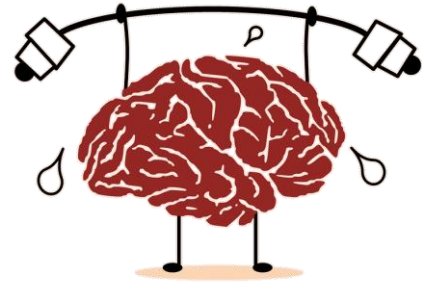
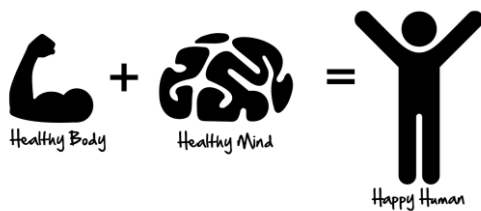


Diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed

Et kritisk diskursanalytisk studie



Rapportens samlede antal tegn: 191.271
Svarende til antal normalsider à 2400 tegn: 79,7

Elisabeth Svenstrup Klostergaard,
Studienummer: 20146757

Vejleder: Ester Holte Kofod

10. Semester, Psykologi,
Universitetsklinikken
Kandidatspeciale

Aalborg Universitet
Dato: 31.05.2019

Abstract

In the last decades prevention and treatment of mental illness have been on the agenda for mental health policies, both nationally and internationally. The reason for the increased interest in this area is largely due to the expansion of mental illnesses globally. According to the World Health Organisation mental illnesses presently account for 25% of diseases worldwide with no prospects of decreasing. Thus, efforts are being made in promoting mental health and thereby preventing the development of mental illnesses. Mental health policies seek to improve efforts in the mental health area by strengthening the general treatment of people with mental illnesses and reducing stigmatization towards this group. Despite this focus, there are still several underlying (mis)understandings and perceptions of mental illness that lead to specific notions enabling certain efforts and practices.

The aim of this master's thesis is to examine the discursive representation of mental illness and health constituted in policy texts formulated by The Danish Health Authority (Sundhedsstyrelsen) and a committee on psychiatry formed by the Danish Government (Regeringens Psykiatriudvalg) respectively. I hereby wish to gain knowledge on how society relates to mental illness as exemplified in the documents and how this influences policymaking on initiatives surrounding mental health. In addition, I wish to identify potential consequences of this representation of mental illness and health for the individual.

In order to examine the aim of the thesis, Fairclough's critical discourse analysis and his three-dimensional method of discourse analysis are applied. In addition, four different accounts on mental illness form the theoretical foundation for analysing the broader societal context underlying the discursive representations of mental illness and health. The four theoretical approaches are Horwitz' and Wakefield's theory on pathologizing or medicalisation of human conduct, Goffman's theory on stigmatization, Petersen's theory on performance society and lastly Rose's theory on the biomedical society.

One of the core findings of this thesis is the depiction of mental illness and health as an individual area of responsibility. In the Danish society, health is a core value and it is the individual's responsibility to sustain and improve mental health. In fact, responsibility is both a condition, mean and an objective in order to live a successful

and happy life. The described path to success is through the individual's work efforts through which the individual can sustain and regain health and contribute to society. Therefore, individuals must be responsible, flexible, constantly improving, resilient, and able to manage their health. Being unsuccessful in achieving this ideal can lead to being diagnosed with a mental illness. Furthermore, mental illness is portrayed as an objective entity that exists inherently in the individual, and thus, independently of diagnostic practices. Mental illness is individualised and can either be the result of an individual weakness or caused by the individual's inadequacy in becoming a responsible citizen and complying with the norms and ideals of society. Moreover, the analysis suggests that the mental health area has an underlying economic agenda that determines the health promoting initiatives and influences the portrayal and perception of mental illness. Thus, resulting in favouring cost-effective initiatives and the subjectification of individual responsibility and utility maximisation. Lastly, this thesis indicates that the subjectification of the individual represents a productive power, directing the individual in a specific way towards health promotion.

In conclusion, this master's thesis can give rise to critical thinking on the depiction, perception and treatment of mental illness and thereby facilitate change in the practices surrounding the mental health area.

FORKORTELSER

SS	Sundhedsstyrelsen
RPU	Regeringens psykiatri udvalg
WHO	Verdenssundhedsorganisationen
NCCID	National Collaborating Centre for Infectious Diseases

Indholdsfortegnelse

1. INTRODUKTION	2
1.1. PROBLEMFOMULERING	3
1.2. BEGREBSAFKLARING.....	3
1.3. AFHANDLINGENS FOKUS OG AFGRÆNSNING	5
1.4. LÆSEVEJLEDNING	6
1.5. VIDENSKABSTEORETISK AFSÆT.....	7
1.5.1. <i>Socialkonstruktivisme</i>	7
1.5.2. <i>Hermeneutik</i>	9
2. TEORETISK GRUNDLAG	12
2.1. PATOLOGISERINGSTESEN	13
2.2. STIGMATISERING AF PSYKISKE LIDELSER	14
2.3. EPIDEMIFORKLARINGEN.....	17
2.3.1. <i>Præstationssamfundet og præstationsindividet</i>	17
2.3.2. <i>De nye styringsmekanismer</i>	19
2.3.3. <i>Depression - Menneskeligt affald</i>	20
2.4. ET BIOMEDICINSK SAMFUND	22
2.4.1. <i>Subjektivifikation – et nyt biologisk og neurokemisk selv</i>	22
3. METODOLOGI.....	26
3.1. VALG AF METODE	26
3.2. DET DISKURSANALYTISKE FELT	27
3.3. KRITISK DISKURSANALYSE.....	27
3.3.1. <i>Faircloughs tredimensionelle diskursmodel</i>	28
3.3.1.1. <i>Tekst</i>	29
3.3.1.2. <i>Diskursiv praksis</i>	30
3.3.1.3. <i>Social praksis</i>	31
3.4. VALG OG PRÆSENTATION AF EMPIRI.....	33
3.4.1. <i>"En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser"</i>	33
3.4.2. <i>Forebyggelsespakken om mental sundhed</i>	34
3.5. KRITISK DISKURSANALYSE - FREMGANGSMÅDE	34
4. KRITISK DISKURSANALYSE AF EMPIRIEN.....	37

4.1. TEKSTUEL IVÆRKSÆTTELSE AF DISKURSIVE PRAKSISSE	37
4.1.1. Den ansvarlige borger	37
4.1.2. Den skrøbelige patient	40
4.1.3. Mental sundhed	44
4.1.4. Psykisk sygdom som objektivt fænomen	46
4.1.5. Delkonklusion 1 - Tekstuel iværksættelse af diskursive praksisser	51
4.2. SOCIALE PRAKSISSE INDENFOR MENTAL SUNDHED	51
4.2.1. Arbejdsmarkedet	52
4.2.2. Sundhedsfremme og forebyggelse	54
4.2.3. Den psykiatriske praksis	58
4.2.4. Ideologi og hegemoni	61
4.2.5. Delkonklusion 2 - Sociale praksisser	64
5. TEORETISK DISKUSSION AF EMPIRISKE FUND	66
5.1. ANSVAR – LIVETS PRÆMIS, MIDDEL OG MÅL	66
5.2. NORMALITETSFORSTÅELSER OG MENNESKESYN	67
5.3. DIAGNOSERNES FREMMARCH - INDIVIDUALISERING OG SÅRBARHED	70
5.4. ANSVARLIGGØRELSE OG SUNDHEDSFREMME - EN MAGTFORM	73
5.5. DELKONKLUSION 3	75
5.6. KVALITETSOVERVEJELSE	76
5.6.1. Gyldighed	76
5.6.1.1. Kritisk diskursanalyse	76
5.6.1.2. Teoretiske overvejelser	78
5.6.2. Transparens	78
5.6.3. Overførbare	79
6.1. KONKLUSION	82
6.2. PERSPEKTIVERING	84
REFERENCELISTE	86

Oversigt over bilag vedhæftet i digital eksamen:

Bilag 1: ”En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser” af Regeringens Psykiatriudvalg.

Bilag 2: Forebyggelsespakke om mental sundhed af Sundhedsstyrelsen.

Kapitel 1

Baggrund, formål og problemformulering

1. Introduktion

I løbet af de sidste årtier er der opstået et stigende fokus på psykiske lidelser ikke mindst på baggrund af undersøgelser, der placerer psykisk sygdom som en af de største sygdomsbyrder på verdensplan. Undersøgelserne estimerer, at psykiske lidelser alene står for 25% af den samlede sygdomsbyrde (Psykiatrifonden, 2018, pp. 16f). Ligeledes estimeredes det i 2007, at 20% af befolkning på et år har symptomer, der opfylder kriterierne for mindst en psykisk lidelse, svarende til 700.000-800.000 personer hvert år (Statens Institut for Folkesundhed, 2007, p. 117; Psykiatrifonden, 2018, p. 10).

Betragtes disse tal rent objektivt, er dette et udtryk for en enorm stigning og en meget foruroligende udvikling, hvis baggrund og årsag det er vanskeligt ikke at stille sig undrende overfor. Er udviklingen et udtryk for, at flere mennesker udvikler psykiske lidelser, er diagnostisk opsporing blevet bedre, eller er den et udtryk for ændrede samfundsmæssige forhold? Og er udviklingen overhovedet reel? Eller er den en udløber af diagnosekulturen? En kultur, hvor det diagnostiske sprog er en del af hverdags sproget og anvendes til at beskrive alle slags menneskelige vanskeligheder, lidelser og afvigelser (Brinkmann & Petersen, 2015a).

Samtidig med, eller måske forud for denne udvikling, er sundhed blevet det nye altomsluttende samfundsideal, der gælder både fysisk og mental sundhed. Sundhedsfremme som praksis eksisterer derfor ikke blot i sundhedssektoren, men er endvidere et politisk og individuelt fokuspunkt (Brinkmann, 2010a & b). På baggrund af ovenstående er der i samfundet en jagt på det sunde, idet det antages, at sygdom på samme tid forebygges. Sideløbende med dette fokus opstår der forskellige fremstillinger og forståelser af psykisk sygdom og sundhed, der influerer den måde, samfundet forholder sig til psykisk sygdom samt tænker sundhedsfremmende indsatser på. På grund af det store samfundsmæssige fokus på mental sundhed, forebyggelse og sundhedsfremme, er det relevant at undersøge, hvordan psykisk sygdom og sundhed fremstilles rent politisk, hvilken baggrund disse fremstillinger har, samt hvordan de muliggør bestemte praksisser og indsatser. Dette muliggør et indblik i fremstillingen af psykisk sygdom og sundhed i vores samtid, hvilket er yderst relevant for psykologisk praksis og for samfundet generelt. Disse fremstillinger og forståelser kan netop

have stor indflydelse på behandlingen af psykisk sygdom i alle samfundets sfærer samt på de muligheder, den enkelte tilbydes. Dette leder frem til følgende problemformulering:

1.1. Problemformulering

På baggrund af disse overvejelser ønsker jeg at undersøge diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed, samt hvordan disse eksemplificeres i centrale udvalgte politiske dokumenter. Hermed ønsker jeg at anskueliggøre den forståelse og fremstilling, der optræder i centrale politiske dokumenter, samt hvilke politiske tiltag, der muliggøres af disse fremstillinger. I forlængelse heraf ønsker jeg at klarlægge, hvilke mulige konsekvenser denne fremstilling af psykisk sygdom og sundhed kan få for det enkelte individ.

1.2. Begrebsafklaring

I besvarelsen af problemformuleringen vil jeg anvende en række begreber, som jeg kort vil definere herunder for at klargøre, hvilken forståelse af begreberne specialet og dokumenterne bygger på. Begge politiske dokumenter lægger sig op ad de nedestående definitioner af mental sundhed og psykisk sygdom, hvorfor begreberne er vigtige for specialet. Ligeledes anvender jeg samfundsbegreberne konkurrencestat og neoliberalisme til at diskutere de underliggende betingelser for praksisser indenfor mental sundhed.

Mental sundhed defineres af WHO som en tilstand af velvære, hvor individet har tiltro til sig selv og sine evner og er i stand til at aktualisere sine potentialer (WHO, 2001, p. 5). Definitionen lægger sig op ad WHO's definition af generel sundhed, hvor det at være sund indebærer "en tilstand af fuldstændig psykisk, fysisk og socialt velvære og ikke blot fravær af sygdom eller skrøbelighed" (oversat fra WHO, 2018a). Dermed forstås mental sundhed som mere end fravær af sygdom og indebærer derudover, at sundhed og mental sundhed er betingede af hinanden. Individet må for at være sundt være fysisk, socialt og mentalt sundt, kunne klare hverdagens udfordringer, deltage i sociale og arbejdsmæssige sammenhænge samt realisere sig selv. Derfor ses fremme og opretholdelse af mental sundhed som en af de vigtigste

samfundsmæssige opgaver, der også inkluderer identifikation af risikofaktorer for udvikling af dårlig mental sundhed og/eller psykisk sygdom (WHO, 2018a).

Psykisk sygdom forstås af WHO som “clinically significant conditions characterized by alterations in thinking, mood (emotions) or behavior associated with personal distress and/or impaired functioning” (WHO, 2001, p. 21). For, at der er tale om psykisk lidelse, skal ændringerne være unormale eller patologiske og samtidig føre til mindsket funktionsevne og/eller psykologisk lidelse (WHO, 2001, p. 21; WHO, 2018b). Ifølge WHO (2001, p. 21) må der ligeledes være et vedvarende eller tilbagevendende mønster i de unormale ændringer. Ud fra definitionen af sundhed kan psykisk lidelse ikke ses som modsætningen til mental sundhed. Dog kan de patologiske ændringer ses som afvigende fra tilstanden af fuldstændig social, psykisk og fysisk velvære, idet disse kan føre til lidelse og/eller nedsat funktion. WHO (2018b) fremhæver endvidere, at udover sociale og samfundsmæssige risikofaktorer, er individets mestring af sine vanskeligheder en afgørende faktor for mental sundhed og eventuel udvikling af psykisk sygdom.

Neoliberalisme er ifølge Pedersen (2011) en økonomisk og politisk ideologi, der opstod i mellemkrigstiden på baggrund af en kritik af både socialismen og nazismen. Dog var det først med velfærdsstatens vækst i 1970'erne, at neoliberalismen for alvor vandt indpas. Neoliberalismen sætter det frie marked højt, der dog til en vis grad skal administreres af staten, idet markedet i sig selv indeholder fejl, der kan forstyrre balancen i markeds kræfterne. Ligeledes bygger neoliberalismen på en ide om mennesket som et rationelt, selvstændigt, opportunistisk og nyttemaksimerende individ, der vil søge mod ligevægt mellem lykke og ulykke og en nyttemaksimering af sig selv ligesom markedet. Det er alene statens opgave at sørge for betingelserne herfor. Dette syn på markedet, staten og mennesket kommer således til at styre de politiske og økonomiske tiltag, der gøres brug af (Pedersen, 2011, pp. 21-26).

Konkurrencestaten som begreb kan spores tilbage til marxistisk statsteori i 1990'erne. Ifølge Pedersen (2011, p. 12) er konkurrencestaten karakteriseret af et overordnet mål om at fremme den nationale konkurrenceevne i den globale konkurrence, som både individet og virksomhederne bidrager til. Samtidig gøres individet ansvarlig for egen lykke og liv for igennem arbejdet at mobilisere sin frihed til at aktualisere sig selv og sine potentialer (ibid.). Denne forestilling om individet bunder

i begrebet om *den opportunistiske person*, hvor individet gennem sin faglighed eller færdigheder skaber sig selv, sin personlighed og bliver et selvstændigt og dannet individ. Disse færdigheder er nødvendige for at klare sig i konkurrencen og opnå ansættelse på arbejdsmarkedet (Pedersen, 2011, pp. 170-192).

Individualismen frembrød som begreb og samfundsopfattelse i kølvandet på den franske revolution i slutningen af 1700-tallet. Begrebet sætter individet i centrum og lægger vægt på individets unikke karakter, kreativitet og potentialer, som kan udvikles gennem personlig frihed. Udover dette fokus på individets moralske værdi, anvendes begrebet ofte i forbindelse med liberalisme, der har lignende grundprincipper. I liberalismen benyttes begrebet individualisme til at udtrykke individets frihed, ansvar og egen nytte og har ofte fokus på individets udfoldelse af sine initiativer og lykke. Med dette fokus på individets ansvar, frihed, lykke og særlige status i samfundet, kan individualismen knyttes an til mange af de dominerende ideer i de vestlige kulturer. Således anvendes individualisme ofte til at betegne vestlige kulturer overfor ikke-vestlige kollektivistiske kulturer, hvor samfundets og fællesskabets bedste prioriteres over individets (Grage, 2010; Lukes, 2016).

Efter denne begrebsafklaring vil jeg præcisere specialets fokus og afgrænsning og give et kort overblik over specialets opbygning. Slutteligt beskriver jeg specialets videnskabssteoretiske grundlag, samt hvordan dette kommer til udtryk i udformningen af specialet.

1.3. Afhandlingens fokus og afgrænsning

For at kunne besvare specialets problemformulering fokuserer jeg på fremtrædende diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed med udgangspunkt i centrale politiske dokumenter. Disse dokumenter anser jeg som eksemplariske cases i forhold til at beskrive fremtrædende politiske forståelser af og syn på psykisk sygdom og sundhed, samt hvordan disse influerer tiltag i forhold til mental sundhed. Dermed afgrænses specialets empiri til to politiske dokumenter: forebyggelsespakken for mental sundhed fra SS og rapporten ”En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser” fra RPU.

I specialet antager jeg, at iværksættelse af de diskursive fremstillinger sker i henhold til, og som et udtryk for, bredere sociale, samfundsmæssige og kulturelle forhold.

Disse identificerer jeg med udgangspunkt i den kritiske diskursanalysens begreber sammenholdt med fire forskellige teoretiske perspektiver på psykisk sygdom og sundhed samt på udbredelsen af psykiske lidelser. Jeg betragter disse perspektiver som mulige forklaringer på senmoderne samfundstendenser, hvorfor de er med til at kvalificere analysen og belyse de diskursive fremstillinger fra flere forskellige vinkler. Samtidig giver de dog en bestemt læsning af dokumenterne, hvorfor det er vigtigt at være åben overfor, hvordan empirien fremtræder, samt være kritisk reflekteret omkring egne forestillinger (Berg-Sørensen, 2012, p. 222).

Jeg afgrænser endvidere den kritiske diskursanalyse til et fokus på iværksættelsen af diskurser om psykisk sygdom og sundhed, hvormed jeg ikke har fokus på individets fortolkningsprocesser og mulighed for at udøve modstand mod diskurserne (Fairclough, 2008, p. 50f). Jeg har truffet denne beslutning på baggrund af specialets formål om at belyse diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed, samt fordi der i det valgte datamateriale ikke har været adgang til modtagerens fortolkning. Af ressource- og tidsmæssige årsager har det heller ikke været muligt at inkludere en undersøgelse af individets modtagelse af de tekstuelle fremstillinger.

Som ovenfor nævnt ønsker jeg endvidere at belyse de mulige konsekvenser, de diskursive fremstillinger kan have for det enkelte individ. Denne del af specialet baseres på teoretiske overvejelser og ikke på en yderligere undersøgelse af enkeltpersoners oplevelser og erfaringer. Dermed kan jeg med specialet ikke klarlægge direkte konsekvenser, som de opleves af implicerede enkeltpersoner, men blot fremlægge mulige konsekvenser.

For endvidere at klarlægge specialets udformning og strukturering, vil jeg nedenfor kort opridse kapitlernes indhold.

1.4. Læsevejledning

Specialets opbygning er som følgende:

I kapitel 2 redegør jeg for de teoretiske retninger specialet er funderet på, som hver især præsenterer forskellige forståelser af psykisk sygdom og sundhed og forklaringer på ekspansionen af psykiske lidelser.

I kapitel 3 præsenterer jeg den kritiske diskursanalyse som metodisk afsæt, og jeg tydeliggør, hvordan metoden anvendes i specialet. Desuden følger der en præsentation af den valgte empiri.

I kapitel 4 analyserer jeg de udvalgte politiske dokumenter i henhold til problemformuleringen. I den første del af analysen belyser jeg den tekstuelle iværksættelse af fundne diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed. I anden del undersøger jeg de bredere samfundsmæssige rammer og praksisser, som diskurserne er indlejret i.

I kapitel 5 diskuterer jeg, hvilket menneskesyn og hvilke normalitetsforståelser fremstillingerne kan være et udtryk for og bidrage til. I forlængelse heraf diskuterer jeg, hvilke mulige konsekvenser dette kan have for det enkelte individ i samfundet. Endvidere vurderer jeg kvaliteten af specialet samt dets styrker og begrænsninger.

I kapitel 6 præsenterer jeg konklusionen på specialet, og jeg funderer ydermere over, hvilken relevans specialet kan have for andre praksisser samt videre forskning.

Jeg har nu gennemgået specialets opbygning, og vil afslutningsvis i dette kapitel redegøre for specialets videnskabsteoretiske afsæt.

1.5. Videnskabsteoretisk afsæt

Med dette speciale tager jeg ud fra mit formål om at belyse diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed udgangspunkt i socialkonstruktivismen og hermeneutik. I nedenstående vil jeg derfor redegøre for retningernes kerneantagelser, samt for hvordan specialet placerer sig indenfor disse felter.

1.5.1. Socialkonstruktivismen

Socialkonstruktivismens grundantagelse er, at fænomener og viden om verden ikke afspejler verden, men er socialt konstruerede. Dette betyder, at de er konstruerede i og betingede af de sociale praksisser, de indgår i. Således er individets beskrivelse af verden også betinget af de historisk og kulturelt specifikke praksisser, vedkommende er en del af. Dermed er der en kritisk indstilling til objektiv sandhed, idet viden om verden er konstrueret i de sociale praksisser, hvor individet fortolker og skaber me-

ning og fælles sandheder (Collin, 2012, p. 335; Burr, 1995 if. Jørgensen og Phillips, 2013, p. 13f). Med et socialkonstruktivistisk afsæt betragter jeg de fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed, der kommer til udtryk i dokumenterne, som afhængige af de sociale og diskursive praksisser, de er indlejret i. Dermed kan den viden, jeg producerer i specialet, ikke nødvendigvis finde anvendelse i alle praksisser, men må anses som specifik for de undersøgte praksisser.

I de sociale praksisser er sproget med til at konstruere den sociale virkelighed gennem de beskrivelser og fortolkninger, individet har til rådighed (Collin, 2012, p. 373; Jørgensen & Phillips, 2013, p. 13f). I relation til mit speciale er formålet at belyse forskellige fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed indenfor feltet mental sundhed, og hvordan disse er indlejret i bestemte sociale praksisser. I analysen vil jeg fokusere på, hvordan sproget anvendes til at konstituere bestemte fremstillinger som eksemplificeret i de politiske dokumenter.

De forskellige positioner indenfor socialkonstruktivismen placerer sig på et kontinuum, der spænder fra, om det antages, at det er menneskets erkendelse, der er betinget af den sociale verden, eller om det er selve den fysiske eller sociale verden, der er betinget af menneskets erkendelse heraf (Collin, 2012, pp. 336ff).

Med dette speciale placerer jeg mig i midten af spektret, hvorfor jeg ikke betragter psykisk lidelse som en udelukkende social, kulturel og historisk konstruktion. Jeg anser menneskelig lidelse som reel og invaliderende for den enkelte. Dog opfatter jeg selve udformningen, terminologien og praksisserne, der omgiver psykisk lidelse, som afhængige af det pågældende samfund, de benyttes i og af. Jeg antager ligeledes at lidelseserfaringerne medieres delvist af samfundsmæssige praksisser. Mit afsæt er dermed i overensstemmelse med Faircloughs tilgang, idet han fremhæver eksistensen af både diskursive og ikke-diskursive praksisser (Fairclough, 2008, pp. 20f).

Ifølge Collin (2012, p. 338) er der endvidere i socialkonstruktivismen et fokus på at udfordre den eksisterende orden. Dette speciale kan til en vis grad udfordre den eksisterende orden, idet den kritiske diskursanalyse afdækker bestemte diskursive og sociale praksisser. Dette kan netop bidrage til at gøre individet og samfundet generelt opmærksom på denne orden.

Jeg har nu placeret mit speciale inden for socialkonstruktivismen, og vil herefter ligeledes placere det i det hermeneutiske landskab.

