative mekanismer refererer til det realistiske perspektiv. KDA anvender tre analyseniveauer; tekst, diskursiv praksis og social praksis. De første to fungerer på et konstruktionistisk plan, mens social praksis muliggør et strukturelt og mere ontologiskorienteret analyseniveau. På den måde kan de psykisk sårbare diskursive konstruktioner af oplevelser og erfaringer kontekstualiseres til en bredere strukturel ramme.

Herunder hvilke generative mekanismer, der muliggør, at den diskursive konstruktion fremtræder netop som den gør og ikke på en kvalitativ anden måde.

2) Design

2.1 Videnskabsteori

Dette speciales videnskabsteoretiske ståsted placerer sig i grænsefladen mellem (social) konstruktionisme og (kritisk) realisme. Det vurderes at være en reduktionistisk tanke, at foretage en diskursanalyse af psykisk sårbares erfaringer og oplevelser og placere disse under kun ét perspektiv. Ringø (2016: 171) argumenterer for, at en isoleret metodisk fremgangsmåde ofte kun viser dele af en given problemstilling eller at ”forskeren udelukkende søger i en overflade, der i al sin tilsyneladende dækker for det egentlige og underliggende problem” (ibid.). Dette speciale anskuer en moderat socialkonstruktionisme og den kritiske realisme som komplementære (Fairclough 2015: 17; Fairclough, Jessop & Sayer 2004: 26). Det er således målet at opnå en kombination af konstruktionismens forståelse (*verstehen*) og realismens årsagsforklaring (*erklären*), i ambitionen om at ”producere en mere kohærent og komplet forklaring” (min oversættelse; Fairclough, Jessop & Sayer 2004: 26).

2.1.1 Socialkonstruktionismen

Når dette speciale ønsker at undersøge psykisk sårbares oplevelser og erfaringer med somatisk sundhed i et socialkonstruktionistisk perspektiv, indebærer det et fokus på, *hvordan* sociale identiteter, relationer og institutioner konstrueres diskursivt, samt hvilke diskurser disse konstruktioner er indlejret i (Ringø 2016: 176), og dermed mere fokus på en *forståelse* end en *forklaring* (Fairclough, Jessop & Sayer 2004: 26). Dette speciales empiri baseres på personinterviews med psykisk sårbare. De psykisk sårbare, deres omverden og forståelsesramme konstrueres gennem de diskurser, som de sårbares fortælling er indlejret i. Den diskursive konstruktion og tilskrivningen af mening sker i et socialt samspil via samfundsmæssige praksisser (Collin 2012: 335). Dette speciale applicerer et moderat socialkonstruktionistisk perspektiv, hvor ”vores erkendelse af den samfundsmæssige virkelighed er et produkt af samfundsmæssige omstændigheder” (ibid.: 337). Det er et perspektiv mod en mere epistemologisk orientering, og beskæftiger sig ikke med ontologiske spørgsmål, som radikale grene af konstruktivismen (Collin 2012: 371). Burr (2003) fremhæver fire hovedpointer, som går på tværs af socialkonstruktionismens grene: *en kritisk tilgang til selvfølgelig viden; historisk og kulturel specificitet; viden opretholdes og skabes gennem*

sociale processer; sammenhæng mellem viden og social handling (Burr 2003: 3-5, min oversættelse). Den sociale verden opfattes principielt kontingent, hvilket nødvendiggør en kritisk stillingtagen overfor den gældende viden og sandhedsopfattelse(r). Den sociale verden og samfundsmæssige virkelighed er skabt gennem sociale processer og derfor betinget af samtidens specifikke indretning og kulturelle epoke (ibid.: 3-4). Dermed ses den sociale verden som kontingent, da den netop kunne være anderledes, i og med viden er konstrueret og opretholdt gennem sociale processer. Virkeligheds- og sandhedsforståelser skabes således gennem interaktion og sociale praksisser, men skaber samtidig også en ramme for, hvordan individer kan handle og agere. Det er altså gennem vores sociale processer, at vi definerer de gældende normer og regler, korrekt og afvigende adfærd, normalitet mv., altså en ramme for vores samfundsmæssige erkendelse (ibid.: 3-5; Pedersen 2012: 206). Med det kontingente aspekt gøres den sociale verden dermed også anti-essentialistisk, når vi som individer og vores samfund principielt kunne erkendes anderledes eller være tillagt anden mening uden en iboende determinant (Burr 2003: 6). Samtidig risikerer man at ende i endeløs relativisme, hvor alt kan anses som lige gyldigt, da det er socialt betinget. Socialkonstruktionismen egner sig i dette speciale til at undersøge de sårbare diskursive konstruktioner af deres hverdagsliv og oplevelser, men forbliver dermed kun i overfladen, når den sigter mod årsagsforklaringer. Man kan ikke trænge bag om diskursen, da den er et udtryk for den sociale erkendelse (Ringø 2016: 176). Dette speciale ønsker samtidigt at undersøge, hvordan diskurser er konstituerede, hvilke mekanismer der muliggør de diskursive referencer. Derfor vurderes den kritiske realisme som et komplementært perspektiv til socialkonstruktionismen, i ambitionen om at beskrive og forklare de psykisk sårbare italesættelser så adækvat deres virkelighed som mulig (ibid.: 176-177).

2.1.2 Den kritiske realismes supplement

Ved at anskue specialets problemstilling udelukkende gennem et socialkonstruktionistisk perspektiv stiller der sig to væsentlige udfordringer i forlængelse af forrige afsnit. Med en social konstrueret erkendelse af den sociale verden, findes der dermed ikke nogen fænomener eller begivenheder, som er "(...) mere adækvate end andre, hvilket betyder, at der ikke kan ske en udvikling af viden (...)" (min oversættelse, Parr 2009: 370). Desuden underkender socialkonstruktionismen en "eksplicit analyse af kausale processer, herunder påvirkningen af sociale strukturer" (ibid.). Når socialkonstruktionismen langt hen ad vejen underkender

objektivitet eller sandhed eller antager, at disse størrelser ikke kan perciperes, er det fordi socialkonstruktionismen kun stiller epistemologiske spørgsmål (ibid.: 372). For at undersøge hvad der konstituerer diskurserne, er det nødvendigt at stille spørgsmål rettet mod ontologien: at undersøge problemet i dybden (ibid.; Ringø 2016: 179). Den kritiske realisme anskuer verden som differentieret i tre ontologiske lag: *det virkelige*, *det faktuelle* og *det empiriske* (Parr 2009: 372; Wad 2012: 383). Det *empiriske* lag er oplevelser, erfaringer og fortolkninger, som kan perciperes og fortolkes. Det *faktuelle* lag er ting og begivenheder som *måske* eller *måske ikke* erfares af subjekter. Det *virkelige* lag er ”naturlige kræfter og nødvendigheder” (Parr 2009: 372) eller ”de mekanismer eller kausale kræfter, som genererer begivenhederne eller tingene, dvs. konstituerer det *faktuelle* (Wad 2012: 383). Indlejret i denne forståelse er altså en konstituerende effekt mellem de tre lag. I dette speciales diskursanalyse er det derfor nødvendigt at inkludere alle lag, for dels at svare på, *hvilke* diskurser der anvendes, men samtidig også at kunne svare på *hvorfor*, eller hvilke mekanismer, som muliggør diskurserne og deres indhold. Dermed er fokus også på de potentialer eller forløste/uforløste kræfter, og deres effekter i det empiriske (Wad 2012: 384; Fairclough, Jessop & Sayer 2004: 25). Med andre ord de ”konstituerende egenskaber (red. *der*) betragtes som de vilkår, der skal være til stede, for at et eksempel, en hændelse, et symptom kan komme til udtryk for os, præcis som den gør og ikke på en kvalitativ anden måde.” (Ringø 2016: 180).

Socialkonstruktionismen orienterer sig således ”kun” mod det empiriske lag, og bevæger sig i overfladen. Den kritiske realisme forholder sig til dybden (ibid.; Wad 2012: 384).

2.1.3 Den metodologiske slutningsform

Dette speciale indskriver sig ikke i en traditionel form for slutningsdannelse, såsom den induktive, deduktive eller adaptive fremgangsmåde. I stedet lader dette speciale sig inspirere af flere tilgange som KDA også er et udtryk for. Slutningsformen er kompleks, som et social fænomen rent empirisk også er det. Dette speciale trækker således både på socialkonstruktionismens dekonstruktion, den kritiske realismes abduktion og retroduktion, samt elementer fra den adaptive tilgang. Dette speciale anerkender først og fremmest, at problemstillingen bør undersøges empirisk, men at man som forsker behøver nogle orienterende begreber, som styrer blikket i undersøgelsen, hvilket er et perspektiv, som også ses i den adaptive tilgang. Samtidig er de teoretiske orienterende begreber jo åbne for

fortolkning, ift. om de er meningsgivende for den empiriske undersøgelse, og der foregår dermed en vekselvirkning mellem empiri og teori (Layder 1998; Bryman 2012: 401).

Rent analytisk rummer diskursanalysen det dekonstruktive element i både det lingvistiske og diskursive praksis perspektiv, ”hvor verden først får sin mening i teksten” (Wæver 2012: 316). Samtidig trækker KDA på Bhaskars *kritiske realisme*, og lader sig i og for sig inspirere af både abduktionen og retroduktionen, hvilket dette speciale til dels også gør. Abduktion er kort sagt ”At genfortolke og rekontekstualisere et fænomen” (Wad 2012: 391), mens retroduktion er ”At rekonstruere de nødvendige mulighedsbetingelser for fremkomsten af et konkret fænomen.” (ibid.). Det er netop rammerne for analysen af social praksis i KDA, hvor der principielt anvendes en ekstern socialteori eller analytiske begreber, som en måde at rekontekstualisere fænomenet. Dette giver blik for de generative mekanismer, som er mulighedsbetingelserne for, at et socialt fænomen optræder som det gør, hvilket også er hovedpointen i retroduktion (Wad 2012: 391-392).

Som dette afsnit afspejler, og senere det metodiske kapitel, forsøger dette speciale at indskrive sig i en kreativ forståelse af teori, metode og videnskabsteori i sigtet om at opnå indsigt i den givne problemstilling. Sammentænkningen af de videnskabsteoretiske ståsteder og den metodologiske slutningsform vurderes at gavne formålet om at give så adækvat billede på problemstillingen som muligt.

3) Teoretiske overvejelser

3.1 Kritisk Diskursanalyse

Norman Faircloughs *Kritiske Diskursanalyse* dækker over en teoretisk forståelse og et sæt af metodiske analyseværktøjer. KDA tager udgangspunkt i en given diskursorden, som er det afgrænsede diskursive felt med egne logikker, sandheder og normer. Herunder er der forskellige diskurstyper på spil, der kæmper en hegemonisk kamp om at blive dominerende diskurser, og i sidste ende definerende for feltets forståelse af rigtigt og forkert (Fairclough 2015; Fairclough, Jessop & Sayer 2004: 33). Dette muliggør skabelsen af bestemte subjekter, objekter og sociale institutioner. Et eksempel kunne være; i efterkrigstiden var der en biologisk diskurs om sindslidende, hvor man opfattede sindslidelsen som primært *somatisk* funderet uden at vægte de psykologiske eller sociale faktorer i samme grad (Rosenberg 2016). En diskurs afspejler vores generelle sandhedsforståelse, hvilket er den måde vi italesætter sindslidende, agerer overfor, driver videnskab om, fører politik og policy-tilblivelse om. Man afprøvede ved sværere sindslidelser forskellige eksperimenter såsom malariabehandling, insulinchok etc. for at

fremtvinge en biologisk forandring. Man omtalte individerne som sindssyge, som sprogligt er forankret med nogle bestemte konnotationer, og politisk støttede man også stadig de somatiske forestillinger om sindslidelse, som materialiserede sig i psykiatrien (Ibid.). Dette er blot et eksempel på, hvordan en bestemt diskurs udfolder sig, men konsekvensen er, at de daværende sindslidende konstrueredes som bestemte subjekter i et bestemt billede, fordi den dominerende diskurstype var en biologisk sygdomsdiskurs inden for det psykiatriske felt. Denne definerende det rigtige og det forkerte, og producerede bestemte sociale identiteter, institutioner (fx psykiatrien). Dermed er det ikke sagt, at denne biologiske diskurs var den eneste. Der er altid kampe mellem forskellige diskurser om at definere sandheden, hvor end denne var en af de dominerende i efterkrigstidens psykiatri.

I KDA opfattes vores sprog som struktureret i mønstre, som vores udsagn følger, da disse producerer den sociale praksis indenfor et socialt domæne (Burr 2003). Diskurs er på én gang konstituerende for den sociale praksis, men på samme tid er diskurs også konstitueret af denne praksis, f.eks. at regler, normer, menneskesyn, den generelle erkendelse af verden er dybt indlejret i os som individer og som samfund, men reproduceres ikke altid bevidst eller refleksivt. Med andre ord reproducere vi som samfund og individer ofte de samme normer og sandhedsopfattelser (Burr 2003: 64).

Der er et dialektisk forhold mellem sociale strukturer og diskurs, som gensidigt konstituerer hinanden. Derfor anerkendes det, at der er objektive elementer, her forstået som generative mekanismer, som er konstituerende for både diskursen, social praksis og erkendelsen af den sociale verden, men at disse mekanismer samtidigt konstitueres af diskursen i dette dialektiske forhold (Bhaskar 2008: 14). Generative mekanismer forstås her, på linje med Bhaskars forståelse, som potentiel kausalitet. Dvs. at der underliggende af vores erkendelse af verden, er en objektivitet, som potentielt kan realiseres og være konstituerende for den sociale verden og dermed også for forandring af denne (ibid.). Inden for den kritiske diskursforståelse anskues sociale strukturer og kulturelle processer som havende en delvis lingvistisk karakter og opbygning (Jørgensen & Phillips 1999: 72-73). Hverdagens diskursive praksisser, hvor man producerer og konsumerer diskursive begivenheder såsom tekster, taler, reklamer etc., er medvirkende til at konstituere den sociale verden, sociale identiteter og sociale relationer (ibid.). Gennem diskursanalysen er det således muligt at identificere ”den lingvistisk-diskursive dimension af sociale og kulturelle fænomener og forandringsprocesser i senmoderniteten” (ibid.: 73). I KDA’s forståelsesramme er der et dialektisk forhold mellem sociale strukturer og

diskurs, og da diskursen på den ene side er konstituerende for de sociale strukturer, besidder diskursen samtidig potentialet til at forandre disse (Fairclough 2015: 17). Heri findes en pointe fra den kritiske realisme, hvor Fairclough påpeger, at: ”et samfunds diskursive konstitution opstår altså ikke af ideernes frie spil i folks hoveder, men udgår derimod fra en social praksis, som er fast forankret i og orienteret mod virkelige og materielle sociale strukturer” (Fairclough 2008: 20). Men når diskurs både er konstituerende for og konstitueret af den sociale verden, betyder det samtidig, at den diskursive praksis er med til ”at skabe og reproducere ulige magtforhold mellem sociale grupper fx mellem sociale klasser, kvinder og mænd, etniske minoriteter og majoriteten.” (Jørgensen & Phillips 1999: 75). Dermed er der et ideologisk aspekt i KDA. Ét formål med KDA er ” (...) at bidrage til social forandring i retning af mere lige magtforhold i kommunikationsprocesserne og i samfundet som helhed” (ibid.: 76). Det er altså muligt at afdække de uigennemsigtige magtrelationer og hegemoniske forhold i sociale relationer gennem en tekstanalyse, hvor formålet er at sikre, at disse magtrelationer og kampe om magt klarlægges gennem forholdet mellem diskurs og samfund (ibid.: 75). KDA stiller sig dermed ikke politisk neutral, men søger at ”afsløre den rolle, som en diskursiv praksis spiller i opretholdelsen af ulige magtforhold” (ibid.).

3.1.1 Diskursanalyse som samfundsvidenskabelig metode

Den lingvistiske dimension er udgangspunktet for KDA, da sociale strukturer og processer har en delvis lingvistisk opbygning (Jørgensen & Phillips 1999: 73). KDA tilstræber dog at kombinere den lingvistiske dimension med den måde som diskursen produceres og konsumeres på (*diskursiv praksis*), dvs., diskursens opbygning af genrer og mix af andre diskurser. Slutteligt sættes disse dimensioner i kontekst til social praksis, med inddragelse af en ekstern teori. KDA skal i det dialektiske forhold til andre teorier, ikke ses interdisciplinært men snarere transdisciplinært; måden som KDA gøres relevant og målrettet det givne studie, er ved at internalisere en social teori, som har en præcis forklaringskraft inden for det givne genstandsfelt, der opereres i (Fairclough 2008: 93-94). Det er dermed analysens formål at vise, hvordan disse tre niveauer både konstituerer og konstitueres af hinanden.

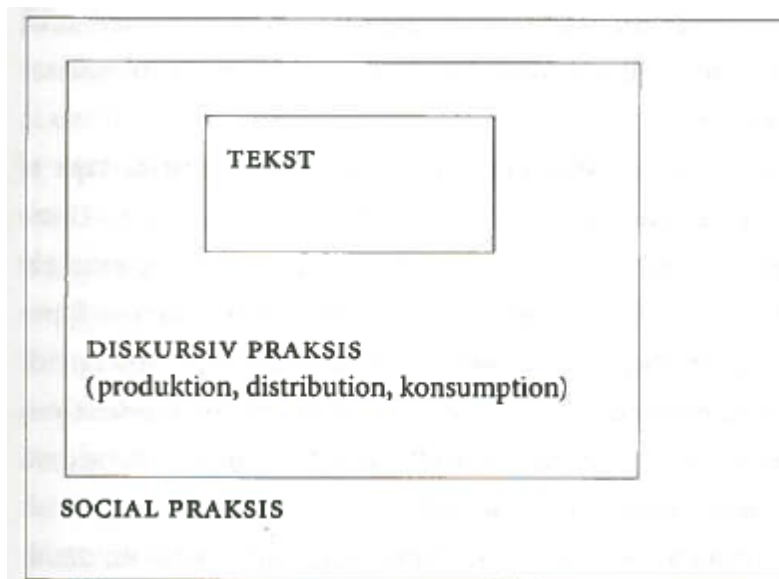
Samtidig er det væsentlig at klarlægge, hvordan forandringspotentialet i diskursen foreligger, som især findes i den diskursive praksis. Fairclough kalder det for forholdet mellem tekst, interaktion og kontekst (Jørgensen & Phillips 1999: 78; Fairclough 2015: 58.).

Som nævnt er formålet at identificere, hvilke diskurstyper de psykisk sårbare refererer til. Diskurstyper inddeles i genrer og diskurser, hvor ”en diskurs er sproget anvendt til at repræsentere en given social praksis fra et bestemt synspunkt” (ibid.). Diskurser hører ofte sammen, f.eks. i politik findes en socialistisk og liberalistisk diskurs, som befinder sig inden for samme diskursorden og bruger samme sprog, men repræsenterer en bestemt social praksis fra et bestemt perspektiv. En genre er ”(...) derimod sprogbrug, der er forbundet med, og som udgør en del af, en bestemt social praksis” (ibid.: 123), hvilket f.eks. kan være interviews, reklamer, nyheder, politiske debatter eller taler., hvor der er bestemte strukturer til den bestemte genre.

Overordnet set fokuserer man i en diskursanalyse på kommunikative begivenheder og diskursordner; som begge er lige essentielle (ibid.: 123). *Kommunikative begivenheder* er den eller de specifikke tekster, taler, nyheder etc. som danner grundlag for analysen. Generelt set betegner Fairclough enhver sprogbrug som en kommunikativ begivenhed (Jørgensen & Phillips 1999: 80). Diskursanalysen ser på forholdet mellem de specifikke kommunikative begivenheder og den bredere diskursorden som kontekstualiserer begivenheden og relationen mellem disse (Fairclough 2008: 123).

Her ses samspillet mellem det konstruktionistiske og realistiske. De konkrete udsagn fra de psykisk sårbare skal altså kontekstualiseres til deres samfundsmæssige sammenhæng og praksisser.

Visuelt opstiller Fairclough den tredimensionelle model som en analyseskabelon for KDA.



(Fairclough 2008: 29)

KDA vil bevæge sig fra tekst til diskursiv praksis og kontekstualiseres til social praksis. ”Tekstanalysen dækker traditionelle former for lingvistisk analyse – det vil sige analyse af ordvalg, semantik, sætnings- og syntagmegrammatik, det fonologiske system og skriftsystemet” (Ibid.: 124). Tekstanalyse i KDA fokuserer både på tekstens betydning og dens form, da ”betydninger realiseres i form, og forskelle i betydning afhænger af forskelle i form” (ibid.:125), hvilket bringer dialektikken helt ned i den lingvistiske forståelse; tekster konstituerer videns- og betydningssystemer, sociale relationer og sociale identiteter. Derfor fokuserer en tekstanalyse overordnet set på tre aspekter: ”Bestemte repræsentationer og rekontekstualiseringer af social praksis – som måske bærer bestemte ideologier” (ibid.); ”Bestemte konstruktioner af afsender- og modtager identiteter” (ibid.), samt ”En bestemt konstruktion af relationen mellem afsender og modtager” (ibid.). Overordnet set fokuserer tekstdimensionen på ordvalg/vokabular, grammatik, kohæsion og tekststruktur og det er igennem disse, at man kan se konstitueringen af den sociale verden, da: ”Folk træffer valg vedrørende designet og strukturen af deres sætninger, deriblandt valg med hensyn til, hvordan man giver betydning til (og konstruerer, red.) sociale identiteter, sociale relationer og videns- og holdningsspørgsmål (ibid.: 32).

Den diskursive praksis kan ses som det medierende led mellem tekstdimensionen og social praksis; ledet der binder tekst og sociale strukturer sammen (ibid.: 126; Jørgensen & Phillips 1999: 82). Diskursiv praksis omhandler en teksts produktions- og konsumptionsproces; hvilke betydningssystemer og referencer anvendes der i skabelsen af en tekst, og hvordan teksten i sidste ende fortolkes hos modtageren (Fairclough 2008: 126). Fairclough beskriver diskursiv praksis som: ”Egenskaber ved sociokulturel praksis former tekster, men de gør det ved at sætte rammerne for den diskursive praksis – det vil sige de måder, tekster produceres og konsumeres på – som igen realiseres i tekstens træk” (ibid.: 127). Når social praksis sætter rammerne for diskursiv praksis, er der to processer, som gør sig gældende; om diskursiv praksis henholder sig til konventionelle eller kreative diskursive processer, hvilket vil sige en konventionel brug af diskurstyper eller en kreativ blanding (ibid.: 128). I analysen af diskursiv praksis fokuserer man dermed på, hvorvidt den givne tekst bidrager til en reproduktion (konventionel) af diskursordenen eller til en omstrukturering (kreativ) (ibid.). Ved en potentiel forandring af diskursordenen ses der på *intertekstualitet* og *interdiskursivitet*. Intertekstualitet er spørgsmålet om: ”Hvilke genrer og diskurser blev der trukket på, da teksten blev produceret, og hvilke spor

af dem er der i teksterne?” (ibid.). Intertekstualitet og interdiskursivitet referer henholdsvis til, hvilke andre tekster der anvendes i den kommunikative begivenhed, og hvilke andre genrer og diskurser der blandes i den givne tekst. Forandringspotentialet i den konkrete kommunikative begivenhed kan altså afdækkes, såfremt afsenderen søger at lave et interdiskursivt mix, hvorved man trækker på andre diskurser fra andre diskursordner (ibid.: 44). Samtidig ser man på, hvilke konkrete tekster afsenderen anvender i den givne tekst i forsøget på at skabe forandring. Bruger man åbenlyst en anden tekst i produktionen, kaldes dette *manifest intertekstualitet* (ibid.: 43-45). Forandringspotentialet i diskurserne kan dermed afdækkes med begreberne om intertekstualitet og interdiskursivitet, men disse må altid sættes i kontekst til den sociale praksis (ibid.: 44).