1.5.2. Hermeneutik

Ifølge Berg-Sørensen (2012) beskriver hermeneutikken en proces, hvor et udsagn fortolkes og/eller oversættes for at afdække meningen. Meningsdannelse er derfor hovedfokus i hermeneutikken og ses som indlejret i den situationelle og historiske kontekst (Berg-Sørensen, 2012, pp. 215-218). Her lægger Ricœur med begrebet *mistankens hermeneutik* vægt på, at forskeren må gå til et materiale med en mistænksom og kritisk tilgang, idet udsagn, der umiddelbart har én betydning, kan være udtryk for en bagvedliggende mening eller magtmekanisme (Ricœur, 1970 if. Berg-Sørensen, 2012, p. 227). Mit fokus er at beskrive og fortolke udsagn omkring psykisk sygdom og sundhed og afdække hvilken mening, de er et udtryk for. Denne mening vil jeg afdække ved at inddrage teoretiske perspektiver på de bredere samfundsmæssige rammer, udsagnene er indlejret i. For ligeledes at afdække en eventuel bagvedliggende mening anvender jeg Faircloughs (2008) tilgang til den kritiske diskursanalyse. Fairclough søger netop at afdække de diskursive og sociale praksisser, som udsagnene kan være et udtryk for. Individets muligheder for at fortolke, skabe mening og handle ses endvidere som afhængig af det sprogbrug og de forestillinger, individet er influeret af og anvender i situationen (Berg-Sørensen, 2012, p. 216.). Hermed ses der en sammenhæng mellem det hermeneutiske og det socialkonstruktivistiske. Begge tilgange har fokus på, hvordan sproget er med til at skabe et udsagns betydning, at sproget forudsætter bestemte handlinger og ytringer, hvorfor meningsdannelsen kan ses som en social praksis (Berg-Sørensen, 2012; Collin, 2012). Således vil jeg ved hjælp af den kritiske diskursanalyse belyse, hvordan fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed udtrykkes via sproget. I denne proces vil jeg undersøge, hvordan brugen af bestemte tekstuelle og sproglige værktøjer konstituerer en bestemt fremstilling af fænomenet. Ligeledes vil jeg illustrere, hvordan sproget i form af diskurser er betinget af de sociale praksisser, hvori de indgår.

Indenfor hermeneutikken anvendes begrebet den *hermeneutiske cirkel* ofte til at beskrive fortolkningsprocessen som et kontinuerligt skift i fokus mellem del og helhed, der ses som betinget af hinanden. Ifølge Gadamer (2004 if. Berg-Sørensen, 2012, p. 222f) er mennesket altid fordomsfuldt og har såkaldte forforståelser. Derfor må forforståelser udfordres gennem en åben og selvkritisk indstilling. Dette kan beskrives med den hermeneutiske cirkel, idet der i vekselvirkningen mellem del og helhed, kan opnås nye indsigter (ibid.). Derfor vil jeg i min diskursanalyse bevæge mig mellem

de enkelte udsagn i de politiske dokumenter og den bredere sociale sammenhæng, dokumenterne kan ses som en del af og som et udtryk for. I denne bevægelse vil jeg være opmærksom på og kritisk overfor de forforståelser af fremstillingerne af psykisk sygdom og sundhed, som jeg har samt være åben overfor udsagn, der modsiger mine forforståelser.

Efter dette introducerende kapitel til specialets problemfelt, fokus og videnskabsteoretiske fundering, vil jeg i næste kapitel redegøre for specialets teoretiske grundlag, der omfatter fire analytiske tilgange til og forståelser af psykisk sygdom og sundhed.

Kapitel 2

Teoretisk grundlag

2. Teoretisk grundlag

I dette kapitel vil jeg beskrive fire teoretiske forståelser af psykiske lidelser og normalitet i vores samtid, der tager stilling til den tilsyneladende vækst i antallet af psykiske lidelser, som beskrevet i indledningen. Disse perspektiver har jeg valgt, da de repræsenterer forskellige analytiske blik på problemformuleringen, og samtidig ikke er gensidigt udelukkende, men kan supplere hinanden.

Det første perspektiv repræsenteres af Horwitz og Wakefield (2007) og Horwitz (2003), der forklarer denne vækst med en stigende sygeliggørelse af, hvad der førhen blev anset som naturlige menneskelige reaktioner på belastende omstændigheder. Således skyldes ekspansionen en overgang til en symptombaseret diagnostik med dertilhørende mere inklusive diagnostiske kriterier og stadig nye diagnoser. Denne forståelse kombineres med Goffmans (2009) stigmatteori, der fremhæver, at psykisk lidelse skabes gennem social kategorisering. Den sociale kategorisering kan medføre, at mennesker med psykiske lidelser stigmatiseres og udskilles fra den normale befolkning som afvigere. Anders Petersens (2016) karakteristik af præstationsamfundet repræsenterer det tredje teoretiske perspektiv. Ifølge Petersen ses psykisk lidelse som et resultat af samfundets pres og krav om præstation og selvrealisering. Dette skaber en kontinuerlig belastning, der kan medføre psykisk sammenbrud. Det sidste perspektiv er Nikolas Roses (2009) karakteristik af det biomedicinske samfund. Ifølge dette perspektiv subjektiveres individet til at efterleve samfundets sundhedsnormer. Psykisk sygdom er hermed et resultat af en neurokemisk anormalitet, som individet ikke har formået at forvalte gennem sin sundhedsadfærd og selvoptimering.

Ved at inddrage disse fire perspektiver opnår jeg en bredere og mere hel forståelse af hvilke forhold, der kan forklare forekomsten af psykiske lidelser og forståelserne af sundhed og sygdom, psykisk lidelse og normalitet i samtiden. Teorierne bidrager ligeledes med hver deres syn på de bredere samfundstendenser, og vil dermed kunne bidrage til at analysere de diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed i de politiske dokumenter samt belyse deres forbindelse til de sociale praksisser.

2.1. Patologiseringstesen

Patologiseringstesen repræsenteres af Horwitz og Wakefield, der beskriver vores samtid som depressionens æra (Brinkmann, 2011, p. 94), hvilket viser tilbage til den stigning i antallet af depressionsdiagnoser, som før omtalt. På trods af Horwitz og Wakefields fokus på depression som specifik psykisk lidelse, anvender jeg perspektivet som en mere generel og bred forståelse af psykiske lidelser. Min beslutning understøttes af Brinkmann (2010b, p. 21), der fremhæver, at lignende tendenser er tilstede i forhold til andre psykiske lidelser.

Horwitz og Wakefield beskriver helt overordnet, at der i vores samtid eksisterer en sygeliggørelses- eller patologiseringstendens. Således har selve den diagnostiske praksis og karakteristikken af psykiske lidelser ændret sig i retning af at patologisere fænomener, der førhen blev anset som naturlige menneskelige reaktioner på belastende omstændigheder. Dette bidrager ligeledes til, at mennesker, der ikke lever op til samfundets krav, betragtes som individer med afvigende adfærd, hvorfor de kategoriseres som psykisk syge (Brinkmann, 2010b, pp. 21f; Brinkmann, 2011, pp 94-99; Horwitz, 2003, pp. 1-10 & 208-224; Horwitz & Wakefield, 2007, p. 15). Hermed skildrer Horwitz og Wakefield psykisk lidelse som socialt skabt, men ikke som udelukkende sociale konstruktioner. Der eksisterer derimod "ægte" menneskelig psykisk lidelse og psykopatologier. Den nye karakteristik og diagnostik skaber blot flere nye diagnoser og dermed også flere diagnosticerede mennesker, der ellers ikke ville blive betragtet således. Horwitz og Wakefield påpeger, at der i takt med udviklingen af diagnosemanualerne i 1980'erne skete et skift fra fokus på årsagen eller ætiologien til psykiske lidelser, til et fokus på symptomer, som de kommer til udtryk i den psykiske lidelse (Brinkmann, 2010b, pp. 21f; Brinkmann, 2011, pp. 94-99; Horwitz, 2003, pp. 1-10 & 27-37; Horwitz & Wakefield, 2007, pp. 3-22).

Dermed argumenterer Horwitz og Wakefield for, at der i mindre grad lægges vægt på kontekstens betydning for udviklingen af psykiske lidelser og i højere grad på opfyldelsen af et antal symptomer. I den forbindelse bliver det "lettere" at opfylde kriterierne for en specifik psykisk lidelse, idet der ikke på samme måde tages hensyn til om lidelsen er afledt af en specifik psykisk belastende omstændighed (ibid.). I forlængelse heraf fremhæves det, at symptomer i sig selv ikke adskiller sundhed og sygdom, idet både naturlige og patologiske reaktioner kan indebære tilsvarende symptomudtryk. Patologiseringstendensen er derfor et udtryk for en ændret forståelse og defini-

tion af psykiske lidelser. Den ændrede forståelse har bidraget til en udvidelse af, hvad der opfattes som patologisk, en indsnævring af sundhed og normalitet samt en deraf følgende vækst i falsk-positive diagnoser (Horwitz, 2003, pp. 27-37; Horwitz & Wakefield, 2007, pp. 6-14).

Horwitz og Wakefield fremhæver endvidere, at der først kan være tale om en patologisk tilstand, hvis denne viser sig ikke at være en passende reaktion på en psykisk belastende begivenhed. Hvis tilstanden opstår uafhængigt af, løsrevet fra eller ude af proportioner med en potentielt belastende begivenhed, kan der være tale om en patologisk reaktion, der kan udvikle sig til en psykisk lidelse. Der er derimod ikke tale om patologi, hvis tilstanden er en passende og adækvat reaktion på en sådan begivenhed, uanset dennes intensitet og varighed. Ifølge Horwitz og Wakefield er en sådan tilstand er blot en variation af naturlige menneskelige reaktioner (Brinkmann, 2010b, pp. 20-23; Horwitz, 2003, pp. 27-37; Horwitz & Wakefield, 2007, pp. 6-19).

Ydermere påpeger Horwitz og Wakefield, at patologisering af normale menneskelige reaktioner kan have flere negative konsekvenser for den enkelte. Eksempelvis kan den pågældendes selvopfattelse ændre sig i retning af en sygdomsidentitet, hvis karakteristika bygger på den specifikke diagnose. Det kan resultere i unødvendig behandling, selvom tilstanden eventuelt ville bedres over tid eller gennem social støtte og omsorg. Ligeledes argumenteres der for, at der er store forskelle i omverdenens reaktion på, hvad der karakteriseres som henholdsvis naturlig reaktion eller psykopatologi. Dette skyldes, at omverdenen i forhold til en naturlig reaktion vil være støttende og sympatiserende, mens den i forbindelse med psykopatologi vil have større tendens til afvisning og stigmatisering (Horwitz & Wakefield, 2007, pp. 19f).

Således præsenteres der en kritik af den diagnostiske udvikling, som har betydet overinklusive diagnostiske kriterier og udvikling af stadig nye diagnoser. Denne udvikling kan medføre patologisering, overdiagnosticering, overbehandling og i sidste ende stigmatisering (Horwitz, 2003; Horwitz & Wakefield, 2007). Sidstnævnte vil jeg behandle nedenfor med udgangspunkt i Goffmans (2009) stigmatiori.

2.2. Stigmatisering af psykiske lidelser

Sociologen Erving Goffman repræsenterer et andet perspektiv, som netop behandler stigma som opstående i bestemte sociale processer. Stigmatisering opstår i forholdet

mellem de normale, som ifølge Goffman er de ikke-stigmatiserede, og afvigerne, de stigmatiserede. De stigmatiserede forstås i dette speciale som de mennesker, der lider af en psykisk sygdom. Således tilstræber Goffman at beskrive den sociale interaktion, der skaber stigmatiserede individer, og dermed er med til at skabe et skel mellem mennesker. Dermed ses dette skel som socialt konstitueret, som det ligeledes fremlægges hos Horwitz og Wakefield (Jacobsen & Kristiansen, 2009, pp. 19-25; Horwitz, 2003, pp. 208-224; Horwitz & Wakefield, 2007, pp. 3-22).

Goffman argumenterer for, at samfundet gennem social interaktion skaber en struktur, der inddeler mennesker i kategorier. Dernæst tilskrives disse kategorier bestemte egenskaber, der anses som naturlige indenfor kategorierne. Denne proces er automatisk, idet det gør det nemmere at forholde sig til de mange sociale indtryk. Derfor mødes andre mennesker altid med en vis forventning og krav til, hvordan vedkommende er og skal være. Der skabes det, som Goffman kalder en *tilsyneladende social identitet*, hvor der ikke tages højde for vedkommendes personlige egenskaber, vedkommendes *faktiske sociale identitet*. I de tilfælde hvor den pågældende skiller sig ud fra mængden og afviger fra de sociale og samfundsmæssige forventninger, kan denne risikere at blive stemplet som en social afviger med dertilhørende stigma. Et stigma er derfor både et udtryk for stereotype forestillinger og fordomme. Det ses hos Goffman, at stigma kan tilskrives alene ud fra det, at den anden person er forskellig fra en selv, hvorimod stigma hos Horwitz og Wakefield tilskrives på baggrund af diagnosen og de forestillinger, der følger deraf (Goffman, 2009, p. 43-47; Horwitz & Wakefield, 2007, pp. 19f; Jacobsen & Kristiansen, 2010, pp. 151f). I værket af samme navn beskrives stigma som "*en egenskab, der er dybt miskrediterende*" og som tillægges et individ, hvad enten vedkommende er bærer af egenskaben, eller blot forventes at være det (Goffman, 2009, p. 45; Jacobsen & Kristiansen, 2010, pp. 151). På denne måde beskriver Goffman, at den stigmatiserede bliver et nedvurderet menneske, der er bærer af et stigma, fordi vedkommende afviger fra en forventning.

Ifølge Goffman (2009) opstiller de såkaldt normale en såkaldt *stigmatteori*, der indeholder alle de uønskede egenskaber en bestemt stigmatiseret tilskrives. Stigmatteorien giver en forklaring på, hvorfor vedkommende kan anses som en afviger. Samtidig retfærdiggør den tilsigtet eller utilsigtet diskriminering, der ofte resulterer i, at den stigmatiseredes udfoldelsesmuligheder indskrænkes. Til teorien hører samtidig *stig-*

mabetegnelser, der er sproglige betegnelser for den stigmatiserede, der er med til at opretholde og konstituere vedkommende som en social afviger og stigmatiseret person (Goffman, 2009, pp. 43-47). I henhold til psykisk sygdom kunne disse være eksempelvis idiot, tosse eller bindegal.

Ifølge Goffman (2009) er der mulighed for at normalisere sig selv gennem social informationskontrol. Social information beskriver alle de permanente karakteristika, der udgør en persons identitet. *Social informationskontrol* betyder derfor at skjule eller tilbageholde visse informationer om ens person, der potentielt kunne føre til stigmatisering. Dette er tilstræbellesværdigt både for at undgå stigmatisering, men ligeledes i forhold til den stigmatiseredes stræben efter at efterleve samfundets krav og forventninger, så de kan blive fuldgældende medlemmer af samfundet. Lykkes denne informationskontrol, kan individet *passere*, det vil sige beholde sin status som normal. Goffman fremhæver dog, at selvom dette forsøg på normalisering til dels skulle lykkes, vil den pågældende aldrig opnå fuldt medlemskab af eller deltagelse i ”de normales klub”. I stedet vil der være tale om *skinnormalitet*, hvor individet altid til en vis grad vil være afviger og/eller frygte andres forestillinger om hende eller ham (Goffman, 2009, pp. 84-92 & 113-132; Jacobsen & Kristiansen, 2010, pp. 152f). På denne måde beskriver Goffman samtidig, at der ligger en vis subtil magt og udnyttelse i de sociale processer, der er involveret i stigmatisering og i adskillelsen af normale og afvigere. Her vil de stigmatiserede i et forsøg på at tilpasse sig sociale krav og forventninger komme til at opretholde en bestemt forståelse af normalitet, der indskrænker deres handlemuligheder og identitet (Jacobsen & Kristiansen, 2009, pp. 24f).

Hermed beskrives kategoriseringen af psykisk lidelse som en social proces, hvor bestemte sammenlignelige mennesker tilskrives bestemte egenskaber på baggrund af fordomme og forventninger. Der tildeles en social identitet som afviger fra den normale befolkning med eventuelt stigma til følge. I det nedenstående vil jeg redegøre for epidemiforklaringen hvor mennesker, der lider af en psykisk lidelse, ligeledes kan anskues som afvigere: afvigere fra et præstationsregime.

2.3. Epidemiforklaringen

Med Anders Petersens (2016) karakteristik af præstationssamfundet præsenteres en alternativ forklaring på ekspansionen af psykiske lidelser, epidemiforklaringen. Heri fokuseres der på hvordan de livsbetingelser, samfundet sætter op for individet, kan være medvirkende til at belaste individet i en grad, der kan forårsage udvikling af en specifik sårbarhed overfor psykiske lidelser. Petersen (2016) behandler specifikt depression, men i dette speciale anvender jeg perspektivet som en mere generel beskrivelse af livsbetingelserne og disses indvirkning på fremvæksten af psykiske lidelser. Petersen afviser ikke patologiseringstendensens betydning, men patologiseringstesen kritiseres for ikke at tage den samfundsmæssige rolle i betragtning. Således beskriver han, at sociale, historiske, strukturelle, politiske, kulturelle og økonomiske udviklingstendenser påvirker og ændrer forståelsen af og synet på forholdet mellem det normale og det patologiske (Petersen, 2016, pp. 21-48). Ifølge Petersen og Brinkmann (2015a) er dagens samfund præget af en *diagnosekultur*, hvor forståelsen af lidelse og afvigelse fra normer er vævet ind i et diagnostisk sprog. Dermed er Petersen enig i, at der er sket en udvidelse af diagnosebegreberne, hvormed flere tilstande af menneskelig lidelse, ubehag og afvigelse omfattes (Petersen & Brinkmann, 2015a, pp. 7-9; Petersen, 2016, pp. 21-48; Petersen, 2015, pp. 59-61). Det vil sige, at Petersen er fortalere for et kombinationsperspektiv i forhold til forklaring af fremvæksten af psykiske lidelser, der både tager patologiserings- og epidemiforklaringen i betragtning (Petersen, 2016, pp. 48f).

2.3.1. Præstationssamfundet og præstationsindividet

Ifølge Petersen eksisterer der to tendenser i dagens samfund, der i vekselvirkning med hinanden medvirker til en epidemi af psykiske lidelser. Den ene er en ændring af individets betingelser i negativ retning grundet forandrede normer, mens den anden er patologiseringstendensen, der som beskrevet pågår i diagnosekulturen (Petersen, 2016, p. 53). For at belyse de ændrede normer i samfundet, introducerer Petersen Ehrenbergs (1991) begreb *præstationssamfundet*, hvilket han læner sig op ad.

Præstationssamfundet placeres som en direkte udløber af konkurrencestaten, og bliver en videreudvikling af og et led i, samfundets stræben efter at kunne klare sig i den globale konkurrence. Konkurrencen kræver, at samfundet uddanner og subjektivi-

verer befolkningen til at være et led heri. Individet anses som arbejdskraft, der som den opportunistiske person kan skoles til at være effektiv, produktiv og til rådighed for arbejdsmarkedet gennem selvrealisering og nyttemaksimering. Netop arbejde ophøjes som en gylden standard og er institutionaliseret som sådan, hvilket placerer det som en universel efterstræbelsesværdig værdi (Petersen, 2015, pp. 75-79; Petersen, 2016, pp. 54-59).

Således er ideen om den opportunistiske person grundlaget for præstationsindividet. For i dagens præstationssamfund er præstation i højsædet, både i forbindelse med uddannelse, hverdagsliv og på arbejdsmarkedet. Ifølge Petersen er præstation blevet *"en primær social kompetence og dermed et grundlæggende socialiseringsparameter"* (Petersen, 2016, p. 62). Det at præstere er en specifik kompetence, individet kan og skal tilegne sig. Tilegnelsen sker gennem socialisering til at præstere, og den gode præstation internaliseres som et ideal i sig selv. I denne socialisering ligger tilegnelsen af bestemte normer og færdigheder for at kunne præstere og opnå den tilstræbte succes og anerkendelse i præstationssamfundet. Præstation handler ifølge Petersen om selvdisciplin, at arbejde hårdt med et mål i sigte og derigennem realisere og optimere sig selv og sine kompetencer, så de er tilpasset præstationssamfundets idealer. Idealerne om det selvdisciplinerende, ansvarsbevidste præstationsindivid er ifølge Petersen blevet til institutionaliserede sociale regler, der styrer individet og dennes adfærd (Petersen, 2005, pp. 61-69; Petersen, 2015, pp. 75-79; Petersen, 2016, pp. 62-70f).

Ifølge Petersen følger der med selvrealiseringen og kravet om udvikling, et krav om kontinuerligt at være i bevægelse, hvilket indebærer fleksibilitet, mobilitet, initiativrighed, motivation, tilpasningsdygtighed og omstillingsparathed (Boltanski og Chiapellos, 1999 if. Petersen, 2016, p. 70). Det er nødvendigt at besidde disse egenskaber i dagens samfund for at være interessant for arbejdsmarkedet (Petersen, 2005, pp. 61-69; Petersen, 2015, pp. 75-79; Petersen, 2016, pp. 62-71).

Petersen (2016) fremhæver dette som et resultat af konkurrencestaten, hvor kapitalismens mantra omkring økonomisk vækst spiller en stor rolle, og arbejde bliver en måde, hvorpå vækst kan opnås. Konkurrencestaten er indlejret i neoliberalismen, hvor det offentlige og staten ideelt set styres af markedskræfter. Dermed bliver individets præstationer og optimering et led i at opnå vækst og omsætning gennem stadig udvikling af effektivitet og produktivitet. Dette kræver også, at individet må gøre sig

selv bemærket i forhold til andre og være i konkurrence med andre for at kunne styrke sin ansættelsesbarhed. Denne konkurrencementalitet er ifølge Petersen motoren bag individets udvikling af sit potentiale (Pedersen, 2011, pp. 170-192; Petersen, 2016, pp. 77-87).

Samtidig med, og som et resultat af diagnosekulturens fremvækst, er der et stigende fokus på individets psykologiske indre, og hvordan dette påvirker individets ageren i verden. Det indre anses som plastisk og kan modelleres eller *smidiggøres* af individet selv mod at leve op til idealet om det selvforvaltende, selvdisciplinerende og selvoptimerende individ. Selvet kan eksempelvis smidiggøres gennem teknikker som coaching og mindfulness, hvori der er mulighed for at udvikle og optimere sig selv, eller gennem psykofarmaka. Psykofarmaka kaldes af Ehrenberg (2010 if. Petersen, 2016, p. 92) præstationspiller, idet de influerer og ændrer selvet i en retning, der ideelt set er optimerende. Denne smidiggørelse finder sted gennem det, at individet hele tiden skal være motiveret for at udvikle selvet for at forbedre sin ansættelsesbarhed, men ligeledes gennem at være selvkritisk. Selvkritikken kommer til udtryk idet, at individet konstant skal være opmærksom på om vedkommende lever op til samfundets og arbejdsmarkedets krav og forventninger, og samtidig bebrejder sig selv for eventuelle mislykkede projekter (Petersen, 2016, pp. 87-98).

For at kunne efterleve samfundets krav og regler og arbejdsmarkedets behov samt navigere i samfundets konstante foranderlighed og usikkerhed, må individet være *resilient*. Individet må udvikle en modstandskraft og robusthed, der beskytter mod de farer og risici, som tilværelsen byder på i forbindelse med at kaste sig ud i ukendte situationer og derigennem udvikle sig. Ifølge Petersen anvendes resiliens-begrebet som et politisk styringsredskab, hvor individet gøres opmærksomt på farer og risici ikke for at undgå dem, men for at kunne lære at navigere i risikofyldte omstændigheder og blive resilient (Petersen, 2016, pp. 93-101).

2.3.2. De nye styringsmekanismer

Petersen (2016) peger på, at der er sket et skift i styringsmekanismer fra en direkte ydre styring, til en mere indirekte styring gennem påbud om selvforvaltning, selvdisciplinering, ansvarliggørelse, optimering og konstant aktivitet. På denne måde bliver friheden til selvrealisering til en forudsætning for livet, hvor individet styrer sig selv i retning af samfundsmæssige normer. Idealerne bliver dermed en del af nye styrings-

og reguleringsmekanismer, idet de gennem internaliseringen bliver til veletablerede idealer, der ikke stilles spørgsmålstejn ved, men blot accepteres som universelt gældende (Petersen, 2016, pp. 69-73).

Petersen inddrager her den franske filosof Jean-Pierre Le Goffs (1999) begreb det blide barbari som en beskrivelse af den styring, individet i præstationssamfundet udsættes for. Denne styring har ifølge Petersen (2016) en manipulerende og undertrykkende karakter. Når *det blide barbari* bruges om præstationssamfundet, dækker det over to betydninger. For det første at præstationssamfundets altomsluttende normer, krav og idealer er de eneste gældende, hvorigennem individet kan undertrykkes og manipuleres til at efterleve og internalisere disse. For det andet udtrykkes og italesættes disse på en så ensidig positiv måde, hvormed individet ikke kan bestride deres efterstræbelsesværdighed. På denne måde bliver krav og normer fremstillet som værende til alles bedste og som vejen mod et succesfuldt og lykkeligt liv. Selvom individet skulle have svært ved at tilpasse sig, må vedkommende underkaste sig, idet der ikke eksisterer alternative muligheder. Af denne grund kalder Petersen selvets autonomi for en *skin-autonomi*; mennesket er ikke rigtig frit, blot tilsyneladende (Le Goff, 1999 if. Petersen, 2016, pp. 110-115).

Petersen (2016) beskriver påbuddet om at realisere sig selv som en kronisk belastning for menneskets psykiske helbred. På grund af manglen på alternativer til præstationssamfundets krav og det konstante præstationspres, udvikler kravene sig til en kronisk belastning. Kravene afkræfter individet på sigt grundet en medfølgende følelse af kontroltab over tilværelsen. Det pres, der af samfundet pålægges den enkelte, overtages efterhånden af individet som et indre krav om at være succesfuld i sine præstationer samt om at realisere sig selv for at opnå dette (Petersen, 2016, pp. 103-111).

2.3.3. Depression - Menneskeligt affald

Med præstationssamfundets ideal om selvrealisering og præstation skabes der samtidig en ny forståelse af normalitet og patologi, hvor det unormale eller patologiske er ensbetydende med ikke at være i stand til at efterleve idealer, krav og normer. Da det er det indre, der ifølge Petersen konstant må smidiggøres, bliver det ligeledes det indre og individets evne til at smidiggøre det, der er afgørende for, om individet karakteriseres som normalt eller patologisk (Petersen, 2005, pp. 69-75; Petersen, 2015;

Petersen, 2016, pp. 123-128). Den kroniske belastning, som disse normer skaber, forårsager derfor, at flere udvikler depression. Petersen fremhæver, at det depressive individ er alt det, præstationsindividet ikke er; inaktivt, hæmmet, utilstrækkeligt, handlingslammet, udmattet og i stilstand. På den baggrund bliver depressionslidelsen det mindst ønskværdige. Individet, der lider af depression, realiserer dermed ikke sig selv gennem udvikling, optimering og fremdrift, og er utilstrækkeligt både i forhold til egne og samfundsmæssige forventninger (ibid.).

Petersen fremhæver i den forbindelse Baumanns (2004 if. Petersen, 2016, pp. 129f; Petersen, 2015, p. 67) begreb om *menneskeligt affald*, der beskriver forholdet mellem orden og uorden. Uorden skabes, når individets karakteristika er i uoverensstemmelse med den gældende ordens præmisser, eksempelvis hvis individet er brudt sammen i et forsøg på at efterleve disse. En orden eller et design skal ifølge Bauman fremavle eller opmuntre *det gode*, samfundets ideelle udformning og fjerne eller isolere *det dårlige*, her depressionen. Petersen påpeger derfor, at depressionsdiagnosen kan ses som en designet orden, der udstikker rammerne for, hvem der anses som brugbare eller som menneskeligt affald. Depression må håndteres helst gennem medicinsk behandling, idet depression forstås som en neurokemisk ubalance, samtidig med, at der ønskes hurtige resultater. Dette er ifølge Petersen i tråd med det samfundsmæssige ideal om udvikling og bevægelse (Petersen, 2015; Petersen, 2016, pp. 129-134).

Således argumenterer Petersen for, at de sociale og samfundsmæssige krav og forventninger til individet er indlejret i alle samfundets institutioner. Individet subjektiveres og styres til at blive det præstationsindivid, der efterspørges på arbejdsmarkedet. Hvis dette mislykkes, udskilles og diagnosticeres individet i et forsøg på at skabe orden i det ideelle samfund (Petersen, 2005; 2015; 2016).

I det ovenstående afsnit beskrives vores samtid som et præstationssamfund, der blandt andet ansvarliggør individet. Denne ansvarliggørelse behandler jeg yderligere i nedenstående afsnit med udgangspunkt i Nicolas Roses biomedicinske samfund, der vil være det afrundende teoretiske perspektiv i kapitlet.

2.4. Et biomedicinsk samfund

Nikolas Rose (2009) skitserer den markante stigning af psykiske lidelser som en kombination af historisk, samfundsmæssig, medicinsk og farmaceutisk udvikling. Således er vores samtid præget af *mutationer* eller ændringer af vores forståelse af sundhed over for sygdom, som hovedsageligt er skabt af den biomedicinske forståelsesramme og udvikling (Brinkmann, 2010b, pp. 27f; Rose, 2009, pp. 30-32).

Ifølge Rose (2009) er vores samtid karakteriseret af fem forskellige tendenser: 1) molekylarisering, 2) optimering, 3) subjektifikation, 4) somatisk ekspertise og 5) livsøkonomier. Nedenfor udfolder jeg udelukkende optimering og subjektifikation, idet disse er særligt relevante for besvarelsen af problemformuleringen. *Optimering* betegner ideen om, at det er muligt ikke bare at behandle eller helbrede, men ligeledes optimere og forbedre individet gennem neurokemisk påvirkning som eksempelvis medicin (Brinkmann, 2010b, pp. 27f; Rose, 2009, pp. 30-50). Denne ide om optimering hænger ifølge Rose ikke sammen med normalisering af afvigelser, men er i højere grad et forsøg på at stimulere individets potentialer og selvudvikling (Brinkmann, 2010b, p. 28; Rose, 2009, pp. 48-50 & 273).

Subjektifikation beskriver en proces, hvor individet bliver skabt som et biologisk og somatisk individ, der indebærer nye principper for, hvad mennesket er eller bør stræbe efter at være eller blive. Subjektifikation og optimering behandles i dybden nedenfor, idet disse er med til at beskrive, hvad det er for en type menneske, individet subjektiveres til at blive (Brinkmann, 2010b, pp. 27f; Rose, 2009, pp. 30-32 & 50-70).

2.4.1. Subjektifikation – et nyt biologisk og neurokemisk selv

Forud for, og sideløbende med disse ændringer fremhæver Rose (2009), at sundhed og fremme heraf er blevet en af de vigtigste værdier i samfundet. Sundhed er ligeledes gennem tilskyndelse fra politiske og medicinske autoriteter, blevet en del af individets selvforvaltning og selvforståelse (Rose, 2009, pp. 36 & 50f). Der skabes en borger med et specifikt forhold til sig selv, hvor individet subjektiveres til at opfatte sig selv som et biologisk væsen og beskrive sig selv og eventuelle fysiske eller psykiske problemer ud fra denne kategori. Der skabes en biologisk borger. De biologiske borgere skabes dels gennem videns- og oplysningskampagner om sundhed og

sygdom, lægefaglige råd, bøger eller medierne, hvor det biologiske sprog anvendes (Rose, 2009, pp. 188-190). Sundhed prioriteres ikke blot lægevidenskabeligt og politisk, men det forventes samtidigt af individet, at denne tager aktiv del i at opretholde og fremme egen sundhed, velvære og udvikling (Rose, 2009, pp. 42-56 & 190-205). Det er blevet en forpligtelse for individet at fremme sundhed ved at ændre livsaspekter, der eventuelt kan føre til sygdom, opsøge viden om biologiske dispositioner samt indrette sit liv herudfra. Indlejret i dette biologiske borgerskab er endvidere en optimistisk tilgang til livet og dets muligheder. Denne optimisme bliver en politisk og økonomisk værdi gennem større efterspørgsel på viden, teknologi og medicin (Rose, 2009, pp. 190-205). Samtidig vurderes individet negativt, hvis det ikke søger at blive et informeret, positivt, selvforvaltende og ansvarligt individ, der benytter enhver mulighed til at optimere sine potentialer og selvet (Rose, 2009, pp. 53-55).

Rose (2009) benævner nutidens selv, det neurokemiske selv, der netop betyder, at verden og selvet forstås ud fra biomedicinske perspektiver. Eventuelle mentale vanskeligheder og psykisk patologi kan observeres i og tilskrives biologiske eller neurokemiske fejl eller anormaliteter (Brinkmann, 2010b, p. 27; Rose, 2009, pp. 55 & 243-255; Rose, 2010). Dermed har forståelsen af normalitet og anormalitet ligeledes ændret sig. Ved at placere årsagen til anormalitet og psykisk lidelse i hjernen understøttes individets ansvar som en biologisk borger (Rose, 2009, pp. 243-266; Rose, 2010). Denne identificering og specificering af hjernens funktioner og mekanismer har ifølge Rose medvirket til væksten i antallet af diagnoser i diagnosemanualerne. Den nye specificitet i patologierne kan nemlig ikke forklares eller opnås gennem de eksisterende kategorier. Psykisk lidelse anses også som potentiel korrigerbar gennem farmaceutisk intervention, hvis virkning er specificeret til kun at ramme den pågældende anormalitet (Rose, 2009, pp. 243-266).

Ifølge Rose (2009, 2010) kan psykiske lidelser forstås som en mulighed for at skabe privat og nationaløkonomisk profit gennem at udvikle behandlingsformer. Han argumenterer for, at det primære mål med at udvikle behandling af og viden om mental patologi og sundhedsfremme er skabelsen af profit. I denne proces indgår ikke blot udvikling af behandling, men ligeledes skabelsen af nye patologier gennem markedsføring af lægemidler, der er designet til at helbrede patologierne. Markedsføringen foregår på en måde, der skal ændre forståelsen af sygdommen, overdrive udbredelsen og ubehaget forbundet hermed samt klarlægge, at patologien kan håndteres gennem

medicin. Processen understøttes af sundhedsorganers argumentation for, at individer, der har behov for behandling, ikke får den, hvilket i sidste ende skader samfundsøkonomien via en stigende sygdomsbyrde (Rose, 2009, pp. 267-284; Rose, 2010).

Med denne udvikling, specificitet i patologierne og den deraf følgende stigning i antallet af psykiatriske diagnoser følger ligeledes en diagnosticering og medicinsk behandling af grænsetilfælde. Ifølge Rose (2010) er grænsetilfælde psykiske vanskeligheder, der ligger lige på grænsen mellem det patologiske og det, der betegnes som naturlige reaktioner. Her er hensigten ifølge Rose (2010) ikke at helbrede lidelsen men at ændre individets tanker og følelser, så de modificeres i retning af de normer og værdier, der er for menneskelig adfærd. Eftersom idealet i vores samfund ifølge Rose (2010) er ideen om den ansvarlige, selvforvaltende og selvoptimerende borger, vil diagnosticering og behandling til en vis grad være udformet og fungere herudfra. På denne måde medvirker den diagnostiske praksis ligeledes til overdiagnosticering, hvor individer, der ikke vil eller kan passe ind i de sociale og kulturelle normer, kategoriseres som patologiske. Ifølge Rose ligger der i den samfundsmæssige tankegang om sundhedsfremme en styring af individet og dennes adfærd gennem subjektifikation. Den biologiske borger må styre sig selv og konstant være i beredskab og overvåge, modulere og forvalte tanker, følelser og adfærd på tilværelsens omskiftelighed og udviklingskrav gennem medicin. Målet bliver her at forbedre sig selv, maksimere sine potentialer og finde sit sande selv. Individet bliver subjektiveret til at styre sig selv, angiveligt ud fra egne interesser, gennem medicinalindustriens og det officielle fokus på sundhedsoptimering (Rose, 2009, pp. 267-284; Rose, 2010).

Det skildres hos Rose, at der vores samtid er et skel mellem sundhed og sygdom, hvor sygdom kategoriseres ud fra anormaliteter i hjernens neurokemiske aktivitet. Vurdering heraf er samtidig influeret af samfundsmæssige, kulturelle, lægevidenskabelige og farmaceutiske normer for, hvordan et menneske er og bør være. På denne måde skabes en anden form for normalitet, der indebærer, at mennesket er en god biologisk borger (Rose, 2009; Rose, 2010).

I ovenstående kapitel har jeg med udgangspunkt i teorierne beskrevet de samfundsbetingelserne, der sættes op for individet samt hvilket subjekt, der dannes herudfra. Ligeledes har jeg illustreret teoriernes forståelse af psykisk sygdom og sundhed samt deres forklaring på ekspansionen af psykiske lidelser. Med dette in mente vil jeg i næste kapitel gennemgå den kritiske diskursanalyse som metode og fremgangsmåde.

Kapitel 3

Metodologi

3. Metodologi

I nedenstående kapitel argumenterer jeg for mit valg af kritisk diskursanalyse og beskriver kerneantagelserne i metoden. Herefter illustrerer jeg, hvordan metoden er anvendt i dette speciale. Slutteligt følger der en præsentation af den valgte empiri.

3.1. Valg af metode

Formålet med mit speciale er at analysere og belyse forskellige diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed set i lyset af de sociale, kulturelle og historiske betingelser, der er dominerende i det senmoderne vestlige samfund. Kritisk diskursanalyse som metode er yderst velegnet til dette formål, idet denne metode undersøger det dialektiske forhold mellem de diskursive praksisser og forskellige samfundsmæssige og sociale processer.

I mit speciale udfører jeg en kritisk diskursanalyse med udgangspunkt i analyse af dokumenter, og derfor er den overordnede ramme for analysen dokumentanalyse. Dokumenter defineres af Lynggaard (2010, p. 138) som nedskrevet sprog, der tidsmæssigt er bundet til den tid, det blev nedskrevet i. De valgte dokumenter i specialet er dermed knyttet til den aktuelle samtid i den danske velfærdsstat. Dokumenterne er såkaldte sekundære dokumenter, hvilket betyder, at de er offentligt tilgængelige. Den primære målgruppe er de regionale og kommunale organer, der står for indsatser for mennesker med psykiske lidelser såsom de sundheds- og socialfaglige felter. I udførelsen af dokumentanalysen vælges der ud fra problemstillingen en analysemetode, der er velegnet til at belyse perspektiverne i de valgte dokumenter (Lynggaard, 2010, p. 144). Jeg finder Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse særlig brugbar, idet der præsenteres en detaljeret operationalisering af den kritiske diskursanalyse med dertilhørende begrebsapparat til analyse af diskurser i tekster. Desuden finder jeg den kritiske diskursanalyse anvendelig, idet den ifølge Jensen (2008, pp. 7 & 14) kan tilpasses til specialets specifikke problemformulering, blot denne har et diskursivt element og belyser et socialt problem. I mit speciale er der netop et diskursivt aspekt, idet formålet er at undersøge diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed. Formålet er ligeledes at belyse den tilsyneladende ekspansion af psykiske lidelser, hvilket netop er et socialt problem. Jeg finder også det kritiske aspekt i Fair-

loughs diskursanalyse særligt brugbart i dette speciale, idet formålet er at afdække de diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed samt deres samfundsmæssige baggrund.

3.2. Det diskursanalytiske felt

Inden jeg udfolder den kritiske diskursanalyse nedenfor, vil jeg kort opridse det diskursanalytiske felt, som den kritiske diskursanalyse placeres indenfor.

Jørgensen og Phillips (2013, p. 9) definerer diskursbegrebet som "[...] en bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på". Således følger der, at et bestemt sprogbrug ikke blot giver en refleksion af verden, men ligeledes er medvirkende til at konstituere og transformere verden. Med dette synspunkt placeres de diskursanalytiske tilgange i det socialkonstruktivistiske felt (for yderligere se afsnit 1.5.1.). Dermed fremhæver de fleste diskursanalytiske tilgange, herunder den kritiske diskursanalyse, at sproget har en konstituerende karakter og er organiseret i diskurser. Diskurser er specifikke mønstre af sprogbrug, der er afhængige af den kontekst og felt, de optræder i. Der skabes og opretholdes forståelser af verden gennem sociale processer, der foregår i de sociale felter (Jørgensen & Phillips, 2013, pp. 9-14).

Efter denne korte indledning til det diskursanalytiske felt vil jeg gennemgå den kritiske diskursanalyse, som den fremstilles af Norman Fairclough.

3.3. Kritisk diskursanalyse

Indenfor den kritiske diskursanalyse er der nogle fælles træk, der går igen på tværs af de forskellige retninger. For det første fremhæves det, at sociale og kulturelle strukturer og processer både har et lingvistisk-diskursivt og et ikke-diskursivt element. Således er strukturer og processer samtidig en del af sproglige og diskursive praksisser, men eksisterer også uafhængigt af diskurserne. En diskursiv praksis forstås som en social praksis, hvori mennesker er med til at skabe og fortolke tekster, sprog, billeder, tegn og deres betydning. Dette dialektiske forhold fremhæves som et af de mest centrale pointer i den kritiske diskursanalyse, hvori diskurser både skaber og påvirker sociale strukturer og praksisser, men ligeledes reflekterer disse praksisser (Fairclough, 2008, pp. 16-29; Jørgensen & Phillips, 2013, pp. 72ff).

Udover at være en social praksis ses diskurs også som et udtryk for et bestemt perspektiv, der skaber en bestemt betydning, hvorved individet kan influere det sociale. Samtidig er sprogbrug som diskurs indlejret i sociale strukturer og begrænses eksempelvis af inddelingen af klasser i samfundet og af idealer og normer. Dermed er diskurs som social praksis en konsekvens af og en forudsætning for de sociale strukturer. Ifølge Fairclough (2008) skaber diskurs sociale identiteter, sociale relationer og en bestemt meningsdannelse. Gennem konstitueringen af sociale identiteter, positioneres individet gennem sproget på en bestemt måde i det sociale og i samfundet. De sociale relationer produceres gennem den fremstilling og forhandling, der foregår mellem diskursdeltagere. Den meningsdannende funktion beskriver, hvordan tekster er menings- og betydningsgivende (ibid.). Ved at belyse disse aspekter i den kritiske diskursanalyse, kan jeg undersøge, hvordan diskurser er med til at skabe bestemte identiteter i dokumenterne. Samtidig kan jeg undersøge, hvordan diskurser skaber og kan være et udtryk for en bestemt forståelse af psykisk sygdom og sundhed.

Ifølge Fairclough (2008) udgør alle diskursive praksisser og forholdet imellem dem i en bestemt institution en såkaldt diskursorden. Derudover anvendes der i de forskellige diskursive praksisser en række diskurstyper, der består af diskurser og genrer. *Genrer* beskriver den slags sprogbrug, der anvendes i et bestemt felt såsom sundhedssystemet. En *diskursorden* udgøres og skabes af de diskurser og genrer, der anvendes i et specifikt socialt felt på den måde, at disse er med til at skabe et system af diskursive praksisser, der både begrænser og modellerer sprogbruget i den specifikke orden (Fairclough, 2008, pp. 16-29; Jørgensen & Phillips, 2013, pp. 80-83).

3.3.1. Faircloughs tredimensionelle diskursmodel

Efter denne gennemgang af Faircloughs kritiske diskursanalytiske tilgang, vil jeg nu redegøre for den tredimensionelle diskursmodel for at få en overordnet forståelse af Faircloughs analytiske begrebsapparat. Derefter vil jeg operationalisere denne i forhold til specialets udgangspunkt.

Den tredimensionelle diskursmodel består af analyser på tre niveauer, der tilsammen belyser relationen mellem den tekst, som diskursive praksisser manifesterer sig igennem, og de sociale og kulturelle strukturer. Disse tre niveauer består af tekstanalyse, analyse af diskursive praksisser og analyse af social praksis (Fairclough, 2008, pp. 28f; Jørgensen & Phillips, 2013, p. 78).

I den kritiske diskursanalyse er der to forhold, der skal analyseres, den *kommunikative begivenhed*, der refererer til alle former for skriftlig og mundtlig sprogbrug samt diskursordenen. Den kommunikative begivenhed i dette speciale er de politiske dokumenter fra henholdsvis RPU og SS. Dermed kan dokumenterne både ses som inkluderet i bestemte diskursordener. Dokumenterne kan også ses som specifikke sociale praksisser, der er medkonstituerende af en diskursorden, og samtidig påvirkes af den sociale praksis via de diskurser og genrer, der kan trækkes på i ordenen. Således fremgår dialektikken ligeledes i beskrivelsen af modellens tre analysepunkter. Den diskursive praksis, hvori individet producerer og fortolker tekster, forbinder teksten med den sociale praksis. Individet anvender bestemte diskurser og genrer, der eksisterer i den pågældende sociale praksis til at producere og fortolke tekster, der omvendt påvirker den sociale praksis. Ligeledes influeres den diskursive praksis af den specifikke sproglige komposition teksten har fået gennem de anvendte diskurser og genrer (Jørgensen & Phillips, 2013, pp. 79-83).

Nedenfor vil jeg beskrive de tre niveauer i den tredimensionelle diskursmodel.

3.3.1.1. Tekst

Ifølge Fairclough kan tekstanalyse inddeles i tre elementer: ordvalg eller vokabular, grammatik og kohæsion. Dog vil jeg i specialet udelukkende benytte ordvalg og grammatik grundet deres relevans for specialets formål. Jeg benytter begreberne for at foretage en detaljeret tekstanalyse af dokumenterne, hvorigennem jeg får et indblik i, hvordan diskurserne kommer til udtryk i teksten. Begreberne bidrager ligeledes til, at jeg kan analysere de diskursive fremstillinger set i lyset af de teoretiske forståelser af psykisk sygdom og sundhed, jeg ellers trækker på i specialet. Jeg betragter derfor dokumenterne som diskursive og sociale praksisser, hvori der skabes og konstitueres bestemte meninger; bestemte diskurser (Fairclough, 2008, pp. 29-35; Jørgensen & Phillips, 2013, pp. 94f).

Det første organiseringsbegreb er *ordvalg*, der dækker over hvilke ord, der er valgt til at beskrive et bestemt fænomen såsom psykisk sygdom og sundhed. Desuden indebærer analyse af ordvalg også ordenes betydning og brugen af metaforer. Disse er ifølge Fairclough stærkt influeret af tid og sted. Derfor vil den betydning, der gives til de valgte ord, afhænge af den ideologiske og politiske betydning, der eksisterer inden for forskellige sociale domæner såsom feltet for mental sundhed. I analysen af

de valgte politiske dokumenter vil jeg fokusere på, hvordan et bestemt valg af ord frem for et andet er med til både at afspejle og konstituere en bestemt forståelse af psykisk sygdom og sundhed.

I inddragelsen af begrebet grammatik, er det især analyse af modalitet, jeg fokuserer på i specialet. *Modalitet* beskriver i hvilket omfang, afsenderen sætter sig selv i forbindelse med udsagnet, hvilket påvirker den diskursive produktion af viden og subjektpositioner. Modalitet udtrykkes på forskellige måder eksempelvis gennem kategorisk modalitet, typisk udtrykt ved præsensform af verbum, hvor udsagnet præsenteres som sandheden eller fakta. Når udsagnet ikke er åbent for fortolkning, kan der ligeledes være tale om en objektiv modalitet. En subjektiv modalitet betegner derimod, når det udspecificeres, hvem der hævder en specifik påstand, eksempelvis når tekstforfatteren placeres som bærer af sandheden. Modalitet kan også udtrykkes gennem en moderering af udsagnet og dermed af tilslutningen eksempelvis ved brug af ordet ”lidt” (Fairclough, 2008, pp. 31-34; Jørgensen & Phillips, 2013, p. 94-96). Ved at belyse modalitet i analysen af mit dokumentmateriale kan jeg få et indblik i hvilke subjektpositioner, der skabes i forhold til psykisk sygdom og sundhed, samt om udsagn præsenteres som sikker viden (Fairclough, 2008, pp. 34f).

3.3.1.2. Diskursiv praksis

Analyse af diskursiv praksis indebærer ifølge Fairclough at belyse de produktions-, distributions- og fortolkningsprocesser, som veksler på tværs af forskellige diskursive praksisser gennem påvirkning fra den sociale praksis. Som tidligere nævnt i afsnit 1.3. fokuseres der i specialet på produktionsprocesserne, der indebærer afsenderens anvendelse af diskurser og genrer inden for den specifikke praksis (Fairclough, 2008, pp. 35-39; Jørgensen & Phillips, 2013, pp. 81 & 93).