3.1.2 Kritiske refleksioner om diskursanalyse

I KDA er sprog eller semiotik, både konstituerende for og konstitueret af sociale processer og sociale strukturer. I socialkonstruktionistisk forstand er semiotik *kun* konstituerende for de sociale strukturer, da der netop ikke findes dybere stratificering af virkeligheden end den empiriske. Diskursen er derfor en repræsentation af virkeligheden, som vi erkender den, og må analyseres som sådan (Jørgensen & Phillips 1999: 31). Hvis man accepterer denne påstand, risikeres det, at analysen og dens resultater er betinget af relativisme. Hvis vores erkendelse er socialt konstrueret, hvorledes kan en afdækning af den konkrete diskurs således være mere adækvat informanternes virkelighed end andre diskursanalyser, når der ikke findes objektive pejlemærker (Ringø 2016; Fairclough 2015)? I dette speciale anses KDA, i sig selv, som en teoretisk styrke i sammenligning med andre diskursanalytiske tilgange, som ofte risikerer relativisme (Wæver 2012). Inddragelsen af den kritiske realisme i social praksis giver et objektivt pejlemærke, og skærper argumentation om, at diskursen på *overfladen* er social konstrueret, men at diskursen i sig selv er indlejret i en virkelighed af sociale processer og -strukturer som *ikke kun* er af semiotisk og diskursiv karakter. Diskursen er indlejret i en virkelighed, som *også* er af objektiv karakter (Bhaskar 2008; Fairclough 2015). Denne videnskabsteoretiske kombination anses som kvalitetsmæssig styrke for analysens validitet, da det må skærpe diskursanalytikerens argumentation, og ikke kun bero på ”ideernes frie spil” (Fairclough 2015).

Herudover sigter analysen mod *hermeneutisk validitet*. Dvs., at den videnskabelige fortolkning og argumentation må være overbevisende, konsistent og velbegrundet. En del af analysens

validitet er derfor indlejret i validitetsbegreber som troværdighed, transparens og argumentation, hvor fortolkningen stræber mod kohærens (Juul 2012.: 133-134).

3.2 Diskursanalysens kvalitetskriterier

Diskursanalyse som metode lægger op til, ”at læseren foretager en intern og immanent kritik af forskningen, hvorved han/hun vurderer den i forhold til dens indre konsistens” (Phillips 2015: 318). Den immanente kritik hænger i store træk sammen med kriterierne for den omtalte *hermeneutiske validitet*, og de kvalitetskriterier som kvalitative undersøgelser bør efterstræbe (Brinkmann & Tanggaard 2015). Forskningsprocessen bør være gennemsigtig og transparent i henhold til at afdække alle præmisser fra forskningsspørgsmål til konklusion (Phillips 2015: 318). KDA hviler dels på et socialkonstruktionistisk fundament, og herunder argumenter Phillips for, at ” (...) gennemsigtighedspincippet er således en forudsætning for evalueringen af akademisk viden ud fra de sandhedskriterier, som den socialkonstruktivistiske videnskab – baseret som den er på post-foundationalisme – udstikker.” (ibid.).

Samtidig sikres gennemskueligheden af fortolkningen i analysen, ved at lade empirien tale. Dvs., at man i analysen bruger informanternes udsagn præcist og eksplicit (ibid.). På den måde sikres i højere grad en overensstemmelse mellem empiri, fortolkning og læserens vurdering, hvilket skærper argumentationen af fortolkningen.

Dette speciale anerkender til fulde disse præmisser for diskursanalysens kvalitet, og derfor er det nødvendigt, at alle analysebegreber, fremgangsmåde og teoretiske forståelser fremstår så gennemskuelige og tydelige for læseren som muligt, og står som konkrete retningslinjer for læserens vurdering. Det vurderes, at dette speciale har tydeliggjort disse punkter således, at læseren netop ikke bør være i tvivl om specialets forståelser, rammer, ambition og perspektiver.

3.2.1 Fravalg af redskaber

Fairclough leverer et enormt analyseapparat med mange lingvistiske analyseværktøjer til analysen. Det er ikke muligt at sætte alle redskaberne i spil, da dette er alt for omfattende, både analytisk og udenfor specialets omfangsmæssige begrænsning. Fairclough argumenterer for at begrænse sit fokus i analysen og kun fremhæve det væsentlige:” Note that in any particular analysis some of the categories are likely to be more relevant and useful than others, and analysts are likely to want to focus upon a small number of them” (1992: 231-232).

I dette speciale vil dette argument både gælde for præsentationen af diskurstyper og anvendelsen af lingvistiske redskaber. Selvom de egentlige lingvistiske redskaber først

præsenteres under den egentlige analysestrategi, vil et par overordnede fravalg berøres i dette afsnit. Analysen vil således tilpasses empiriens form: Personinterviews. Derfor er det ikke meningsgivende, at bruge mange kræfter på sætningskonstruktionen og de formelle opbygninger af sætninger og ordstilling på samme måde, som hvis det var en politisk tale eller anden officiel *kommunikativ begivenhed*. Selve teksternes produktionsled er ikke væsentligt, som i en avisartikel eller tale. I stedet er fokus på subjektets tilslutning til eget udsagn (*modalitet*) og hvordan subjekter, objekter og institutioner diskursivt konstrueres. I analysestrategien præsenteres således kun de anvendte værktøjer, hvor de øvrige fravalg ikke vil optræde i dette speciale. Tilpasning af redskaberne til empirien er således ud fra målet om at opnå en så meningsgivende, transparent og præcis analyse som mulig. Med dette afsnit og forrige teoretiske præsentation vurderes det, at diskursbegrebet er fyldestgørende præsenteret, og at selve designet for både specialet og analysen fremgår tydeligt. KDA betragtes som et omfattende teoretisk og metodisk apparat, som i sig selv leverer et stringent forskningsdesign. Dog er der overordnede designelementer såsom reliabilitets- og validitetskriterier, som også gør sig gældende i dette speciale, hvilket præsenteres i næste afsnit.

4) Metodiske refleksioner

Dette kapitel præsenterer de metodiske refleksioner og præmisser for specialet, som knytter sig til empirien. Således vil kapitlet behandle empiriindsamling og kodning; designmæssige overvejelser i forhold til validitet og andre kvalitetsmæssige spørgsmål; præsentere de lingvistiske redskaber til analysen, samt give en kort præsentation af informanterne.

Selvom der allerede er redegjort for analysens kvalitetskriterier, vurderes det som hensigtsmæssig at pointere visse punkter. Videnskabsteoretisk forsøger dette speciale at undgå konstruktionismens relativisme og kontingente analyseresultater ved at kombinere det metodologiske sigte med et kritisk realistisk perspektiv, som KDA rent metodisk indfanger, ved at kontekstualisere det subjektive (tekstnære) og intersubjektive (diskursiv praksis) til en mere objektiv ramme (social praksis) af sociale strukturer og generative mekanismer. Det er således målet at generere indsigt i problemstillingen ved et kreativt teori- og metodeapparat, snarere end at give en fuldkommen empirisk afdækning af feltet. Dog forholder dette speciale sig kritisk til sin empiri og både indsamlingen, behandlingen og dets rammer kræver systematik og kohærens.

4.1 Præsentation af empiri og kilder

Med hensyn til udvælgelseskriterier af informanter er der først og fremmest nogle forbehold, som må klarlægges. Dette speciales ambitioner er ikke at udføre en fuldstændig empirisk undersøgelse af psykisk sårbare somatiske problemstillinger, men derimod at genere indsigt og årsagsforklaringer på, hvorfor diskurserne refereres til og anvendes netop som de gør. Derfor kategoriseres informanterne ikke efter diagnose, hverken psykisk eller fysisk, og det er ikke et krav, at informanterne er diagnosticeret med en somatisk lidelse. Kravet er derimod, at informanterne har en psykisk sårbarhed, og har været i berøring med somatisk sundhedsfremme, såsom kost, bevægelse, rygestop eller lider af somatiske sygdomme, eller har været i berøring med det somatiske sundhedsvæsen.

Målet er at genere indsigt i de barrierer og udfordringer, som psykisk sårbare kan opleve i forhold til problemstillingen, men det er ikke et krav, at informanten har erfaringer med alle facetterne af specialets interviewguide. Alle informanter er anonymiseret, uanset eksplicit ønske eller ej, da interviewets karakter er personfølsomt, samt at dette speciale ønsker at genere brugbare vurderinger til sundhedsfremme af psykisk sårbare med somatiske problemstillinger.

Rekrutteringen af informanter er startet med henvendelser til psykiatriske tilbud, væresteder, afdelinger, kommunale/regionale tilbud mv. med information om specialets overordnede sigte og ønsket om hjælp til at finde velvillige informanter. For alle informanternes vedkommende har der været en gatekeeper fra et af de ovennævnte tilbud, som har hjulpet med at rekruttere de informanterne. Det har typisk været kommunale frontmedarbejdere, som har personligt kendskab til borgerne og derfor særlig indsigt i, hvem der er egnet. Alle kontaktpersoner, som har fundet informanterne, har fået selektionskriterierne, som tidligere beskrevet, og derudfra er informanterne udvalgt. Alle har været tilknyttet et kommunalt dagtilbud for psykisk sårbare, og herigennem haft et forløb, hvor de har haft fokus på kost, bevægelse eller motion i enten Region Nordjylland eller –Midtjylland. Alle informanter har dermed på den ene eller anden måde erfaring eller oplevelser med psykisk sårbarhed og udfordringer med somatisk sundhed i større eller mindre omfang.

Alle interviews med de i alt 9 informanter er optaget digitalt og sidenhen transskriberet ordret i fuld længde. Det vurderes som nødvendigt, at have det fulde overblik over empiriens omfang og indhold, hvorfor der ikke kun er lavet en selektiv transskription eller meningskondensering før analysen. Den ordrette transskription er samtidig en etisk overvejelse, da det her sikres, at

informanternes udsagn citeres korrekt. Alle informanter er før interviewets start blevet informeret om specialets overordnede rammer, formålet med interviewet, samt at de bliver anonymiseret. Der er givet mundtligt tilsagn fra hver informant om, at anvende interviewene uden forbehold i dette speciale og det er sikret, at hver informant har forstået alle formelle retningslinjer for deres deltagelse. Desuden er det også valgt at anonymisere de væresteder, dagligtilbud eller lignende som informanterne er tilknyttet. Dette er for at maksimere anonymiseringen af informanterne, da de eksempelvis kan komme med vurderende udtalelser af selve stedet, medarbejdere eller andre brugere.

4.1.1 Informanterne

Der præsenteres her kun et overordnet billede af informanterne, da den enkelte informant, i sig selv, ikke er genstand for analysen, men derimod deres oplevelser og erfaringer med specialets problemstilling. Der er foretaget interviews med 5 kvinder og 4 mænd, som aldersmæssigt spænder fra midt 20'erne til start 60'erne. Der er informanter, som er direkte tilknyttet psykiatrien og andre som kun har tilknytning til egen læge eller praktiserende psykolog. De psykiatriske diagnoser er eksempelvis ADD, PTSD, skizofreni, tvangshandlinger, angst, OCD m.v.

Nogle informanter har udover deres psykiatriske diagnose også en somatisk lidelse, eksempelvis diabetes, stomi, nedsat gangfunktion og/eller overvægt. Andre informanter har ikke en somatisk problemstilling, men alle har været tilknyttet tilbud for psykisk sårbare med fokus på somatisk sundhedsfremme, og har derfor erfaring med at skulle fokusere på sin livsstil samtidig med at have en psykisk udfordring.

4.1.2 Udsagnenes validitet

Man kan stille spørgsmål til, hvorvidt informanternes udsagn i de enkelte interviews er udtryk for de virkelige forhold, de oplevede forhold eller en identitetskonstruktion i interviewsituationen. Disse spørgsmål knytter sig til den videnskabsteoretiske diskussion om, hvorvidt de epistemologiske anskuelser svarer til de ontologiske, eller om erkendelsen af den sociale verden er konstrueret. Det er i dette speciale heller ikke muligt at forfølge den pragmatiske validitet, dvs., om informanternes udsagn afspejler deres handlinger (Kvale & Brinkmann 2009: 284). Når udsagnene underlægges en diskursanalyse af meningsindhold, der i princippet kan optræde latent i informantens egen bevidsthed, giver det heller ikke mening at inddrage kommunikativ validitet, hvor meningsindholdet afgøres af forsker og informant i fællesskab, den såkaldte *medlemsvaliditet* (ibid.: 281). Validitet er i og for sig ikke relevant på

den måde, som det anvendes i disse eksempler. I KDA er det pointen, at sociale identiteter, relationer og institutioner delvist er diskursivt opbygget og derfor delvist konstrueret gennem den kommunikative begivenhed, *interviewet*. Dermed indfanges dualiteten mellem diskurs og sociale strukturer; det gensidigt konstituerende forhold. Man må anskue udsagnene i interviewene som en afspejling af diskursive forhold, og ikke kun kontekstualisere disse til den enkelte informant. Der ønskes jo netop ikke en objektiv validering af sandhedsværdien i udsagnene, men nærmere en undersøgelse af, hvad *udsagnene er udtryk for*. Specialet anskuer informanternes udsagn som udtryk for deres oplevelse af den virkelighed, som de befinder sig i og et udtryk for deres erkendelse af den sociale verden. Herefter må disse udsagn kontekstualiseres til de sociale strukturer og generative mekanismer, som diskursen delvist er konstitueret af og indlejret i.

Det er herigennem heller ikke meningsgivende at tale om generalisering, forstået som *statistisk generalisering* (ibid.: 289). Specialet afdækker ikke en repræsentativ empirisk population, men søger i stedet ny viden, indsigt og bud på årsagsforklaringer. Derfor er det i stedet meningsgivende at tale om den *naturalistiske generalisering*, som bygger på den personlige erfaring og viden. *Naturalistisk generalisering* søger at afdække tavs viden om ”hvordan tingene er” og ”den kan verbaliseres og derved overgå fra tavs viden til eksplicit propositionel viden” (ibid.). Samtidig er det formålet at genere indsigt, således at der, i normativ forstand, kan udledes en vurdering af, hvordan psykisk sårbare problemstillinger med somatik bedre kan håndteres gennem ny viden. Dermed stræber specialet også efter en vis form for *analytisk generalisering*, dvs., hvorledes resultaterne af denne undersøgelse kan være vejledende for andre (ibid.).

4.2 Kodning af empiri

Kodningen er sket med henblik på opdeling af de empiriske udsagn i forskellige diskurstyper, med fokus på at lokalisere mønstre, sammenfald eller andet, der kan udmønte sig i dominerende diskurstyper blandt informanterne. Med andre ord er kodningen en subjektiv kategorisering af det empiriske materiale, som nødvendigvis tager udgangspunkt i de kvalitetsmæssige refleksioner om validitet. Selektionen beror på forskerens fortolkning af empirien, hvorfor en transparent gennemgang, begrebsmæssig afklaring og klar argumentation er vægtet højt i dette speciale.

Hvert interview er praktisk taget nærlæst og herefter er de udsagn, som indholdsmæssigt hører sammen på tværs af informanternes udsagn selektivt udvalgt og placeret under én diskurstype. Her er det nødvendigt at nævne, at der i analysen kun vil blive præsenteret de mest dominerende diskurstyper. Herunder er det kun udsagn, som er relevante for specialets problemstilling, der præsenteres, hvorfor dele af empirien ikke optræder i analysen. De enkelte interviews er dermed dekonstrueret og de fragmenterede udsagn er sammensat i mønstre, *diskurstyper*, helt på linje med den konstruktionistiske tanke. Efter kategoriseringen af udsagn på tværs af informanter, er disse principielt klar til den lingvistiske del af diskursanalysen.

4.3 Lingvistiske redskaber

Fairclough (1992: 231-232) beskriver i *Discourse and social change*, at KDA bør tilpasses det enkelte studie og kun de relevante redskaber bør anvendes. KDA besidder mange lingvistiske værktøjer, da den kan appliceres på alle typer af kommunikativ begivenhed (Fairclough 2008), men det er alligevel logisk, at der er stor forskel på, hvilket lingvistisk fokus, der eksempelvis er i en politisk tale, et læserbrev eller et personinterview. Dette speciale har kun ambitioner om at anvende nogle få relevante lingvistiske redskaber, som anses for meningsgivende qua empiriens genre. Empirien er personinterviews med psykisk sårbare, og det vurderes eksempelvis ikke relevant at fokusere på sætningskonstruktion og -opbygning. Produktionen af interviewene som kommunikativ begivenhed sker i en ramme, hvor det præges af umiddelbarhed, intuition og talesprog, og det vurderes, at der ikke har været megen overvejelse bag de eksakte sætningskonstruktioner. Derfor vil fokus ikke være på ordstilling, sætningskonstruktion mv., med mindre det vurderes som relevant. Derimod vil analysen fokusere på vokabular, transitivitet, visse typer af grammatik og tekstens struktur (Fairclough 1989). Vokabular omfatter de relationelle værdier, som ordvalgene besidder. Fairclough betegner det som *ideologiske signifikante meningsrelationer*, såsom synonymy, antonymy, metaforer mv. Herigennem besidder ordvalgene evnen til at konstruere bestemte sociale relationer, både positive og negative, mellem afsender af den kommunikative begivenhed og bestemte sociale grupper eller personer (Fairclough 1989: 111; Fairclough 2008: 97). Det grammatiske fokus ligger på de erfaringsmæssige værdier (*experiential values*), som knytter sig til modalitetsbegrebet. Der er forskel på om sætninger bruges aktiv eller passivt, hvordan subjektet anvendes i udsagnene og om der er høj eller lav modalitet. Modalitet er afsenderens tilslutning, *affinitet*, til eget udsagn. Lav modalitet udtrykkes eksempelvis gennem passive

sætninger i datid, indeholder ord som *tror, måske, kunne* og udtrykker en usikkerhed eller tvivl. Høj modalitet beskrives ofte som sandhed eller en realitet, sætningerne er ofte aktive, i nutidsform med ingen (Fairclough 1992: 158-160). *Transitivitet* omfatter subjektets position i udsagnet, hvor man eksempel kan skabe relationer eller distance ved at udelukke subjektet i sætningen eller bruge andre betegnelser. Hvis en begivenhed beskrives uden at subjektet knyttes til begivenheden, skabes der en diskursiv distance (Jørgensen & Phillips 1999: 95). Tekstens struktur er knyttet til tekstens sammenhæng, hvor den sociale struktur, som den kommunikative begivenhed er indlejret i, også afspejles i teksten. Eksempelvis vil informanterne i dette speciale udtrykke udsagn fra deres perspektiv; eksempelvis deres syn på et kommunalt tilbud, men hvor det kommunale perspektiv udebliver. Dette er forståeligt, men der kan være steder, hvor det udeblivende perspektiv er relevant i analysen (Fairclough 1989: 139). Disse redskaber vil være udgangspunktet for den lingvistiske del af diskursanalysen, men rent metodisk integreres i analysen af diskursiv praktisk.

4.4 Kvalitetsmæssige refleksioner

Overordnet set bestræber dette speciale sig på at opfylde *håndværksmæssig kvalitet*, hvor validitet ikke kun er et spørgsmål som drejer sig om pålideligheden af analysens resultater, men derimod refleksioner som ”gennemsyrrer forskningsprocessen som helhed.” (Kvale og Brinkmann 2009: 274). Ligesom den hermeneutiske validitet, bør hele undersøgelsen afspejle gennemsigtighed, solid argumentation, begrebsafklaringer og klarhed over tilvalg og fravalg i alle de enkelte led i specialet.

4.4.1 Kvalitetskriterier i arbejdet med interviews

Med hensyn til valideringen af dette speciales empiri, som baserer sig på personinterviews med psykisk sårbare, er der flere forhold, som bør behandles med henblik på empiriens kvalitet. Det er således spørgsmål om, hvordan undersøgeren griber interviewet an. Her tænkes på konstruktionen af spørgsmål og interviewguide, processen med forståelsen og meningen af samme, selve interviewsituationen, samt praktiske og etiske forhold i forhold til interviews. Sidst sigtes der også mod *kommunikativ validitet*: ”gyldigheden af videnspåstande i en samtale.” (ibid.: 280). Derfor er der dels pålideligheds- og gyldighedsspørgsmål i interviews strukturelle betingelser, samt til den kommunikative del i interviewene

4.4.2 Kvalitet af interviewets rammer

Selvom der i kvalitative undersøgelser ikke altid er samme stringente og strukturelle kvalitetskriterier som i kvantitative eller kontrollerede forsøg, betyder det ikke, at alt er tilladt (Riis 2012: 349). Riis påpeger, at ”Det er muligt at fastholde en stringent, selvkritisk refleksion i forståelsen, fortolkningen og forklaringen af sociale situationer. Dette indebærer også en vurdering af, hvorvidt forståelsen, fortolkningen og forklaringen er korrekt og dækkende.” (ibid.). Selvom Yin (2009) overvejende beskæftiger sig med casestudiedesignet, peger han alligevel på fire grundlæggende refleksioner man som forsker må forholde sig til i enhver form for empirisk undersøgelse: Intern validitet, ekstern validitet, reliabilitet, samt målingsvaliditet (ibid.: 40-41). Disse begreber kan, jf. Riis (2012), netop hjælpe til den kritiske og stringente selvrefleksion over kvaliteten af den kvalitative undersøgelse.

Den eksterne validitet må ses som en begrænset mulighed, dels i kvalitative studier generelt, men i særdeleshed i dette speciale med et begrænset empiriske materiale. Den eksterne validitet betegner graden af overførbarehed fra det givne genstandsfelt til andre kontekster (Bryman 2012: 390). Målet for dette speciale er at genere indsigt og afgive årsagsforklaringer til de identificerede diskurser og ikke generere en sandhedsforståelse på tværs af hele det empiriske felt.

Ligesom resten af specialet er det væsentligt for disse interviews, at de baserer sig på gennemsigthed og er transparente med formål og begreber. Samtidig er målet at konstruere nogle rammer og spørgsmål, som formår at afdække og give indblik i dualiteten mellem psykisk sårbarhed og somatisk sundhed. Spørgsmålene² er derfor baseret på evident forskning og pointer fra litteraturreviewet, undersøgerens egne ideer ud fra forhåndsviden om feltet, samt samtaler med fagpersoner inden for grænsefeltet mellem somatik og psyke. Disse fagpersoner er bl.a. en rygestopinstruktør fra sundhedsfremmeenheden i Randers Kommune, som bl.a. har afholdt rygestopkurser for psykiatribrugere. Denne har leveret indsigt i de udfordringer, som sårbare kan have, både i hverdagen og ved rygestopkurset i forbindelse med omlægning af uhensigtsmæssige vaner. Samtidig har der også været kontakt og samtale med en ledende overlæge og psykiater fra Aalborg Universitetshospital, som ligeledes bekræfter visse sammenhænge mellem bestemte grupper af sindslidende og visse somatiske sygdomme. Sidstnævnte fagperson bekræftede dog mest problemstillingen i et biologisk perspektiv, hvor rygestopinstruktøren gav indsigt i de psykosociale barrierer. Informationerne fra de to

² se bilag for interviewguide

fagpersoner har i store træk bekræftet de forskningsresultater, som er beskrevet i litteraturreviewet, og ligger samtidig til grund for flere spørgsmål i den konkrete interviewguide. Spørgsmålene er derfor både teoretisk, empirisk og idémæssigt forankret. De er samtidig valideret af medstuderende, vejleder og en ekstern studerende fra andet studie med hensyn til meningsindhold og kohærens med tanke på problemstillingen. Samme interviewguide er anvendt for alle informanter for at styrke empiriens reliabilitet: at samme resultater optræder ved gentagelse (Bryman 2012: 390). Der er dermed foretaget en vis standardisering af interviewene, dog med mulighed for improvisation, opfølgning og tilpasning til den enkelte informant. Derfor har alle interviews karakter af at være semi-strukturerede. Alle samtaler er optaget digitalt og derefter transskriberet ordret, hvor analysen bringer informanternes eksakte udsagn.

5) Analyse

5.1 Analysestrategi

Dette afsnit har til formål at præsentere analysens struktur og fremgangsmåde, samt dens indhold. Diskursanalysens formål er at svare på specialets problemstilling om: *Hvordan italesætter psykisk sårbare deres hverdagsliv og oplevelser med somatiske problemstillinger?* og *Hvordan er de psykisk sårbare italesættelser historisk, kulturelt, teknologisk og politisk konstitueret?* Det første undersøgelsesspørgsmål opdeles i analysen i dominerende diskurstyper, som præsenteres hver for sig. Præsentationerne af diskurstyper er på baggrund af kodningen af empirien og herefter den selektive udvælgelse af udsagn, som på tværs danner diskurstyper. Formålet med analysens første del er således at give et nuanceret og dækkende billede af de diskurstyper, som refereres til i de psykiske sårbare italesættelse af deres hverdagsliv og oplevelser med somatiske problemstillinger. Kravet for at en diskurstype er inkluderet i analysen er, at den er relevant for problemstillingen, går på tværs af informanterne, og at den er fyldestgørende nok til at kunne give et nuanceret billede. Dette betyder samtidig, at ikke alle udsagn om hverdagsliv og somatik anvendes. Der vil være mange udsagn, hvor informanterne ikke taler om psyke-somatik og hverdagsliv og derfor ikke er relevante for problemstillingen. Det er heller ikke alle udsagn, som kun hører under én diskurstype, men er placeret, hvor de bedst formår at repræsentere diskurstypen og dens karakteristika. Den lingvistiske analysedel vil i denne analyse rent logistisk hænge sammen med diskursiv praksis,

hvor de lingvistiske redskaber og intertekstualitet og interdiskursivitet vil udfoldes under hver diskurstype.

Efter disse delanalyser af hver diskurstype, vil det relevante indhold kontekstualiseres og perspektiveres i den anden analysedel, som skal svare på, hvilke mekanismer der har muliggjort diskurserne. Hertil er det nødvendigt at inddrage en teoretisk vinkel på analysen af social praksis. I stedet for at applicere en afgrænset teori, vil der i stedet perspektiveres til den samfundsmæssige kontekst. Analysen af social praksis vil derfor have karakter af at være mere teorigenererende end teoriapplicerende. Fokus vil være på at perspektivere til den historiske, kulturelle, politiske og teknologiske specificitet, som har muliggjort de konkrete diskurstyper og agere som årsagsforklaringer til, hvorfor diskurserne kvalitativt optræder, som de gør.

5.1.1 Diskurstyper

På baggrund af personinterviews med psykisk sårbare borgere, med udgangspunkt i hverdagsliv og somatiske problemstillinger, er der identificeret 5 overordnede diskurstyper. Dvs., at der under den diskursorden, som findes blandt psykisk sårbare, er underkategorier, *diskurstyper*, med afgrænsede karakteristika, som går på tværs af informanternes udsagn. Der er dermed fem overordnede diskurstyper, som dominerer italesættelsen af de psykisk sårbares hverdagsliv og oplevelser somatiske problemstillinger. Diskurstyperne er tematisk navngivet efter indhold: *Hverdagsliv, Barrierer, Psykisk sårbarhed som identitet, Forandringsmuligheder* samt *Fysisk aktivitet som frigørende for individet*. Diskurstypen om barrierer er herunder opdelt i indre og ydre barrierer.

Det er nødvendigt at præcisere, hvorledes diskurstyper forstås og anvendes i analysen. For det første er diskursorden i dette speciale, på linje med Fairclough, en parallel til Foucaults *diskursformation*. Dvs., et afgrænset diskursivt felt med særegne forståelser, logikker, praksisser, som netop gør, at man kan tale om en psykiatrisk diskurs, en diskurs om psykiske sårbare etc. Diskursordenen for dette speciale, altså det afgrænsede diskursive felt, er psykisk sårbare. Diskursordenen er hierarkisk opdelt med underliggende diskurstyper, som kæmper en hegemonisk kamp om at blive dominerende inden for det diskursive felt, som det netop er specialets formål at identificere. Alle diskurstyper udgør tilsammen diskursordenen. Den hegemoniske kamp kan ses som forsøg på at definere *sandheden* eller den gældende og accepterede viden. Det er herfra at sociale identiteter, sociale relationer og -institutioner diskursivt konstrueres, og det er gennem den sproglige forankring, at dette kan aflæses.

Diskurstyperne betinger dermed, hvilke sociale identiteter, -relationer og institutioner, som er mulige at referere og anvende inden for et konkret felt.

Slutteligt bør det nævnes, at informanterne til dette speciale naturligvis har afgivet en samlet fortælling om deres oplevelser, hvorfor nogle udsagn ville kunne argumenteres for at tilhøre både den ene og den anden diskurstype. Her er det vægtes kun at præsentere udsagnet under én diskurstype ud fra, hvor det er vurderet at udsagnet er mest rammende. Herunder vil nogle udsagn præsenteres med relevante lingvistiske analyseredskaber, hvor andre vil have fokus på diskursiv praksis i forhold til, hvad der vurderes at være mest relevant eller rammende for det enkelte udsagn.

5.2 Diskurstype 1: *Hverdagsliv*

Denne diskurstype omhandler de psykiske sårbares italesættelser af deres hverdagsliv og herunder mange af de udfordringer, som knytter sig til denne. For sidenhen at forstå udfordringer, som knytter sig til deres somatiske problemstillinger, er det nødvendigt at forstå deres hverdagsliv, da mange problematikker ofte tager afsæt i hverdagen.

En informant udtrykker følgende om at have en hverdag, som til tider kan være præget af depressive perioder:

”Jamen jeg bliver meget trist... Altså glædesmangel, kan man sige. Og har jeg svært ved at tænke klart. Jeg kan næsten ikke foretage mig noget, mister meget energi. Jeg har svært ved bare at vaske op. Det er sådan de tre hovedsymptomer jeg har. Jeg isolerer mig en del også, hvis jeg ikke passer på.” (Bilag 1: 1).

Hele udsagnet er præget af høj affinitet, der udtrykkes ingen tvivl eller ord, der tyder på forbehold. Iøjnefaldende er ordet *glædesmangel*. I stedet for at bruge ordet depressiv eller ked af det, omtales netop manglen, *glæde*. Samtidig ses der høj tilknytning, da subjektet *jeg* optræder i hver sætning og afsenderen identificerer sig i høj grad med udsagnet. Fortælleren er i høj grad til stede i udsagnet, der skabes ingen distance og udtrykkes meget present. Hverdagen er præget af ineffektivitet, energimangel og dermed er der et dikotomisk forhold mellem perioder med og uden det depressive. Det understreges ved, at det mest basale ved en hverdag, opvasken, bliver en kamp i sig selv. Sluttelig ses der også tegn på, at subjektet kan føle sig styret af sårbarheden ved: ”Jeg isolerer mig en del også, hvis jeg ikke passer på”. Det indikerer,

at hvis subjektet ikke er opmærksom, vil isolationen forekomme, og det udtales som en risiko, en faldgrube: ”*hvis ikke jeg passer på.*”.

En anden informant oplever en hverdag, der er sammenlignelig med foregående udsagn:

”(…) bare sådan helt dagligdags ting at få ryddet op efter sig selv og få lavet mad og få handlet ind... få ryddet op når man har spist... altså... ja det... jeg vil det rigtig gerne, men jeg får bare ikke gjort noget ved det og så... og hvis der så ligesom ikke kommer nogen, de der hjælpere jeg har, eller fx min far eller søster og sådan noget, så har jeg bare ladet det... at jeg bare ligesom ikke gør noget, så kommer min lejlighed simpelthen bare til at, kommer til at flyde og bliver simpelthen bare sådan en kæmpe losseplads, ligesom.” (Bilag 4: 8).

Med hensyn til modalitet ses der igen høj affinitet i udsagnet, der både er udtrykt i nutid som en aktiv sætning, og der udtrykkes ikke tvivl eller forbehold i ordvalgene. Der anvendes en åbenbar metafor med *losseplads*, i understregningen af graden af rod i informantens bolig, hvis der ikke kommer hjælp. Det er modstillingen mellem lysten og handlingen, der er interessant. Informanten vil rigtig gerne rydde op, men får det ikke gjort, en manglende handling, der heller ikke begrundes, men får karakter af fastlåshed. Det er kun med fælles hjælp, at hverdagens basale ting kan klares med hjælp fra bostøtter eller familie. Igen identificerer subjektet sig i overvejende grad med beskrivelsen, hvor *jeg’et* er gennemgående i hele udsagnet, og hele beskrivelsen sker med fortælleren i centrum.

Én informant har svært ved at mærke sin krop og oplever sjældent fornemmelsen af sult, med mindre der går lang tid:

”Altså jeg kan godt mærke, hvis der går lang tid uden at spise, så kan jeg selvfølgelig godt mærke at min krop den reagerer på det, men det er ikke sådan at... ikke sådan dagligt, tænker jeg ikke. Så det er noget med at have, kigge på klokken; nu er klokken 6, 18, så må jeg hellere snart spise noget aftensmad.” (Bilag 5: 9).

Udsagnet kan ses som en form for interdiskursivitet. Informantens manglende fornemmelse af sult og manglende hverdagsstruktur i forhold til måltider bevirker, at måltiderne ikke optræder i subjektets bevidsthed i dén forstand. I stedet er informanten indlejret af en normalitetsdiskurs om, hvornår man *bør* spise, dvs. i relation til, hvornår spiser de fleste andre, hvilket ofte er omkring kl. 18. Dette er ikke nødvendigvis negativt, da informanten alternativt måske ikke ville

have været opmærksom på at få et måltid. Men der er dermed en modstilling mellem informantens hverdag og den ”rigtige” hverdag, idet han siger *burde*. Det udtrykker netop vanskeligheden ved at leve et *normalt* liv, hvor informanten har en forestilling om, at man spiser til faste tidspunkter.

En anden informant med psykiske og fysiske udfordringer har været indlagt på det somatiske sygehus mange gange. På spørgsmålet om, hvorvidt hun har savnet opbakning i hverdagen og at skulle håndtere de mange problematikker, svarer hun:

”Ja, altså min mors stående bemærkning har altid været til mig ”ved du hvad, nu må du bare tage dig sammen, og så se at komme igennem det”. Altså alle de operationer jeg har været igennem, ikke. Det har været et mareridt for mig, virkelig forfærdeligt [...] Og når hun har været at besøge på sygehuset, så har hun også bare sagt til mig” jamen ved du hvad, nu må du se at komme over det” (Bilag 3: 7).

Det udtrykkes tydeligt, at informanten har manglet forståelse fra sin mor. Moderens citater udtrykkes i nutidsform, som indikerer at oplevelserne stadig står levende for informanten. Samtidig anvendes også ordet *mareridt*, som understreger den manglende støtte og forståelse. Man kan argumentere for, at moderens udsagn udtrykker en *tabudiskurs* om psykisk sårbarhed, hvor moderen ikke har formået, at kunne håndtere de psykiske sårbarheder, men derimod reducerer sårbarheden til et spørgsmål om vilje: *nu må du bare tage dig sammen*. Interdiskursiviteten kan ses som et udtryk for en diskurs, hvor psykisk sårbarhed ikke accepteres som en lidelse på lige fod med somatiske lidelser, og hvor sårbarheden reduceres til manglende vilje eller dovenskab.

Samme interdiskursivitet ses igen hos en anden informant:

”[J]eg har vel den følelse, at min familie, de har ikke den der forståelse, af de ting jeg slås med og sådan noget. Og så bliver det altid sådan et, en løftet pegefinger på en eller anden måde, når de ser at... at de så kommer ud til én og så ser de bare at tingene ikke er som de gerne vil have det til at se ud. ” (Bilag 4: 8)

Informanten oplever, at familien ser rodet i boligen mere end ham som person. Det er altså konsekvenserne af den psykiske sårbarhed (rodet bolig), der bliver irettesat, mere end at anerkende selve sårbarheden. Der ses også et misforhold i ”så ser de bare at tingene ikke er som

de gerne vil have det til at se ud". Informanten udtrykker et pres for at præsentere både sin bolig og sit liv i forhold til andres forventninger. Der er et yderligere pres i hans hverdag, hvor han netop udtrykker at han har "ting at *slås* med", som ikke bliver mødt eller set af de nærmeste i samme omfang.

Flere af informanterne udtrykker uafhængigt af hinanden, at de har brug for en meget struktureret hverdag, hvor de har om klar idé og forventning om, hvad der skal ske, for at de bedre kan overskue hverdagens gøremål. En informant siger således:

" (...) jeg har meget brug for at tingene, de sådan er lidt forudsigelige og så har jeg brug for at jeg sådan ved hvad der kommer til at ske og så.... Har jeg også meget sådan at jeg har de her bestemte ting jeg går til og det er sådan hver dag i ugen har jeg bestemte ting, altså den dag hvor jeg ikke dyrker sport, der har jeg så min bostøtte om onsdagen... og så vasker jeg stort set altid tøj om lørdagen, altså sådan meget skemaagtigt" (Bilag 2: 3).

Informanten anvender ordet "*brug for*" i stedet for eksempelvis "vil gerne", "kan godt lide" eller andre mindre konsekvente ordvalg. Det understreger, at strukturen og forudsigeligheden i informantens hverdag opleves som en nødvendighed. Som det ses i udsagnet, er det herunder også lykkedes informanten, på trods af sine psykiske udfordringer, rent faktisk at have en ugeplan, hvor hver dag anvendes og har et formål. Som hun netop selv udtrykker, er det "meget skemaagtigt", og det virker dermed som en løsning for, at denne informant kan opretholde en meningsfuld hverdag.

Andre informanter oplever, at hverdagens udfordringer også giver problematikker på andre fronter:

"jamen altså jeg har meget haft, og stadigvæk til dels, meget svært ved sådan at sætte i gang med alle mulige, også daglige, også helt almindelig med at gå i bad og få vasket tøj og sådan noget og det, det påvirker jo... så det har hæmmet mig socialt, at jeg ikke har formået at gå i bad ofte." (Bilag 5: 2)

For det første ses det, hvordan det interdiskursive element med normalitetsforståelsen anvendes ved: "helt *almindeligt* med at gå i bad...". Der skabes dermed en distance til informanten og *det almindelige*, hvor informanten i sin italesættelse *ikke er almindelig*.

Det udtrykkes implicit, at manglende personlig hygiejne besværliggør socialinteraktion med andre. Man kan forestille sig, at der måske er sociale sanktioner såsom undgåelse eller udstødelse hos individer med ringe hygiejne eller på anden måde er usoigneret. Der refereres dermed til en diskurs om sociale relationer i forhold til, hvad der betragtes som acceptabel adfærd, i dette tilfælde den personlige hygiejne. Den manglende igangsættelse eller initiativ, udtrykkes dermed som havende sociale konsekvenser.

Andre oplever, at deres manglende sundhed ikke nødvendigvis skyldes deres psykiske eller fysiske udfordringer, men derimod er noget tillært: ”Så jeg har ligesom tillært mig selv at spise meget usundt i perioder, sådan med bare... jeg skulle simpelthen bare have overstået det med at spise... pasta, og chokolade og søde sager... chips og sådan noget” (Bilag 1: 3). Det indikeres dermed, at usundheden skyldes tillærte vaner, dvs., at det mere skyldes kognitiv adfærd end den psykiske sårbarhed i sig selv. Hermed adskilles sammenhængen mellem psyke og somatik, da informantens overvægt ikke nødvendigvis opleves, at skyldes sårbarheden eller konsekvenser af denne.

En anden informant oplever, at det kan være svært at opretholde de gode rutiner og vaner. Mange af informanterne får hjælp derhjemme fra eksempelvis bostøtter, som ofte har en gavnlig effekt, men for nogle forsvinder effekten, så snart så de selv skal administrere hverdagen:

”så hjælper det jo fx at gøre rent på badeværelset og så finder vi ud af at det går godt en periode og så slipper de det, så skal jeg selv gøre det inden de kommer til næste gang eller sådan noget, og så fungerer det i en periode, og så bliver jeg stresset over et eller andet, og så falder det sammen igen [...] bostøtterne kan rigtig meget mærke når der kommer stress, fordi så de aftaler jeg har med dem, der ligesom bliver sluppet først.” (Bilag 5: 14).

Informanten oplever en gavnlig effekt ved at være fælles om tingene eller i hvert fald ikke at føle sig alene. Det er tydeligt, at hverdagstingene ofte gøres af pligt og kræver hjælp fra bostøtterne: ”[F]ordi så de aftaler jeg har med dem, der ligesom bliver sluppet først.”. Samtidig skabes der også en forbindelse mellem det at være alene og hjælpeløsheden. Hverdagen virker kun til, at kunne opretholdes, hvis hjælpen er der.

Det udtrykkes som en naturlig ting, at fortælleren ofte bliver stresset og dermed mister fokus: ”så bliver jeg stresset over et eller andet”. Det udtrykkes som en aktiv sætning, uden forbehold, med høj affinitet, og hvor *et eller andet* betydningsmæssigt kunne dække over hvad som helst. Det virker dermed til, at informanten ofte oplever, at det er svært at fokusere på de små ting,

når fokus ofte flyttes af eksempelvis stress. I det hele taget må det betragtes som en klar forudsætning, at informanten har et tydeligt behov for ikke at føle sig alene om at administrere de basale ting i hverdagen, da disse rutiner ellers ikke opretholdes. Det er enormt vigtigt for denne informant at få hjælp til at komme i gang og opretholde sine rutiner, hvor han oplever, at han ellers ofte vil resignere og ikke foretage sig særlig meget.

Samme informant udtrykker senere:

Men jeg tænker at, det har været et problem hele mit liv, det der med ikke at kunne tage initiativ og tænkte: du burde gøre det her, men, men jeg blev bare siddende her og se fjernsyn eller hvad jeg nu lavede... [...] ... der er også noget med, når det bliver for svært på arbejde, så bare blive væk. Og det bliver man jo fyret af... (Bilag 5: 2).

Det ses tydeligt, at informanten har en klar erkendelse af sin situation, og hele udsagnet udtrykkes med høj affinitet. Interessant med transitivitet er det, at subjektet ændrer sig i udsagnet: I det første halvdel relaterer fortælleren sig i høj grad til udsagnet, hvor ”jeg” knyttes til sætningerne, men det ændrer sig når relationen til arbejde udtrykkes. Her skifter positionen fra ”jeg” til ”man”, hvilket skaber en klar distance. Det virker ikke til, at informanten har en god relation til det at gå på arbejde, idet han også siger ”når det bliver for svært”, hvilket indikerer, at det er et spørgsmål om tid, til forskel fra *hvis* det bliver for svært. Samtidig er der en klar modstilling mellem tanke og handling, hvor informanten egentlig har en idé om, hvad det bedste ville være, men at han forbliver ineffektiv ”men jeg blev bare siddende her og se fjernsyn...”. Det udtrykkes uden en forklaring, og det er måske en del af forklaringen på, hvorfor det stadig er svært at tage initiativ: Hvis informanten ikke selv har en fornemmelse af, hvad det manglende initiativ skyldes, er det svært at ændre.

5.2.1 Opsummering

Mange af informanterne udtrykker, at hverdagens små gøremål såsom bad, rengøring og handleture kan være svære, i hvert fald i perioder. Der bruges mange interdiskursive elementer i forhold til en normalitetsdiskurs, hvor informanterne sammenligner deres hverdag med, hvad de betragter som *normalt*. Herunder refereres der også til en *tabudiskurs*, hvor flere informanter ikke føler deres psykiske sårbarhed anerkendt, især af de nærmeste.

Mange af informanternes problemstillinger tager udgangspunkt i hverdagens små ting, men kan overføres til somatikken; hvis det eksempelvis er svært at overskue et aftensmåltid, er det jo

svært at leve sundt: Er det svært at tage initiativ til bare et bad, er motivationen og initiativ til at løbe en tur eller dyrke motion måske endnu sværere. Mange af de grundlæggende problemstillinger for informanterne starter i hverdagen, og her udtrykker flere, at de enten har brug for meget struktureret hverdag eller direkte hjælp til flere gøremål.

5.3 Diskurstype 2: *Barrierer*

Diskurstypen om barrierer er den mest dominerende diskurstype blandt de psykisk sårbare. *Barrierer* henholder sig til problemstillinger, som er knyttet til somatisk sundhed eller sundhedsfremme, hvorfra den adskiller sig fra Hverdagsliv. Diskurstypen er opdelt i to, henholdsvis *indre* og *ydre barrierer*. *Ydre* ses i henhold til eksterne faktorer såsom en oplevelse af dårlig behandling, manglende tilbud, træghed i psykiatrien mv., mens *indre* knyttes til individet såsom fysiske udfordringer, psykiske barrierer og manglende netværk.

5.3.1 Indre Barrierer

En informant udtrykker følgende:

”jamen jeg vil jo rigtig gerne lave god sund mad, med grøntsager hver eneste dag. Men det er bare ikke altid, så står man og har egentlig planlagt, jamen så laver jeg chili con carne fra bunden af og så tænker man bare, når man går i gang, så tænker man bare: ”fuck”. Og så går jeg bare i stå, sådan går fuldstændig kold nærmest, hvor det så kan være at så er min kæreste nødt til at hjælpe mig før at jeg kan komme videre...” (Bilag 6: 8).

Udsagnet trækker på interdiskursive elementer, hvor diskursen om hvordan man *bør* gøre med henblik på at leve sundt, med hjemmelavet mad fra bunden mv., afspejles i udsagnet. Idealet om det *rigtige*, eksempelvis at lave mad fra bunden, står som et billede på, hvordan informanten *gerne vil*, men ikke altid *kan*. Der refereres dermed til en diskurs om det *rigtige liv* eller *det gode liv*, eller i hvert fald informantens egen idé om, hvad det rigtige liv indebærer. Hun oplever, at forsøret på at leve op til dette ideal af og til krakelerer og hun går i sort: ”Og så går jeg bare i stå, sådan går fuldstændig kold nærmest”. Oplevelsen beskrives som en aktiv sætning med høj affinitet, subjektet er med i hele beskrivelsen, der er høj tilslutning til udsagnet, der samtidig beskrives levende og present. Udsagnet beskriver en modstilling mellem *ønsket om sund mad*, og hvordan realiteterne nogle gange er. Ligesom den foregående diskurstype, har

informanten i høj grad brug for fællesskab før, at hun kan komme videre, i det her tilfælde sin kæreste.

En anden informant udtaler:

”Jeg tror jeg er mindre modstandsdygtig når jeg er depressiv. Der har jeg også overspist meget i de perioder, en gang imellem i hvert fald. [...] Der er rigtig mange faktorer... også bare hvis jeg er træt, så har jeg brug for sådan lidt... noget sødt eller chips eller.” (Bilag 1: 3).