For at kunne analysere de diskursive praksisser fremhæver Fairclough, at det er vigtigt at belyse dokumenternes intertekstualitet. *Intertekstualitet* henviser til det faktum, at tekster altid er direkte eller indirekte påvirkede og består af dele fra andre tidligere tekster. Tekster kan altså eksplicit forholde sig til eller nævne andre specifikke tekster, hvilket betegnes *manifest intertekstualitet* eller blot anses som en fortsættelse i kæden af tidligere tekster. Ved at trække på andre tekster, trækkes der samtidig på forskellige diskurstyper eventuelt fra forskellige diskursordener. Dette betegner Fairclough som en anden form for intertekstualitet, der kaldes *interdiskursivi-*

tet. Med interdiskursivitet skabes der mulighed for forandring af de diskursive praksisser og diskursordenerne gennem sammensætning af diskurser på andre mere kreative måder. Dette karakteriserer en høj grad af interdiskursivitet. Hvorimod en lav grad af interdiskursivitet beskriver tilfælde, hvor diskurserne anvendes på de vante måder, diskursordenen foreskriver, og resulterer i diskursordenens opretholdelse (Fairclough, 2008, pp. 43-45; Jørgensen & Phillips, 2013, pp. 84f & 94). Således vil inddragelse af intertekstualitet i analysen bidrage til at belyse, hvilke andre diskurser og tekster, der henvises til og trækkes på i dokumenterne. Dette for at undersøge, hvilke forståelser fremstillingerne er et udtryk for, og hvor disse kommer fra.

3.3.1.3. Social praksis

Det sidste niveau i Faircloughs tredimensionelle diskursmodel omhandler analysen af social praksis. Formålet med dette niveau er at sætte tekst og de diskursive praksisser ind i et større samfundsmæssigt perspektiv. Dette giver indblik i den diskursive praksis' rolle i reproduktion eller transformation af den pågældende diskursorden, samt hvordan dette i sidste ende påvirker de generelle sociale strukturer (Jørgensen & Phillips, 2013, pp. 80 & 98). Jeg vil i analysen undersøge både de diskursive og ikke-diskursive betingelser, der eksisterer for diskurserne om psykisk sygdom og sundhed, samt hvordan de er forbundne med sociale praksisser og samfundsmæssige strukturer. Dog er det begrænset i hvilken grad, jeg kan undersøge reproduktion eller transformation af diskursordener (se afsnit 1.3.).

I analysen af social praksis fokuseres der ifølge Fairclough (2008) på to aspekter, som jeg nu vil udfolde: ideologi og magt eller hegemoni.

Ideologi dækker ifølge Fairclough (2008) over en specifik fremstilling af den fysiske og sociale verden ud fra bestemte perspektiver, der er indlejret i de diskursive praksisser. Ideologi har betydning for, om en specifik magthavers position opretholdes eller ændres. Fairclough fremhæver, at diskurser ikke som sådan har særlige ideologiske elementer, men kan være influeret af bestemte ideologiske tendenser. Der eksisterer ideologi i de praksisser, der foregår i forskellige institutioner, hvilket bidrager til bestemte konstruktioner af subjektpositioner og påvirkning i bestemt retning. Fairclough (2008) påpeger dog, at det er muligt at forandre en diskursorden gennem at opfinde nye anvendelsesmuligheder for diskurserne eller kombinere diskurser, uden altid at være opmærksom på de underliggende politiske eller ideologiske ele-

menter i den pågældende praksis. Forandring muliggøres derfor af den kontinuerlige kamp mellem forskellige diskurser i og på tværs af diskursordener, idet disse sætter individet i stand til at yde modstand og sætte spørgsmålstejn ved eksisterende betydninger. Dog argumenteres der for, at denne forhandling og produktion af individets verden netop kun foregår til en vis grad. Således agerer individer ofte på måder, der er betingede af deres positionering i de sociale praksisser, de er en del af, hvorved praksisser også produceres i overensstemmelse med den pågældende praksis' orden. På denne måde indgår ideologi i den diskursive kamp for enten at reproducere eller transformere diskursordener, strukturer, social praksis og magtrelationer (Fairclough, 2008, pp. 21-28 & 45-51). I min analyse af de praksisser som henholdsvis SS og RPU indgår i, er det relevant at belyse diskursernes ideologiske elementer. Dette kan bidrage til en øget bevidsthed omkring de ideologisk investerede diskurser, der eksisterer i en specifik social praksis. Ifølge Fairclough (2008) er et af de vigtigste formål med kritisk diskursforskning at udvikle kritisk sprogbevidsthed, idet det kan bidrage til en større chance for social forandring. Med *kritisk sprogbevidsthed* bliver individet mere bevidst om de diskursive praksisser, de deltager i. Desuden kan individet også blive opmærksom på de ideologiske normer, sociale strukturer og magtrelationer, som de diskursive praksisser er underlagt og påvirker. På denne måde bliver det muligt at yde modstand (Fairclough, 2008, pp. 50f; Jørgensen & Phillips, 2013, p. 100).

Den diskursive kamps formål er *hegemoni*, der er magt eller dominans i økonomiske, politiske, kulturelle og ideologiske samfundsdomæner. Hegemoni betyder ikke blot dominans eller undertrykkelse af ikke-dominerende grupper, men samtidig forhandling og allianceformation gennem ideologisk påvirkning. Således sker der samtidig en forhandling om betydningen af diskurser og diskursordener ud fra bestemte ideologier. Denne forhandling og allianceformation er nødvendig for at opretholde eller transformere magtforholdet, idet de diskursive kampe om hegemoni foregår kontinuerligt. I en given diskursorden er der bestemte diskurser, der har hegemoni, idet diskursordenen kan være præget af bestemte ideologiske konventioner, som medlemmerne ligeledes underlægges. Dermed er hegemoni og magt aldrig statiske, men i kontinuerlig bevægelse i de diskursive og hegemoniske kampe. Den hegemoniske kamp udgøres af enten konstituering eller omformning af den diskursive praksis og diskursordenen. Samtidig medvirker den diskursive praksis til konstituering eller

omformning af diskursordenen, de sociale relationer og magtrelationerne (Fairclough, 2008, pp. 52-57). En undersøgelse af hegemoni i analysen af de sociale praksisser vil i mit speciale bidrage til at kunne belyse de bestemte mulighedsbetingelser, diskurserne skaber for individet. Dog er der ikke mulighed for at belyse, hvordan de modsvares og udfordres i de diskursive og sociale praksisser, de indgår i.

Med denne redegørelse for kerneantagelserne i den kritiske diskursanalyse, vil jeg nu præsentere det dokumentmateriale, der danner grundlag for specialets analyse og i den forbindelse beskrive min anvendelse af den kritiske diskursanalyse.

3.4. Valg og præsentation af empiri

Til undersøgelse af specialets problemformulering har jeg som nævnt i afsnit 1.3. valgt to politiske dokumenter, herunder SS' forebyggelsespakke om mental sundhed og en rapport fra RPU: "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser". Førstnævnte udgør en del af de forebyggende politiske tiltag, der er udarbejdet med det formål at fremme mental sundhed, hvorimod sidstnævnte udstikker en ny retning for indsatsen for mennesker, der lider af psykiske lidelser. Jeg anser disse dokumenter som vigtige policy-tekster, idet de er medvirkende til at sætte rammen for udviklingen af politiske tiltag i forhold til mental sundhed. Ligeledes betragter jeg dem som toneangivende for den officielle sproglige fremstilling af feltet, hvilket dermed kan få betydning for forståelsen af psykisk sygdom og sundhed. Dermed er det relevant at belyse de forskellige diskursive måder psykisk sygdom og sundhed fremstilles på ved hjælp af den kritiske diskursanalyse. På baggrund af den kritiske diskursanalyses detaljerighed, anser jeg de to politiske dokumenter som et tilstrækkeligt datagrundlag, da et snævrere fokus muliggør en dyberegående analyse (Jørgensen & Phillips, 2013, pp. 152f).

3.4.1. "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser"

RPU blev etableret i 2012 og bestod af repræsentanter fra forskellige interesseorganisationer, offentlige organer, for området relevante ministerier og styrelser samt faglige repræsentanter fra det psykiatriske og socialfaglige felt. Udvalget havde til opgave

at stille forslag til en forbedret indsats for mennesker med psykiske lidelser. Resultatet blev en rapport, som blev publiceret i oktober 2013. Rapporten beskrev udviklingen i psykiatrien med dertilhørende udfordringer, som udvalgets langsigtede forslag og plan skulle forsøge at løse. Indsatsen skulle være præget af ”*selvbestemmelse, inddragelse, recovery og inklusion*” (RPU, 2013, p. 10). Målet med den nye ramme var at ændre holdningen til psykisk sygdom i mere positiv retning både i den professionelle indsats og i offentligheden generelt, opnå sidestilling med fysisk sygdom samt mindske stigmatisering af mennesker med psykiske lidelser. For at opnå disse mål og imødegå udfordringerne på området præsenterede RPU seks områder, som deres forslag og anbefalinger skulle fokusere på. Disse områder var: 1) ”forebyggelse og tidlig indsats”, 2) ”styrket sammenhæng i indsatsen”, 3) ”høj kvalitet i den faglige indsats”, 4) ”inddragelse af borgere, pårørende og civilsamfund”, 5) ”nedbringelse af tvang” og 6) ”bedre styring og ressourceanvendelse”.

3.4.2. Forebyggelsespakken om mental sundhed

Forebyggelsespakken om mental sundhed er udarbejdet af SS i 2018 og præsenterer anbefalinger til understøttelse af den kommunale indsats for at fremme borgeres mentale sundhed og forebyggelse af eventuel psykisk sygdom. Anbefalingerne bygger dels på et videnskabeligt forskningsgrundlag, og dels på god praksis, erfaring fra kommunerne, ekspertskøn og nationale undersøgelser. SS præsenterer 32 anbefalinger organiseret under fire overskrifter: 1) ”rammer”, der beskriver udvikling af politikker på området, 2) ”tilbud”, der opremser forskellige tilbud, der skal oprettes, 3) ”information og undervisning”, der omhandler fokus på trivsel i undervisningen og information om rådgivningstjenester og 4) ”tidlig opsporing”, der indebærer en tidlig indsats for at opspore dårlig trivsel.

3.5. Kritisk diskursanalyse - fremgangsmåde

Jeg har påbegyndt analyseprocessen med en gennemlæsning af de valgte politiske dokumenter, som jeg systematisk har gennemgået for de udsagn, jeg har fundet relevante med henblik på at belyse diskursive fremstillinger om psykisk sygdom og sundhed. Således har jeg identificeret mønstre i udsagn og organiseret dem ud fra deres specifikke fremstilling af psykisk sygdom og sundhed i forskellige diskurser.

Da mit speciales omdrejningspunkt er de diskursive praksisser, har jeg i analysen belyst de måder, hvorpå diskurser kommer til udtryk, både som en bestemt sproglig social praksis, som sprogbrug, der afspejler et bestemt felt samt som et udtryk for et bestemt perspektiv (Phillips, 2010, pp. 274f; Jørgensen & Phillips, 2013, pp. 79-83). Ligeledes har jeg fokuseret på, hvordan iværksættelsen af bestemte diskurser er med til at subjektivere individet i retning af bestemte roller. Som før nævnt i afsnit 1.3. indeholder de valgte dokumenter eksempelvis ikke tekstuddrag fra brugere, hvorfor det kan være vanskeligt at udtale sig om tekstmodtagerens fortolkning og påvirkning. Jeg har struktureret min kritiske diskursanalyse i to dele, hvor jeg i første del præsenterer de diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed. Analysen af de diskursive praksisser understøtter og understøttes af tekstanalysen. Dermed har jeg ved inddragelse af for specialet relevante tekstuelle værktøjer kunnet belyse, hvordan diskurserne iværksættes tekstuel og er med til at give belæg for de fundne diskurser (Phillips, 2010, pp. 274f). I denne del af analysen har jeg fokuseret på begreberne ordvalg og modalitet i forhold til at belyse, hvordan fremstillingerne rent tekstuel kommer til udtryk og er med til at skabe en bestemt forståelse af psykisk sygdom og sundhed. Endvidere har jeg inddraget begreberne intertekstualitet og interdiskursivitet, der kan anskueliggøre teksternes forbindelse og relation til andre tekster eller diskurser. I forbindelse hermed har jeg belyst, hvorvidt og på hvilke måder den valgte teori kan illustrere, hvad de givne diskursive fremstillinger kan være et udtryk for. Teorien har dermed været med til at berige analysen. I analyseprocessen har jeg vekslet mellem fokus på dels dokumenterne, dels teorierne, hvorved jeg har opnået nye forforståelser, der har præget analysen. Dog med en bevidsthed om ikke at lade teorien være styrende, så jeg også har medtaget modstridende fremstillinger.

I anden del af analysen har jeg relateret diskurserne til de specifikke sociale praksisser, som de diskursive praksisser konstituerer og konstitueres af. I denne del af analysen har jeg inddraget begreberne ideologi og hegemoni, som kan illustrere de bagvedliggende praksisser og strukturer, der kan være medvirkende til at styre og regulere individets adfærd. Ligeledes har jeg koblet disse sociale praksisser til de karakteristika, som teorierne hver især skitserer som værende dominerende i vores samtid.

Efter denne gennemgang af den kritiske diskursanalyse og metodens anvendelse i specialet, vil jeg i næste kapitel præsentere resultaterne af analysen af de diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed.

Kapitel 4

Kritisk diskursanalyse empirien

4. Kritisk diskursanalyse af empirien

Som beskrevet ovenfor er analysen inddelt i to overordnede dele. I første del behandler jeg det tekstuelle og det diskursive praksis niveau samtidig, idet disse niveauer er dybt indlejrede i hinanden, og det tekstuelle fungerer som belæg for de diskursive fremstillinger. I anden del behandler jeg de sociale praksisser, som de diskursive praksisser er indlejret i.

4.1. Tekstuel iværksættelse af diskursive praksisser

I denne del af analysen fremanalyserer jeg de diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed, som er organiseret ud fra overskrifterne: den ansvarlige borger, den skrøbelige patient, mental sundhed og psykisk sygdom som objektivet fænomen.

4.1.1. Den ansvarlige borger

I rapporten fra RPU trækkes der blandt andet på en diskurs om individet som en ansvarlig borger. Dette afspejles eksempelvis gennem et fokus på den enkeltes selvbestemmelse og inddragelse i eget forløb. Disse er endvidere karakteristika, der skal kendetegne en forbedret indsats for mennesker, der lider af en psykisk lidelse.

Selvbestemmelsen kommer til udtryk, idet den enkelte i interaktionen med de fagprofessionelle bliver enige om ønsker, mål og behov i forhold til indsatsen (RPU, 2013, pp. 94-97). Med ordvalg såsom ”selvbestemmelse”, ”inddragelse” og ”dialog” fremstilles der et forhold mellem borger og fagprofessionel, der er ligeværdigt, hvor parterne kan samarbejde om at nå et fælles mål, hvor begge har ansvar for udfaldet. På trods af beskrivelsen af et delt ansvar, lægges der stor vægt på individet som en ansvarlig borger, hvorved borgeren, der lider af en psykisk lidelse, ansvarliggøres for egen sygdom og sundhed. RPU beskriver, at ”[...] den enkelte borger har ansvar for eget liv og for de valg og handlinger, som er afgørende for den mentale sundhed” (RPU, 2013, p. 102). Hermed ansvarliggøres borgeren ikke bare for eget liv, men må ligeledes finde årsagen til eventuel psykisk vanskelighed eller lidelse i sig selv. Dette betyder, at den enkeltes adfærd og valg kan ses som årsagen til den givne psykiske vanskelighed. Således trækkes der på diskurser i fremstillingen af individets ansvar for egen psykisk sygdom og sundhed, som er specifikke for den socialfaglige dis-

kursorden. Fremstillingen kan siges at trække på både individualisme og ideen om det opportunistiske individ, hvor individet er unikt og har frihed og ansvar til at styre sit eget liv og opnå lykke (Pedersen, 2011). Ifølge RPU kan selvbestemmelse og inddragelse blandt andet sikres gennem teknologi:

Telepsykiatri og velfærdsteknologi kan anvendes til at involvere borgeren som aktiv medspiller i indsatsen. Teknologien i apps, smartphones og tablets gør det muligt at strukturere hverdagen bedre, huske medicinen, selvmonitorering af symptomer mv. (RPU, 2013, p. 253).

Udsagnet fremhæver netop borgerens aktive involvering gennem blandt andet at kunne monitorere sine symptomer. Med dette udsagn søges der en ansvarliggørelse af individet, der selv skal overtage ansvaret for at være opmærksom på symptomer og håndtere hverdagen. Dette tyder på, at individet forventes at være i stand til at kunne tage ansvar for egen sygdom og sundhed. Desuden forudsætter udsagnet, at individet selv kan monitorere symptomer, hvilket kræver et kendskab til symptomer og diagnoser. Ifølge Brinkmann (2010a) er kendskabet til diagnoser et resultat af diagnosekulturen, hvor diagnostiske begreber er blevet en del af daglig tale. Med dette kendskab bliver individet i stand til at monitorere symptomer, men kan også ifølge Horwitz og Wakefield (2007; Horwitz, 2003) betyde, at individet bliver opmærksom på og sygeliggør sig selv og sin adfærd.

Rose (2009) fremhæver ligeledes, at individet i dagens samfund subjektiveres til at være en biologisk borger, der selv har ansvar for at forvalte egen sygdom og sundhed. Den biologiske borger har desuden ikke bare ansvar for, men også pligt til at vælge og fravælge. Dette betyder i sidste ende, at individet selv er ansvarlig for valg og handlinger, der kan føre til psykiske lidelser, hvilket ligeledes er den fremstilling, der bringes frem i ovennævnte udsagn. På denne måde kan de ovennævnte udsagn ses som et eksempel på den diskursive praksis, der kan være medvirkende til at producere et bestemt ideal som gennem subjektifikationen gøres det til et styrings- og reguleringsredskab (Petersen, 2016). Dette fokus på individets ansvar i forhold til at træffe valg omkring indsatser fremhæves ligeledes i et udsagn fra SS: ”Desuden anbefales kommunale tilbud til mestring og eventuel symptomhåndtering” (SS, 2018, p. 21). Således ses individet med dårlig mental sundhed som ansvarlig for at vælge imellem og tage imod de tilbud, der eksisterer, så det selv kan lære at mestre psykiske vanskeligheder. Belyses dette gennem præstationssamfundets tematik, kan der trækkes pa-

rallerer til ideen om præstationsindividet, der er ansvarlig for sit eget liv og for at træffe de rigtige valg, så vedkommende kan klare sig i konkurrencen med andre (Petersen, 2016).

I rapporten fra RPU tydeliggøres denne ansvarliggørelse yderligere i udsagn som for eksempel "[...] selvom målet er forskelligt afhængigt af fagområde, har indsatsen alligevel samme overordnede sigte, nemlig at den enkelte får den rette støtte, omsorg og behandling, så borgeren oplever udvikling, øget mestringssevne, selvhjulpethed og aktiv deltagelse i samfundslivet" (RPU, 2013, p. 155). Heri lægges der netop vægt på, at det er borgeren, der skal lære at mestre sin lidelse med henblik på at blive uafhængig af offentlig støtte og kunne tage aktiv del i og bidrage til samfundet. Det vil sige, at borgeren fremstilles som én, der har behov for at tage kontrol over livet gennem selvstændighed og ansvarlighed, der begge er nøgleord i præstationssamfundet (Petersen, 2016). Samtidig er dette udsagn med til at reproducere diskursen om det ansvarsbevidste, udviklende og selvdisciplinerende individ, idet skabelsen af dette individ kan anses som målet med indsatserne. Ifølge RPU er målet netop recovery og rehabilitering, der forudsætter, at individet skal hjælpes til igen at leve et selvstændigt og meningsfuldt liv samt, at individet "kommer videre i livet" (RPU, 2013, p. 96). I forlængelse af det ovennævnte udsagn ses der her et fokus på individets udvikling og muligheder i forhold til at komme sig. Recovery indebærer ifølge RPU (2013, p. 156) personorientering, personinvolvering, selvbestemmelse, potentiale for udvikling og kan anskues på flere forskellige måder. For det første lægges der vægt på mulighederne for at hjælpe individet med at blive raskt eller sundt. I overensstemmelse med WHO's definition af sundhed indebærer dette, at individet skal være vel fungerende, trives og udvikle sig gennem realisering af potentialer (WHO, 2001, p. 5; WHO, 2018). For det andet kan ordvalget at "komme videre i livet" ud fra Petersens (2016) perspektiv siges at beskrive udvikling. Udvikling i denne forstand betyder dermed også kontinuerlig bevægelse, tilpasning og smidiggørelse af selvet for at kunne efterleve samfundets normer og bidrage til samfundet. At komme videre i livet betyder endvidere ikke at forblive det sted, hvor vedkommende er, da dette ville betyde at blive tilbage; at være i stilstand. Hvis den enkelte ikke oplever recovery og rehabilitering fra den psykiske lidelse, kommer vedkommende heller ikke videre i livet. Petersen (2016) beskriver netop stilstanden som værende i opposition til præstationssamfundets idealer om stadig bedre præstationer og udvikling. Mennesket,

der lider af en psykisk lidelse, bliver ligeledes det komplet modsatte, blandt andet fordi denne ikke er i bevægelse. Ifølge Petersen (2016) er udvikling internaliseret i den enkelte som en nødvendighed for at følge med i præstationskapløbet og som et led i at bidrage aktivt til samfundet. Set i dette lys kan RPU's udsagn omkring recovery, ikke bare ses som det at komme sig af den psykiske lidelse, men samtidig som en proces, hvor individet øger sin selvstændighed og udvikler sig imod at kunne deltage aktivt i samfundet. RPU's anvendelse af ordvalget "aktiv deltagelse" forstærker idealet om et individ i bevægelse; i udvikling. For individet er selv ansvarlig for denne udvikling, idet det kræver en aktiv handling at komme sig af lidelsen. Således placeres individet i en position, hvor vedkommende gennem aktiv handling kan realisere sine potentialer og udvikle sig mod et mere sandt selv (Rose, 2009). Dette fremhæves eksempelvis i følgende udsagn: "[...] den socialfaglige indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder og psykiske lidelser tager udgangspunkt i menneskets muligheder og potentialer, og hvordan disse kan realiseres" (RPU, 2013, p. 63). I udsagnet skabes der en diskursiv identitet, hvor individet antages at indeholde uudnyttede og uopfyldte potentialer, der skal udvikles. Det tyder netop på et fokus på selvrealisering af uopfyldte potentialer. Denne selvrealisering ses hos både Rose (2009) og Petersen (2016) som et udtryk for et individ-ideal, hvor den enkelte kontinuerligt må smidiggøre og optimere sig selv i et forsøg på at leve op til de internaliserede krav og normer fra samfundet.

På denne måde fremstilles psykisk sygdom og sundhed som elementer af livet, borgeren selv har ansvar for at forvalte. Derfor subjektiveres individet til at anse ansvarlighed, udvikling og selvdisciplinering som efterstræbelsesværdige idealer.

4.1.2. Den skrøbelige patient

I de to politiske dokumenter trækkes der desuden på en diskurs, der omhandler individet som en skrøbelig patient. Denne diskurs hører til den diskursorden, der eksisterer i psykiatrien, og står i stærk kontrast til diskursen om den ansvarlige borger. Forskellen i ordvalg afhænger ifølge RPU (2013, p. 36) af, om den enkelte med en psykisk lidelse er tilknyttet støtte og behandling i sundhedsfagligt eller socialfagligt regi. Således anvendes patient i det sundhedsfaglige felt og borger i det socialfaglige felt, hvilket er med til at konstruere forskellige identiteter og relationer mellem diskurs-

deltagere. Disse to felter kan anses som forskellige diskursordener, der hver især muliggør forskellige diskursive forståelser af psykisk sygdom og sundhed.

Som beskrevet i afsnit 4.1.1. konstrueres mennesket først og fremmest som en samfundsborger, der har pligt til at deltage aktivt i og bidrage til samfundet. Individet står dermed til ansvar overfor samfundet og er som ovenfor nævnt en ligeværdig modpart i tilrettelæggelsen af støtte og indsats. Den diskursive konstruktion af den enkelte som en patient, som primært anvendes af RPU, medfører derimod, at individet sættes i en anden position overfor fagprofessionelle. Den enkelte bliver i stedet positioneret som en passiv modtager af, hvad de fagprofessionelle anser som passende indsatser. Denne passivitet medfører et ulige magtforhold i relationen til de fagprofessionelle, der kommer til at indtage en rolle som suveræn magt, der alene ved, hvordan patienten hjælpes og støttes bedst. Dette ses eksempelvis i følgende udsagn af RPU, hvor balancegangen mellem individets selvbestemmelse og tvangsforanstaltninger overvejes:

På den ene side skal den enkeltes selvbestemmelsesret respekteres i videst mulige omfang. På den anden side er det også et grundlæggende princip i vores samfund, at der bliver draget omsorg for de mennesker, der er ude af stand til at varetage deres egne interesser (RPU, 2013, p.31).