Det ses tydeligt, hvordan udfordringen med at spise sundere beskrives som en kamp: ”jeg er mindre *modstandsdygtig*”. Det er altså en kamp mod trangen til usund mad, som bliver sværere at modsætte sig, når informanten bliver depressiv. I disse perioder eskalerer det endvidere og bliver til direkte overspisning. Det væsentlige er ordvalget *brug for* i sætningen ”også bare hvis jeg er træt, så har jeg *brug for* sådan lidt... noget sødt eller chips” (ibid.). Det usunde fremstår som en nødvendighed, modsat end hvis han havde udtrykt, at han havde *lyst til* noget sødt, men han har direkte *brug for*. På denne måde bliver den psykiske sårbarhed en slags ydre faktor til at forklare, hvorfor han overspiser og anvendes dermed også som en slags legitimering for informanten selv.

Den usunde mad knytter sig til informantens sindsstemning og bliver en måde at mildne eller bearbejde den depressive tilstand. Informanten lider af *Binge eating disorder* (B.E.D.), hvor indtagelsen af mad i grad knytter sig til humøret, både når han er opstemt eller depressiv. Han udtaler endvidere: ”Det kan også være, hvis jeg er glad og opstemt og skal i byen, så skal jeg have noget at spise... så det er sådan noget, så er det sådan en rus på en måde, jeg får sådan en rus af det.” (ibid.). Maden knyttes her til ordet *rus*, og det indikeres at maden knyttes direkte til informantens følelsesregister. Informanten oplever en rus, der kan associeres med alkohol eller narkotika, som påvirker hjernen og siden humøret. Netop beskrivelsen af, at informanten knytter mad til alle typer af sindstilstande, gør situationen desto sværere, i og med at denne informant både har B.E.D. og er overvægtig. Mad virker i sidste ende til at blive en analogi for selvmedicinering, en måde at regulere sit følelsesliv på. Samme informant beskriver oplevelsen af, hvor svært det kan være at opretholde fysiske aktiviteter:

”Ja, altså jeg synes ikke det er sjovt eller rart og så har jeg også sådan fysisk ubehag over for det. Og så har jeg sådan nogle nej-tanker før jeg skal afsted. Jeg tænker: ”ej det kan jeg ikke, det er umuligt”. Jeg kan også mærke sådan en kropslig modstand mod det. Men det er meget de der nej-tanker der fylder, synes jeg.” (ibid.: 5).

Informanten udtrykker en næsten psykosomatisk modstand mod de fysiske aktiviteter, hvor han udover nej-tankerne også nævner, at han oplever en ren fysisk modstand, uden at det dog bliver uddybet. Informanten beskriver, at det er tankerne, som først og fremmest holder ham tilbage, hvor det at komme ud at røre sig i det hele taget kan føles som en umulighed. En del af svaret skal måske findes i udsagnet om, at informanten hverken synes det er ”sjovt eller rart”, og dermed bliver den fysiske aktivitet bare en nødvendighed, uden større motivation for at gennemføre det. Den fysiske aktivitet tillægges ingen positive associationer og opleves dermed som både en psykisk og fysisk kamp, hvor aktiviteten beskrives med ord som ”umuligt”, nej-tanker”, ”kropslig modstand” og ”fysisk ubehag”.

En anden informant nævner også udfordringerne med, at skulle opretholde et forløb. I det her tilfælde er det udfordringer med at komme afsted og ud af døren. Spørgsmålet om, hvorvidt det giver et selvtillidsboost at komme afsted, anerkender informanten. Paradoksalt svarer informanten følgende på spørgsmålet om, hvorvidt han kan tage denne succesoplevelse med sig til næste gang:

”Ja, jeg tror vi næsten starter forfra hver gang. Fordi at det er jo... jeg tænker at det er jo noget en selvforsvarsmekanisme med at det er rarest bare at være hjemme. Og så kan man jo ikke huske at det egentlig er okay, når nu jeg tager afsted.” (Bilag 5: 10).

Informanten oplever ikke, at han kan bygge videre på sine succesoplevelser, og føler at kampen om at komme ud af døren, er næsten lige svær hver gang. Han tillægger positive konnotationer til det at være der hjemme, som underforstået er det kendte, det trygge. Informanten anvender det underfundige udtryk *selvforsvarsmekanisme*, som fungerer som en sammentrækning af *selvforsvar* og *forsvarsmekanisme*. Uanset om ordvalget er bevidst eller ej, beskriver det meget rammende informantens oplevelse. Det at forlade sit hjem associeres med fx overgreb, når ordet *selvforsvar* knyttes til oplevelsen. *Forsvarsmekanisme* anses her i analysen som manifest intertekstualitet og referer til Sigmund Freuds begreb, hvor forsvarsmekanismer er ubevidste psykologiske processer, som søger at mindske eller undgå angst (Gyldendal 2017a). På denne måde refererer informanten også til en psykoanalytisk diskurs, og kan dermed ses som interdiskursivitet.

Ligesom tidligere beskrevet i diskurstypen *hverdagsliv* oplever mange, at fællesskab er en nødvendighed for, at ting kan lykkes. Herunder svarer en informant på spørgsmålet om, hvad der sker, hvis ikke hun har nogen at støtte sig til:

”Jamen det er så der det hele det går i stå mere eller mindre. Altså nu min eks han interesserede sig jo ikke for noget som helst andet end at sidde foran computeren, og der var jeg ikke... jeg havde ikke trænet i et år, tror jeg, fordi at jamen han gad ikke i træningscenteret, han ville hellere spille computer. Så kom jeg ikke afsted, fordi så skulle jeg alene med bussen og det var den der bus der var så svær for mig at sætte mig ind.” (Bilag 6: 13).

Her ses det tydeligt, hvilke konsekvenser det kan have for denne informant, hvis ikke hun oplever en fællesskabsfølelse eller får direkte hjælp til at komme afsted. Når hun oplever at stå alene, beskrives det netop som ”det hele det går i stå mere eller mindre”. Udfordringerne med at komme afsted, beskrives som så store, at det udtrykkes som en selvfølgelighed, at hun ikke kommer afsted, når hendes kæreste ikke er med: ”så kom jeg ikke afsted”.

Kæresten og ikke angsten beskrives her som hovedårsag til stilstanden. Kærestens manglende engagement eller velvilje, legitimerer eller begrundes, udeblivelsen fra træningscenteret. Hovedtrækkene ved denne beskrivelse er dermed, at alene-følelsen associeres med stilstand, mens fællesskabet associeres med fremgang.

Senere beskriver hun, at hvis hun dog selv kommer afsted til træning, kan hun bruge de andre i træningscenteret til at se, at hun ikke er alene om, at ville have det bedre fysisk. På spørgsmålet om, hvorvidt hun kan bruge dette som motivation til at komme afsted, svarer hun: ”Nej, det er nemlig det dét ikke er, for jeg er stadig alene når jeg står ved busstoppestedet, jeg er stadig den eneste der står ved busstoppestedet for at komme ned i fitnesscenteret.” (Bilag 6: 16). Vejen til et bedre fysisk helbred har mange forhindringer på vejen for denne informant. Det er alene-følelsen, som hele tiden går igen, i beskrivelsen af de barrierer der er, fra at have lyst til at tage i fitnesscenteret og til hun rent fysisk står der.

Uafhængigt af forrige udsagn beskriver en anden informant den samme oplevelse med den positive association til fællesskab:

”ja det med at skulle afsted sammen med nogen, det fungerer, jeg er meget glad for at gå når jeg er sammen med nogen. Jeg kan også godt gå når jeg skal noget, men det der med at gå ture alene, det kan jeg ikke rigtig. Jeg ved ikke hvorfor, men det kan jeg ikke.” (Bilag 1: 13).

Her beskrives det, at skulle afsted med andre med ord som ”fungerer” og ”glad”, mens at gå ture alene beskrives som en umulighed: ”det kan jeg ikke”. Affiniteten er meget høj, oplevelsen beskrives som et faktum, en aktiv sætning i nutid. Igen ses modstillingen mellem alene og fællesskab, stilstand og bevægelse. Selvom det ikke begrundes hvorfor, beskrives umuligheden i at gå alene som en realitet, og dermed udtrykkes der en slags accept af, at det ikke kan lade sig gøre, og som en årsag, der ligger uden for individet: *Jeg ved ikke hvorfor, men det kan jeg ikke.*

Samme informant oplever ikke, at hans usunde livsstil skyldes psykiske vanskeligheder, men derimod mere de tillærte vaner:

” (...) Men det er ikke så meget mine psykiske problemer, der gør at... selvfølgelig det dér B.E.D. gør at jeg spiser usundt, men det er ikke fordi jeg tænker at det er mine psykiske vanskeligheder, der gør at jeg ikke lever sundt. Det skyldes andre ting, tænker jeg.” (Ibid.: 15).

Informanten trækker i høj grad på en normalitetsdiskurs, hvor han ikke identificerer sig med sin psykiske sårbarhed i relation til sin usunde livsstil. Han bruger ikke sin sårbarhed som identitetsmarkør i forhold til sin overvægt. Informanten kunne nemt have legitimeret sin overvægt med sin psykiske sårbarhed, men vælger her at skabe en distance mellem sin overvægt og psykiske sårbarhed, *Binge Eating Disorder*, som i øvrigt forventes at blive optaget i WHO's ICD-11 sygdomsklassifikation under psykiatriske diagnoser (Landsforeningen mod spiseforstyrrelser & selvskade u.å.). B.E.D. beskrives som en slags ekstern faktor i den usunde livsstil, noget som ikke er betinget af individet. Med hensyn til den generelle livsstil identificerer informanten sig mere med ikke-psykisk sårbare problemstillinger i relation til usund livsstil: ” men det er ikke fordi jeg tænker, at det er mine psykiske vanskeligheder der gør, at jeg ikke lever sundt”.

Modsat beskriver en anden informant udfordringen ved, at skulle opretholde et forløb gennem længere tid:

”Ja det tænker jeg også at det er sådan det meste af mit liv, jeg har ikke sådan gået til sport, så forsøgte jeg, forsøgte sådan lidt med håndbold og sådan noget, da jeg var meget lille, men det... det har jeg aldrig været til, sådan noget. Og det tænker jeg også at det er meget med at holde

fokus, på den samme ting i lang tid, det tænker jeg, det er sådan en typisk ADHD-ting, at det er svært.” (Bilag 5: 3).

I udsagnet konstrueres fortællerens sociale identitet som ADHD-patient. Det er interessant, fordi det er modsat det forrige udsagn, hvor fortælleren netop ikke knytter sine udfordringer til sin psykiske lidelse. I det her tilfælde anvendes ADHD-lidelsen som en social identitet, der i sidste ende legitimerer hans manglende bevægelse, initiativ og fokus. Dermed trækkes der på interdiskursive elementer om en idealtypisk forestilling af ADHD-lidelsen i konstruktionen af fortælleridentiteten. Den røde tråd i informantens liv er dermed udfordringen med at holde fokus, som kædes sammen med de manglende sportsaktiviteter som barn, og som samtidig til sin psykiske diagnose, som han blev stillet som voksen. Der ses en høj affinitet i udsagnet, hvor afsenderen i høj grad tilslutter sig udsagnet, ”jeg’et” anvendes gennemgående, og dermed knyttes fortællingen i høj grad til subjektet.

En anden informant er meget åbenhjertig omkring, hvad han ønsker i sit liv:

” (...) altså meget af mine store drømme, det er lige at kunne forsøge mig selv og have et almindeligt arbejde og alle de der familiedyder man gerne vil opnå og sådan noget. Kæreste og børn og sådan noget... og det er min største drøm at bare kunne udfylde dét, og det kan jeg bare ikke. Og det der, og lige nu der, det der med at erkende overfor andre og sig selv, at det ikke kan lykkes, det tager rigtig hårdt på mig.” (Bilag 4: 9).

Udsagnet er indlejret i en diskurs om, hvordan et normalt liv ser ud, med kæreste og børn mv. Han udtaler bl.a. ”og alle de der familiedyder man gerne vil opnå”, hvor ordet ”man” har erstattet ”jeg’et”, hvilket hæver udsagnet til en mere generel antagelse, og kommer til at fremstå som en sandhed, noget de fleste ønsker. Informantens ønske om familie og almindeligt arbejde, kan ses som udtryk for, at han i bund og grund ønsker sig et *normalt* liv, samt hvordan han definerer et ”normalt” liv. Dermed refereres der også til en *normalitetsdiskurs* om, hvad der beskriver *det gode liv* eller *det rigtige liv*, i hvert fald set med informantens øjne.

Der er en klar modstilling til sætningen *almindeligt arbejde*, hvilket i høj grad indikerer, at han ikke *føler* sig normal i øjeblikket. Informanten er utrolig reflektiv over sin situation og udtaler åbent, at: ”det der med at erkende over andre og sig selv, at det ikke kan lykkes, det tager rigtig hårdt på mig”. Her panorerer informanten ud og ser sin situation udefra, og er selv i stand til at

iagttage og erkende, at han ikke har det liv han ønsker. Som beskrevet hos andre informanter i denne analyse, er der en klar modstilling mellem *ønsker* og *realitet*.

5.3.2 Ydre Barrierer

En informant spørges indtil, hvorvidt hun har savnet, at der i hendes behandlingsforløb, var blevet taget mere hensyn til både somatiske og psykiske udfordringer:

”Ja og måske også nogen der havde... altså kunne hive fat i én eller hanke op i én eller et eller andet, fordi jeg tror sgu at det er meget det folk de har brug, at man får nogle helt specielle... omsorg, altså der er en der ser hele mennesket ”navn” (red.: anonymiseret), i stedet for de bare ser én ting og så at de slet ikke snakker sammen heller, det er jo også pisse latterligt.” (Bilag 2: 11).

I udsagnet er der flere former for interdiskursivitet. Informanten refererer til en holismediskurs om, at se det hele menneske, som i dag præger flere og flere behandlingstilbud, særligt inden for den alternative behandling (Sundhedsstyrelsens råd vedr. alternativ behandling u.å). Det holistiske syn knytter sig i udsagnet til *folk*, dvs. psykisk sårbare, og udsagnet får dermed en mere generel betydning, som indikerer, at psykisk sårbare netop *ikke* altid ses som *hele* mennesker. Samtidig retter udsagnet en kritik: ”og så at de slet ikke snakker sammen heller, det er jo også pisse latterligt”. ”De” fortolkes her som det psykiatriske og somatiske sundhedsvæsen, og udsagnet refererer interdiskursivt til det man, fx i organisationsteori, kalder *silotænkning*, hvor man ikke kommunikerer eller samarbejder på tværs af faggrupper i et felt eller organisation. Det opleves, at når eksempelvis indlægges på et somatisk sygehus behandles man kun for én sygdom eller lidelse, og sammentænkningen mellem den somatiske og psykiatriske behandling eksisterer ifølge informanterne ikke.

En anden informant har lignende erfaring med det somatiske sundhedsvæsen på spørgsmålet om integrationen mellem psykiatrisk og somatisk sundhedsbehandling:

”Ja, det har jeg savnet rigtig meget. Altså jeg oplever virkelig rigtig meget, især på det somatiske sygehus, de tager ikke det hensyn, de har slet ikke den del af mennesket inde i deres måde at tænke på. [...] og nu er sygehuset blevet så specialiserede i dag, så det er kun en lille del af kroppen, pyt være med resten... ikke også...” (Bilag 3: 12).

I udsagnet rettes der kritik både i forhold til det holistiske menneskesyn og silotænkningen på det somatiske sygehus. Udsagnet refererer til en biologisk diskurs, som indebærer en *biologisk sygdomsforståelse*, der samtidig har præget psykiatriens udvikling og historie (Rosenberg 2016). Det informanten udtrykker er, at læger og behandlere i det somatiske sundhedsvæsen slet ikke tager hensyn til de psykologiske og sociale faktorer, som kan være udfordringer for psykisk sårbare. Informanten udtrykker en følelse af, at blive set som en krop i biologisk forstand, og ikke et menneske, der også er betinget af de psykosociale faktorer. Samtidig udtrykker informanten, at heller ikke den somatiske sundhedsfremme kan samarbejde på tværs. Det er i høj grad den silotænkning, som også blev beskrevet ved forrige informant, der gør sig gældende her. På det somatiske sygehus er sammentænkning mellem somatik og psykiatri ikke integreret, men heller ikke de enkelte somatiske behandlinger integreres i ét forløb eller behandling. Begge disse kritikpunkter udtrykkes med understregende og beskrivende ord som ”det har jeg savnet *rigtig meget*” og ”jeg oplever *virkelig meget*”, som understreger manglen på integration i behandlingen, som informanten oplever.

Efterfølgende er denne informant blevet rådet af en psykolog, til at bede om en mere tilpasset behandling på det somatiske sygehus, som til informantens overraskelse til dels er blevet imødekommet:

” (...) og det lykkedes mig faktisk at sige til dem, hvad det var jeg gerne ville have. Hvordan jeg gerne ville have at det skulle være. Jeg ved godt, at der var jo nogle ting, dem kunne jeg ikke undgå, vel. Når man nu underlægger sig... [...] men det der med at det ikke er 27 forskellige sygeplejersker kommer og kigger til én, at det ikke er fem forskellige læger der kommer i løbet af tre dage, det kan du faktisk godt bede om, at det ikke skal være sådan. Det blev mødt [...] fordi så er det kun max, kun to sygeplejersker jeg så, en aften- og en dagvagt, og så var det også den samme læge der kom hver gang. Og det var kun fordi jeg sagde, at det ville jeg gerne have.” (ibid.).

Informanten bruger interdiskursivitet, hvor der refereres til en empowermentdiskurs, som er indlejret i en mere neoliberal tanke, hvor individet, patienten og borgeren i højere grad selv må tage ansvar for at få den rette behandling, engagere sig selv, motivere sig selv (Arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri 2013). Endvidere trækkes der også på en forståelse af det somatiske sygehus, som et sted hvor man ikke oplever en ensartet behandling: ”men det der med at det ikke er 27 forskellige sygeplejersker kommer og kigger til én, at det ikke er fem

forskellige læger der kommer i løbet af tre dage.” I udsagnet ligger naturligvis nogle sproglige vendinger, som er overdrevne, for at intensivere pointen, såsom ”27 forskellige sygeplejersker” og ”fem forskellige læger”, men som understreger forestillingen om, hvor fragmenteret og uensartet et somatisk behandlingsforløb kan opleves som. Hele udsagnet er udtrykt i aktive nutidssætninger, med jeg-fortælleren i centrum. Det anerkendes dog som svært, at skulle bede om den rigtig behandling: ”det lykkedes mig faktisk (...)”, hvilket indikerer en overraskelse. Samtidig indikerer udsagnet også, at den rigtige behandling netop kun finder sted, fordi informanten selv formåede at kræve den rette behandling. På den måde kan udsagnet ses som en del af en ulighedsdiskurs, som er højaktuel. Argumentet er, at eksempelvis mere ressourcestærke individer, som bedre forstår det lægefaglige sprog, i sidste ende opnår en bedre behandling fordi de forstår, hvad den rette behandling indebærer (Danmarks Radio 2016).

Senere udtrykker samme informant i relation til denne pointe:

”Så det er rigtig svært med det der drop. Og så har jeg nogle gange sagt til dem ”vil i ikke godt være søde at få fat i narkosen?” fordi de gør det jo mange gange om dagen. Nogle gange så gør de det, andre gange så vil de ikke. Og jeg synes det er utroligt at man skal så meget op på barrikaderne, når man i forvejen er fysisk syg.” (ibid.: 13).

Heri udtrykkes udfordringen med at kræve behandling: ” Og jeg synes det er utroligt at man skal så meget op på barrikaderne”. Det sættes i første omgang i relation til at være svært, når man i forvejen er fysisk syg, mens de psykiske udfordringer ikke omtales. Dvs., at informanten anerkender, at det er svært at kræve den rette behandling og blive mødt i øjenhøjde, når man har en somatisk sygdom. Flere informanter i dette speciale lider netop også af psykiske problemstillinger, som kan besværliggøre dette dilemma yderligere. Flere af informanterne lider eksempelvis af angst, særligt social angst, hvilket kan hæmme dem yderligere i forhold til denne konkrete problemstilling. Hvis den psykiske sårbare som patient på et somatisk sygehus ikke mødes i øjenhøjde og med udgangspunkt i deres problemstillinger, både somatiske og psykiske, er det dermed svært at opleve at blive mødt med den rette behandling.

En anden informant udtrykker således også om dette:

”Altså... og så jeg synes da bare ikke at der var ret meget hjælp at hente og det er også derfor jeg siger nu, at det med at man selv må få det bedste ud af det, fordi... Jamen det

ved jeg sgu ikke, altså, det er virkelig heldige mennesker, der får hjælp uden ikke selv at tigge og bede om det, altså.” (Bilag 2: 6).

I udsagnet ses tydeligt det samme interdiskursive mix mellem den psykisk sårbare diskurs og den neoliberale empowermentdiskurs. Informanten udtrykker direkte, at man selv må sørge for at få det bedste ud af det, og hele forståelsen er dermed indlejret i denne empowermentforståelse. Udsagnet udtrykkes uden forbehold, hvor fortælleren oplever dette som virkelighed, hvor man som psykisk sårbar ikke får hjælp uden decideret ”selv at tigge og bede om det”. Informanten udtrykker fuld tilslutning til udsagnet om, at psykisk sårbar eller ej, så står det for egen regning at få den rette hjælp. Det er naturligvis ikke muligt at iagttage, hvorvidt realiteterne forholder sig sådan, men så lang tid at informanten har denne følelse og oplevelse af behandlingssystemet, følger der naturligvis en del problemstillinger i kølvandet på dette. Hvis denne problemstilling er gældende, kan man dermed stille det åbne spørgsmål: Hvad med de psykisk sårbare, som ikke evner, ikke har overskud til, eller på anden måde ikke selv formår at bede om hjælpen?

Andetsteds har mange af informanterne været tilknyttet somatiske sundhedstilbud, som har været målrettet psykisk sårbare i bred forstand, hvor et hold dermed består af personer med forskellige diagnoser. Flere ser det som positivt, mens enkelte oplever, at det kan være svært at tackle andre på holdet, som eksempelvis reagerer anderledes eller har en ekspressiv adfærd. En informant siger:

”Det gør det og jeg har også nogle gange, ikke på samme tid, men jeg har haft nogle, et par uger hvor jeg sådan faktisk er gået lidt træt af det hjem fra fodbold også nogle gange lidt ked af det, fordi jeg synes at det ikke har foregået på sådan en måde, som jeg synes var rart.” (Bilag 4: 3).

Udsagnet indikerer, at informanten ikke får det ud af det, som han håber. Han siger direkte, at han nogle gange er gået *ked af det* hjem, efter at have været på et hold, som ellers burde have den modsatte effekt. Igen handler det overordnet om tryghed: ”det ikke har foregået på sådan en måde, som jeg synes var rart.”, som viser, at aktiviteten ikke tilknyttes nogen positive konnotationer. Udsagnet er præget af høj affinitet, og det kommunale tilbud associeres med ord som *ked af det*, *træt* og *ikke rart*, hvilket kan blive en barriere for at fortsætte på holdet. I samme forbindelse svarer informanten på spørgsmålet om, hvorvidt det kan være svært at være på et blandet (red. diagnoser) hold: ”ja jeg synes i hvert fald der var nogle, altså jeg synes der var

mange konflikter.” (ibid.). Informantens oplevelser udtrykker en anden holdning end den diskurstype, som præger store dele af den psykiatriske og kommunale diskurs i dag, hvor fokus er målrettet de fysiske tiltag på tværs af psykisk sårbarhed eller diagnoser (fx Region Midtjylland u.å.; Toft & Ahler 2014). Informanten oplever dermed, at et forløb med en samlet gruppe af psykisk sårbare på tværs af diagnoser potentielt giver konflikter.