I ovenstående udsagn trækkes der samtidig på diskursen om den ansvarlige borger, hvor det at sikre individets selvbestemmelse er i høj kurs, og på diskursen om den skrøbelige patient, der ikke er i stand til at tage vare på sig selv. Således belyser dette udsagn netop positioneringen af et sårbart og passivt individ, der ikke kan tage ansvar for eget liv og handlinger og dermed må håndteres og drages omsorg for. Dette kunne vidne om en fratagelse af ansvar og agens.

Diskursen om den skrøbelige patient tydeliggøres endvidere af adskillige andre ordvalg, der betegner mennesker med en psykisk lidelse som en specifik gruppe med specifikke kendetegn. Eksempelvis særlig skrøbelig (RPU, 2013, p. 182), med særlige behov (RPU, 2013, p. 105; SS, 2018, p. 19), særlig udsat (RPU, 2013, p. 104), sårbar (RPU, 2013, p. 105; SS, 2018, p. 24) og socialt udsat (RPU, 2013, p. 23; SS, 2018, p. 19). Den skrøbelige patients identitet konstrueres blandt andet således:

Ofte har særligt sårbare mennesker også en række andre sociale udfordringer, som f.eks. et begrænset netværk, dårlig økonomi, hjemløshed mv.

og har dermed behov for andre sociale indsatser og tilbud. [...] En stor gruppe borgere har udover deres psykiske problemstillinger problemer med ledighed eller er sygemeldt (RPU, 2013, p. 20).

Denne skabte identitet bliver et udtryk for, at mennesker med psykiske lidelser er mennesker, der er særligt sårbare, det vil sige mere sårbare end andre. Der ligger i denne identitet en adskillelse af mennesker baseret på en eventuel tilstedeværelse af psykisk sygdom. Mennesker med en psykisk lidelse placeres i en bestemt gruppe, der er ekstra sårbare, hvilket medvirker til, at psykisk sygdom kan ses som noget iboende i mennesket (behandles yderligere i afsnit 4.1.4. og 5.3.). I udsagnet benyttes den kategoriske modalitet "har", der kan medføre, at mennesker med psykiske lidelser regnes for at tilhøre en homogen gruppe. Denne gruppe har udover den psykiske lidelse vanskeligheder både på det sociale, økonomiske og beskæftigelsesmæssige felt. Denne måde at konstruere identiteter og grupper på kan ud fra Goffmans (2009) perspektiv ses som en social kategorisering. I den sociale kategorisering betragtes bestemte individer, der anses for at have sammenlignelige karakteristika som tilhørende den samme gruppe. I denne optik kan ordvalg såsom "skrøbelig", "sårbar" og "særlig udsat" anvendes som særlige menneskelige karakteristika, der kommer til at fremstille et bestemt billede af de individer, der placeres i denne gruppe. Dermed synes de to rapporter utilsigtet at opretholde eller styrke den stigmatisering af mennesker med en psykisk lidelse, som de selv påpeger, som værende et stort problem.

Den diskursive fremstilling af individet som skrøbeligt kan også være medvirkende til skabe et billede af et menneske med en psykisk lidelse som den diametrale modsætning til præstationsindividet. Præstationsindividet er ifølge Petersen (2016) resilient, modstandsdygtigt og hele tiden i bevægelse, hvilket står i stærk kontrast til denne fremstilling af individet som skrøbeligt, sårbart og i stilstand. Således betyder det ifølge Petersen, at der er elementer i samfundet, individet ikke kan eller har kunnet klare, hvilket har medvirket til et psykisk sammenbrud. Den enkelte har ikke formået at tage det ansvar til sig, det kræver at leve i en omskiftelig verden og har tabt i præstationskapløbet. Det tyder netop på en fremstilling af individet som passivt og for svagt til at klare samfundslivet. Derfor må de udskilles eller adskilles fra samfundet gennem en tildeling af bestemte karakteristika og eventuel diagnostik, hvorved de kan behandles og igen komme til at indgå som en aktiv del af samfundet (Petersen, 2016).

Der følger endvidere af denne diskursive fremstilling af individet som en skrøbelig patient en anden forestilling om begrebet borgerinddragelse. Dette kommer eksempelvis til udtryk i RPU's fokus på at kvalificere indsatsen. RPU påpeger, at der er ved at ske en udvikling "[...] mod en mere ensartet, høj kvalitet i behandlingen via fælles visitation, fælles regionalt udviklede pakkeforløb samt forberedende arbejde omkring udrednings- og behandlingsretten. Dertil er der igangsat udvikling af nationale kliniske retningslinjer mv., hvilket udvalget finder positivt" (RPU, 2013, p. 86). I udsagnet anvendes modaliteten "er", hvorfor der ikke er lagt op til, at der kan stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt det er en positiv udvikling eller ej. Endvidere udtrykkes udsagnet som en subjektiv modalitet, idet RPU placeres som afsender af udsagnet, og dermed bliver bærer af sandheden. Ifølge RPU er sandheden, at standardiseret behandling vil højne kvaliteten, og hvis dette er en sand præmis, så er det vanskeligt at være uenig i udsagnet. Disse standardiserede indsatser kan stå i modsætning til den selvbestemmelse og inddragelse, som der lægges stor vægt på. Dette tydeliggøres eksempelvis i følgende udsagn: "[...] overlægen har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for alle borgere, der indlægges på psykiatrisk afdeling. Overlægen har endvidere ansvaret for, at borgeren vejledes om planens indhold, samt at borgere samtykke til dens gennemførelse til stadighed søges opnået" (RPU, 2013, p. 205). Hermed udfordres diskursen om den ansvarlige borger, idet borgerinddragelse her bliver et spørgsmål om at indhente informeret samtykke til en allerede fastlagt behandlingsplan, i stedet for en jævnbyrdig dialog mellem fagprofessionel og borger. Ydermere kan der ses en interdiskursivitet i forholdet mellem diskursen om henholdsvis den ansvarlige borger og den skrøbelige patient. Førstnævnte taler som udgangspunkt for en ansvars pålæggelse og sidstnævnte for en ansvarsfratagelse. Dermed kan de to diskurser ses som tilsyneladende modsatrettede diskurser, der eksisterer sideløbende og bringes sammen, når flere forskellige praksisfelter og diskursordener såsom psykiatrien, det kommunale og regionale sammentænkes. På trods af denne tilsyneladende uforlignelighed mellem de to, kan de siges at udspringe af samme overordnede ideal om ansvar. Her er den enkelte som udgangspunkt ansvarlig for sygdom og sundhed. Når den enkelte har vist sig ikke at kunne tage ansvar og eventuelt udvikler en psykisk sygdom, bliver individet en patient med en diagnose, og samfundet må træde til og drage omsorg for den sårbare patient (se afsnit 5.2. for yderligere uddybning).

4.1.3. Mental sundhed

Fremme af mental sundhed gennem forebyggelse og tidlig indsats placeres af både RPU og SS som en stor del af formålet med at udarbejde dokumenterne (SS, 2018, p. 4; RPU, 2013, p. 16).

SS beskriver mental sundhed i overensstemmelse med WHO's definition (SS, 2018, p. 4), og fremlægger hermed en bestemt forståelse af det at være mentalt sund, som både omfatter at trives mentalt, socialt og funktionsmæssigt. Det at være i en tilstand af velvære kan derfor blive en implicit præmis for at kunne klare udfordringer og stress. Det kunne tyde på at fremme af mental sundhed bliver et spørgsmål om at fremme den rette indstilling til og håndtering af dagligdagens udfordringer. Dette kan betyde, at individet har dårlig mental sundhed, hvis vedkommende ikke trives i bare et af funktionsområderne. På denne måde bliver det et snævert felt at bevæge sig indenfor. Ifølge SS (2018, p. 5) er der en årsagssammenhæng mellem dårlig mental sundhed og psykisk sygdom. Hvis der er en sammenhæng mellem dårlig indstilling til sundhed og dårlig mental sundhed, som ovenstående tyder på, kan individets dårlige indstilling også føre til udvikling af psykisk sygdom. Denne forståelse af mental sundhed og trivsel er ikke specifik for disse dokumenter, men bygger derimod på andre tekster, hvilket placerer dem som en del af en intertekstuel kæde. Dette kommer til udtryk i manifest intertekstualitet i begge dokumenter med eksplicit henvisning til henholdsvis WHO's definition af mental sundhed hos SS og forebyggelsespakken om mental sundhed hos RPU. Hermed placerer de sig i en bestemt ramme, hvor sundhed mere generelt anses som et af de mest efterstræbelsesværdige værdier på både mikro- og makroniveau.

Fremme af sundhed bliver ligeledes til et projekt med et delt ansvar imellem individet selv og det offentlige, hvilket eksempelvis kommer til udtryk i følgende udsagn: ”For beboere på botilbud har kommunerne en oplagt mulighed for at skabe sunde rammer, fremme at beboeren benytter relevante sundheds- og behandlingstilbud og støtte beboerens sunde valg, f.eks. med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker” (RPU, 2013, p. 18). Således fremhæves det, at det er kommunen, der skal stille rammerne for, at borgeren kan træffe de rigtige sunde valg. Det betyder, at det bliver en selvansvarliggørelse gennem at fremme og støtte bestemte valgmuligheder. Desuden klargøres det i udsagnet, at det er den norm omkring sundhed, der fremgår eksempelvis i forebyggelsespakkerne, der er determinerende for, om de valg

borgeren træffer, er de rigtige. Her ses der en sammenhæng mellem diskurserne omkring henholdsvis den ansvarlige borger og mental sundhed. Borgeren har ansvar for, frihed og pligt til ikke bare at vælge, men vælge det rigtige og sunde valg, som vel og mærke fastlægges af RPU og SS, da det ellers kan føre til dårlig mental sundhed. Ud fra dette eksisterer der også forkerte og usunde valg, som kan føre til en usund livsstil, hvilket ifølge RPU ofte følges af psykiske lidelser (RPU, 2013, p. 81). Et lignende synspunkt kommer til udtryk hos SS, der blandt andet beskriver sammenhængen således: ”For unge, voksne og ældre ses tilsvarende klare sammenhænge mellem eksempelvis uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, fx rygning, højt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, usunde kostvaner, og dårlig mental sundhed” (SS, 2018, p. 7). Udsagnet fremhæver gennem objektive kategoriske modaliteter to pointer som fakta: 1) at den nævnte adfærd er uhensigtsmæssig og usund, og 2) at denne adfærd fører til dårlig mental sundhed. I udsagnet anvendes ordvalget ”klar” om sammenhængen mellem den usunde adfærd og dårlig mental sundhed. Dette ordvalg er medvirkende til at styrke graden af sammenhæng, idet der ikke bare er en lille sammenhæng, men en helt klar sammenhæng, der ikke kan stilles spørgsmålstegn ved. Med udsagnet placeres ansvaret for mental sundhed hos individet, idet den uhensigtsmæssige sundhedsadfærd præsenteres som valg, den enkelte kunne have foretaget anderledes med den rette hjælp fra ekspertsystemerne. På baggrund af ordvalget adfærd i stedet for valg, kan der dog stilles spørgsmålstegn ved, om de usunde valg er ligestillede med de sunde valg. De usunde valg fremstilles som adfærd, hvilket vidner om en mere passiv forståelse af individet, der trækker på diskursen om den skrøbelige patient. Det sunde, gode og rigtige fremstilles derimod som noget, individet vælger, hvormed individet forstås som et autonomt subjekt, der aktivt selv foretager valg.

Der bliver ligeledes med ordvalget ”dårlig mental sundhed” fokus på, at den mentale sundhed er utilstrækkelig, hvilket lægger op til, at det er individets ansvar, at den er dårlig og ikke god. Dermed kan ordvalget siges at lægge op til en bestemt modtagelse af budskabet i teksten. Ordvalget kan medvirke til, at individet i højere grad vælger at handle i overensstemmelse med sundhedsnormen, idet ordet dårlig har negative konnotationer. Dette kan ud fra Roses (2009) terminologi betyde, at individet handler som en biologisk borger, der på baggrund af sundhedsidealet tilskyndes til at forvalte sin egen sundhed og efterleve idealet. Som nævnt ovenfor hænger mental sundhed i høj grad sammen med individets håndtering af sin egen sundhed. Sund-

hedsfremme handler derfor også om at ændre individets indstilling til mental sundhed og trivsel, så vedkommende handler ud fra de fastsatte normer omkring sundhed, og ikke fortsætter med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Den diskursive fremstilling af mental sundhed konstitueres endvidere som en adskillelse af mental sundhed og psykisk sygdom, som det eksempelvis ses i dette udsagn:

En borger kan fx have en høj grad af mental sundhed, selvom personen lider af skizofreni, blot sygdommen er velbehandlet. Men samtidig skal man være opmærksom på, at der kan være en årsagssammenhæng mellem dårlig mental sundhed og udvikling af psykisk sygdom, fx i forhold til angst og depression (SS, 2018, p. 5).

Med udsagnet fremhæver SS, at mental sundhed og trivsel principielt set er uafhængige af psykisk sygdom, men at der samtidig kan være en årsagssammenhæng mellem de to. Mental sundhed kan anses som en overordnet tilstand, der afhængig af graden af trivsel enten kan være med til at forebygge eller forårsage psykisk sygdom. Hvis et individ øger sin trivsel, kan dette forebygge udviklingen af sygdom, og omvendt kan en lav grad af trivsel føre til udvikling af psykisk sygdom. Dog kan sygdom og en høj grad af trivsel være til stede samtidig, hvilket betyder, at sygdommen er underordnet, hvis individet trives.

Således kan der følge af fremstillingen af mental sundhed, at hvis mennesker med psykiske lidelser ofte har en usund livsstil, som kan føre til dårlig mental sundhed, så må disse mennesker oftere have en dårligere mental sundhed. Hvis der ligeledes er en sammenhæng mellem dårlig mental sundhed og psykiske lidelser, kan det tyde på, at det er den enkeltes eget ansvar og skyld, at vedkommende har udviklet en psykisk lidelse. Psykisk sygdom bliver dermed beskrevet som både forskellig fra og forbundet med mental sundhed og trivsel, som individet har et ansvar for at forvalte samtidig med, at samfundet tilvejebringer rammerne.

4.1.4. Psykisk sygdom som objektivt fænomen

I de to valgte dokumenter konstrueres der en helt bestemt diskursiv fremstilling af psykisk sygdom som noget objektivt, der findes forud for og uafhængigt af hvilket sprogbrug, der anvendes til at kategorisere og definere den. I nedenstående udsagn fra RPU fremhæves det, at: ”Disse lidelser [angst og depression] er imidlertid under-

diagnosticerede. Det hænger bl.a. sammen med, at borgere med angst og depression i overvejende grad henvender sig med fysiske symptomer, og at den psykiske lidelse ikke erkendes" (RPU, 2013, p. 103). Således påpeges det, at lidelserne er underdiagnosticerede eller uopdagede blandt andet fordi, individet ikke erkender tilstedeværelsen af dem. Det tyder på, at lidelserne er tilstede i mange flere mennesker, end de, der får en diagnose, og at lidelsen både er uafhængig af individets erkendelse af at have den, og af at blive diagnosticeret. Forståelsen af psykisk sygdom som objektivt tilstede kan anses som et generelt resultat af den tankegang og diskursorden, der eksisterer i sundhedssektoren og placerer tidlig opsporing, forebyggelse og diagnostik som hovedprioriteter. Således ligger en eventuel psykisk lidelse blot skjult, indtil den opdages. Der følger ligeledes af udsagnet, at psykiske lidelser anses som iboende i mennesket uafhængigt af en diagnostisk udredning. Udsagnet præsenteres endvidere som sandheden, idet der anvendes kategoriske modaliteter i form af verber i nutidsform. Herved styrkes udsagnet, og der kan ikke stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt lidelserne er underdiagnosticerede. Ifølge Horwitz og Wakefield (2007; Horwitz, 2003) er udsagnet netop et udtryk for, at de diagnostiske kriterier er blevet overinklusive, så flere mennesker er omfattet af dem. De præsenterer dermed det modsatte synspunkt, at lidelserne er overdiagnosticerede. Ud fra dette perspektiv kan RPU's fokus på tidlig opsporing og diagnosticering ses som en udtryk for en patologiseringstendens. En tendens, der er medvirkende til at diagnosticere og patologisere, hvad der tidligere er blevet anset som almindelige menneskelige reaktioner (Horwitz, 2003; Horwitz & Wakefield, 2007). Denne tendens kan ligeledes findes hos SS i et udsagn som eksempelvis: "Kommunen tilbyder kursus i håndtering af angst og depression til borgere, som har eller er på vej til at udvikle angst og/eller depression" (SS, 2018, p. 22). Heri ses det, at psykisk sygdom på samme måde opfattes som en objektiv og iboende størrelse, der eksisterer i individet. Faktisk eksisterer konturerne af den givne psykiske lidelse allerede inden, den er fuldt udviklet på trods af, at den højst sandsynligt ikke er opsporet og diagnosticeret endnu. Dette tyder på en forståelse af, at den psykiske sygdom ikke er afhængig af, hvordan vi taler om, eller benævner den.

I Horwitz og Wakefields (2007) perspektiv kan selve benævnelsen af sygdom være medvirkende til at sygeliggøre tilstande, der reelt ikke er patologiske, og derigennem føre til overbehandling og potentiel stigmatisering. Paradoksalt nok tages der tilsyne-

ladende ikke hensyn til dette synspunkt i hverken rapporten fra RPU eller forebyggelsespakken fra SS. Derimod anlægges der i forhold til udfordringen med stigmatisering det modsatte synspunkt: ” Stigmatisering kan få mennesker med psykiske lidelser til at benægte og skjule deres symptomer og problemer, til skade for tidlig diagnostik og effektiv behandling” (RPU, 2013, p. 80). Stigmatisering bliver anset som noget, der forhindrer diagnosticering og behandling, og ikke som delvist afledt af selve benævnelsen af den psykiske lidelse. Det følger deraf, at stigmatisering må være direkte afledt af de karakteristika, den pågældende person tilskrives, uafhængigt af om dennes psykiske lidelse er navngivet og kategoriseret eller ej. Dette kan ifølge Goffman (2009) ikke være tilfældet, idet karakteristika netop tilskrives på baggrund af inddeling af sammenlignelige mennesker i grupper, der fordrer givne karakteristika. Således er der på grund af et specifikt gruppetilhørsforhold specifikke egenskaber, der betegner de mennesker, der placeres i denne gruppe. Et menneske, der diagnosticeres med eksempelvis depression, bliver placeret i en specifik gruppe, hvorved de egenskaber, der hører til gruppen, automatisk tilskrives denne person. Derfor bliver selve benævnelsen af den psykiske lidelse medvirkende til stigmatisering, ifølge Goffman (2009). Fordi individet bliver bærer af et stigma, bliver det også sværere at udøve eventuel social informationskontrol og passere. Ifølge Goffman (2009) vil individet sjældent opnå fuldt medlemskab af normalgruppen eller få samme mulighedsbetingelser som andre medlemmer. Et andet udsagn fra RPU fremhæver netop, at stigmatisering har negative konsekvenser for den enkelte:

Den nye ramme og retning skal understøtte en gradvis ændring af holdningen til mennesker med psykiske lidelser i samfundet, i medierne, på arbejdspladser mv. Mennesker med psykiske lidelser har typisk ikke samme vilkår som mennesker med andre lidelser, fordi de - udover at have de udfordringer, selve lidelsen forårsager - stigmatiseres på grund af tabu, uvidenhed og tavshed omkring psykiske lidelser (RPU, 2013, p. 92).

RPU peger på, at disse negative konsekvenser skal bekæmpes med en holdningsændring, hvori resten af offentligheden skal ændre den måde, der tales om og tænkes på psykisk sygdom. Det er dermed blot et spørgsmål om at ændre menneskers indstilling, ikke ændre den måde der tænkes psykiatrisk og diagnostisk praksis på, som Horwitz og Wakefield (2007; Horwitz, 2003) anbefaler. Dette understøttes af brugen af kategoriske modaliteter såsom ”stigmatiseres”, idet der ved brug af dette sproglige

værktøj ikke er nogen tvivl om, at det kun er på grund af tabu, uvidenhed og tavshed, at mennesker med psykiske lidelser stigmatiseres. RPU (2013, p. 93) lægger i bekæmpelsen af stigmatisering endvidere vægt på, at mennesket skal ses som mere end sin psykiske lidelse, hvorved sygdom og person adskilles. Dog tager dette synspunkt ikke hensyn til, at stigmatisering ikke kun kan opstå på baggrund af tabu, uvidenhed og tavshed, men at en diagnose som en sproglig kategori ligeledes kan føre til uhenigtsmæssige konnotationer og stigmatisering (Goffman, 2009).

Når psykisk lidelse ses som noget objektivt, der enten er tilstede eller ej, kan der skabes et skel mellem mennesker. I henhold til dette er et af RPU's mål for den nye ramme i psykiatrien, at den skal være inkluderende. Umiddelbart er der positive associationer forbundet med at benytte dette ordvalg, idet der peges på en indsats, der er inkluderende overfor alle mennesker. RPU beskriver eksempelvis inklusion på følgende måde:

Inklusion handler om at sikre, at alle har lige muligheder og ikke oplever væsentlige barrierer for deltagelse i samfundslivet, herunder på arbejdsmarkedet, i skole og dagtilbud, fritidsliv mv. Det handler om at kunne deltage og høre til - uanset om man har en psykisk lidelse eller ej (RPU, 2013, p. 97).

I udsagnet lægges der vægt på de positive resultater, der kan opnås gennem inklusion såsom lige mulighedsbetingelser for at kunne deltage i samfundets forskellige sfærer. Det klargøres af udsagnet, at der ikke eksisterer de samme mulighedsbetingelser for at deltage og høre til for mennesker med psykiske lidelser, hvilket inklusion skal afhjælpe. Dog kan der argumenteres for, at anvendelsen af ordvalget inkluderende lige præcis forudsætter et skel mellem henholdsvis mennesker med og uden en psykisk lidelse. Tilstedeværelsen af en psykisk lidelse bliver det karakteristika, hvorudfra adskillelsen foretages. Dette synspunkt blev ligeledes fremhævet i afsnit 4.1.2., hvor ordvalg såsom ”sårbar” og ”skrøbelig” kunne ses som medvirkende til at konstituere mennesker med en psykisk sygdom som en særegen gruppe. Denne adskillelse af befolkningen tydeliggøres eksempelvis af et udsagn fra RPU: ”Selvbestemmelse og respekt er fundamental for alle mennesker - også mennesker med psykiske lidelser” (RPU, 2013, p. 94). Der lægges op til, at alle har en fundamental ret til selvbestemmelse og respekt. Dog bliver den første del af sætningen svagere ved at tilføje den anden del. Ved at nævne mennesker med en psykisk lidelse for sig forudsættes

det, at disse mennesker netop udgør en særegen gruppe, der ikke er inkluderet i begrebet "alle mennesker". Det, at det er nødvendigt at nævne, at sådanne fundamentale rettigheder også er vigtige for mennesker med psykiske lidelser, kan netop betyde, at de anses som en anderledes gruppe. Der kan ligeledes argumenteres for, at der skabes en polariseret fremstilling af psykisk sygdom overfor sundhed, der blandt andet kommer til udtryk i følgende udsagn: "Det er derfor vigtigt at have fokus på at fremme mental sundhed blandt både raske og syge og både ved fysisk og psykisk sygdom" (SS, 2018, p. 5). Hermed skabes der en opdeling af befolkningen i to, en syg og en rask gruppe, der hver især karakteriseres og defineres ud fra henholdsvis tilstedeværelse eller fravær af sygdom. Enten er mennesket sygt eller raskt. Der konstrueres en diskursiv fremstilling af mennesker med psykisk sygdom som ikke inkluderet i den raske del af befolkningen. Inklusionen kan på denne måde vanskeliggøres både af denne ikke-inkluderende opfattelse og af stigmatiseringen. Den ikke-inkluderende opfattelse kan eventuelt også føre til opretholdelse af stigmatisering, idet mennesker med psykiske lidelser netop ses som en adskilt gruppe med særegne karakteristika.

Dog kan ovenstående udsagn ligeledes ses som et udtryk for en forståelse af psykiske sygdomme som flydende kategorier. I en sådan forståelse er det relevant at have fokus på forebyggelse og sundhedsfremme hos både raske og syge, da alle mennesker potentielt er syge med større eller mindre risiko for at udvikle sygdom. I dokumenterne ses der et stort fokus på at identificere risikofaktorer for udvikling af sygdom, hvilket også indikerer, at individet befinder sig i risikozonen uafhængigt af, om vedkommende er rask eller syg. Denne forståelse tydeliggøres i følgende udsagn: "Der er en glidende overgang fra naturlige reaktioner på livets mange udfordringer til egentlige psykiske lidelser" (RPU, 2013, p. 47). Heri beskrives der en forståelse, hvor psykisk sygdom fordeler sig på et kontinuum med forskellige sværhedsgrader og flydende overgange, hvorfor det kan være vanskeligt at adskille raske og syge.

Denne diskursive fremstilling af psykisk sygdom bliver medvirkende til konstitueringen af en forståelse, der anser psykisk lidelse som objektivt tilstedeværende uafhængigt af benævnelse og diagnosticering. Ligeledes tyder det på, at psykisk sygdom både kan ses som et karakteristika, der skaber en separation af befolkningen, eller som flydende kategorier, der potentielt kan ramme alle.

4.1.5. Delkonklusion 1 - Tekstuel iværksættelse af diskursive praksisser

I den første del af analysen har jeg fokuseret på den tekstuelle og diskursive praksis og udpeget fire diskurser, der hver især konstituerer forskellige fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed. Således skabes der ud fra diskurserne et billede af psykisk sygdom og sundhed som individuelle anliggender. Den enkelte opfordres, tilskyndes og forventes at tage ansvar for og forvalte sygdom og sundhed. Denne forvaltning foregår gennem at være en aktiv og involveret agent i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af de pågældende indsatser samt træffe sunde valg og undgå u hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Der præsenteres en bestemt norm for sundhed, som indebærer, at individet er en ansvarlig borger, der er velfungerende og kan klare hverdagens opgaver og udfordringer med en overvejende tilfreds og positiv indstilling til livet. Derudover fremstilles psykisk sygdom som et objektivi t fænomen, der eksisterer uden relation til og sammenhæng med benævnelse og erkendelse af sygdommen. Dette er medvirkende til at skabe en dikotomisk forståelse af psykisk sygdom overfor sundhed, således at den enten er tilstede eller ej. Der præsenteres samtidig en mere kontinuum-baseret forståelse af sundhed og sygdom, hvor alle mennesker potentielt er eller kan blive syge. Tilstedeværelsen af en psykisk lidelse kan ligeledes anskues som en brist hos individet, der er ekstra sårbar overfor udfordringer eller belastninger, og ikke har formået at tage ansvar for egen psykisk sygdom og sundhed. Her er det i stedet samfundet, der overtager ansvaret for, at den enkelte kommer sig over lidelsen og igen kan deltage i og bidrage til samfundet.

I denne del af analysen har jeg præsenteret den tekstuelle iværksættelse af bestemte diskursive praksisser i forhold til psykisk sygdom og sundhed. Herunder vil jeg fremanalysere det dialektiske forhold mellem diskurserne og de sociale praksisser, som diskurserne kan ses som et udtryk for.

4.2. Sociale praksisser indenfor mental sundhed

De fremanalyserede diskursive praksisser kan ses som indlejret i forskellige bredere samfundsmæssige felter; forskellige sociale praksisser. Jeg belyser i dette afsnit, hvordan diskurserne kan ses som udtryk for den bredere sociale praksis og samtidig

som medkonstituerende af den sociale praksis. Dette for at undersøge hvilke praksisser diskurserne muliggør samt praksisernes indvirkning på udformningen af bestemte diskurser. I analysen inddrager jeg Faircloughs begreber ideologi og hegemoni. Med disse begreber vil jeg belyse, hvordan bestemte ideologiske perspektiver har indflydelse på diskurserne om psykisk sygdom og sundhed. Endvidere ønsker jeg at undersøge, hvordan individer subjektiveres af magthaverne, her RPU og SS, i et forsøg på at etablere en given ideologi. Ifølge Fairclough (2008) kan analysen af de bredere sociale praksisser ikke gennemføres udelukkende via diskursanalysen, men må suppleres af sociologisk teori, hvorfor jeg inddrager perspektiver fra Petersen, Rose og Horwitz og Wakefield. På baggrund af analysen har jeg identificeret tre sociale praksisser, som denne del af analysen er struktureret ud fra: arbejdsmarkedet, sundhedsfremme og forebyggelse samt den psykiatriske praksis.

4.2.1. Arbejdsmarkedet

Arbejdsmarkedet er den første sociale praksis, som de diskursive praksisser er indlejret i og medkonstituerende af. Arbejdsmarkedet som social praksis er et bredere socialt domæne, der indeholder bestemte diskursive og ikke-diskursive praksisser og bestemte måder at tale om og skabe betydning, identiteter og relationer. Denne sociale praksis er i dokumenterne et stort fokuspunkt for indsatserne i forhold til mental sundhed, idet der lægges vægt på inklusion og fastholdelse på arbejdsmarkedet (RPU, 2013, p. 163; SS, 2018, p. 5).

Der eksisterer i arbejdsmarkedet som social praksis udover et fokus på de menneskelige omkostninger ligeledes et fokus på de samfundsøkonomiske omkostninger, psykiske lidelser udgør. Her lægges der i dokumenterne især vægt på dels manglende beskæftigelse og sygefravær og dels samfundets udgifter til velfærdsydelser. Det ses eksempelvis i følgende udsagn fra SS: ”Samtidig har denne gruppe borgere også øget brug af sundhedsydelser, lavere uddannelsesniveaue og svagere tilknytning til arbejdsmarkedet” (SS, 2018, p. 5). Det tydeliggøres her, at mennesker med psykiske lidelser er en omkostning for samfundet generelt, ikke mindst på grund af de konsekvenser det har for arbejdsmarkedet (behandles yderligere i afsnit 4.2.4.).

Den høje prioritering af arbejdsmarkedets interesser kommer ligeledes til udtryk, idet arbejde præsenteres som et efterstræbelsesværdigt ideal og norm for individet: ”Derfor skal indsatsen i højere grad have fokus på mulighederne for at komme sig og ha-

ve en almindelig hverdag med uddannelse eller arbejde” (RPU, 2013, p. 9). Således konstrueres det at have et arbejde eller være på vej til at få et som lig med det at have en almindelig hverdag, hvilket samtidig er fokus for indsatserne. Formålet med at komme sig fra den psykiske lidelse bliver indlemmelse på arbejdsmarkedet. Dette placerer arbejdet som en norm for det almindelige menneskelige liv, hvormed det ikke at have et arbejde bliver et ualmindeligt liv. Arbejdet bliver endvidere beskrevet både af SS og RPU som sundhedsfremmende, idet ”[...] arbejde generelt fremmer bedring og helbredelse, samt at både personer med lettere og sværere psykiske lidelser kan få det væsentligt bedre, når de kommer ud på det ordinære arbejdsmarked” (RPU, 2013, p. 163). Heri fremhæves det, at arbejde er sundhedsfremmende og kan være vejen til at opnå bedring og endda helbredelse fra den psykiske sygdom. I forrige udsagn kom til udtryk, at målet med bedring er at arbejde. Dermed bliver arbejdet både et middel til at komme sig og et mål med det at komme sig. Det at deltage i en social praksis som arbejdsmarkedet bliver til et normativt ideal og et efterstræbelsesværdigt mål både i forhold til gerne at ville efterleve normen samt troen på, at bedringen kan opnås gennem arbejdet.

Ved at inddrage perspektiver fra Petersen (2016) og Rose (2009) bliver det tydeligt, hvordan diskursen om den ansvarlige borger er indlejret i arbejdsmarkedet som social praksis. Ifølge Petersen (2016) er målet med at subjektivere individet til at blive en ansvarlig borger, at individet kan være til nytte på og bidrage til arbejdsmarkedet. Således er individets mål at være ansvarlig for sine valg og fravalg, sine præstationer og sin sundhed for at kunne vise sit værd på arbejdsmarkedet. Det er derfor også nødvendigt at monitorere sine præstationer og sin sundhed for hele tiden at være på forkant med, hvordan individet må udvikle sig for fortsat at være attraktiv for arbejdsmarkedet. Denne internalisering af idealet muliggøres netop ved at anskueliggøre arbejdet som det højeste og mest efterstræbelsesværdige ideal, som individet må leve op til gennem at være den ansvarlige borger (Petersen, 2016).

Hvis dette ikke er muligt eksempelvis på grund af psykisk sygdom, er individet ikke aktivt og deltagende. Dette fremhæves netop af Petersen (2016), der beskriver, at det kræver en aktiv smidiggørelse af selvet for både at forstærke sin ansættelsesbarhed, men også for at kunne følge med på et omskifteligt arbejdsmarked. Dette samfundsmæssige fokus på ansvarlighed, der kræves for at forvalte eget liv og sundhed med det formål at kunne bidrage til samfundet gennem arbejde, kan ligeledes ses som

underliggende diskursen om den skrøbelige patient. Når denne ses ud fra og placeres i denne sociale praksis, ses det netop, at den skabte identitet som skrøbelig er det modsatte af, hvad der efterspørges på arbejdsmarkedet, som ifølge Petersen (2009) er præstationsindividet. Derfor må individet subjektiveres til at være en, der har behov for det offentlige hjælp, for individet må hjælpes nu på grund af den store samfundsmæssige omkostning. Dermed bliver subjektifikationen og internaliseringen af det ansvarsbevidste og selvoptimerende arbejdende individ et led i at opnå fastholdelse på arbejdsmarkedet. Dette er en samtidig gevinst for samfundsøkonomien og for den enkeltes livskvalitet. I opretholdelsen af tilknytning til arbejdsmarkedet kræves der derfor et individuelt ansvar for sundhedsfremme, der i næste afsnit skitseres som en bestemt social praksis.

4.2.2. Sundhedsfremme og forebyggelse

Som beskrevet i afsnit 4.1.4. fremhæver SS og RPU i dokumenterne sundhedsfremme, tidlig opsporing og forebyggelse som vigtige fokuspunkter, der skal prioriteres og efterstræbes. Det ses netop hos Rose (2009), at sundhed på samme måde som arbejdet ophøjes til et ideal, der gennem subjektifikationen af individet som en biologisk borger bliver værd at efterstræbe og efterleve. Herudfra kan sundhedsfremme og forebyggelse placeres som en bredere social praksis, som diskurserne konstitueres i og er medkonstituerende af.

Ifølge SS er formålet med udarbejdelsen af forebyggelsespakken at understøtte det kommunale arbejde i forhold til både at fremme mental sundhed samt forebygge udvikling af dårlig mental sundhed (SS, 2018, p. 4). Indsætterne muliggøres dermed af den sociale praksis' betingelser, rammer og normer. I RPU's rapport opereres der med en lignende forståelse af sundhedsfremme og forebyggelse, der eksempelvis beskrives således: "Forebyggelse og sundhedsfremme vil overordnet sige, at der arbejdes mod at undgå, at sygdom opstår og videreudvikler sig, samt mod at styrke de individuelle ressourcer, sociale handlemønstre og samfundsmæssige rammer, der påvirker vores sundhedstilstand og -adfærd" (RPU, 2013, p. 101). Således indebærer sundhedsfremme hos SS fremme af borgerens mentale sundhed og trivsel, mens det hos RPU indebærer styrkelse af individuelle ressourcer og de bredere rammer for individets tilstand og adfærd. Sundhedsfremme indebærer således individet som aktiv handlende agent. Sundhedsfremme og forebyggelse udlægges som en kombinati-

on af at tilvejebringe optimale strukturelle rammer for borgernes sundhed og af at styrke den enkeltes ressourcer og sundhedsadfærd. Samtidig indebærer forebyggelse ifølge SS og RPU det at forebygge udvikling af dårlig mental sundhed og psykisk sygdom. Dette kunne eksempelvis foregå gennem tidlig opsporing og diagnostisering, hvilket derimod kan tage ansvaret fra den enkelte. Hermed kan der ses en iværksættelse af henholdsvis diskursen om den ansvarlige borger og den skrøbelige patient, hvilket muliggør forskellige enten sundhedsfremmende eller forebyggende indsatser.

Det store fokus på tidlig opsporing og indsats kommer ligeledes til udtryk i følgende udsagn: ”Forebyggelsesindsatsen styrkes gennem opsporing og tidlige indsatser med henblik på færre menneskelige omkostninger og bedre ressourceudnyttelse” (RPU, 2013, p. 99). I udsagnet fremhæves det, at psykiske vanskeligheder skal opspores og behandles tidligt i forløbet, så de ikke medfører både menneskelige og samfundsmæssige omkostninger (behandles yderligere i afsnit 4.2.4.). Denne form for tidlig indsats bliver fremlagt som til gavn for både individet og samfundet generelt. Som nævnt i afsnit 4.1.4. kan dette fokus på tidlig opsporing, diagnostik og behandling ifølge Horwitz og Wakefield (2007) føre til en patologisering af menneskeligt ubehag. Således beskrives det, at tidlig opsporing og diagnostik kan være et resultat af en udvidelse af, hvad der opfattes som patologisk. Dette har ifølge Horwitz og Wakefield (2007) ført til skabelsen af nye diagnoser med overinklusive kriterier. Ud fra dette synspunkt kan det medføre en patologisering af mennesker, som ikke har en psykisk sygdom med unødvendig behandling, ændring af selvforståelse og eventuel stigmatisering til følge (Horwitz & Wakefield, 2007; Horwitz, 2003).

RPU fremhæver ligeledes vigtigheden af en tidlig indsats for børn mellem 1-5 år, idet en undersøgelse har vist, at 12-18% har psykiske vanskeligheder: ”Det er vigtigt, ikke mindst for denne målgruppe, at psykiske vanskeligheder opdages og behandles tidligt, før vanskelighederne har nået et betydeligt omfang og ført til komplikationer med hensyn til indlæring og psykosociale funktioner” (RPU, 2013, p. 105). Heri tydeliggøres det, at der i gruppen af selv helt små børn er en større andel, der har psykiske vanskeligheder, hvorfor der også her må sættes ind med en tidlig indsats. Der kan dog argumenteres for, om det er muligt at afgøre om et så lille barn har psykiske vanskeligheder, eller om det i virkeligheden er et udtryk for en variation i udviklingen. Dette med en forøget risiko for, at en større andel af børn ned til spædbørnsal-

ren kan blive opfattet ud fra diagnostiske kriterier både af sig selv og af andre med både positiv og negativ forskelsbehandling til følge. Dette betyder endvidere, at det allerede på dette tidspunkt i et individs liv er muligt at differentiere mellem normal og patologisk udvikling. Det patologiske ses som noget iboende, der kan eksistere i individet uafhængigt af opsporingen af vanskeligheden. Diskursen om psykisk sygdom som objektivt fænomen kan dermed siges at muliggøre den sundhedsfremmende og forebyggende sociale praksis, idet den psykiske lidelse må være objektivt til stede i individet, hvis lidelsen skal kunne opdages via en tidlig indsats.

Rose (2009) fremhæver ligeledes, at denne sociale praksis kan medvirke til skabelse af nye patologier. Denne skabelse hænger ifølge Rose (2009, 2010) sammen med to fænomener: 1) medicinalindustriens ændring af vores forståelse af psykiske lidelser, og 2) de sundhedsfremmende tiltag fra sundhedsorganer som eksempelvis SS og RPU, der blandt andet fremhæver, at mennesker med psykiske lidelser ikke får den nødvendige hjælp. Dette kommer netop til udtryk i dokumenternes fokus på den aktuelle stigning af psykiske lidelser. Desuden fremhæves det i forbindelse med de mange uopdagede lidelser, som belyst i afsnit 4.1.4., der skal afhjælpes gennem tidlig indsats. Ud fra Roses (2009, 2010) perspektiv kan dette fokus på underdiagnosticering og eventuel overdrivelse af udbredelsen af psykisk sygdom ses som dokumenternes argumenter for vigtigheden af sundhedsfremme og forebyggelse gennem tidlige indsatser. Iværksættes disse indsatser ikke, skader det samfundsøkonomien, idet der opstår en større sygdomsbyrde, der kræver velfærdsydelse og fravær fra arbejdsmarkedet (belyses yderligere i afsnit 4.2.4.). Dette bidrager ifølge Rose (2009) ligeledes til diagnosticering og behandling af såkaldte grænsetilfælde. Dermed er der risiko for, at mennesker, der ikke lever op til det normative ideal om det selvforvaltende og selvoptimerende individ, diagnosticeres og behandles for, at det kan komme til det. Således ses både diskursen om den ansvarlige borger og den skrøbelige patient, som konstitueret og medkonstituerende af den sociale praksis. Hvis individet lever op til idealet, har det agens og selvbestemmelse, men hvis ikke, fratages det agensen gennem diagnosticering, indtil individet igen er i stand til at efterleve idealet. Derfor er diagnostik og behandling til en vis grad udformet ud fra samfundsmæssige idealer om sundhed.

Ifølge Rose (2009) udgør diagnostik ikke bare behandling og helbredelse, men er samtidig en mulighed for forbedring af selvet eksempelvis gennem medicin, så indi-

videt kan realisere sit sande selv; ideal-selvet. Dette er i tråd med dokumenternes fokus på at se individet som en unik personlighed, hvis potentialer skal understøttes og udvikles gennem sundhedsfremmende indsatser. Således er diskurserne konstitueret af den sociale praksis, idet de er et udtryk for, hvordan sundhedsfremme og forebyggelse skal opnås. Ligeledes er diskurserne medkonstituerende for den sociale praksis, idet idealerne virker tilbage på og muliggør de specifikke sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Belyses den sociale praksis om sundhedsfremme og forebyggelse ud fra Petersens (2016) perspektiv, er denne praksis gennem tidlig opsporing og indsats et udtryk for en måde at skabe orden i samfundet på. Petersen (2016) pointerer, at der skabes uorden, når individer besidder karakteristika, der ikke er overensstemmende med den gældende ordens idealer, som eksempelvis idealet om sundhed, ansvar og udvikling. Således skabes der orden igen gennem diagnoser, der anvendes til at fremelske det gode og isolere det dårlige; det menneskelige affald, som er indbefattet i diagnosen. Det menneskelige affald bliver de mennesker, der ikke har formået at leve op til idealet om det ansvarsbevidste og selvoptimerende individ, der bidrager aktivt til samfundet gennem tilknytning til arbejdsmarkedet. Således bliver diagnosen både en måde at skabe orden i uordenen på, men tillige en måde at skelne mellem præstationsindividet og alle de, der ikke lever op til dette ideal. Denne orden skal ikke bare genskabes, men den skal genskabes hurtigt, så alle kommer til at bidrage til samfundet gennem efterlevelsen af idealet. Dette fokus på en prompte indsats kommer netop til udtryk i dokumenternes prioritering af tidlig opsporing og indsats.

Analysen af de diskursive praksisser tyder på, at alle diskurserne er underlagt en ide om ansvar i individets håndtering af sundhed og sygdom. Denne ansvarliggørelse omtaler både Rose (2009) og Petersen (2016) som en ny form for styring, individet udsættes for. Individet styres gennem subjektifikation til at blive et selvforvaltende, ansvarsbevidst, selvoptimerende, resilient og fleksibelt selv gennem et fokus på sundhedsfremme. Derfor pointerer Petersen (2016), at der sker en indirekte styring gennem idealerne i form af det Le Goff (1999 if. Petersen, 2016) kalder det blide barbari. Det blide barbari kommer til udtryk idet, at ansvarliggørelsen udelukkende omtales i positive termer, så fokus skal være på eksempelvis øget "selvbestemmelse" (RPU, 2013, p.156), "inddragelse" (SS, 2018, p. 30) og "autonomi" (RPU, 2013, p. 93). Ligeledes positioneres sundhedsfremme og forebyggelse positivt, da der udeluk-

kende kan være positive resultater forbundet med indsatserne både i forhold til menneskelige og samfundsmæssige omkostninger (SS, 2018, p. 11). Sundhedsfremme og forebyggelse fremstilles som værende til gavn for alle, både syge og raske, hvorfor individet ikke kan afvise at følge de normer, der følger med denne praksis. Således kan de gældende normer om sundhed og sygdom fremstillet gennem diskurserne udgøre en styring af individet, der på grund af normernes indlejring i alle de sociale praksisser, internaliserer dem. I den forbindelse bliver ord som selvbestemmelse og autonomi en smule meningsløse, idet der ifølge Petersen (2016) reelt kun kan være tale om en skin-autonomi. Individet er kun tilsyneladende frit, men subjektiveres til selvrealisering og tilpasning til normerne. Både diskursen om den skrøbelige patient og den ansvarlige borger indebærer, at individet kun har en skin-autonomi. Individet har i forbindelse med førstnævnte ikke megen selvbestemmelse grundet et fokus på individets skrøbelighed og hjælpeløshed, og sidstnævnte former individet til at tage ansvar gennem subjektifikation. I det blide barbari eksisterer der ingen andre muligheder, hvorfor den enkelte må være en ansvarsbevidst borger. Hvis den enkelte ikke kan følge med i præstationsræset, må vedkommende finde sig i at fralægge sig sin agens og blive taget hånd om af samfundet (Petersen,2016). På denne måde kan diskurserne anskues som to måder, hvorpå individet kan styres til at bidrage til og deltage aktivt i de sociale praksisser.

Således tyder denne gennemgang af den sundhedsfremmende og forebyggende sociale praksis på, at sundhedsfremme præsenteres som et individuelt projekt, der konstitueres gennem subjektifikation af individet som en ansvarsbevidst og selvforvaltende borger. Sundhedsfremme og forebyggelse hænger i høj grad sammen med og kan ikke adskilles fra den psykiatriske praksis, som belyses i nedenstående afsnit.

4.2.3. Den psykiatriske praksis

Analysen af den psykiatriske praksis udfører jeg på baggrund af udsagn fra RPU's rapport om psykiatrien, idet SS ikke italesætter psykiatrien eller eventuelle indsatser heri. Psykiatrien er derimod fokuspunktet for RPU's rapport, hvori denne fremstilles gennem de udfordringer, der eksisterer samt gennem de samfundsmæssige krav, der stilles til området.

Som beskrevet i afsnit 3.4.1. præsenterer RPU en ny retning for psykiatrien, der skal være moderne, åben og inkluderende. Selvom dette umiddelbart er en positiv fremstilling af psykiatrien, fremhæves det endvidere, at psykiatrien tilsyneladende ikke omfatter disse karakteristika eller i hvert fald ikke på det niveau, det ønskes. Således må psykiatrien moderniseres og gøres tilgængelig og åben samt fokusere på inklusion. Disse mål skal opnås gennem et fokus på at styrke værdier som selvbestemmelse, inddragelse, recovery og inklusion, hvilket netop kom til udtryk i afsnit 4.1.1. Værdierne hænger i høj grad sammen, idet ansvar også her er det underliggende begreb, og der er et delt ansvar mellem den enkelte og det offentlige om, at disse værdier tilskyndes og fungerer i den sociale praksis. Ifølge Rose (2009) kan der gennem fokus på disse værdier, ses en ansvarliggørelse via subjektifikationen imod at blive en ansvarsbevidst og selvoptimerende borger. Selvbestemmelse og inddragelse trækker direkte på ansvarliggørelsen, idet individet har mulighed for og pligt til at tage aktiv del i forvaltningen af egen sundhed og sygdom. Ansvarliggørelsen af individet ligger mere skjult i anvendelsen af recovery og inklusion. Som beskrevet i afsnit 4.1.1. indebærer recovery, at individet igen får mulighed for at leve et selvstændigt liv og komme videre i livet; udvikle sig. Individet ansvarliggøres for at udvikle og optimere sig selv for derigennem at kunne komme sig af sygdommen og blive selvstændig. Recovery er dermed i tæt sammenhæng med inklusion, således at den enkelte får ansvar for at deltage aktivt i og bidrage til livets sfærer.