Denne problematik står forrige informant ikke alene om. En anden udtaler uafhængigt af dette:

”Ja, det gør det jo, fordi der er simpelthen nogen sårbarheder, der simpelthen clasher, fordi nogen der har den sårbarhed at de ikke har noget socialt filter, så de siger bare lige hvad der kommer ind i hovedet på dem, det kommer ud af munden og så er der én, der har social angst, som gør at hvis de bare hører en lille smule kritik, så tager de det som om at den anden hader dem. Og hvis de to er på samme hold, så skaber det jo en masse problemer hele tiden jo.” (Bilag 5: 16).

Her ses det tydeligt, at der igen er et modsvar til den inkluderende diskurstype, som dominerer store dele af den somatiske sundhedsfremme inden for psykiatrien, om at samle patienter eller borgere på tværs af deres psykiske sårbarhed eller diagnose og i stedet have det somatiske som fællesnævner. Igen er det nødvendigt at understrege, at informanterne i dette speciale er delte omkring dette perspektiv, men i og med at nogen ser problematikker i dette, kan det optræde som barrierer for den enkeltes sundhedsfremme. Der trækkes i hvert fald på en anden diskurs, end den som psykiatrien afspejler. Informanten distancerer sig til udsagnet, hvilket indikerer, at han ikke nødvendigvis selv har oplevet problematikken på egen hånd, men har måske nærmere været på et forløb, hvor det har forekommet. Interessant er også afslutningen, hvor han udtaler, at ”så skaber det en masse problemer *hele tiden jo*”. Det indikerer, at problemet kan være konstant og ikke et engangstilfælde, hvilket nødvendiggør, at der bliver taget hensyn til problemet.

5. 3.3 Opsummering

Diskurstypen om barrierer er i analysen opdelt i *indre* og *ydre*. De indre barrierer knytter sig oftest til informanternes egne udfordringer, eksempelvis når den psykiske sårbarhed skaber barrierer for at komme ud af døren, lave et måltid etc. Det kan skyldes angst for at tage bussen alene, være manglende overskud til at lave det rigtige måltid mv. Mange informanter knytter negative associationer til fysisk aktivitet, og nogle konstruerer en social identitet ved at trække på interdiskursive elementer, hvor en informant eksempelvis konstruerer en idealtypisk

forestilling af at være ADHD-ramt, som hos informanten legitimerer, hvorfor det altid har været svært at opretholde eller gennemføre et forløb. Flere af de lingvistiske elementer har paralleller til *hverdagsliv*, hvor det ydre tillægges negative ord, og det hjemlige eller trygge tillægges positive. Samtidig refereres der til en diskurs om det *gode liv*, *det sunde*, *familielivet*, hvor flere informanter bruger disse idealforestillinger til at spejle deres eget liv i.

De *ydre barrierer* knyttes til udfordringer, som ligger uden for individet, eksempelvis oplevelser med sygehuse, psykiatrien, kommunale tilbud mv. Nogle informanter har svært ved at være på hold, hvor der er deltagere med andre diagnoser, og konstruerer i deres udsagn negative sociale relationer til de kommunale tilbud og de andre deltagere. Ord som *konflikter*, *træt*, *ked af det*, *problemer* bruges nogle steder om følelsen af, at skulle håndtere andre med en anden diagnose, som ikke harmonerer med informantens egen. Desuden refereres der nogle steder til en neoliberal empowermentdiskurs, hvor det netop fremhæves, at man som psykisk sårbar selv er nødt til at kræve sin ret, for at få den rette behandling, og en informant udtrykker direkte, at man må tigge og bede om den. *Empowermentdiskursen* bruges både i konstruktionen af relationen til det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen, som indikerer, at flere informanter oplever, at de ikke får den rette behandling.

5. 4 Diskurstype 3: Psykisk sårbarhed som identitet

Denne diskurstype omhandler i overvejende grad informanternes refleksioner om deres diagnose, omverdenens håndtering af denne og deres identitetsfølelse. Udsagnene centrerer sig om livet med en sårbarhed, men til forskel fra *hverdagens udfordringer*, vil fokus være på selve diagnosen eller sårbarheden. Ofte er udgangspunktet, hvorledes den sociale identitet diskursivt konstrueres i informanternes fortælling om deres psykiske udfordringer. Informanternes fortælling, selvforståelse og diskursive identitet lader til at være fast forankret og indlejret i hele identitetsforståelsen som psykisk sårbar. Uanset om interviewene omhandlede hverdagsliv eller somatiske udfordringer, var identitetsfølelsen som psykisk sårbar ofte present i fortællingerne.

En informant fortæller om sin oplevelse med at være psykisk sårbar i forhold til omverdenen, og følelsen af ikke at kunne varetage et arbejde:

”Jeg synes da, det er nedværdigende, at man har en diagnose. Også fordi at der er netop i det her samfund at... ja... altså at det faktisk, jeg synes lidt det er sådan lidt ”arbeit macht frei” ... altså også fordi kommunen og alle de ånder én i nakken og... hvis du ikke har det her arbejde, jamen

hvem er du så? Hvis man så igen ikke kan se det her psykisk-fysisk handicap, altså du kan godt se det, ikke, hvis du har brækket benet og sådan noget, og det (tager, *red.*) vi hensyn til ”skal vi ikke løfte dig ind i bussen”- agtigt, ikke også... Men fejler du noget oppe i hovedet, så er det bare ”ta dig sammen” eller noget.”” (Bilag 2: 2).

For det første udtrykkes hele udsagnet med høj affinitet, og indikationer på at informanten oplever udsagnet som en realitet. Der bruges kun aktive sætninger i nutidsform, som indikerer, at informanterne føler eller oplever dette netop som det udtrykkes.

Udsagnet rummer flere former for interdiskursivitet, som både knytter sig til følelsen af omverdenens syn på psykisk sårbar, dualiteten mellem en psykisk sårbarhed og en somatisk lidelse, følelsen af samfundets syn på psykisk sårbares identitet og ikke mindst spørgsmålet om arbejdsidentitet.

For det første trækkes der på en diskurs om arbejdet som et frigørende element for individet, der både ses med den nazistiske reference til koncentrationslejre med ”arbeit macht frei”, som er udtryk for manifest intertekstualitet og ikke mindst udsagnet om ”hvis ikke du har det her arbejde, jamen hvem er du så?”. Her refereres der til en identitetsdiskurs om arbejdet som identitetsskabende, dvs. at spørgsmålet om, hvem du er som individ, i høj grad defineres gennem din plads på arbejdsmarkedet. Herunder er spørgsmålet, hvilken identitetsforståelse det efterlader hos de individer, som eksempelvis af psykiske udfordringer ikke kan varetage et arbejde. Udsagnet rummer ikke selv svaret svar på dette spørgsmål, som kan indikere, at informanten muligvis selv er i tvivl om sin identitet. Det ses i udsagnet, at informanten muligvis ikke har accepteret sin psykiske sårbarhed, i hvert fald ikke i forhold til omverdenen: ”jeg synes da, at det er nedværdigende, at man har en diagnose”. Dette indikerer en interdiskursivitet, hvor der refereres på en tabudiskurs over for psykisk sårbarhed, og informanten udtrykker at føle sig mindre værd, pinlig eller skamfuld over at have en psykisk sårbarhed. Samtidig oplever hun, at hun bliver ”jagtet” af dels kommunen, og dels af resten af samfundet: ”(...) fordi kommunen og alle ånder en i nakken.”, hvilket kan læses som en form for intertekstualitet, som kan henvise til, at der i de senere år eksempelvis er blevet flere krav til at være ledig selvom man har en psykisk sårbarhed. Herunder at flere med en psykiatrisk diagnose skal i arbejdsprøvning, ressourceforløb mv. (Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering 2016).

Informanten oplever samtidigt dette som en jagt: *ånder én i nakken*, hvilket indikerer en oplevet overvågning og kontrol, hvor hun ikke føler, at hun kan slappe af på trods af at have en psykisk sårbarhed. Samtidig beskriver hun dualiteten mellem somatisk- og psykisk sygdom. Hun

oplever, at omverdenen nemmere kan forstå og håndtere somatiske problematikker: ”hvis du har brækket benet og sådan noget, og det (tager, *red.*) vi hensyn til ”skal vi ikke løfte dig ind i bussen”, samt til det psykiske: ”Men fejler du noget oppe i hovedet, så er det bare ”ta dig sammen” eller noget.””. Der refereres her til en diskurs, hvor psykisk sygdom ikke anerkendes på højde med somatiske lidelser. Den psykiske sårbarhed bliver i stedet betragtet som dovenskab eller manglende engagement: ”ta dig sammen”.

Flere informanter udtrykker, at de har oplevelsen af at have været fejldiagnosticeret og flere har også fået ændret deres diagnose, fået en ny med tiden eller har selv skulle opsøge information deres tilstand. Flere informanter udtrykker skepsis overfor den baggrund, som deres psykiske sårbarhed diagnosticeres på, eksempelvis:

”Jeg er slet ikke i den kategori. Men altså, det var bare, det er jo én selv der udfylder det skema, ikke... [...] Det er mega mærkeligt, fordi det er noget du selv sidder og udfylder, de skemaer dér, så kan du jo komme til at fejle hvad som helst. Hvis nu jeg bare havde fokus på at være psykopat, jamen så kunne jeg have været blevet det den dag, ikke altså.” (ibid.: 5-6).

Her anvendes der interdiskursivitet om klassifikation og diagnosticering af psykiske lidelser. Når ordet *skema* nævnes, er det en intertekstuel reference til WHO’s ICD-10 sygdomsklassifikationsskema, som også det danske sundhedsvæsen bruger som vejledning til sygdomssymptomer, når en behandling skal igangsættes (Sundhedsstyrelsen 2001). Samtidig udtrykkes flere skeptiske refleksioner over disse klassifikationssystemer, og det kan anskues som interdiskursivitet, hvor flere teoretikere (fx Rose 2008) taler om, at psykiatrisk diagnosticering bliver foretaget som ved at følge en opskrift, blot med symptomer, i stedet for ingredienser, som analogi. Informanten refererer til en normalitetsdiskurs når skemaerne nævnes, dvs., normalitet kontra det patologiske, Det er således spørgsmålet om, hvad der diagnosticeres eller kategoriseres som normalt og som psykisk sårbarhed, hvilke symptomer der skal opfyldes for at havne i den ene eller den anden kategori?

Informanten nævner her, at man som patient principielt selv kan bestemme diagnosen, hvilket indikerer, at hun oplever, at svarene på skemaet direkte medfører den konkrete diagnose: ”Hvis nu jeg bare havde fokus på at være psykopat, jamen så kunne jeg have været blevet det den dag, ikke altså.”. Desuden oplever informanten, at diagnoserne kan være tilfældige: ” (...) fordi det er noget du selv sidder og udfylder, de skemaer dér, så kan du jo komme til at fejle hvad som

helst.”, og dermed opleves der at ligge megen indflydelse hos patienten over den lægelige diagnosticering, da netop disse skemaer oplever så gennemslagsige.

Informanten med B.E.D. (*Binge eating disorder*) beskriver sin oplevelse, da han søgte hjælp i psykiatrien:

”Ja, de vidste ikke hvad de skulle gøre ved det. De har simpelthen ikke handlet ordentligt på det og jeg fandt selv ud af diagnosen ved at sidde og søge på nettet, der i 2008 og ligesom fandt ud af at der findes et navn for det.” (Bilag 1: 4).

Som det første er der høj affinitet, hvilket indikerer at oplevelsen udtrykkes som en realitet, og fuld tilslutning til, at dette beskriver informantens oplevelse af virkeligheden. Informanten oplever at være syg, men kan ikke modtage den rette hjælp, fordi selve diagnosen ikke findes i psykiatriens klassifikationssystem på daværende tidspunkt: ”Ja, de vidste ikke hvad de skulle gøre”. I udsagnet konstrueres en negativ social relation til psykiatrien, ved sætningen ”ikke handlet ordentligt på det”, og omtales som ”de”, hvilket skaber en distance, fordi subjekterne, behandlerne, udelades i beskrivelsen. Informanten udtrykker, at han selv har skullet finde ud af, hvad han fejlede, og herunder at diagnosen B.E.D. fandtes, selvom den ikke optrådte i sygdomsklassifikationerne.

En anden informant har selv oplevet en fejldiagnose, og de udfordringer der følger med:

”jamen det har jo gjort det at jeg har troet at, jamen nu har jeg jo læst så meget om de her diagnoser, at det er de her ting der skulle hjælpe på det og hjælper bare ikke på mig, så der noget galt med mig og jeg ved ikke hvad der er galt med mig og jamen, man gik bare og følte jamen jeg var også bare umulig og der var ikke nogen der kunne gøre noget ved det, fordi de gav alle sammen op, men det er jo det når de har fået at vide at jeg fejler én ting og det så er det de tager udgangspunkt i, så er det jo klart at der ikke er nogen forbedring at se i den behandling de nu skulle forestille at yde. Men det var også det der, da jeg så fik diagnosen PTSD, jamen det fik simpelthen et lys, jamen det hele faldt på plads, alting gav mening.” (Bilag 6: 19).

Det ses tydeligt, hvordan informanten diskursivt konstruerer sin sociale identitet i relation til oplevelsen af at have en forkert diagnose. Der tillægges ord som ”*hjelper bare ikke på mig*”, ”*hvad der er galt med mig*”, ”*følte jamen jeg var også bare umulig*”. Der opleves en klar diskrepans mellem de to diagnoser, hvor informanten i perioden med fejldiagnosen føler sig

forkert og umulig. Det indikerer, at en fejldiagnose kan have identitetsmæssige konsekvenser for en psykisk sårbar, da informanten her beskriver det som et nederlag, at der ingen fremgang var at spore, selvom hun var i den ”rette” behandling. Hun beskriver endvidere sine behandlere ved: ”[D]e gav alle sammen op”, hvilket naturligvis kan medvirke til nederlagsfølelsen hos informanten.

Informanten oplever det som befriende og meningsgivende at få diagnosen PTSD, da hun i højere grad kunne identificere sig med denne diagnose. Herunder udtrykkes det også tydeligt, at diagnosen i sig selv opleves som en realitet, samt en identitetsmarkør. Informanten oplever en meningsfuldhed efter at blive diagnosticeret med PTSD, der dermed beskrives som en del af hendes identitetsforståelse: ”*jamen det hele faldt på plads, alting gav mening*”, og kan på denne måde også virke som en legitimering af hendes adfærd eller en forklaring på hendes situation, som ligger uden for individet. Man kan argumentere for, at grænsen mellem subjektet og diagnosen udvaskes i den diskursive italesættelse, hvor identitetsforståelsen er med diagnosen i centrum.

Flere informanter oplever en dualitet mellem at have en psykisk sårbarhed, og samtidig gerne vil indgå i sammenhænge og bekendtskaber med ikke-psykisk sårbare:

”Ja det gør jeg... meget. Altså jeg, altså også, jeg kan godt tænke mig at få nogle venner der ikke er sårbare. For jeg synes, at jeg... ikke at min sårbarhed er særlig [...] ikke sådan generelt at min sårbarhed er særlig tydelig, så jeg kunne godt tænke mig at have nogle venner der ikke...” (Bilag 5: 18).

Udsagnet udtrykker en klar affinitet, hvor subjektet knytter sig til hver sætning, hvilket indikerer, at udsagnet i høj grad svarer til fortællerens oplevelse. Udsagnet indikerer, at en psykisk sårbarhed kan stille individer ringere i forhold til at indgå i sammenhænge eller have bekendtskaber med personer uden en sårbarhed. Informanten udtrykker indirekte, at han måske ikke har accepteret eller til dels skammer sig over sin sårbarhed i sammenligning med individer uden: ”*ikke sådan generelt at min sårbarhed er særlig tydelig*”. Det indikerer, at han ikke forventer at få venner eller bekendtskaber, som ikke har en psykisk sårbarhed, hvis hans egen sårbarhed netop var tydeligere. Han konstruerer dermed en social relation, der besværliggør en relation mellem tydeligt psykisk sårbare og individer uden psykiske sårbarheder. Dermed konstrueres fortællerens sociale identitet ulige i forhold til individer uden en psykisk sårbarhed,

hvilket også kan ses som et interdiskursivt element med paralleller til diskursen om psykisk sårbarhed som tabu.

En anden informant fortæller, at en del af hendes identitetsforståelse som psykisk sårbar er forandret, da hun har opdaget, at hendes liv består af andet end psykiske og somatiske sygdomme. Hun svarer følgende på spørgsmålet, om hvorvidt hun identificerer sig med andre ting end sygdommene:

”Ja, med min kreativitet og med min motion og med min interesse for naturen og... ja, altså, alle de der ting som jeg også beskæftiger mig med, så de er kommet til at fylde mere end alle de der problemer. Selvfølgelig kommer problemerne også ind imellem, hvor jeg tænker ”nu gider jeg fandeme ikke mere, nu er det nok, ikke også”. (Bilag3: 8).

Informanten udtrykker, at hun identificerer sig med sine beskæftigelser og ikke kun sine sygdomme: ”så de er kommet til at fylde mere end de der problemer”. Det indikerer, at hendes sociale identitet i høj grad opleves ud fra, hvilket fokus hun selv anlægger på sin situation, hvor det netop handler om, hvilket der fylder mest. Dette refererer til en diskurs, som er i modstrid med andre mønstre i denne diskurstype, hvor flere ikke kan overskride barrieren med at skamme sig, være pinlig eller på anden føle sig hæmmet af sin psykiske sårbarhed med hensyn til at indgå relationer med ikke-psykisk sårbare.

En informant med OCD svarer følgende på spørgsmålet om han skammer sig over denne psykiske sårbarhed:

”ja, det gør jeg... jeg er ked af det over det, om aftenen kan jeg godt finde på at græde, jeg græder meget hjemme. Det er hårdt, det er hele tiden jeg skal røre ting... jeg prøver at lade være og så bare røre én ting, det kan jeg ikke, jeg skal bare røre det...” (Bilag 7: 16).

Udsagnet er præget af høj affinitet, hvor subjektet knyttes til hver sætning, således at oplevelsen fremstår adækvat med udsagnet. Hele udsagnet er fortalt som en aktiv sætning i nutid og opleves som en realitet. Informanten udtrykker, at sygdommen, OCD, ofte har kontrollen over ham: ”jeg prøver at lade være og så bare røre én ting, *det kan jeg ikke, jeg skal bare røre det.*”. Informanten understreger også, hvor meget det påvirker ham følelsesmæssigt, ikke selv at kunne kontrollere sin sårbarhed: ” jeg er *ked af det* over det, om aftenen kan jeg godt finde på at

græde, jeg græder meget hjemme.”. Informanten tillægger dermed følelsesmæssige svære ord til sin oplevelse, og den sociale identitet konstrueres som tæt forbundet med lidelsen.

5.4.1 Opsummering

Psykisk sårbarhed som identitet beskriver de oplevelser som informanterne har i relation til diagnose og identitet. Det er helt centralt, at identitetsforståelsen for mange, er dybt forankret i deres diagnose. En stor del af deres selvforståelse er med udgangspunkt i deres psykiatriske diagnose, og bliver dermed en identitetsmarkør.

Flere informanter konstruerer negative relationer til psykiatrien, fordi de oplever at have været fejl-diagnosticeret, hvilket også har haft identitetsmæssige konsekvenser. Andre oplever det som pinligt eller skamfuldt at have en psykisk sårbarhed, og konstruerer herunder en distance i den sociale relation mellem sig selv som psykisk sårbar og ikke-psykisk sårbar. Sluttelig danner der sig ikke et helt entydigt billede af, hvorvidt informanterne lader deres psykiske sårbarhed konstruere deres sociale identitet; nogle formår at flytte fokus væk fra sygdommen, mens andre i høj grad konstruerer sin identitet i tilknytning til sårbarheden.

5.5 Diskurstype 4: *Forandringsmuligheder*

Denne diskurstype rummer nogle centrale indsigter i, hvad informanterne selv vurderer som hensigtsmæssigt til at nedbryde nogle af de barrierer, som bl.a. blev beskrevet i *barrierer*. Diskurstypen rummer indsigter fra informanternes erfaringer med eksempelvis kommunale eller psykiatriske hold, forløb eller andre tilbud, som har fungeret for dem, og herunder også *hvorfor* det har fungeret. Det kan også være mere generelle bud på, hvordan psykiske sårbare bedre kan imødekommes i relationer til somatiske problematikker.

Mange af informanterne beskriver, at det kan være en udfordring at starte på et nyt forløb, en udfordring som ofte bunder i tryghed.

En informant udtaler følgende om, hvordan det er at skulle starte et nyt sted:

” (...) Jeg tænker at det tager ca. en måned for mig, hvor det er svært at komme afsted og så finder jeg tryghed i det nye sted og så er det faktisk relativt nemt. Altså heroppe fx der tror jeg egentlig jeg er en af de mest stabile brugere eller borgere eller hvad vi kalder os... og kommer, altså, jeg skal være meget syg, sådan fysisk syg, for at blive væk heroppe fra.” (Bilag 5: 11).

Informanten har normalt meget svært ved at opretholde et forløb, hvis han eksempelvis føler sig stresset eller mister fokus fra det igangværende forløb. Udsagnet præges af høj affinitet, og i forhold til transitivitet er subjektet placeret centralt i citatet, hvilket indikerer høj tilslutning til det sagte. Det ses tydeligt, at tålmodighed og vedholdenhed beskrives som en del af løsningen for denne informant: ”Jeg tænker at det tager ca. en måned for mig, hvor det er svært at komme afsted og så finder jeg tryghed i det nye sted og så er det faktisk relativt nemt.”. Der går dermed forholdsvis lang tid, hvor informanten gradvist skal vænne sig til det nye sted, før det føles trygt. Dermed er *tryghed* nøgleordet for denne informant, og siger selv, at det derefter er *relativt nemt*. Nøglen er altså at finde en måde, hvor den første tid kan opretholdes, så informanten sidenhen finder det trygt og sikkert at komme. Herefter understreger informanten ligefrem, hvor stabil deltager han er: ”[D]er tror jeg egentlig jeg er en af de mest stabile brugere eller borgere [...] og kommer, altså, jeg skal være meget syg, sådan fysisk syg, for at blive væk heroppe fra.”. Dette indikerer, at når trygheden er skabt, er det næsten umuligt for ham at blive væk, det er kun fysisk sygdom, der kan holde ham væk.

På spørgsmålet om, hvad der skal til for at opretholde gode vaner, f.eks. madlavning derhjemme, svarer samme informant:

”ja og det er jo det, der er det magiske spørgsmål, for jeg ved det faktisk ikke, for jeg kan også mærke der med bostøtten, de er jo... hvis de har ferie, så bliver det ikke gjort, det vi plejede at gøre sammen. Så det er... jeg skal hele tiden sådan holdes op på: har du husket at gøre det, siden vi så hinanden sidst? Det der: nu skal vi gøre det her sammen. Hele tiden mærke at hvis det, de forløb jeg er i stopper, så stopper jeg også med det jeg lavede i de forløb.” (ibid.: 20).

Udsagnet kunne principielt høre under diskurstypen om *barrierer*, men er alligevel inkluderet her, fordi informantens udsagn også rummer en del af svaret på løsningen til, hvordan de gode vaner bedre kan opretholdes. Informanten har brug for kontrol, og at bostøtterne tjekker, om han får gjort de aftalte ting, hvor der ellers ikke sker noget. Dvs., at informanten oplever, at han har brug for konstant opfølgning på de huslige og hjemlige gøremål for at sikre sig, at det bliver til noget. Den anden del af svaret lyder ”nu skal vi gøre det her sammen”. Ligesom tidligere beskrevet er det vigtigt for denne informant at føle, at han ikke står alene med tingene. Fællesskabsfølelsen er motiverende og nedbryder de barrierer, som ellers kan forekomme i hverdagen. Ligeså snart informanten overlades til sig selv stopper de gode vaner: ”[H]vis de

har ferie, så bliver det ikke gjort, det vi plejede at gøre sammen.” og ” hvis det, de forløb jeg er i stopper, så stopper jeg også med det jeg lavede i de forløb.”.

En informant, der har været tilknyttet et hold med fokus på bevægelse og kost, beskriver fællesskabet som en vigtig faktor:

”Der var fællesskab, der var mennesker, der var, jamen det der med at kunne vide, at man var ikke den eneste, der havde de problematikker dér, vi var rigtig mange der fandt at vi var faktisk væsentligt meget aktive end vi troede, at vi var.” (Bilag 6: 14).

Fællesskabet træder i høj grad frem af dette udsagn i forhold til transitivitet. Den sociale relation til de andre psykisk sårbare etableres i særlig grad, hvor ”jeg’et” slet ikke er eksisterende, men i stedet fremgår kun ”vi”. Dvs., at den sociale identitet konstrueres ud fra ”vi” -følelsen, en følelse denne informant i høj grad udtrykker at have brug for. Der er et modstridende forhold mellem *før* og *efter* forløbet, hvor informanten tidligere har følt sig alene og værende den eneste med sine problematikker, især de psykiske. Forløbet har herefter givet hende den følelse af netop ikke at være den eneste: ”[J]amen det der med at kunne vide, at man var ikke den eneste, der havde de problematikker dér”.

En anden informant, som har været tilknyttet et forløb med fokus på kost og motion, udtaler følgende om vigtigheden af fællesskabet:

”jeg var meget sådan: åh det virker ikke og nu skal jeg afsted igen. Jeg gad næsten ikke, men så da jeg kom derned, kunne jeg godt se at det... jeg kom på et hold med nogle andre folk, det tror jeg også betyder noget. Jeg synes det første hold jeg var på, der svingede jeg ikke rigtigt med folk, ikke så mange jeg rigtig havde noget at snakke med om. Men nu den her gang, der boede jeg med en fyr, som jeg relaterede lidt bedre til. Man bor to på værelserne [...] og jeg kunne bedre se for mig formålet, med de ting som vi lavede. Det var ikke fordi det var lavet meget om, men det gav mere mening for mig.” (Bilag 1: 10).

Igen refereres der til en fællesskabsdiskurs, og kan ses som modspil til den neoliberale empowermentdiskurs. Som beskrevet hos flere andre, opleves det som nødvendigt for denne informant, at han er på et hold, hvor han føler sig tryk og ikke alene. I udsagnet taler han om to forløb: det første som ikke var en succes, og det næste som fungerede bedre. Han giver ikke et direkte svar på, hvorfor andet forløb var bedre, ud over, at ”det gav mere mening for mig”. Man kan antage, at svaret ligger i fællesskabet, hvor han om det første udtrykker, at han ikke havde

”så mange jeg rigtig havde noget at snakke med om”, hvor det andet forløb ”der boede jeg med en fyr, som jeg relaterede til”. Dermed konstruerer han også de forskellige sociale relationer både til forløbet og de andre sårbare. I forhold til transitiviteten skabes den sociale relation til det første forløb negativt ud fra sætningen ”*der svingede jeg ikke rigtigt med folk, ikke så mange jeg rigtig havde noget at snakke med om*”, mens det andet forløb positivt beskrives: ”*Men nu den her gang, der boede jeg med en fyr, som jeg relaterede lidt bedre til*”.

Senere siger han i sammenligningen af de to forløb, at ”det var ikke fordi der var lavet meget om, men det gav mere mening for mig”. Dermed kan man antage, at det meningsgivende for denne informant ligger i fællesskabet, hvilket er det eneste som informanten udtrykker som forskellen på de to forløb. Hos denne informant er den sociale identitet dog ikke knyttet til ”vifølelsen”, da subjektet ”jeg” er gennemgående for hele udsagnet. Alligevel konstrueres der en positiv relation til både holdet og den anden deltager på det andet forløb med: ”bedre se formålet”, ”gav mere mening for mig” og ”relaterede bedre til”. Nøglen til succesoplevelsen kan antages, at ligge i den relation han havde til den anden deltager på holdet, som mindskede følelsen af at være alene.

Samme informant giver udtryk for sine refleksioner om problemstillingen med psykisk sårbare med somatiske udfordringer:

”Jeg tænker det er vigtigt og de skal tænke sig meget godt om i forhold til at finde de rigtige metoder. Fordi det betyder meget, hvordan man ligesom griber det an. Man har vidst i mange år, at folk med psykiske lidelser, at de har levet usundt og døde tidligt. Så det er meget med ligesom at være klog i forhold til hvad skal man ligesom gøre. Så det ikke bare bliver sådan en målsætning om at vi skal gøre det bedre i forhold til fysisk sundhed, men også de ting der bliver implementeret, de også skal passe til de folk det handler om.” (Bilag 1:16).

Informanten giver udtryk for en mulig interdiskursiv reference, i og med at han pointerer, at man ikke kan overføre målsætninger fra normalområdet til gruppen af psykisk sårbare. Samtidig anerkender han problematikken med psykiske sårbare og somatiske udfordringer: ”Man har vidst i mange år, at folk med psykiske lidelser, at de har levet usundt og døde tidligt.”, hvilket netop også refererer til den risikodiskurs, som dominerer dette speciales litteraturreview. Det kan også ses som intertekstualitet, da det refererer til de videnskabelige forskningsresultater, som blev præsenteret i litteraturreviewet. På den måde indlejres og refereres der til en videnskabelig risikodiskurs, hvor fokus er på, at psykisk sårbare er

overrepræsenteret i livsstilssygdomme og mortalitet sammenlignet resten af populationen. Psykisk sårbare konstrueres her som værende i risiko for at leve usundt og i sidste ende dø tidligt. Samtidig indikerer udsagnet også, at psykisk sårbare skal mødes i øjenhøjde, og at målsætningerne skal være realistiske: ” [M]en også de ting der bliver implementeret, de også skal passe til de folk det handler om.”. Det refererer til en sundhedsfremmediskurs, hvor ikke-psykisk sårbare og psykisk sårbare *ikke* kan sammenlignes, når man ser på implementering af sundhedsinitiativer. Der konstrueres et modsætningsforhold, hvor man ” skal tænke sig meget godt om i forhold til at finde de rigtige metoder”.

5.5.1 Opsummering

Diskurstypen om *forandringsmuligheder* bærer i høj grad præg af en fællesskabsdiskurs. Mange informanter udtrykker, at for at tingene skal lykkes (opretholdelse af forløb, gode vaner), er det nødvendigt, at de ikke føler sig alene. Visse informanter konstruerer herunder deres sociale identitet i tilknytning til fællesskabet. ”Vi” bruges ofte i stedet for ”jeg”, og dermed bliver subjektet en integreret del af fællesskabet af psykisk sårbare, og ser sig selv som en del af gruppen, mere end et selvstændigt individ. Nogle informanter beskriver samtidig nødvendigheden af konstant opfølgning vedrørende gode vaner og andre dagligdagsting, såsom madlavning og motion. Slutteligt anerkendes det, at psykisk sårbare er overrepræsenteret i forhold til sygdomme og mortalitet, og refererer til en risikodiskurs, som også præger specialets litteraturreview. Herunder udtrykkes det også, at sundhedsinitiativer til psykisk sårbare kræver tilpasning til den enkelte, både med målsætninger og implementering.

5.6 Diskurstype 5: Fysisk aktivitet som frigørende for individet

Denne diskurstype om fysisk aktivitet som frigørende for diagnosen er den mindste diskurstype. Den er inddraget, fordi nogle informanter oplever, at fysisk aktivitet kan have en gavnlig effekt på deres psykiske symptomer, og dermed kan opleves som et frigørende element i relation til deres sårbarhed.

En informant, som lider af tvangshandlinger, udtrykker følgende om sin oplevelse med sin psykiske sårbarhed kontra motion:

”Det er faktisk et rigtig interessant spørgsmål og vi har faktisk undret os over det i flere år, for der sker et eller andet med mig, når jeg går ind på en bane eller laver noget idræt, så... og jeg kan

ikke, jeg har ikke, det er blevet undersøgt, men man har ikke rigtig kunnet finde noget om det, i hvert fald ikke dét, hvad der sker dér, men det er ligesom det hele det forsvinder simpelthen, alt mit tvang og alle mine ritualer, de går simpelthen i... itu, altså jeg har ingenting når jeg ligesom præsterer.” (Bilag 4: 7).

Udsagnet er præget af høj affinitet, selvom informanten udtrykker en underen over, hvorfor han er symptomfri, når han dyrker idræt. Udsagnet indikerer, at informanten bliver fri for sine tvangshandlinger og -ritualer ”når jeg ligesom præsterer”. Måske ligger noget af forklaringen i, at idrætten er med til at fjerne fokus fra tvangen. Alligevel udtrykkes situationen som et mysterium: ”det er blevet undersøgt, men man har ikke rigtig kunnet finde noget om det, i hvert fald ikke dét, hvad der sker dér (...).” og ”der sker et eller andet med mig, når jeg går ind på en bane eller laver noget idræt.”. Informantens udsagn beskriver en tilstand, som rækker ud over individet, hvor årsagen skyldes ydre faktorer, som informanten ikke selv kan kontrollere. Det indikerer, at man ikke har kunnet finde en biologisk eller psykologisk forklaring. Man kan argumentere for, at så længe informanten oplever en gavnlig effekt, er effekten reel, uanset på hvilken baggrund den forekommer.

En informant med panikangst beskriver, hvordan han bl.a. bruger naturen og fysisk aktivitet som symptomlindrende:

” (...) altså nu bruger jeg naturen for at komme af med angsten. Fordi det er ikke angsten der skal styre ens, hvad skal man sige.... og der er det jo meget vigtigt at man kommer ud. [...] ja, det er roen... det bruger jeg... det er det jeg bruger det til. Altså jeg bruger naturen til at finde roen igen. Når jeg får et angsttilfælde så kan jeg godt finde på at gå kl. 1 om natten. [...] jeg kører også til Århus (red. på cykel). Sådan nogle ting gør jeg også. Det gør jeg sgu, ja. [...] så kobler jeg fuldstændig af... altså jeg har da tankerne, men ikke... ikke på dén måde.” (Bilag 7 :2-6)

Hele udsagnet består af aktive sætninger med en modalitetsform af sandhed. Subjektet knyttes til hver sætning og uden tvivl om, at fortælleren oplever udsagnet som en realitet. Informanten udtrykker tydeligt, at naturen og det at komme ud kan være symptomlindrende ved angsttilfælde. Han beskriver, at for at angsten ikke skal have lov til at styre hans liv ”er det meget vigtigt at man kommer ud.”. Samtidig kan han bruge naturen til at få samlet tankerne ”jeg bruger naturen til at finde roen igen”. Naturen får dermed en helbredende og terapeutisk karakter, hvor informanten endda nævner, at ”når jeg får et angsttilfælde så kan jeg godt finde

på at gå kl. 1 om natten.”. Bare det at komme ud virker til at have en beroligende effekt på informantens oplevelse af et angsttilfælde. Han nævner, at det hjælper ham til at flytte nogle af de tanker, som ellers knytter sig til angsten: ”så kobler jeg fuldstændig af... altså jeg har da tankerne, men ikke... ikke på dén måde.”. Det indikerer, at informanten selv har formået at finde en måde at håndtere sin angst på. Han bruger bevægelse, motion og naturen som en form for selvterapi: En måde til at fjerne de angstfyldte tanker.

En anden informant oplever ofte søvnproblemer, fordi hun ikke er fysisk træt, men ofte falder i søvn af mental udmattelse. Hun uddyber her, hvordan motion har en gavnlig effekt i hendes hverdag:

”Jeg bliver træt på den gode måde i stedet for bare at være mentalt udmattet... og når så at jeg sådan, når vi kommer ordentlig i gang og det bliver fastholdt, så giver det mig mere energi og så får jeg det der overskud til at lave ordentlig mad også. Så det hænger sammen.” (Bilag6: 10).

Informanten beskriver en forbindelse mellem motion, energioverskud og madlavning med: ”det hænger sammen”. Samtidig beskriver hun også en central pointe i forhold til sin søvn: ”jeg bliver træt på den *gode måde*, i stedet for bare at være mentalt udmattet”. Det indikerer igen, at den fysiske aktivitet er med til at fjerne det mentale stress eller de angstfyldte tanker, som nemt kan dominere hverdagen.

Motionen giver informanten en følelse af fysisk overskud, når hun formår at være vedholdende: ”når vi kommer ordentlig i gang og det bliver fastholdt, så giver det mig mere energi”. Det at dyrke motion bliver associeret med vendinger som ”*mere energi*”, ”*den gode måde*” og ”*overskud*”, hvilket kan indikere en kontrast til oplevelsen af perioder uden motion.

En anden informant beskriver også det frigørende element ved fysisk aktivitet i relation til sin angst:

”Og så dyrker jeg meget motion, også. Jeg har en løbetsykel for voksne, som jeg bruger... og den har jeg faktisk også anvendt i de der situationer hvor jeg får en eller anden angst, så i stedet for at... altså den der med at få pulsen op, der er jo også angsten, den kan også være med til at få pulsen op. Men hvis du så gør noget som er positivt, som fx løber en tur, så de symptomer som du har, så bliver de jo lige pludselig positive. Det var jo noget, der lige pludselig gik op for mig en dag ”hov, jamen det er jo den samme følelse jeg har i kroppen, men det er jo sundt at løbe, det er jo rart at løbe, det er rart at mærke luften, ikke også.”” (Bilag 3: 5).

Igen udtrykkes der høj affinitet med subjektet som centralt for udsagnet. Informanten udtrykker, at hun har formået at vende fokuset i en angstsituation til noget mere positivt gennem motionen. Rent praktisk bruger hun motionen i relation til oplevelsen af angsttilfælde, fordi nogle af symptomerne for angst er forhøjet puls. Med motionen skabes der i stedet en positiv relation til den høje puls, fordi den i stedet associeres med motionen, som informanten er glad for: ”Men hvis du så gør noget som er positivt, som fx løber en tur, så de symptomer som du har, så bliver de jo lige pludselig positive.”. I stedet for at associere den høje puls og hjertebanken med angsten, knyttes der i stedet ord som ”*rart*”, ”*sundt*” og ”*positive*” til følelsen. Det er altså lykkedes informanten at ændre sin oplevelse af denne fysiske reaktion på angsten med motionen som redskab. Måden hun beskriver den følelsesmæssige ændring af den høje puls, kan ses som et interdiskursivt element, hvor der refereres til en kognitiv diskurs. Inden for kognitiv terapi eller kognitionspsykologien er der netop fokus på tankeprocesser, og hvordan man i det hele taget perciperer. Informanten har tidligere forbundet følelsen af den høje puls med angst, men har formået at skabe en anden forbindelse: høj puls lig med velvære. På den måde kan man også her se den fysiske aktivitet optræde med en terapeutisk karakter.

5.6.1 Opsummering

Flere informanter oplever at fysisk aktivitet, naturen og det at komme uden for hjemmet, kan have en gavnlig effekt på deres symptomer i relation til deres psykiske sårbarhed. Nogle informanter har formået at bruge motionen til at flytte deres mentale fokus væk fra de negative angstfyldte tanker. Den fysiske aktivitet opnår en slags frigørende og terapeutisk karakter for disse informanter. Alle informanterne i denne diskurstype har en oplevelse af, at fysisk aktivitet styrker dem til at leve et liv med færre psykiske sygdomssymptomer. Dermed har den fysiske aktivitet potentialet til at blive en identitetsmarkør, som kan skabe en mere positiv identitetsfølelse hos de psykiske sårbare, end den identitetsfølelse de knytter til deres sårbarhed.

5.7 Social Praksis

Formålet med social praksis er at kontekstualisere lingvistisk og diskursiv praksis til en bredere sammenhæng af sociale strukturer og generative mekanismer.

Social praksis tager udgangspunkt i, hvad som muliggør de diskursive referencer og konstruktioner som præsenteret i første analysedel. Empiriens karakter og specialets problemstilling fordrer, at der ikke søges teoretiske, men nærmere empiriske svar. Derfor

vurderes det som passende at kontekstualisere til historiske, kulturelle, politiske og teknologiske entiteter, som har muliggjort disse diskursive referencer og konstruktioner. Analysen af social praksis vil derfor have karakter af, at være mere teorigenererende end - applicerende.

Flere af informanterne omtalte behovet for at blive set som det *hele menneske*, som argumenteredes at referere til en *holistisk diskurs*. Dette gjorde sig primært gældende inden for diskurstypen *psykisk sårbarhed som identitet*. I dag er det primært alternative behandlingsformer, som anvender begrebet om holisme såsom holistisk behandling, holistisk menneskesyn (Sundhedsstyrelsens råd vedr. alternativ behandling u.å.). Samtidigt er der inden for den brede lægevidenskab, uanset om det gælder det somatiske eller psykiatriske, en almen opfattelse af sygdommes opståen som betinget af biologiske, psykologiske og sociale faktorer (Rosenberg 2016). Det paradoksale er i første omgang, at sundsstyrelsen henviser til holisme som et begreb, der er knyttet til feltet for alternativ behandling og beskriver det endvidere som "(...) at den enkelte klient betragtes i en bred sammenhæng, som udover det fysiske også tager højde for psykiske, følelsesmæssige, sociale og åndelige sider af klientens velbefindende." (Sundhedsstyrelsens råd vedr. alternativ behandling u.å.). Her kan man argumentere for, at udover den åndelige del af definitionen, er det netop den bio-psyko-sociale sygdomsanskuelse, der her beskrives. Andre informanter refererede til det, som blev omtalt som *silotænkning*, dvs. en manglende tværgående indsats for multisyge, uanset set om det udelukkende var somatiske lidelser eller på tværs af somatik og psykiatri. Her udtrykkes igen behovet for *det hele menneske* i behandlingen. Man kan argumentere for, at en del af årsagsforklaringen skyldes, at silotænkning eksisterer, samt at der i det offentlige sundhedssystem, er en udfordring i forhold til, at arbejde på tværs vedrørende multisyge patienter. Frølich, Olesen & Kristensen (2017) har for nyligt dokumenteret, at silotænkning eksisterer i det offentlige sundhedssystem, samt at behovet for en tværfaglig indsats er nødvendigt, især for borgere med multisygdom. Den manglende tværgående indsats og prioritering af hurtig diagnosticering og behandlingsgaranti kan ses som en generativ mekanisme til, hvordan den holistiske diskurs eksisterer som diskursiv reference blandt informanterne. Sundhedssystemet præges af både sociale og materielle strukturer, som besværliggør en tværfaglig behandling til borgere med flere sygdomme. Således slår Frølich, Olesen & Kristensen fast, at:

”Silotænkning er en stor udfordring, både inden for de enkelte sundheds organisationer og også mellem organisationerne og mellem sundheds- og socialsektoren. I primærsektoren er der generelt fokus på at have en helhedsorienteret tilgang til borgeren og dennes behov, men lige præcis den multisyge borgers problemstillinger bliver ofte så komplekse, at borgeren risikerer, at sundhedspersonalet også i primærsektoren begrænser sig til at fokusere på én diagnose per konsultation. Det har nogle oplagte ulemper for den enkelte borger.” (Ibid. 2017: 88).

Silotænkning medfører potentielt, at multisyge borgere ikke oplever, at de bliver mødt i øjenhøjde, da man fra sundhedssystemets side ikke har kapacitet, ressourcer eller tværfaglighed til at møde disse individers komplekse problematikker.

Referencen til den holistiske diskurs er et perspektiv, som, historisk set, har præget psykiatrien og dens patientsyn. Psykiatrien søgte op gennem 1800-tallet at opnå anerkendelse som en reel praksis inden for lægeverdenen, på linje med den somatiske læge- og medicinpraksis. I den første halvdel af århundredet var synet på sindslidende, *de afsindige* eller *de sindssyge*, præget af et biologisk perspektiv. Særligt lægen F.G. Howitz argumenterede for, at *sindssygen* var betinget af en legemlig sygdom, hvorefter sygdomsopfattelsen ændredes; man begyndte, at ane et mere holistisk menneskesyn i denne periode, da det sindssyge og sindssunde anskuedes mere relationelt til den kontekst sygdommen udspiller sig i. Definitionen mellem det normale og patologiske blev således ikke fastsat ud fra enkeltssymptomer, men ud fra patientens samlede forløb (Møllerhøj 2008: 91-92). Dette syn åbnede for en tilgang, som internationalt set banede vejen for et mere psykologisk perspektiv på sindslidelser, fx Freuds *psykoanalyse*. På den måde trækker den diskursive reference tråde til psykiatriens historie, og dermed er problemstillingen om *det hele menneske* måske ikke en moderne, men klassisk problematik?

Ønsket om at blive set som *det hele menneske* kan måske tænkes at være særlig udpræget ved individer, som besidder både psykiske og fysiske udfordringer. Flere af informanterne, der refererer til holismediskursen og silotænkningen, er netop borgere med op til flere psykiatriske diagnoser og somatiske udfordringer, hvor flere har været i berøring med psykiatrien. Ser man dels politisk og dels organisatorisk på psykiatriens strukturelle indretning og tænkemåde, kan dette tænkes at agere som en generativ mekanisme til holismediskursen. Ser man eksempelvis på psykiatrien i Region Nordjylland, er fremgangsmåden for behandling præget af målrettethed, diagnosetænkning, og en skarp afgrænsning. Således er behandlingerne opdelt i pakkeforløb afhængig af patientens psykiatriske diagnose, f.eks. et pakkeforløb for OCD, et forløb for angst og tvang (Danske Regioner 2012). Dette skal ikke nødvendigvis forstås som en kritik af

psykiatriens indretning og tænkemåde, da dette sandsynligvis har effekt og fungerer for de fleste patienter, hvor: ”Formålet er en mere ensartet udredning og behandling af høj kvalitet gennem organisering i pakkeforløb.” (Ibid.). Man kan dog argumentere, at en ensartet behandling er tilrettelagt flertallet, mens behandlingen af patienter med en mere kompleks problemstilling sandsynligvis vanskeliggøres, som det også ses i diskursiv praksis. I forhold til dette speciales målgruppe, kan der dog være faldgruber, hvis man ikke formår at tænke på tværs. Således ser man både i psykiatrien og fra politisk side, materialiseret i Regionernes pakkeforløb, en afgrænset diagnosetænkning, som ofte forholder sig til én lidelse (Ibid.; Region Nordjylland u.å.). Interessant i analysen er, foruden den identitetsmæssige relation til de psykisk sårbares egen diagnose, også deres anvendelse af fagbegreber, såsom *forsvarsmekanisme*. Dette er manifest intertekstualitet til Freuds begreb, hvor informanten benyttede netop begrebet i sin oprindelige betydning, som en psykologisk proces til at mindske eller undgå angst. Således er også deres betegnelse som *psykisk sårbar* gået fra at være en fagterm til et begreb, som disse borgere har internaliseret og bruger som identitetsmarkør. Ser vi på de sociale strukturer, som omgiver psykisk sårbare, og i særdeleshed psykiatriske pakkeforløb, fremgår det, at patienter i eksempelvis et pakkeforløb til angst og social fobi har *psykoedukation* som en del af deres ambulante behandling, dvs. undervisning i psykisk sygdom (Region Nordjylland u.å.:b). Patienter som modtager psykoedukation, vil dermed blive undervist i symptomerne ved den konkrete sårbarhed for at mindske tilbagefald (Det sociale netværk u.å.). Dermed øger man nødvendigvis også bevidstheden hos denne patientgruppe omkring deres sårbarhed, og kan herunder også ses som en medvirkende faktor til, at flere identificerer sig med deres diagnose. Dette har samtidig diskursive referencer til den psykologiske sygdomsforståelse inden for psykologien og psykiatrien. Især er det manifesteret ved Freuds psykoanalyse, og samtidig refererer det også til antipsykiatrien, som i slut 60erne satte spørgsmålstegn ved den etablerede psykiatris sygdomsopfattelse (Rosenberg 2016). Psykoedukation kan ses som en teknologi, som medvirker til, at patienter i højere grad forstår sig som psykologiske individer. Det er et modspil til det biologiske patientsyn, som flere informanter har oplevet, især manifesteret ved det somatiske sygehus, hvis opbygning, strukturelle indretning og lægevidenskabelige tænkemåde i mindre grad formår at inkludere psykiske sårbarheder i behandlingsforløbene. Dermed ses det også tydeligt, at gennem behandlingsformer såsom psykoedukation, er den kognitive behandlingsform etableret i psykiatrien. Dette muliggør den kognitive diskursive reference, hvor en informant oplever, at have ændret sine tankeprocesser omkring det at have en høj puls.