I den forbindelse fremhæves eksempelvis udviklingen fra mere indgribende til mindre indgribende indsatser som positiv, idet dette afspejler de nævnte værdier: ”I den regionale psykiatri er udviklingen gået fra stationær behandling (indlæggelser) til mere ambulante behandling, og fra længerevarende indlæggelser til korte intensive forløb med opfølgning i ambulant regi” (RPU, 2013, p. 11). I udsagnet kommer det til udtryk, at der er flere, der kommer i et kortere fremfor et længerevarende forløb, hvilket forklares med bedre opsporing af psykiske lidelser og behandlingsmuligheder (RPU, 2013, p. 73). Udviklingen beskrives tilsyneladende som uafhængig af stigningen i antallet af psykiske lidelser, men kan netop ud fra Horwitz og Wakefield (2007) beskrives som et resultat heraf. Således pointerer Horwitz og Wakefield (2007; Horwitz, 2003), at den diagnostiske og psykiatriske praksis er blevet mere omfattende og overinklusiv, hvilket betyder, at flere er omfattede heraf og kommer i behandling. Disse mennesker bliver måske netop tilknyttet ambulante behandling, fordi de ofte har

lettere grader af psykiske vanskeligheder, hvilket ifølge Horwitz og Wakefield (2007) kan ses som et udtryk for overdiagnosticering og overbehandling. Dette synspunkt fremhæves ligeledes af Brinkmann (2010b). Han argumenterer for, at der i dag sker en underprioritering af tunge psykiatriske lidelser som eksempelvis skizofreni i forhold til lettere tilstande, der overbehandles. Således pointeres det, at der eksisterer en økonomisk skævvridning i den psykiatriske praksis. Tilstande, der kan betragtes som en del af menneskelige livsvilkår såsom tristhed, ensomhed og generthed anses som patologiske, hvorfor der anvendes mange ressourcer på diagnosticering og behandling af disse tilstande. Når sygdomsbegrebet bliver mere omfattende og de økonomiske ressourcer til området ikke øges i samme grad, er det ifølge Brinkmann (2010b) de tungeste lidelser, der nedprioriteres; dem, der ikke kan eller vil leve op til samfundsidealene. Således har de tungere tilstande eventuelt kortere indlæggelser på grund af manglende sengepladser og følger i stedet ambulante behandling (Brinkmann, 2010b). Samtidig følger det stigende antal tilstande, der ikke tidligere blev diagnosticerede eller behandlede, ligeledes ambulante behandling. Ud fra Brinkmanns (2010) perspektiv kunne det tyde på, at ambulante behandling prioriteres. Tilsyneladende er der mange, der har behov for dette behandlingstilbud, der er mere omkostningseffektivt end længerevarende indlæggelser.

Indsatser, der går fra mere indgribende til mindre indgribende, trækker ligeledes på en forståelse af, at ansvarsfratagelse og ansvarliggørelse er forbundet med henholdsvis mere indgribende og mindre indgribende indsatser. Derfor foretrækkes de mindre indgribende indsatser, idet de indebærer individets aktive involvering og medvirker til konstitueringen af den ansvarlige borger.

Som tidligere beskrevet er formålene i RPU's rapport grundlæggende baseret på begrebet ansvar, hvilket ligeledes kendetegner det sidste mål om åbenhed. Denne værdi beskriver i højere grad de enkelte tilbuds ansvar overfor det offentlige, som det eksempelvis ses i dette udsagn: ” Ved en prioritering af psykiatrien, i en kommende handlingsplan, vil der være behov for en opfølgning, hvor de af stat, regioner og kommuner økonomisk prioriterede indsatser kobles med mål for resultater af og synlighed om indsatsen for mennesker med psykiske lidelser” (RPU, 2013, p. 33). Indsatser og effekten af indsatser må monitoreres og gøres synlige for at afgøre, om de er økonomisk rentable. Åbenhed bliver et spørgsmål om og et middel i økonomisk prioritering af de mest effektfulde indsatser. Dette kunne tyde på en økonomisk sty-

ring af psykiatrien, hvor indsatser vurderes ud fra deres omkostningseffektivitet (belyses yderligere i afsnit 4.2.4.).

Efter denne gennemgang af de sociale praksisser og hvordan disse iværksættes gennem diskurserne i dokumenterne, følger der herunder en analyse af diskursernes ideologiske investering samt hegemoniske status i opretholdelsen af magthavernes ideologier.

4.2.4. Ideologi og hegemoni

Ifølge Fairclough (2008) kan diskurser være særligt investerede i bestemte ideologier, hvilket betyder, at disse er påvirkede af bestemte perspektiver skabt af de dominerende grupper. Jeg vil nedenfor ud fra analysen og ved at inddrage begreberne ideologi og hegemoni argumentere for, at diskurserne er investerede i adskillige forskellige ideologier.

I iværksættelsen af diskurserne ses der generelt et individfokus i forståelsen af psykisk sygdom og sundhed, hvorfor diskurserne kan siges at være ideologisk investerede i individualisme. I afsnit 4.1.4. tydeliggjorde jeg, at psykisk sygdom i dokumenterne kan ses som iboende i individet. Den enkelte har ansvaret for at forvalte egen sygdom og sundhed gennem at efterleve sundheds- og samfundsidealerne, der præsenteres som almengyldige værdier. Individet forventes at have ansvar for egen sundhed og sygdom, som kun kan opnås ved at blive til en ansvarsbevidst og selvopdaterende borger, der lever for at bidrage til samfundet og dets konkurrenceevne gennem sin arbejdsformåen. Sundhed bliver i høj grad individets projekt, hjulpet godt på vej af samfundsmæssigt tilrettelagte sundhedsfremmende initiativer. Sundhedsfremme handler derfor også om individets indstilling til sundhed, og om denne er villig og i stand til at tage ansvar og håndtere sin sundhed og sygdom på den rigtige måde (se afsnit 4.1.3.).

Desuden kan der ses eksempler på en underliggende liberalistisk, økonomisk ideologi i dokumenterne. Dette kommer eksempelvis til udtryk i idealet om, at individet skal være ansvarsbevidst og træffe gode og sunde valg, der påvirker den mentale sundhed i positiv retning. Individet er netop i et liberalistisk perspektiv egennyttigt, har selvbestemmelse og frihed til at være sin egen lykkes smed. Dermed ses der konturer fra konkurrencestaten, idet individet gennem arbejdet skal sikre både sin egen

og samfundets konkurrenceevne gennem et fokus på selvoptimering, kompetenceudvikling og sundhedsfremme (Pedersen, 2011; Petersen, 2016). Der ligger også i den liberalistiske tankegang, at staten skal have mindst mulig indflydelse på individet, hvorved der netop gives fuld selvbestemmelse og autonomi til individet. Desuden ses der også konturerne af en neoliberal ideologi, idet det er statens opgave at tilvejebringe betingelserne for, at individet kan maksimere sin nytte og blive lykkeligt. På denne måde får magthaverne mulighed for at styre individet mod idealet om det egennyttige menneske (Pedersen, 2011). Individet skal være en forbruger, der frit kan vælge og fravælge i alle livets sfærer, hvorfor det offentlige også skal være udformet som en virksomhed og styres af markeds kræfterne (Pedersen, 2011; Petersen, 2016). Hos RPU bliver ord som prioritering og effektivitet nøglebegreber for indsatser for mennesker med psykiske lidelser, hvilket fremhæves i følgende eksempel: "[...] udvalget skal komme med konkrete forslag til en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet på det psykiatriske område, bl.a. gennem bedre organisering og tilrettelæggelse af indsatsen, øget fokusering og prioritering samt bedre styring og omkostningseffektivitet" (RPU, 2013, p. 262). I udsagnet ses et udpræget økonomiseret sprog, der tyder på en underliggende økonomisk ideologi, hvorved indsatserne på det psykiatriske område skal styres gennem et øget fokus på indsatser, der er omkostningseffektive. Dette hænger ifølge dokumenterne sammen med, at der er et "begrænset økonomisk råderum" (RPU, 2013, p. 39), hvilket afgør, at indsatser primært skal ske gennem effektivisering af allerede eksisterende indsatser. Når forbedringer i den psykiatriske praksis skal gennemføres via omprioritering og effektivisering, levnes der ikke meget plads til udvikling af nye tilbud og indsatser. Dette fordrer heller ikke en ændring af den biomedicinske forståelse af psykisk sygdom, der ifølge Rose (2009) er dominerende i den psykiatriske praksis. Den biomedicinske forståelse, hvor psykisk sygdom er objektivet tilstedeværende, og et resultat af en biologisk malfunktion, der ud fra symptomer kan diagnosticeres og behandles, hænger derimod godt sammen med den neoliberale ideologi.

Endnu et eksempel på den underliggende økonomiske ideologi påpeges eksempelvis af SS: "Andre undersøgelser peger på at fremme af mental sundhed er omkostningseffektivt både på kortere og længere sigt med stigende effekt, hvis forhold udenfor sundhedssektoren tages med i beregningen, fx uddannelse og beskæftigelse" (SS, 2018, p. 9). Heri kommer det store fokus på omkostningseffektivitet igen til udtryk,

idet det fremhæves, at sundhedsfremmende indsatser er omkostningseffektive, og at der kan opnås en økonomisk gevinst ved at fremme mental sundhed. Selvom RPU (2013, p. 264f) eksempelvis fremhæver, at kvalitet og effektivitet kan forenes, kan der argumenteres for, at fokus på de menneskelige omkostninger træder i baggrunden for de samfundsmæssige omkostninger. Således kan det eventuelt resultere i prioritering af bestemte omkostningseffektive indsatser over andre mere omkostningsfulde indsatser, selvom kvaliteten eksempelvis kan være højere i de sidstnævnte. Desuden ses det i udsagnet, at indsatser især har god effekt på arbejdsmarkedet og uddannelsessektoren. Dette kan både være udtryk for at fremme af mental sundhed eksempelvis styrker individets tilknytning til arbejdsmarkedet. Samtidig kan det være et udtryk for, at sundhedsfremmende indsatser rettet mod arbejdsmarkedet prioriteres over andre, så der i undersøgelserne bliver en overvægt af disse indsatser.

Det økonomiserede sprog kan således ses som indlejret direkte i de iværksatte diskurser og i sprogbruget. Der produceres en common-sense forståelse af (Fairclough, 2008, p. 28), at bedre kvalitet opnås gennem effektivisering og omkostningseffektivitet og desuden, at det gavner alle, at indsatserne netop er omkostningseffektive. Det at prioritere den økonomiske rentabilitet bliver således gjort til et fælles ansvar, hvis vigtighed ikke kan bestrides. Iværksættelsen af diskurserne bliver medvirkende til, at ansvar bliver et nøglebegreb, der er overordnet alle diskurserne.

Når diskurserne er underlagt disse ideologier, bliver bestemte identiteter, relationer og magt skabt. Eksempelvis muliggør det, at individet subjektiveres til at blive et ansvarsbevidst og selvoptimerende individ. Formålet for det enkelte individ bliver at bidrage til og deltage aktivt i samfundet og arbejde for at blive lykkeligt og være til gavn for samfundets konkurrence og økonomiske vækst. Der kan ud fra analysen argumenteres for, at diskurserne er med til at opretholde diskursordenen, de sociale praksisser og magtrelationerne. Derfor kan iværksættelsen af diskurserne være et udtryk for et forsøg på at skabe hegemoni i forhold til de dominerende aktørers, her SS og RPU, ideologier. Dette hegemoni kan opnås gennem interpellation, hvor individet sættes i en bestemt position, der afspejler den pågældende ideologi (Jørgensen & Phillips, 2013, pp. 24f). Der kan netop argumenteres for, at individet i præstations-samfundet sættes i en bestemt position, hvor ansvaret for at præstere godt, for udvikling og for egen sundhed og sygdom pålægges individet. I denne proces internaliseres ansvar, selvoptimering, præstation og sundhedsfremme som efterstræbelsesvær-

dige idealer, og målet er at være til gavn for arbejdsmarkedet og samfundet på samfundets betingelser (Petersen, 2016).

4.2.5. Delkonklusion 2 - Sociale praksisser

De fundne diskursive praksisser kan ses som konstituerede og medkonstituerende for tre forskellige bredere sociale praksisser, herunder arbejdsmarkedet, sundhedsfremme og forebyggelse samt den psykiatriske praksis. Således fremstilles både arbejdsmarkedet og sundhedsfremme og forebyggelse som vigtige sociale praksisser, der må prioriteres både af samfundet og individet. Individet interPELLERES til at være en bestemt slags borger, der tager ansvar for sundhed og sygdom, så vedkommende kan blive i stand til at efterleve samfundets krav om at bidrage gennem præstationer og arbejdsformåen. Således er ansvar indlejret i de sociale og diskursive praksisser, der ligeledes er investerede i forskellige ideologiske praksisser. Der er identificeret tre underliggende ideologier, herunder en individualistisk, liberalistisk og økonomisk samt en neoliberal, der grundlæggende har lignende forudsætninger. Her sættes individets ansvar og frihed højt. Denne frigørelse og ansvarliggørelse anses af den neoliberale og den liberale økonomiske ideologi som midler til at styrke samfundets konkurrenceevne og opnå økonomisk vækst.

Med baggrund i den kritiske diskursanalyse er der flere aspekter af individets livsbetingelser og deltagelse i de diskursive og sociale praksisser, der bliver interessante at diskutere. I det næstfølgende kapitel vil jeg derfor diskutere hvilket menneskesyn, de diskursive og sociale praksisser muliggør samt hvilke konsekvenser dette kan have den enkelte individ.

Kapitel 5

Diskussion og kvalitetsovervejelser

5. Teoretisk diskussion af empiriske fund

Jeg har i ovenstående analyse belyst og beskrevet de diskursive praksisser og deres indlejring i de bredere sociale praksisser, og skitseret forskellige diskursive fremstillinger af psykisk sundhed og sygdom. Desuden har jeg peget på, at disse alle grundlæggende har ansvar som omdrejningspunkt, hvilket kunne tyde på, at ansvar er et af de vigtigste idealer i samfundet. Med dette samfundsideal følger et bestemt menneskesyn, der er med til at skabe en orden for, hvordan og hvad mennesket ideelt set skal være. I forlængelse heraf vil det være interessant at diskutere, hvad samfundsidealet om det ansvarlige menneske betyder med henblik på at belyse, hvilke mulige konsekvenser dette kan have for det enkelte individ. I det følgende vil jeg derfor belyse ansvar som individets præmis, middel og mål til at leve et lykkeligt og succesfuldt liv, samt hvilken normalitetsforståelse og menneskesyn idealet om det ansvarlige individ er med til at skabe. Ydermere vil jeg diskutere, hvilken betydning diagnostikeringen kan have for samfundets sundheds- og sygdomsforståelse, og hvordan ansvarliggørelse og sundhedsfremme kan anses som en form for magtudøvelse. Slutteligt diskuterer jeg kvaliteten af specialet ud fra begreberne gyldighed, transparens og overførbarehed.

5.1. Ansvar – livets præmis, middel og mål

Ansvarliggørelsen kan anses som både en præmis, et middel og et mål, der afspejler de bredere samfundsinteresser, som beskrevet af RPU og SS. Ansvarliggørelse som præmis for individet betyder, at der er en forudsætning om, at individet tager ansvar. Det er således ifølge Petersen (2016) præmissen ved at leve i et præstationssamfund, at individet tager ansvar for egen psykisk sundhed og sygdom. Individet har ligeledes ansvar for kontinuerligt at følge med i det foranderlige samfund og arbejdsmarked samt sørge for at optimere, udvikle og smidiggøre selvet for derigennem at kunne være til nytte på arbejdsmarkedet (Petersen, 2016). Det at være ansvarlig er ikke et valg, der foretages, men en forudsætning individet lever under og subjektiveres til at efterleve og samtidig efterstræbe. Det bliver således individets projekt for at kunne opnå anerkendelse og goder i samfundet. Samtidig kan ansvarliggørelsen ses som et middel til at fremme individets sundhed, trivsel, autonomi, selvoptimering samt del-

tagelse i og bidrag til samfundet. Den enkelte kan gennem at gøres ansvarlig og tage ansvar, opnå et godt og efterstræbelsesværdigt liv, der er i overensstemmelse med de samfundsmæssige normer og idealer. Ansvarliggørelse som middel eller løsning bliver altså vejen til at fremme sundhed og dermed også til at undgå sygdom. Tager individet ansvar ved at bidrage til samfundet gennem arbejdet, have den rette indstilling til sundhed og forebygge psykisk sygdom (Rose, 2009, p. 205), så kan dårlig mental sundhed og psykisk lidelse undgås. Slutteligt kan ansvarliggørelsen ses som et mål. Ansvarliggørelse som et mål handler om, at det at blive en ansvarlig borger i sig selv er et efterstræbelsesværdigt ideal og forbindes med at leve lykkeligt og frit. Målet med at tage ansvar er netop at blive en ansvarlig borger, der varetager egne og dermed også samfundets interesser, idet samfundets interesser overtages af individet gennem subjektifikation og internalisering.

5.2. Normalitetsforståelser og menneskesyn

Dette ideal kan ligeledes siges at repræsentere et bestemt menneskesyn, hvor normativiteten er indskrænket og sygdomsbegrebet udvidet (Brinkmann, 2010b), hvilket jeg vil diskutere i følgende afsnit.

Normativiteten synes at udgøres af indirekte krav om kontinuerlig udvikling og selvoptimering, præstation, tilpasningsdygtighed, sundhed og ansvarlighed. Enhver der ikke passer ind i denne normativitet risikerer at blive kategoriseret som usund eller utilstrækkelig. Hermed eksisterer der et meget snævert felt for normativitet i forhold til mental sundhed, hvor der kun er plads til sunde individer. Med denne indsnævring må der samtidig følge en udvidelse af de begreber, der betegner mennesker, der ikke passer ind i denne snævre gruppe. Da en usund livsstil ifølge Brinkmann (2010b) netop er forbundet med så meget større risiko for at udvikle en psykisk lidelse, anses det usunde individ allerede inden diagnosticering som værende sygt. Dette blev ligeledes tydeliggjort i analysen, hvor dårlig mental trivsel kan være forbundet med udvikling af en psykisk lidelse (se afsnit 4.1.3.). Som analysen i afsnit 4.1.2. belyste, bliver individet i det øjeblik denne opfattes som havende en psykiske lidelse, frataget sin agens og ansvarlighed. I stedet anses individet nu som en skrøbelig patient, som det offentlige skal tage sig af og drage omsorg for. Ifølge Brinkmann og Petersen (2015b) sker der netop et skift i organiseringen af ansvar, når individet ikke kan eller vil følge med i præstationsræset. Således tilfalder ansvaret i første omgang individet,

der som borger har ansvaret for psykisk sundhed og sygdom. Ansvaret fratages, når individets vanskeligheder diagnosticeres, mens det igen pålægges individet, når der skal søges hjælp hos ekspertsystemerne. Dette kom ligeledes til udtryk i afsnit 4.1.3., hvor det blev tydeliggjort, at samfundet opstiller rammerne for borgernes forløb, men at det er individets eget ansvar at opsøge tilbud. Dette betyder, at der med diagnosticeringen sker en samtidig individualisering af vanskeligheden, en ansvarsfritagelse og umyndiggørelse, der bevirker, at individet anses som værende ude af stand til at klare samfundets betingelser. Det at have en psykisk lidelse kommer til at betyde, at individet fratages ansvaret for sine problemer og adfærd. Samtidig med tydeliggøres individets forskellighed fra de samfundsskabte idealer og normer på baggrund af diagnosen. Det giver individet muligheden og ansvaret for at ændre sig selv i retningen af disse idealer (Brinkmann & Petersen, 2015b). På denne måde kommer individet til at beskrive og opfatte sig selv til dels på baggrund af diagnosen, idet den enkelte tilbydes et sprog, der giver mening til adfærd, erfaringer og følelser. I Mikka Niensens (2015) studie af menneskers oplevelse af at blive diagnosticeret med ADHD beskrives det, at diagnosen bidrager til at forklare tidligere uforklarlig adfærd og forskellighed fra andre. I diagnoser ligger der implicit et begreb om normalitet, der samtidig beskriver et gennemsnit og et ideal. For informanterne i Niensens (2015) studie bliver ADHD-diagnosen og medicinsk behandling et skridt på vejen mod at leve et normalt liv. Således kan diagnosen være ønskværdig og befriende for individet, da denne kan bidrage til forklaring og tildelingen af velfærdssydelse og ressourcer til behandling og støtte (Nielsen, 2015). Som følge af diagnosticering bliver spørgsmålet, hvordan det normale defineres, hvem der definerer det, og hvem der som resultat udelukkes fra at være i denne gruppe?

Ifølge Rose (2009) er diagnoser i høj grad et udtryk for kulturelle, historiske og samfundsmæssige opfattelser af sundhed, sygdom og normalitet, hvorfor normalitet ligeledes varierer. Hvis normalitet og diagnoseforståelser kontinuerligt varierer, kan der argumenteres for, at der med diagnosticering samtidig må følge en evig søgen efter en svært opnåelig normalitet, der kan være vanskelig at dechifrere og efterleve. Konsekvenserne for den enkelte kan blive en kritisk og stigmatiserende holdning til sig selv, idet denne søgen efter normalitet eventuelt aldrig vil lykkes, hvilket kan være delvist på grund af diagnosticeringen. Ifølge Goffman (2009) pointeres det netop, at mennesker, der placeres i en bestemt gruppe og eventuelt tildeles stigma, ikke kom-

mer til at opnå fuldt medlemskab af normalgruppen. Dette manglende tilhørsforhold kan blot tydeliggøre individets utilstrækkelighedsfølelse.

I forlængelse heraf fremhæver Petersen (2016), at mennesker hvis karakteristika er i uoverensstemmelse med samfundets normer for sundhed, ansvar og udvikling, skaber uorden i samfundet, og at der igen må oprettes orden gennem diagnosticering. Vil dette i så fald betyde, at der ikke er plads til uorden i samfundet? Er præstationssamfundets fokus på præstation, udvikling, optimering og fleksibilitet med til at dele befolkningen op i to hold, hvor det ene sækker bagud og bliver utilstrækkeligt? Ifølge Petersen (2016) er dette netop den udvikling, der er sket med opblomstringen af konkurrencestaten og neoliberalismen. Her værdsættes mennesker for deres nytteværdi, for deres arbejdsevne og viden, der kan bruges aktivt i konkurrencen både nationalt og internationalt (Petersen, 2016). Heraf må også følge, at individets værdi i form af færdigheder, kompetencer og arbejdsevne er reduceret, hvis denne ikke er i stand til at bidrage. Individet bliver hermed en omkostning for samfundet, både økonomisk, som det sås i afsnittene 4.2.1 og 4.2.4., men også i form af den uorden, der skabes i samfundet. Af disse grunde skal individet diagnosticeres og behandles for, at der igen kan blive skabt orden. Gennem denne håndtering af individet kan den pågældende hurtigst muligt komme til at bidrage til samfundet igen, for derigennem at mindske både menneskelige og samfundsmæssige omkostninger. Individet er selv ansvarlig for at opsøge og tage imod behandlingstilbud, og bliver også ansvarlig for igen at komme til at efterleve idealerne og ikke være en omkostning. På denne måde bliver ansvarlighed ligeledes et udtryk for ikke at være en omkostning for samfundet ved at efterleve idealer og normer, idet det er til gavn for alle. Således stræber individet selv på grund af subjektivering efter at leve op til idealerne, idet dette antages at være vejen til et lykkeligt, frit og meningsfuldt liv.

Menneskesynet influeres tillige af den økonomiske diskurs, hvor individets nytteværdi afhænger af ansvarlighed og arbejdsevne. Tilstedeværelsen af ansvarlighed og arbejdsevne er med til at bestemme, om individet er tilstrækkeligt og passer ind i ordenen eller må udskilles ved hjælp af diagnoser (Petersen, 2016). Der ses netop i dokumenterne et stort fokus på at forene de samfundsøkonomiske og menneskelige omkostninger og gevinster, i og med, at skabelsen af samfundsmæssigt udbytte tænkes at være til gavn for individet. Dette kommer især til udtryk, når RPU anvender begrebet ”sygdomsbyrde” (RPU, 2013, p. 11). Begrebet har umiddelbart negative

konnotationer, idet det beskriver, at sygdom er en byrde for samfundet såvel som for den sygdomsramte. Det at være en byrde, at være nogen til last, kan beskrives som det modsatte af idealet om at være selvforvaltende og ansvarsbevidst. Sygdom er derfor værd at undgå både for sin egen og for samfundets skyld. Udover at bære en byrde, udpeges individet samtidig som en byrde for samfundet. Begrebet blev præsenteret i 1990'erne af Harvard School of Public Health, Verdensbanken og WHO og benyttes til at beskrive, hvor stor en byrde forskellige sygdomme er ved at tage både menneskelige og økonomiske elementer i betragtning (Murray & Lopez, 1997; NCCID, 2016). Der forsøges at tage højde for både de menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger, psykiske lidelser er forbundet med, samt hvordan disse kan forenes. Således er der i de diskursive og sociale praksisser en implicit præmis om, at disse to hensyn kan forenes. Der tages hensyn til individets bedring og tilbagevenden til et meningsfuldt og lykkeligt liv samtidig med, at der gives en vejledning til, hvordan dette kan opnås gennem omkostningseffektive tiltag. Spørgsmålet bliver her, om det er muligt at forene disse to fokusområder, eller om vægten imellem dem ikke altid vil være skævt fordelt? Med baggrund i analysen kan der argumenteres for, at de individuelle hensyn kan vige for de samfundsøkonomiske på grund af den stærke økonomiske diskurs. Denne fastlægger blandt andet, at forbedringer skal foretages gennem effektivisering, omprioritering og produktivitet, så tilbuddene først og fremmest er omkostningseffektive men samtidig effektive i individets bedring.