Tidligere associerede hun høj puls med angst, men har tillært sig at associere det med bevægelse, motion osv., og dermed knyttes der positive konnotationer til den høje puls. Dette kan ses som en direkte reference til kognitiv adfærdsterapi (Gyldendal 2017b). Således kan kognitiv terapi som videnskabelig praksis, anskues som manifesteret direkte i patienterne og dermed bliver en diskursiv reference.

I den diskursive praksis ses også referencer til en risikodiskurs, som peger i retning af en mere videnskabelig diskurs, som bl.a. blev præsenteret i specialets litteraturreview. Således udtrykker flere informanter det som et faktum, at psykisk sårbare lever usundere og at der er en højere mortalitet blandt denne gruppe borgere sammenlignet med resten af befolkningen. I 2006 begyndte den regionale og kommunale undersøgelse *Hvordan har du det* (Center for Folkesundhed 2006) at inkludere borgere med vedvarende psykiske sygdomme, da prævalensen af usund livsstil skulle afdækkes. Samtidig ser man også et ændret politisk fokus; i takt med at problemets omfang er blevet afdækket, er man, især på regionalt plan, begyndt at inkludere borgere med psykiske udfordringer i det somatiske sundheds- og forebyggelsesarbejde. Det er altså i højere grad blevet en realitet, som møder disse borgere. Somatisk sundhedsfremme er med årene blevet en reel entitet i grænsefladen mellem somatik og psykiatri, og muliggør også en diskursiv reference. Således er psykiatrien strukturelt set blevet ændret en smule, hvor man eksempelvis i angst og socialfobi-pakken screener for KRAM-faktorer³ (Danske Regioner 2012). Hos de informanter, som refererer til risikodiskursen, ses den tydelige parallel til specialets litteraturreview og den forskningslitteratur, som er med til at definere feltet inden for psykisk sårbare med somatiske problematikker. En stor del af de samfundsmæssige praksisser, især inden for sundhedsfeltet, er med udgangspunkt i risikotænkning, og netop denne risikotænkning kan ses som en generativ mekanisme for, at denne diskursive reference om risiko er mulig. I den internationale forskning om psykiske sårbare og sindslidendes somatiske sundhed fremhæves det ofte, at denne gruppe af borgere besidder en række *risikofaktorer* i forhold til usund livsstil, ofte knyttet til KRAM-faktorer: De er i risiko for at dø tidligere end resten af befolkningen, skizofrene placeres i risikogruppen for hjerte-kar-sygdomme mv. Herunder omtales denne gruppe af borgere ofte som at være i potentiel fare, i *risikogrupper*. Ser man helt overordnet på pakkeforløbene i psykiatrien, bruges begrebet helt eksplicit: ”Der er brug for en øget forebyggelse af livsstilssygdomme med fokus på de såkaldte KRAM-faktorer (...). *Risikofaktorerne* skal opdages og følges tæt, og der skal sættes ind med

³ Kost, rygning, alkohol og motion

intervention.” (Danske Regioner 2011: 20, egen kursiv). Der findes derfor både sociale og materielle strukturer, som dermed reproducerer diskursen om denne gruppe borgere som værende i risikogruppe. I sociologen Ulrich Bechs tese om risikosamfundet argumenteres der for, at vores samfund er risikostyret, og at det samtidigt er konstituerende for, hvordan vi forstår os selv (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 150). Problematikken kan findes i, at der ofte vil være tale om en potentiel risiko eller fare, som pga. frygt risikerer at få lov til at definere forståelsen af en hel gruppe borgere. Villadsen & Mik-Meyer bruger fedme som eksempel:

”Vi ved, at *nogle* overvægtige udvikler sygdomme, som netop skyldes overvægt, hvilket bevirker, at *alle* overvægtige antages at være i *potentiell fare* for at udvikle de samme sygdomme. De processer, vi beskriver her, baseres altså på risikoopfattelser - dvs. ufuldstændig viden - og pointen er, at denne type proces er konstituerende for vores samfund. Det særegne ved en mere gængs opfattelse af viden derved, at den pr. definition ikke er fuldstændig, men er moralsk rodfæstet og samtidig (oftest) indebærer en forestilling om fare.” (ibid.).

Når hele denne risikodiskurs internaliseres af de borgere, som behandles i dette speciale, risikerer man, at denne tænkning bliver en del af deres selvforståelse. Man kan argumentere for, at i og med at *nogle* psykiske sårbare er i risiko for livsstilsygdomme, så medfører det, at man samfundsmæssigt placerer *alle* psykisk sårbare i denne risikogruppe. Dette kan samtidig ses som en styringsteknologi, dvs. at risikotænkningen bliver en del af de psykisk sårbares selvforståelse og identitet således, at det bliver regulerende for deres adfærd og ønsker. Det ses i den diskursive praksis, at de fleste informanter udtrykker ønsker om livsstilsændringer, har dårlig samvittighed med hensyn til inaktivitet, og er motiveret til forandring. På denne måde er de psykisk sårbare medvirkende til at reproducere denne risikodiskurs. Det kan tænkes at have en gavnlig effekt, for gruppen som hele, i forhold til deres somatiske sundhed, men kan muligvis skabe unødige problematikker for den enkelte. Den enkelte borger kan opleve det som nederlag eller demotiverende, hvis borgeren ikke formår at flytte sig fra sin nuværende situation eller foretage en livsstilsændring. Dette nødvendiggør, at somatisk sundhedsfremme for denne komplekse borgergruppe er tilpasset den enkelte, som flere informanter endda selv peger på som løsning. I litteraturreviewet så man, hvordan den økonomiske tænkning er indblandet: Sundhedsstyrelsens (2015) rapport om *sygdomsbyrden* fra 2015 har megen fokus på, hvorledes borgere med forskellige psykiatriske diagnoser belaster samfundet ressourcemæssigt (lægebesøg, hospitalsindlæggelser mv.) og derigennem også økonomisk. Dermed bliver det et

politisk tema, hvor psykisk sårbares somatiske sundhed bliver et emne, der skal behandles nationalt og regionalt. Man kan se screeningen for KRAM-faktorer i de psykiatriske pakkeforløb som en materialisering af de nyere sundhedspolitikker, som forsøger at overføre metoderne fra normalområdet, til denne mere komplekse gruppe af borgere. Det kan have en gavnlig effekt, hvis man ser på psykisk sårbare som gruppe i et samfundsperspektiv. For den enkelte giver det i visse tilfælde ikke mening, at overføre almene screenings-metoder og forebyggelsesindsatser til borgere med komplekse psykiske og somatiske problemstillinger, fx hvis man screener for kost og borgeren ikke besidder et psykisk overskud til overhovedet at lave mad derhjemme. Det samme gælder ved screening for motion, hvis borgeren grundet angst, ikke formår at komme ud af sit hjem. Igen kan der være en modsætning mellem borgeren og sundhedspolitikken. Dette burde give anledning til at tage udgangspunkt i den enkelte borgers kontekst.

Man kan argumentere for, at screeningen både er godt, men kan samtidig være mindre nyttig for denne komplekse gruppe borgere. Pointen er, at hvorvidt screeningen er meningsgivende, er op til, hvordan man anvender den viden og de data som screeningen producerer eller hvorvidt den blot dokumenterer problemets eksistens. Det er nødvendigt at se på årsagerne bag statistikken for at kunne handle på dem, hvor metoderne og sundhedsindsatserne ellers blot overføres fra normalområdet. Dette ser også ud til at være en overvejelse i Regionernes udkast til psykiatriens behandlingspakker, hvor man eksempelvis i angst og social-fobi-pakken skriver: ”Somatisk undersøgelse og screening vedrørende kost, rygning, alkohol og motion skal sikres. Der træffes særskilt beslutning herom på baggrund af en individuel behovsvurdering.” (Danske Regioner 2012: 5).

Flere informanter refererede til en fællesskabsdiskurs, hvor de diskursivt konstruerede en social identitet ud fra fællesskabet, hvor jeg’et blev udskiftet med et vi. Dette var især relateret til de somatiske sundhedsfremmetilbud, uanset om det har været med sundhedsfremme som formål, eller blot med fysisk aktivitet som en del af sociale aktiviteter. Det er således vigtigt for den enkelte ikke at føle sig alene, både i forhold til de fysiske og psykiske problemstillinger. Flere udtrykker, at det er gavnligt, hvis de kan se, at deres problemstillinger i hverdagen ikke er enestående, og at andre også har udfordringer. Her kan det være gavnligt, at de psykisk sårbare er tilknyttet holdundervisning og forløb, hvor de interagerer med andre psykisk sårbare, som også udtrykkes som positivt af de fleste informanter. Man ser tydeligt blandingen af diagnoser på forløb med somatisk sundhedsfremme som formål i hele indretningen og tækningen i flere

psykiatriske lokalafdelinger. Således er hovedkriteriet på sådanne forløb flere steder, at man er psykisk sårbar uden krav om en specifik diagnose, men blot at man ”Har en psykisk lidelse (moderat til svært niveau)” (Horsens Kommune u.å.; Silkeborg Kommune u.å.). Når man ser på individets diskursive referenceramme, er det derfor ikke underligt, at de refererer til en fællesskabsdiskurs, når det omhandler forløbene i psykiatrien. Det er således også de strukturer og sundhedspolitikker, som møder disse borgere, når der arbejdes med somatisk sundhedsfremme i kommunale og regionale tilbud. Dog kan der ske sammenstød i forløbssammensætningen af borgere, særligt med tanke på diagnoser. Flere udtrykker, at det kan være svært at håndtere andre deltagere med andre diagnoser, da forskellige sårbarheder muligvis har forskellige adfærdsmæssige udtryk, som ikke altid harmonerer. Selvom det overvejende udtrykkes som positivt at sammensætte psykiatriske kommunale og regionale undervisningsforløb på tværs af diagnoser, kan det dog være nødvendigt at være opmærksom på problemstillinger om disharmonerende adfærd blandt de psykisk sårbare.

For de fleste informanter konstrueres deres sociale identitet i tilknytning til deres specifikke diagnose, som netop er indlejret i en diagnosediskurs, der i høj grad præger vores samfund og samtid (Brinkmann & Petersen 2015). Mange informanter er selvbevidste om deres diagnose, dens udtryksformer og behandlingsstrategier. Svend Brinkmann (2015) argumenterer for, at diagnoser har opnået en objektiv fremtrædelsesform, som ligger uden for individet, og omtales sågar som *Epistemiske objekter* (Brinkmann 2015: 37). Således ses den tydelige parallel til den diagnoseforståelse, der ses i den diskursive praksis, hvor mange informanter netop udtrykker deres diagnose som en objektiv entitet, som sammenflettes med individet og internaliseres i deres selvforståelse og selvidentitet. Diagnosen ses af informanterne ofte som en objektiv given karakter, en realitet, der dermed bliver en del af deres identitet, og i sidste ende bliver det en årsagsforklaring på deres situation, adfærd, følelser og oplevelser, som også legitimerer deres situation: ”Det betyder at sygdomme i moderne tid antages at være entiteter, der har en form for selvstændig eksistens uden for deres unikke manifestationer hos de syge mennesker.” (Rosenberg 2007 i Brinkmann 2015: 37). Her kan man dertil spørge, hvorledes denne diskursive reference er mulig, hvortil Anders Petersen (2015) argumenterer for, at vores samtid netop præges af et diagnosesprog, en *diagnosediskurs*:

”Diagnosekulturen er solidt rodfæstet i samtiden. Den kendetegnes ved, at psykiatriske diagnoser og kategorier cirkulerer i den og ikke alene benyttes af fagpersoner (læger, psykologer, psykiatere osv.), men også af lægmænd og offentligheden til at begribe tilværelsens problemer, menneskelig

afgivelse, lidelse og excentricitet. I diagnosekulturen hersker derved en særlig psykiatrisk logik, der overføres, klassificeres og sættes på formel i de diagnostiske manualer.” og fortsætter: ”Det indebærer, at langt de fleste mennesker i dag anvender diagnostiske betegnelser om egne eller andres psykiske problemer.” (Petersen 2015:59).

Diagnosesproget og -forståelsen er dermed ikke bare med til at ordne det psykiatriske felt, rent diskursivt, men store dele af vores samfund. Diagnoser som diskursiv reference bliver ikke bare mulig og åbenbar for de psykisk sårbare, som i højere grad er i berøring med det psykiatriske felt. Det bliver samtidig en fælles samfundsmæssig reference til netop kategoriseringen, forklaringen og logikken i forhold til psykiatriske sygdomme og social afvigelse. Dette kan ses som en generativ mekanisme for de psykisk sårbares diagnosediskurs. I KDA's forståelsesramme er der et gensidigt konstituerende forhold mellem diskurs og sociale strukturer; når de psykisk sårbare anvender denne diagnosediskurs, er de samtidig med til at reproducere denne, hvor konsekvensen kan være, netop som Brinkmann argumenter for, at diagnosen bliver en objektiv entitet, der både legitimerer og forklarer individets følelser og oplevelser (2015: 37).

Slutteligt refereres der til en empowermentdiskurs, der er indlejret i et neo-liberalt perspektiv om det frie individ med magt til selv at handle og tage kontrol over eget liv. Informanterne refererer flere steder til oplevelser, begivenheder og erfaringer med at skulle tage kontrol over egen behandling, beskæftigelse og i hverdagen i forhold til at forvalte de basale hverdagsting. Således kan man argumentere for, at der er tale om en empowermentdiskurs, hvor individet, borgeren eller patienterne i højere grad ansvarliggøres, for de risici de udsættes for (Dean 2006: 246-248). Empowerment kan i den diskursive praksis ses udtrykt, når informanterne oplever, at de må bede om en anden behandling på det somatiske sygehus i en forhandling mellem dem og fagpersonale; *forhandlinger* med bostøtter om at klare hverdagen og hjemmet, såsom rengøring, handle dagligvarer. Sidst kan *psykoedukationen* også ses som en form for empowerment, hvor viden og handlingsstrategier om egen psykiske sygdom eller sårbarhed, pålægger et stort ansvar på individet om at agere og leve forsvarligt i relation til sin sårbarhed. En del af ansvaret kan argumenteres for, at flytte fra velfærdsstaten til individet. Empowerment er, som begreb inden for sundhedsområdet, netop knyttet til forhandling mellem klient og behandler; en mere lige magtfordeling mellem aktørerne og en større ansvarliggørelse hos individet, til at skulle forvalte sit liv (Bartholdy 2003). Sociologen Mitchell Dean ser empowerment som indlejret i en neo-liberal diskurs, med udspring i slut 60'erne, men som for

alvor fik fodfæste i den konservative politik, der vandt frem i 1980'erne og frem (Dean 2006: 246). Empowermentbegrebet er i denne diskurs knyttet til tanken om "det frie subjekt", men kan også betragtes som et styringsredskab med specifikke formål og rationaler. Dean beskriver den neo-liberale kritik af velfærdsstaten i forhold til empowerment og medindflydelse således:

(...) baner kritikken af professionel dominans dermed vej for en "behovsdannelsespolitik", inden for hvilken velfærdsstatens forskellige klienter – fx dem, der har et handicap, brugerne af det psykiatriske sundhedssystem og deres plejere – afslører, at konstruktionen af behov er "u-reducérbar mangfoldig", tilegner sig en medbestemmelsesdiskurs og kræver "brugerrettigheder". En konsekvens heraf er, at en medindflydelses- og repræsentationspolitik" forsøger at erstatte en velfærdsstat, der anklages for at være paternalistisk. Et resultat af kritikken af den professionelle ekspertise og viden har været at gøre anvendelsen af ekspertviden afhængig af et "valg", som træffes af dem, der tidligere blev betragtet som klienter." (Dean 2006: 247)

Senere argumenterer Dean for, at velfærdsstatskritikken skal ses i sammenhæng med en større kulturel revolution; en genopdagelse af en kultur:

"[D]er handler om selvet og dets realisering – en genopdagelse, der finder sted inden for visse samfund, som ynder at betragte sig selv som vestlige. Disse bevægelser (...) igangsætter også en gentænkning af de måder, det er muligt at handle som en del af et kollektiv og indvirke sig selv på. Her finder vi en hel serie af teknikker til selvrealisering, som skal vise sig at være polyvalente i deres anvendelse: teknikker til bevidstgørelse, *empowerment*, øget selvværd, alternativ pædagogik, retorikken om medbestemmelse og repræsentation osv." (ibid.: 248).

I sammenligning med den diskursive praksis kan informanternes udsagn, inden for den neo-liberale empowermentdiskurs, ses som et resultat af Deans (2015) beskrivelse. Informanterne udtrykker således, at der ingen hjælp er at hente, med mindre man selv beder om det; er man ikke psykiatrisk indlagt, er man i højere grad overladt til sig selv. Flere oplever, at der ikke bliver taget hensyn til deres psykiske sårbarhed inden for det somatiske sundhedsvæsen og at fremmøde i forhold til aktivering og holdforløb i højere grad er borgerens eget ansvar.

Inden for det psykiatriske felt bruges begrebet *recovery* på linje med empowerment. Recovery handler om en erkendelse af, at det er muligt at blive helt eller delvist rask efter en psykisk sygdom, men at vejen mod dette er med patienten selv som den handlende aktør.

Psykiatrifonden skriver bl.a.: ”I den personlige recovery er der fokus på håb og drømme, og på at man udvikler sig og får en personlig tilfredsstillende livsstil, hvor man får magten over sit eget liv og sygdommen.” (Psykiatrifonden u.å.). Der er ikke nogen tvivl om, at psykiatriske patienter i højere grad er medbestemmende over deres eget liv og behandling end tidligere. Dette kan ses i takt med, at den neo-liberale kritik af velfærdsstaten er blevet en mere dominerende diskurs og agerer herunder som politisk generativ mekanisme, der har givet mulighed for at referere til denne diskurs om det ansvarlige subjekt. Dette er ikke en kritik af hverken empowerment eller recovery-tanken, men et spørgsmål om, hvordan det *kan* opleves fra individets perspektiv, hvis disse har mere komplekse problemstillinger. I den diskursive praksis virker det netop til, at flere efterspørger en større tilpasning af behandling, et større hensyn til denne gruppe borgere, som ikke altid er i en position til, at tage optimalt ansvar for sit liv og behandling.

5.8 Diskussion: Sundhedsfremme til borgere med komplekse udfordringer

Af foregående analyse, af informanternes hverdag og oplevelser med somatiske problemstillinger, rejser der sig nogle væsentlige pointer. Analysen af social praksis viser, hvorledes informanternes diskursive referencer er muliggjorte af historiske, politiske, kulturelle og teknologiske mekanismer og samtidig forholdet mellem individ og sociale strukturer.

Informanterne rejser nogle problematikker vedrørende holisme og silotænkning, især i forhold til det somatiske sundhedsvæsen, der i analysen af social praksis også præsenteres som en aktuel og reel problemstilling, der videnskabeligt kan underbygges. Det er et problem, hvis håndteringen af de psykiske sårbarheder ikke prioriteres, ikke tages alvorligt eller at plejepersonale ikke har nødvendige kompetencer, da det kan skabe unødige problematikker for borgere med mere komplekse problemstillinger. Blandt de psykisk sårbare er der en oplevelse af ikke at blive mødt i øjenhøjde, fordi tværfagligheden mellem psykiatri og somatik i praksis ikke eksisterer.

Når man arbejder med en gruppe borgere med flere diagnoser, der går på tværs af psyke og somatik, er det samtidig nødvendigt at forstå, hvorledes disse problematikker udfolder sig og opleves. De psykisk sårbare oplever i høj grad en identitetsfølelse knyttet til deres diagnose, som samtidig bliver et legitimeringsgrundlag for både deres adfærd og begrænsninger. Hele identitetsfølelsen fylder en overvejende del af de diskursive italesættelser af deres problemstillinger, og det vurderes som en vigtig indsigtsskilde til at forstå, hvordan den enkelte

kan arbejde videre med sine problematikker. Hvis informanterne eksempelvis ikke formår at motionere eller spise sundt, bruger de ofte diagnosen som et legitimt grundlag for det manglende initiativ, og oplever ikke en ansvarsfølelse af dette.

Endvidere er der problemstillingen med at inkludere borgere med forskellige diagnoser i sundhedsfremmende tilbud og forløb. Dette opleves som havende både positive og negative konsekvenser. Af positive konsekvenser kan det fremhæves, at de psykisk sårbare lærer at håndtere forskellige typer af mennesker, som hver har deres unikke udtryk, hvilket informanterne selv udtrykker som positivt. De ser samtidig, at de ikke er alene med deres problemstillinger, og selvom folk har forskellige diagnoser, kan deres problemstillinger godt manifestere sig i samme udtryk og med samme løsninger. Af ulemperne kan de forskellige diagnoser have forskellige udtryk og flere informanter oplever, at det kan skabe problemer på de forskellige forløb, fordi der kan være sårbarheder, som ikke harmonerer med hinanden. Dette er en vigtig pointe, da det kan skabe demotivation hos deltagerne på de sundhedsfremmende forløb og en informant udtrykte eksempelvis, at han har oplevet at gå ked af det hjem fra sådan et forløb. Dette understreger, at fagpersonalets kompetencer er en vigtig nøgle, til at få disse forløb til at fungere og samtidig kunne håndtere borgere med forskellige diagnoser og deres indbyrdes interaktion.

Slutteligt trækker mange informanter på en empowermentdiskurs, som i dag har materialiseret sig i recovery-tanken. Dette rejser et mere grundlæggende spørgsmål, som ikke er behandlet i analysen: Hvordan forstås sundhed i det sundhedsfremmende arbejde med denne komplekse gruppe borgere? Således kan man spørge hvilken sygdomsforståelse, der ligger til grund for især det somatiske sundhedsvæsens håndtering af borgere med mere komplekse problemstillinger. Holismediskursen, som centrerer sig om det *hele* menneske, har, i et sundheds- og sygdomsperspektiv, fodfæste i det *salutogenetiske* sygdomsperspektiv, som indebærer at sundhed opfattes som en tilstand af fuldstændig fysisk, mentalt og socialt velbefindende (Erikson & Lindstrøm 2008: 191). Informanterne oplever dog ofte det, der betegnes som det *patogenetiske* perspektiv, hvor sundhed i højere grad defineres som fraværet af sygdom. Det er tydeligt at fornemme, hvorledes det salutogenetiske perspektiv inkluderer den bio-psyko-sociale sygdomsopfattelse, mens det patogenetiske har et biologisk perspektiv. Således fremhæver Vallgård (2005: 20) da også, at det salutogenetiske knytter sig til sundhedsfremme, mens det patogenetiske knytter sig til sundhedsforebyggelse. Det er bekymrende, såfremt man forsøger at overføre metoder og perspektiver fra *normalområdet* til sundhedsfremme og forståelse af borgere med mere komplekse problemstillinger uden at se den enkelte patient i kontekst til hele dennes

situation. Man kan argumentere for, at både det mentale og sociale er et væsentligt perspektiv, når der opereres med en så kompleks gruppe borgere, hvis problemstillinger overlapper både det biologiske, psykologiske og sociale. Det er væsentligt, at kunne håndtere alle elementerne, for at sikre sig et så optimalt sundhedsarbejde med disse borgere som muligt, uanset om der er tale om sundhedsfremme eller -forebyggelse.

6) Konklusion

Dette speciales konklusion må drages ud fra flere perspektiver, for at kunne svare fyldestgørende på de to undersøgelsesspørgsmål: *hvordan italesætter psykisk sårbare deres hverdagsliv og oplevelser med somatiske problemstillinger, samt hvordan er disse italesættelser historisk, kulturelt, teknologisk og politisk konstitueret?*

For at svare på disse spørgsmål er KDA appliceret som metode og teori, på specialets egen indsamlede empiri: personinterviews med ni psykisk sårbare med fokus på hverdagsliv og somatiske problemstillinger. Alle informanter er psykisk sårbare og har en somatisk udfordring, samt er eller har været tilknyttet et forløb med fokus på somatisk sundhed. KDA er funderet på både socialkonstruktionisme og kritisk realisme. Formålet med analysen har været at identificere diskurser, samt hvilken virkelighed disse diskurser er indlejret i og udtryk for. Således er der identificeret fem diskurstyper, som dominerer de psykisk sårbares italesættelse af deres hverdagsliv og somatiske problemstillinger; *hverdagsliv, barrierer, psykisk sårbarhed som identitet, forandringsmuligheder, samt fysisk aktivitet som frigørende for individet.*

Specialets informanter oplever, at deres somatiske udfordringer ofte er knyttet til mere generelle udfordringer i deres hverdagsliv og deres psykiske sårbarhed. Problemstillingerne er tæt forbundne, og der er sjældent en klar skillelinje mellem psykiske og somatiske udfordringer, hvor det eksempelvis er svært at dyrke motion i et fitnesscenter, hvis man lider af social angst. Således er mange problemstillinger i forhold til de psykisk sårbares somatiske sundhed indlejret i deres hverdagsliv, og bliver en del af en samlet fortælling om dét at være psykisk sårbar. De fleste informanter har meget fokus på deres diagnoser, som ofte integreres i deres identitet og anvendes i flere tilfælde som legitimeringsgrundlag for deres situation, hvad end dette gælder somatiske eller psykiske problemstillinger. Flere informanter har oplevet *silotænkning* i deres behandlingsforløb, særligt inden for det somatiske sundhedsvæsen. Således oplever de ikke, at der ydes en tværfaglig indsats, hvor der tages højde for de komplekse problemstillinger, der følger af at have både psykiske og somatiske udfordringer. Dog har en overvejende del af informanterne fundet positive elementer i de somatiske sundhedstilbud, som de har været

tilknyttet, fx samvær med andre psykisk sårbare. Således oplever de, at de ikke står alene med deres problemer.

Flere informanter oplever desuden, at bevægelse og motion bliver et frigørende element, hvor deres symptomer mindskes eller deres fokus på de psykiske udfordringer fjernes. Dette kan være en væsentlig indsigtsskilde, til fortsat at sammentænke psykisk og somatisk sundhedsfremme for disse borgere.

Slutteligt er det vist, hvilke generative mekanismer af historisk, kulturel, teknologisk og politisk specificitet, der kan have konstitueret disse italesættelser af oplevelser og hverdagsliv.

Det er bl.a. vist, hvorledes samtidens øgede fokus på diagnoser har indvirkning på de psykisk sårbares selvforståelse; hvordan undervisning af patienterne i psykiske sygdomme, *psykoedukation*, skaber en bevidstgørelse om egne muligheder og begrænsninger, og kan ses som en styringsteknologi; hvordan empowerment og recovery-tanken opleves som en realitet hos informanterne i forhold til både psykisk og somatisk behandling, samt hvordan oplevelse af silotænkning har præget informanternes ønske om at blive mødt i øjenhøjde, som refererer til den holistiske diskurs. Disse elementer er udtryk for bestemte diskurser, eksempelvis en empowermentdiskurs, en holismediskurs og en diagnosediskurs. Dette stemmer godt overens med den internationale forskning der beskriver barrierer og udfordringer for somatisk sundhedsfremme for denne gruppe borgeres komplekse problemstillinger. Der argumenteres for, at en mere optimal sundhedsfremme hos denne gruppe borgere, må være med udgangspunkt i en forståelse af deres oplevelser og hverdagsliv. Det vurderes, at en større tilpasning til den enkelte borgere vil resultere i mere hensigtsmæssig sundhedsfremme, hvor det er væsentligt, at borgeren føler sig hørt og set i forhold til deres komplekse problemstillinger. Slutteligt står det klart, at ikke alle borgere formår at bede om den rette behandling, hvorfor en større ansvarspålægning på individet, ikke altid resulterer i en optimal situation. Både inden for det somatiske sundhedsvæsen, psykiatrien og i kommunale/regionale tilbud, er det ikke en selvfølge, at borgeren selv har en klar idé om, hvad de gerne vil eller hvordan en behandling skal forløbe.

Det centrale er, at borgeren ikke føler sig ladet alene og ikke oplever at stå med sine problemer selv, hvorfor sundhedsfremme i højere grad må tage udgangspunkt i borgerens situation, såfremt man ønsker at højne sundheden for borgere med både psykiske og somatiske problemstillinger.

Litteraturliste

Arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri (2013): *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling bilagsrapport 2*. Uden stedsangivelse.

Aschbrenner, K., Carpenter-Song, E., Mueser, K., Kinney, A., Pratt, S. & Bartels, S. (2013): "A Qualitative Study of Social Facilitators and Barriers to Health Behavior Change Among Persons with Serious Mental Illness" I *Community Mental Health*, 49:207–212.

Bartholdy, J. (2003): "Styrke til at handle selv" i *Sygeplejersken*, (26): 22-24.

Bhaskar, R. (2008): *A Realist Theory of Science*. London & New York: Routledge.

Brinkmann, S. (2015): "Diagnoser som epistemiske objekter" i Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.) *Diagnoser – Perspektiver, Kritik og Diskussion*. Århus: Forlaget Klim.

Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015): *Diagnoser – Perspektiver, Kritik og Diskussion*. Århus: Forlaget Klim.

Brinkmann, S. & L. Tanggaard (2015): *Kvalitative Metoder – En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bryman, A. (2012): *Social research methods*. New York: Oxford University Press.

Burr, V. (2003): *Social Constructionism*. London & New York: Routledge.

Center for Folkesundhed (2006): *Hvordan har du det?* Århus: Region Midtjylland.

Collin, F. (2012): "Socialkonstruktivisme" I Jacobsen, M. H., K. L. Lippert & P. Nedergaard (red.) *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. København: Hans Reitzels Forlag.

Danmarks Radio (2016): *En syg forskel*. Lokaliseret d. 30. juni 2017 på <https://www.dr.dk/nyheder/tema/en-syg-forskel>

Danske Regioner (2012): *Pakkeforløb for angst og social fobi*. Danske Regioner.

Danske Regioner (2011): *Kvalitet i psykiatrien – Ny dagsorden for diagnostik og behandling*. Danske Regioner.

Dean, M. (2006): *Governmentality – Magt og Styring i det moderne samfund*. Frederiksberg: Forlaget Sociologi.

Det sociale netværk (u.å.): *Psyko-ekudation*. Lokaliseret d. 21.07.2017 på <http://www.psykisksaarbar.dk/forside/viden/viden-om-behandling/psykoekudation>

Eriksson, M. & Lindström, M. (2008): "A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter." I *Health Promot Int*, 23 (2): 190-199.

Fairclough, N. (2015): *Language and Power* (3rd ed.). London & New York: Routledge.

Fairclough, N. (1989): *Language and Power* (1st ed.). London & New York: Routledge.

Fairclough, N. (2008): *Kritisk Diskursanalyse*. København: Hans Reitzels Forlag.

Fairclough, N. (1992): *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.

Fairclough, N., Jessop, B. & Sayer, A. (2004): "Critical realism and semiosis" I Joseph, J. & Roberts, J. M. (red.) *Realism Discourse and Deconstruction*. London & New York: Routledge.

Foucault, M. (2005): *Vidensarkæologien*. Århus: Forlaget Philosophia.

Frølich, A., Olesen, F. & Kristensen, I. (2017): *Hvidbog om MULTISYGDOM. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng*. Uden stedsangivelse: Trygfonden.

Gerlach, J. (2005): *Motion og psyke*. København: Psykiatrifondens Forlag.

Gyldendal (2017a): *Forsvarsmekanismer*. Lokaliseret d. 21.07.2017 på http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykoanalyse_og_egopsykologi/forsvarsmekanismer

Gyldendal (2017b): *Kognitiv Terapi*. Lokaliseret d. 21.07.2017 på http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykodynamik,_terapiformer_og_begreber/kognitiv_terapi

Happell, B., Davies, C. Scott, D. (2012): "Health behaviour interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: A systematic review." I *International Journal of Mental Health Nursing*. 21: 236–247

Horsens Kommune (u.å.): *SUS i livet – For dig, der har brug for netværk og støtte for at ændre din livsstil*. Lokaliseret d. 21.07.2017 på <http://www.asv-horsens.dk/SUS>

Jacka, F. N., Sacks, G., Berk, M. & Allender, S. (2014): Food policies for physical and mental health I *BMC Psychiatry*, 14:132.

Juul, S. (2012):" Hermeneutik" i Juul, S. & K. B. Pedersen (red.) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag.

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

Jørgensen, P. & C. Thomsen (2014): *Fysisk helbred blandt psykisk syge*. København: FADL's Forlag.

Kvale, S. & S. Brinkmann (2009): *Interview – Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, F. B. & A. L. Nielsen (2012): *Psykisk syges sundhed i Region Midtjylland. En analyse baseret på "Hvordan har du det? 2006 og 2010*. Lokaliseret d. 9. maj. 2017 på https://www.rm.dk/globalassets/zdesign/media/regionshuset/kommunikationsafdelingen/billeder/2012/06-juni/psykisk-syges-sundhed-i-region-midtjylland_rapport.pdf

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser & selvskaade (u.å.): *Diagnosekriterier for BED*. Lokaliseret d. 8. juni 2017 på <https://www.lmsos.dk/viden/diagnosekriterier-3/>

Lassenius, O., Åkerlind, I., Wiklund-Gustin, L., Arman, M. and Söderlund, A. (2013): "Self-reported health and physical activity among community mental healthcare users" I *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20: 82–90.

Layder, D. (1998): *Sociological practice: Linking theory and social research*. London: SAGE.

McKibbin, C. L., Kitchen, K. A., Wykes, T. L., Lee, A. A. (2014): "Barriers and facilitators of a healthy lifestyle among persons with serious and persistent mental illness: Perspectives of community mental health providers." I *Community Mental Health Journal*, 50(5): 566-576.

Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2007): *Magtens former - Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. København: Hans Reitzels Forlag.

Møllerhøj, M. (2008): "Sindssygdom, dårevæsen og videnskab - Asyltiden 1850-1920" I Jesper Vaczy Kragh (red.): *Psykiatriens Historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.

Parr, S. (2009): "Confronting the reality of anti-social behaviour" I *Theoretical Criminology*, 13(3): 363-381.

Pedersen, K. B. (2012): "Socialkonstruktivism" i Juul et al. (red.): *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – en indføring*. København: Hans Reitzels Forlag.

Phillips, L. (2015): "Diskursanalyse" I Brinkmann, S. & L. Tanggard (red.) *Kvalitative metoder – En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Region Midtjylland (u.å): *Gruppebehandling*. Lokaliseret d. 12.06.2017 på <http://www.psykiatrien.rm.dk/afdelinger/risskov-falles/fysioterapien/gruppebehandling/>

Region Nordjylland (u.å.:a): *Psykiatriplan 2015-2020*. Lokaliseret d. 24.01.17 på <http://www.psykiatri.rn.dk/Genveje/Om-Psykiatrien/Psykiatriplan-2015-2020>

Region Nordjylland (u.å.:b): *Ambulatorium for Angst og Tvangssygdomme*. Lokaliseret d. 21.07.2017 på <http://www.psykiatri.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Her-findes-de-psykiatriske-sygehuse-sengeafsnit-og-ambulatorier/Aalborg-Universitetshospital---Psykiatrien/Ambulatorier-og-sengeafsnit-Moelleparkvej/Ambulatorium-for-Angst-og-Tvangssygdomme.aspx>

Ringø, P. (2016): "Konstruktivism og realisme I eksemplarisk metode" I Hansen, B. B. & J. H. Ingemann (red.) *At se verden i et sandkorn – om eksemplarisk metode*. Uden stedsangivelse: Samfundslitteratur.

Petersen, A. (2015): "Diagnoser som designet orden: Depression I præstationsamfundet" i Brinkmann, S. & Petersen, A. (red.) *Diagnoser – Perspektiver, Kritik og Diskussion*. Århus: Forlaget Klim.

Prochaska, J. et al. (2014): "Multiple Risk-Behavior Profiles of Smokers With Serious Mental Illness and Motivation for Change." I *Health Psychology*, 33(12): 1518–1529.

Psykiatrifonden (u.å.): *Recovery – kan man komme sig af psykisk sygdom?* Lokaliseret d.21.07.2017 på <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/vejen-til-recovery/recovery-kan-man-komme-sig-af-psykisk-sygdom.aspx>

Riis, O. (2012): "Kvalitet I kvalitative studier" I Jacobsen, M. H. & S. Q. Jensen (red.) *Kvalitative udfordringer*. København: Hans Reitzels Forlag.

Roberts, S. H., Bailey, J. E. (2010): "Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: A narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies." I *Journal of Advanced Nursing*, 67(4): 690-708.

Rose, N. (2008): *Livet politik – Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. Dansk Psykologisk Forlag: Uden stedsangivelse.

Rosenberg, R. (2016): *Psykiatriens grundlag – historie, filosofi og videnskab*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Scott, D, Happell, B. (2011): "The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestylebehaviours in individuals with severe mental illness." I *Issues in Mental Health Nursing*, 32(9): 589-597.

Scott, D., Platania-Phung, C., Happell, B. (2012): "Quality of Care for Cardiovascular Disease and Diabetes Amongst Individuals with Serious Mental Illness and Those Using Antipsychotic Medications" I *Journal for Healthcare Quality*, 34(5): 15–21.

Schütz, A. (2005): *Hverdagslivets sociologi*. København: Hans Reitzels Forlag.

Sikker Psykiatri (u.å.): *Somatisk Sygdom – Baggrund og Evidens*. Uden stedsangivelse: Sikker Psykiatri.

Silkeborg Kommune (u.å.): *Liv i Sundhed*. Lokaliseret d. 21.07.2017 på <https://psykiatrienshus.silkeborgkommune.dk/Vores-hverdag/Liv-i-sundhed>

Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering (2016): *Tilkendelse af førtidspension (ny ordning)*. Lokaliseret d. 02.08.2017 på <http://star.dk/da/Ydelser-og-ferie/Pension-og-efterloen/Folkepension-og-foertidspension/Foertidspension-ny-ordning/Tilkendelse-af-foertidspension.aspx>

Sundhedsstyrelsen (2001): *Registrering af diagnoser*. Lokaliseret d. 13.06.2017 på <https://www.sst.dk/publ/Publ2000/faellesindhold2/kap04.htm>

Sundhedsstyrelsen (2015): *Sygdomsbyrden i Danmark – Sygdomme*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsens råd vedr. Alternative behandling (u.å.): *Holisme*. Lokaliseret d. 11.06.2017 på <http://www.srab.dk/ordbog/holisme/>

Thornicroft, G. (2011): "Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality." I *The British Journal of Psychiatry*, 199(6): 441-442.

Toft, J. & M. Ahler (2014): *Bevægelse, krop og sind - Idræt, sport og motion i socialpsykiatrien i Ringsted, Slagelse og Sorø Kommune*. Odense: Syddansk Universitet.

Yarborough, B. J. H., Stumbo, S. P., Yarborough, M. T., Young, T. J., Green, C. A. (2016): "Improving lifestyle interventions for people with serious mental illnesses: Qualitative results from the STRIDE study." I *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(1): 33-41.

Vallgård, S. (2005): "Hvad er sundhedsfremme - En analyse af begrebet og styringsmetoderne." i *Sundhedsfremme og forebyggelse*, 2(3): 15-31.

Verhaeghe, N., Maeseneer, J. D., Maes, L., Heeringen, C. V. & Annemans, L. (2013): "Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses." I *Journal of Clinical Nursing*, 22: 1569–1578.

Wad, P. (2012): ”Realistisk videnskabsteori og Kritisk Realisme” I Jacobsen, M. H., K. L. Lippert & P. Nedergaard (red.) *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. København: Hans Reitzels Forlag.

Wæver, O. (2012): “Strukturalisme og Poststrukturalisme” I Jacobsen, M. H., K. L. Lippert & P. Nedergaard (red.) *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. København: Hans Reitzels Forlag.

Yin, R. K. (2009): *Case study research – Design and methods*. Californien. SAGE publications, Inc.

Appendix

Litteratursøgning

For dette speciale er der foretaget 2 omfattende litteratursøgninger: en indledende eksplorativ og en systematisk som grundlag for litteraturreview. Den indledende første litteratursøgning dokumenteres ikke i dette speciale, på samme måde som den systematiske, da formålet med denne var at få et indblik i feltet, søge inspiration etc. Den eksplorative litteratursøgning og i sidste ende den egentlige litteratur på baggrund af denne, har været medvirkende til at afgrænse specialets genstandsfelt, konkretisere problemstillingen og få indblik i fagtermer, begreber og andre problemstillinger i det psykiatriske felt. I første omgang er den indledende litteratur primært hentet via Aalborg Universitetsbiblioteks søgemaskine *Primo* og i første omgang var der ligeledes fokus på dansk litteratur. Herudover har det været basale søgninger på google, AAU's projektbibliotek og nærstuderet andre relevante projekters litteraturlister og kilder. Her kan det bl.a. nævnes at Line Bilgrav og Cathrine Hjorths speciale i Folkesundhedsvidenskab ved AAU "KRAM-Forebyggelse i psykiatrien" fra 2015 har været en stor inspiration i forhold til eksisterende litteratur, og derfor nævnes dette projekt, da det jo netop ikke på samme måde kan indgå i den systematiske litteratursøgning.

Systematisk litteratursøgning – metode og resultater

Den eksplorative litteratursøgning gav et fint indblik i det overordnede problemfelt. I forhold til den systematiske er der foretaget flere grundige søgninger ud fra den givne problemstilling. Specialets problemstilling vedr. psykiske og somatiske udfordringer var tidligere i processen præget af et større fokus på især magtbegrebet og menneskesyn, og derfor var de første systematiske søgninger også præget af dette. Herved blev der bl.a. foretaget søgning med strategier som:

Database:	Scopus	Scopus	Scopus	Pubmed	Pubmed
Søgeord:	TITLE (psychiatry AND power)	(TITLE-ABS-KEY (mental* AND ill*) AND TITLE- ABS-KEY (power)) AND PUBYEAR > 2006 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI"))	(TITLE-ABS-KEY (mental* AND ill*) AND TITLE-ABS- KEY (discourse)) AND PUBYEAR > 2006 AND (LIMIT- TO (SUBJAREA , "SOCI")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English"))	(power[Title/A bstract]) AND psychia*[Title]	(psychia*[Title]) AND humanity[Title/ Abstract]

Limits:	Limit 2007 => present	-	-	Limit = 10 years Limit= full text	Limit = 10 years Limit= full text
Hits:	16 hits	276	276	200	11
Læste abstracts:	9	12	4	4	5
Dato:	07.03.17	07.03.17	07.03.17	07.03.17	07.03.17

Scopus blev valgt ud fra det samfundsvidenskabelige perspektiv og Pubmed ud fra det lægelige og biologiske. Dog er den litteratursøgning som dette speciales litteraturreview hovedsageligt baserer sig på, foretaget i scopus ud fra en mere klar, stringent og afgrænset problemstilling om sindslidendes sundhedstilstand og oplevelser:

Database:	Scopus
Søgeord/søgestreng:	(TITLE-ABS-KEY (psysical AND health) OR TITLE-ABS-KEY (unhealthy) AND TITLE-ABS-KEY (mental AND ill* OR psychia* OR mental AND disorder)) AND PUBYEAR > 2009
Limits	english
Hits:	245
Læste abstracts	23
Dato:	17.03.17

Udvalgte artikler

Titel	Forfatter	Tidsskrift	Keywords
<i>A Qualitative Study of Social Facilitators and Barriers to Health Behavior Change Among Persons with Serious Mental Illness</i>	K. Aschbrenner, E. Carpenter-Song, K. Mueser, A. Kinney, S. Pratt & S. Bartels	Community Ment Health J (2013) 49:207–212	Serious mental illness, Healthy lifestyle intervention, Social support, Health behavior change
<i>Food policies for physical and mental health</i>	F. Jacka, G. Sacks, M. Berk & S. Allender	BMC Psychiatry 2014, 14:132	-
<i>Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses</i>	N. Verhaeghe, J. De Maeseneer, L. Maes, C. Van Heeringen & L. Annemans	Journal of Clinical Nursing, 22, 1569–1578, 2013	health promotion, mental health nursing, qualitative study
<i>Evolving role of mental health nurses in the physical health care of people with serious mental health illness</i>	T. Bradshaw & R. Pedley	International Journal of Mental Health Nursing (2012) 21, 266–273	good practice, mental health nurse, physical health.
<i>Perceptions and Dietary Intake of Self-Described Healthy and Unhealthy Eaters with Severe Mental Illness</i>	N. Carson, C. Blake & R. Saunders	Community Ment Health J (2015) 51:281–288	Eating identity – Dietary intake – Healthy eating – Eating barriers

<i>Self-reported health and physical activity among community mental healthcare</i>	O. Lassenius, I. Åkerlind, L. Wiklund-Gustin, M. Arman & A. Söderlund	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2013, 20, 82–90	community mental health care, cross-sectional design, health, physical activity, psychiatric disabilities, self-reported
<i>Health Behaviors, Knowledge, Life Satisfaction, and Wellbeing in People with Mental Illness across Four Countries and Comparisons with Normative Sample</i>	N. Parletta, Y. Aljeesh & B. Baune	Front. Psychiatry 7:145 (2016)	mental illness, diet, lifestyle, sleep, health knowledge, education
<i>Quality of Care for Cardiovascular Disease and Diabetes Amongst Individuals with Serious Mental Illness and Those Using Antipsychotic Medications</i>	D. Scott, C. Platania-Phung & B. Happell	Journal for Healthcare Quality (2012) Vol. 34, No. 5, pp. 15–21	behavioral/mental, health/substance, abuse care or disease management, health promotion and screening pharmaceutical
<i>The High Prevalence of Poor Physical Health and Unhealthy Lifestyle Behaviours in Individuals with Severe Mental Illness</i>	D. Scott & B. Happell	Issues in Mental Health Nursing, 32:589–597, 2011	-
<i>Multiple Risk-Behavior Profiles of Smokers With Serious Mental Illness and Motivation for Change</i>	Prochaska et al.	Health Psychology 2014, Vol. 33, No. 12, 1518–1529	multiple risk behaviors, stage of change, mental illness, tobacco
<i>Health behaviour interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: A systematic review</i>	B. Happell, C. Davies & D. Scott	International Journal of Mental Health Nursing (2012) 21, 236–247	-
<i>Study protocol: a randomised controlled trial investigating the effect of a healthy lifestyle intervention for people with severe mental disorders</i>	Baker et al.	BMC Public Health 2011, 11:10	-