5.3. Diagnosernes fremmarch - Individualisering og sårbarhed

For videre at diskutere det menneskesyn der kommer til udtryk i de diskursive og sociale praksisser, vil der i dette afsnit følge en diskussion af individualisering af psykiske lidelser samt konsekvenserne af dette.

Ifølge Brinkmann (2010b) er det samfundsmæssige fokus på sundhed overfor sygdom og patologiseringstendensen medvirkende til, at mennesket uforvarende kommer til at beskæftige sig unødvendigt meget med sin personlige sundhed. Det hænger sammen med diagnosekulturens indflydelse, idet det diagnostiske sprog er blevet en naturlig del af hverdags sproget. Når det diagnostiske sprog gennemsyrrer hverdags sproget, bliver individet i højere grad opmærksom på og optaget af sin egen sundhed

eller sygdom. Ifølge Brinkmann (2010b) risikerer mennesket at blive mere sårbart og mindre resilient, idet ethvert problem fortolkes ud fra den diagnostiske ramme. Sårbarheden opstår ud af en overoptagethed af individets egne karakteristika, adfærd og følelser, som lettere kan fortolkes som tegn på noget patologisk, idet det primært er det diagnostiske sprog, der er til rådighed. Dermed har fokus på forvaltningen af sundhed og sygdom paradoksalt nok konsekvenser for den enkelte i form af øget sårbarhed (Brinkmann, 2010b).

Det kom endvidere til udtryk i afsnit 4.1.2., at sårbarhed ofte sammenkædes med psykisk lidelse, idet det antages, at en iboende psykisk sårbarhed kan føre til udvikling af en psykisk lidelse. Ligeledes beskrives det i dokumenterne, at sårbarhed ofte fører til andre udfordringer af både personlig, social og arbejdsmæssig karakter. Sårbarheden er altså en iboende kvalitet, hvorved sårbarhed knyttes til individet uafhængig af påvirkning fra samfundet. Dette tyder på, at sårbarheden kan forstås som en individuel svaghed, der bevirker, at individet ikke har formået at klare livets udfordringer. Sårbarhed kan også forstås som skabt af samfundets betingelser, og at disse betingelser netop gør individet mere sårbart. Dette beskrives af Petersen (2016), der lægger vægt på, at det konstante samfundsmæssige krav om præstation og selvrealisering udgør en kronisk psykisk belastning, som kan gøre individet mere sårbart overfor at udvikle psykiske lidelser. Herudfra ses det, at der benyttes forskellige beskrivelser af sårbarhed. Som ovenfor beskrevet synes dokumenterne at abonnere på en forståelse af enkelte individer, som værende ekstra sårbare overfor udvikling af psykiske lidelser. Hos Petersen (2016) ses sårbarheden derimod som udefrakommen, som et resultat af et pres om udvikling og præstation. Med denne forståelse i dokumenterne bliver psykisk sygdom både et udtryk for en individuel svaghed samt for, at individet ikke har været i stand til at leve op til samfundets forventninger, krav og normer. Det er individets eget ansvar at sørge for at følge med og realisere sig selv, og lykkes dette ikke, er det kun individet selv, der kan bebrejdes (Brinkmann & Petersen, 2015b; Petersen, 2016). Derfor placeres ansvaret i individet, hvad enten den psykiske lidelse udspringer af en iboende sårbarhed eller blot er et udtryk for individets uformåen.

Ifølge Baumann (2007 if. Brinkmann & Petersen, 2015b, p. 354) bidrager denne individualisering af individets vanskeligheder gennem diagnosticering til at mennesker i større omfang udskilles og ekskluderes. Hermed kan der argumenteres for, at målet

med diagnosticering og behandling bliver at ændre og forbedre individets karakteristika, adfærd og indstilling. Denne pointe blev ligeledes tydeliggjort i afsnit 4.1.1., hvor jeg fremanalyserede et fokus på udvikling af individets potentialer med henblik på at leve op til samfundets normer.

Dette synspunkt tages op af Järvinen og Mik-Meyer (2003), der i den forbindelse præsenterer begrebet klientgørelse. *Klientgørelse* beskriver en proces, hvor individet både positioneres som en passiv modtager af ydelser og behandling, og samtidig forklæres ud fra allerede eksisterende forståelsesrammer såsom det diagnostiske sprog. Klienten bliver i en velfærdsinstitution tilskrevet en bestemt problemidentitet, der netop individualiserer problemet og er et udtryk for præcis den måde, hvorpå den pågældende afviger fra samfundets normer. Klienten og dennes problemer må tilpasses, så de passer ind i de diagnostiske kategorier og i forhold til de tilbud, institutionen råder over. Klientens identitet og problemer kommer på den måde til en vis grad til at blive produceres ud fra disse kategorier. Hvis det lykkes at tilpasse klienten til en bestemt problemidentitet, bliver institutionens næste skridt at forsøge at forandre individet gennem de forskellige støtte- og behandlingstilbud, så vedkommende igen kommer til at passe ind i samfundet. Dog kræver denne klientgørelsesproces ifølge Järvinen og Mik-Meyer (2003), at individet ansvarliggøres. Desuden kræver processen accept af institutionens forståelse af vedkommendes problem og af, at en forandring af selvet i overensstemmelse med institutionens mål er påkrævet. Dermed kan det ræsonneres, at social- og sundhedsvæsnets praksisser netop kun opretholdes ved, at individet går med på de ovennævnte præmisser. Således kan der argumenteres for, at dette perspektiv er med til at tydeliggøre, at individet og dennes problemer standardiseres gennem diagnoser og velfærdsinstitutioners praksisser. Det kan resultere i, at det kan være vanskeligt at tilpasse klientforløb efter klientens unikke situation, som RPU og SS synes at være fortalere for. RPU's og SS' forståelse kan imidlertid udfordres, idet klientgørelse ifølge Järvinen og Mik-Meyer (2003) netop har en implicit præmis om at standardisere menneskelig lidelse via diagnoser og tilpasse forløb efter disse kriterier. Ud fra begrebet klientgørelse kan dokumenternes fokus på diagnosticering, evidensbaseret behandling og pakkeforløb anskues som en måde, hvorpå de sociale praksisser skaber klienter. Der kan derfor argumenteres for, at brugen af diagnoser er med til at reducere mennesket til tilfælde af en bestemt diagnostisk kategori, hvorved individet som nævnt ovenfor fritages for ansvar og umyndiggøres. På

den måde er diagnoser også med til at skabe orden i ellers komplicerede og varierende psykiske problemer. Samtidig kommer det tydeligt frem, at diagnoser ikke blot kan anskues som neutrale kategorier, idet de altid repræsenterer en bestemt forståelsesramme og et bestemt begreb om normalitet i forhold til mental sundhed (Järvinen & Mik-Meyer, 2003).

5.4. Ansvarliggørelse og sundhedsfremme - En magtform

Denne klientgørelse og subjektifikation af individet kan endvidere diskuteres ud fra Foucaults (1982) begreb *pastoralmagt*. *Pastoralmagt* betegner det forhold, at den moderne stat er præget af en magtform, der er sammenlignelig med den magt kirken som institution, personificeret via præsteskrabet, havde over samfundet og individet i førmoderne kristne kulturer. Her ansås *pastoralmagt* som en tjenende magt rettet mod at lede befolkningen til religiøs frelse i det hinsides. Præsteskrabet betragtedes som hyrder, der sørger for hvert enkelt individ i sin flok, og som opfordrer sin flok til at udforske og bekende sit indre for at kunne lede flokken til frelse (Foucault, 1982; Järvinen & Mortensen, 2015; Mik-Meyer & Villadsen, 2007).

I sin moderne sekulariserede udgave betegner *pastoralmagt* en magt, hvor staten forsøger at påvirke individets adfærd, karakteristika og selvopfattelse i en specifik retning, der er i overensstemmelse med forudbestemte normer, idealer og mål (ibid.). Ifølge Foucault (1982) er denne magt både individualiserende, idet den har fokus på individets særlige psykiske beskaffenhed. Derudover er den totaliserende, da den ligeledes fokuserer på befolkningen som helhed, eksempelvis når individer forstås som tilhørende forskellige grupperinger såsom mennesker med psykiske lidelser. Hvor *pastoralmagten* før omhandlede frelsen af mennesket i det hinsides, er magten i den moderne stat delt ud mellem institutioner såsom social- og sundhedsinstitutioner, familien, arbejdsmarkedet og uddannelse. Her består frelse af eksempelvis sundhed, trivsel, lykke, fremgang, velstand og sikkerhed. Den pastorale magt er dermed ikke undertrykkende og tvingende, men produktiv, og subjektifikationen kræver ifølge Foucault (1982), at individet er frit (ibid.).

Anvendes dette magtbegreb i forhold til de fremanalyserede idealer og normer for individet, kan den subjektifikation af individet, der antages at foregå i samfundet,

anskues som udøvelse af pastoralmagt. Således bidrager iværksættelsen af diskursive og sociale praksisser ikke til at fremtvinge et bestemt subjekt, men derimod til at subjektivere individet til at blive den ansvarsbevidste, selvoptimerende og selvforvaltende borger. Individet påvirkes til at blive et subjekt i overensstemmelse med de eksisterende normer, idealer og diskurser, og påvirkes samtidig til at efterstræbe idealerne for sin egen skyld. Dette kan netop hænge sammen med, at samfundets idealer og normer om sundhed og sygdom udelukkende fremstilles positivt, hvorfor det må være til gavn for alle at efterleve dem.

Som nævnt i afsnittene 2.3.2 og 4.2.2. beskrives dette af Le Goff (1999 if. Petersen, 2016) som det blide barbari, der undertrykker og manipulerer individet til at efterleve idealer og normer, idet der ikke eksisterer alternativer. Hermed præsenteres der to forskellige, om end sammenlignelige, perspektiver. Individet er hos Le Goff (1999 if. Petersen, 2016) måske ikke underlagt tvang, men er undertrykt og har ikke andre muligheder. Pastoralmagten forudsætter derimod hos Foucault (1982), at individet er frit, for at kunne øve indflydelse. Endvidere er denne magt ifølge Foucault (1982) forbundet med frelse i form af sundhed, trivsel og lykke, hvormed magten netop udøves gennem subjektifikationen. Individet subjektiveres som et bestemt subjekt, der gennem sin ansvarsbevidsthed og selvforvaltning stræber efter, prioriterer og lever efter disse idealer. Der kan dermed argumenteres for, at sundheden bliver forbundet med det at trives og leve et godt og lykkeligt liv, som da bliver målet for det enkelte individ. I pastoralmagten eksisterer der et individfokus, hvor det kræves, at individet fortæller og erkender sandheden. Det vil sige sandheden om sin personlighed, selvopfattelse, afvigelser og problemer ledt på vej af repræsentanter for den pastorale magt såsom psykologer, pædagoger og socialarbejdere (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). I forhold til de fremanalyserede diskursive og sociale praksisser gør dette sig netop gældende, idet det pålægges individet at monitorere og erkende, og ikke mindst at forvalte sundhed og eventuelle psykiske vanskeligheder. Kun derigennem kan individet få hjælp og støtte og vende tilbage til et frit og lykkeligt liv. Det betyder, at der er et stort fokus på individualisering af sundhed og sygdom. Her placeres ansvaret for både at blive et subjekt, der opfylder idealerne, og for forvaltningen af sundhed og sygdom i individet, som samtidig prioriteres højt af vedkommende.

5.5. Delkonklusion 3

Ud fra denne diskussion kan det fremhæves, at ansvarliggørelse i samfundet kan anses som både en præmis, et middel og et mål for individet. Denne ansvarliggørelse betyder, at samfundet forudsætter, at individet har potentiale til at være ansvarlig, og at dette også er midlet i forhold til at blive sund og leve et lykkeligt liv. På baggrund af dette er det at blive en ansvarlig borger i sig selv et efterstræbelsesværdigt ideal.

I dette ideal er der samtidig indbygget en bestemt normalitetsforståelse, der kan anses som indskrænket til netop at indebære, at individet er ansvarsbevidst, selvoptimerende og selvforvaltende af egen mentale sundhed. Dermed bliver konsekvenserne for individet et konstant pres mod at efterleve idealerne. Disse idealer kommer også indfra, idet individet selv er motiveret for og engageret i at kunne opnå anerkendelse i samfundet i kraft af sin ansvarlighed og sit bidrag. Samtidig er individet optaget af at leve et lykkeligt og meningsfuldt liv.

Det tydeliggøres endvidere, at menneskesynet influeres af økonomiske hensyn, der påvirker praksisserne og de tiltag, der foreslås. Det bliver tydeligt, idet sundhedsfremmende tiltag skal forene menneskelige og samfundsøkonomiske hensyn. Dog kan det diskuteres om de menneskelige hensyn glemmes i efterstræbelsen af effektivitet og produktivitet.

Menneskesynet, der kommer til udtryk, er ligeledes præget af en forståelse af en individualisering af den psykiske lidelse. En individualisering, der placerer ansvaret i individet og anskuer lidelsen som enten en iboende sårbarhed eller som et udtryk for individets uformåen. Denne individualisering foregår ofte gennem diagnosticering, hvorfor den kan anses som en måde at skabe orden i samfundet. Samtidig kan diagnosticering bidrage til stigmatisering og ekskludering af de mennesker, der ikke kan eller vil tilpasse sig.

Diagnosticeringsprocessen kan både være ansvarsfratagende og ansvarsgivende, idet vægten på individets ansvar skifter, men altid er underliggende. Dette tydeliggøres med begrebet klientgørelse, hvor individet både er en passiv modtager af ydelser, men samtidig tildeles en probleidentitet. Probleidentiteten individualiserer problemet, og ansvarliggør individet gennem en forventning om, at individet selv skal ønske og kæmpe for en ændring. En ændring, der skal være overensstemmende med institutionens målsætninger.

Det tydeliggøres her, at individet kan ses som underlagt en bestemt produktiv magtform, der legitimeres gennem forsikring og håb om frelse. Det er netop denne magtform som er med til at subjektivere individet til at blive ansvarsbevidst, selvoptimerende, selvmonitorerende og selvforvaltende af egen sundhed og sygdom. Ved at udvikle disse værdier er vejen til sundhed, trivsel og et lykkeligt liv lagt. Individet subjektiveres til at blive et bestemt subjekt for sin egen skyld, men på samfundets præmisser.

I ovenstående har jeg diskuteret og fremlagt overvejelser omkring praksissernes indbyggede menneskesyn, samt hvilke konsekvenser dette kan have for det enkelte individ. I det følgende vil jeg vurdere specialets kvalitet i form af overvejelser omkring transparens, gyldighed og generaliserbarhed af specialets fund.

5.6. Kvalitetsovervejelser

For at kunne vurdere specialets kvalitet er det vigtigt at tage stilling til kriterier såsom gyldighed, transparens og generaliserbarhed (Tanggaard & Brinkmann, 2010). Derfor tager jeg i følgende afsnit kritisk stilling til specialets styrker og svagheder, samt hvordan de teoretiske og metodemæssige valg har bidraget til besvarelse af problemstillingen. Herudfra vurderes specialets kvalitet.

5.6.1. Gyldighed

Ifølge Phillips (2010) er det i vurderingen af kvaliteten af forskning indenfor det diskursanalytiske felt vigtigt at belyse gyldighed, hvorved der må tages kritisk stilling til, hvorvidt de valgte teorier og metoder hænger sammen med det opstillede problemfelt. For at styrke sammenhængen og gyldigheden i specialet har jeg kontinuerligt taget stilling til sammenhængen eksempelvis ved at gå frem og tilbage mellem teori, empiri og fortolkning. Nedenfor vil jeg vurdere, hvorvidt henholdsvis de valgte metoder og teorier bidrager til at svare på og hænger sammen med problemformuleringen for at vurdere specialets gyldighed.

5.6.1.1. Kritisk diskursanalyse

Jeg har valgt den kritiske diskursanalyse som metodologi ud fra specialets problemstilling og videnskabsteoretiske afsæt. Jeg anser netop den kritiske diskursanalyse for

at være hensigtsmæssigt i forhold til at belyse diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed. Dette har været medvirkende til at styrke den interne konsistens i specialet, idet min problemformulering og valgte metode har et overensstemmende sigte.

Den kritiske diskursanalyse er med sit tredelte fokus på det tekstuelle, de diskursive og sociale praksisser med til at give en nuanceret og dybdegående analyse af problemformuleringen. Dette betyder, at den kan undersøges både på rent tekstuel niveau samt på mikro- og makro niveau. Dog har det som nævnt i afsnit 1.3. af tids- og ressourcemæssige grunde været nødvendigt overordnet at fokusere på de diskursive praksisser. Derfor er denne del af analysen mere dybdegående end de andre to niveauer. Dette kan have betydet, at supplerende viden på det tekstuelle niveau og om de sociale praksisser ikke er belyst. Dog har dette fokus de diskursive fremstillinger bidraget til en mere grundig og omfattende analyse af lige præcis de diskursive praksisser.

Desuden kan mit fokus på enkelte udvalgte begreber i den kritiske diskursanalyse frem for andre, have forårsaget, at anden information og viden er gået tabt. Dette kan netop være faren ved at vælge et så omfangsrigt begrebsapparat. Begreberne er dog valgt ud fra deres egnethed i forhold til at belyse specialets problemformulering og har samlet set bidraget til at give en dybdegående forståelse for de diskursive og sociale praksisser. I den forbindelse fremhæver Fairclough (2008) endvidere, at ikke alle begreber er lige egnede til at besvare en problemstilling, hvorved det netop er hensigtsmæssigt at udvælge enkelte. Jeg vurderer derfor valget om at udvælge enkelte begreber som hensigtsmæssigt.

Ifølge Fairclough (2008) skal den kritiske diskursanalyse kunne bidrage til social forandring af de eksisterende ordener og strukturer. Selvom det ikke har været dette speciales mål at ekspliciterer forandringspotentialer, kan skildringen af de diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed medføre til kritisk sprogbevidsthed. Gennem afdækning af de diskursive fremstillinger kan der netop rettes et kritisk blik mod de eksisterende forståelser af psykisk sygdom og sundhed. Dette er ifølge Fairclough (2008) første skridt mod forandring.

Overordnet set har den kritiske diskursanalyse som metode været medvirkende til at afgøre hvilket perspektiv, der lægges på de valgte dokumenter. Den opnåede viden i specialet er dermed også præget af min metode. På baggrund af ovenstående vurderer

jeg dog, at metoden har haft en høj grad af sammenhæng med problemformuleringen og dermed har været hensigtsmæssig at benytte i besvarelsen.

5.6.1.2. Teoretiske overvejelser

Analysens gyldighed har jeg forsøgt at styrke ved at inddrage fire forskellige teoretiske tilgange til at belyse problemformuleringen, der hver især bidrager med en specifik forståelse af feltet. Ifølge Jørgensen og Phillips (2013) er inddragelse af andre perspektiver udover det diskursanalytiske med til at styrke kvaliteten af et studie. Teoriernes forskellige analytiske blik bidrager til forskellig empirisk fortolkning og er derfor med til at nuancere og kvalificere analysen. Teoriene bidrager ligeledes til at skabe sammenhæng, idet de komplementerer hinanden og tilsammen giver en dybere forståelse. Således vurderes de valgte teorier som hensigtsmæssige i forhold til at kunne besvare specialets problemformulering.

Det teoretiske grundlag har i specialet spillet en stor rolle, og de diskursive og sociale praksisser er analyseret til dels på baggrund af dette grundlag, hvorved det kan anføres, at specialets fund kan være farvet af disse teoretiske perspektiver. I den forbindelse fremhæver Tanggaard og Brinkmann (2010), at selvom forskeren har et bestemt teoretisk grundlag, er det muligt at skabe ny viden på baggrund af empirien, hvad enten disse er overensstemmende med det teoretiske grundlag eller ej. Ligeledes tilføjes det, at der kan være risiko for hverken at finde sammenhænge eller resultater, hvis der ikke er et teoretisk grundlag til at informere processen (Tanggaard & Brinkmann, 2010). Dermed kan mit speciales delvist deduktive tilgang til forskningsprocessen have været medvirkende til at influere fundene. Dog har jeg i analyseprocessen været eksplorativ i den forstand, at processen har været åben for nye forståelser og perspektiver.

5.6.2. Transparens

Transparens involverer, at der skal være en tydelighed og nøjagtighed i beskrivelsen af design og gennemførelse af den pågældende forskning. Således skal fremgangsmåde og alle foretagne valg være så gennemsigtige som muligt, så det sikres, at der er sammenhæng i opgaven fra initierende problem til undersøgelsens fund og konklusion. Processen skal gerne være så gennemsigtig, at det i princippet er muligt at

gennemføre en lignende undersøgelse (Phillips, 2010; Tanggaard & Brinkmann, 2010).

For at sikre transparensen i hele udarbejdelsesprocessen har jeg i specialet haft et tilbagevendende fokus på at være eksplicit omkring og begrunde de valg, som jeg har truffet omkring problemformulering, empiri, metodologi og teori. Jeg har ligeledes detaljeret beskrevet min fremgangsmåde i den kritiske diskursanalyse herunder blandt andet de dele af det diskursanalytiske begrebsapparat, der anvendes. Desuden har jeg underbygget analysen af adskillige forskellige tekstuddrag, der kan være medvirkende til at vise læseren, på hvilket grundlag fortolkningerne er funderet. Samtidig kan det give læseren mulighed for selv at fortolke empirien. Dog kan en fuldstændig vurdering af forskerens fortolkninger ikke foretages uden at læse hele datamaterialet, hvorfor specialets empiri er vedhæftet som bilag (Phillips, 2010).

5.6.3. Overførbarhed

Ifølge Thagaard (2004) kan overførbarhed eller generaliserbarhed defineres som den relevans en specifik undersøgelses fund har for andre fænomener, praksisser eller personer. Det vil sige, om resultater og forståelser fra en undersøgelse kan være relevante i andre sammenhænge end den undersøgte.

Ud fra specialets socialkonstruktivistiske udgangspunkt og diskursanalytiske analysestrategi kan der stilles spørgsmål ved, om fundene kan generaliseres til andre sammenhænge. Fundene kan anses som afhængige af kontekst og sociale processer samt være historisk og kulturelt specifikke (Jørgensen & Phillips, 2013). De fremanalyserede diskursive fremstillinger om psykisk sygdom og sundhed kan ses som afhængige af og indlejret i de bredere sociale praksisser såsom arbejdsmarkedet og psykiatrien. Derved eksisterer diskurserne eventuelt ikke eller forekommer og anskues på helt andre måder i andre sociale praksisser. Ifølge Jørgensen og Phillips (2013) er viden og identiteter i konkrete situationer dog altid underlagt bestemte regler for, hvad der anses som meningsfuldt og passende. Jeg anser dermed de diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed som sand viden indenfor de sociale praksisser, der har produceret dem. Mit speciale er dog knyttet an til bredere samfundsteorier, der ikke blot teoretiserer omkring psykisk sygdom og sundhed. Derfor kan specialets resultater have en vis overførbarhed til andre sociale praksisser, der har at gøre med trivsel og mental sundhed. Specialet giver imidlertid ikke grundlag for at udtale

sig om modtagelsen af dokumenterne i befolkningen, hvorfor det primært er muligt at overveje, hvilken indvirkning diskurserne kan have på individet.

Samtidig er det valgte datamateriale policy-tekster, der er udarbejdede af de danske institutioner, SS og RPU og er situeret i en bestemt historisk og kulturel kontekst, der har indflydelse på de iværksatte diskurser og sociale praksisser. I dokumenterne præsenteres der et specifikt politisk landskab med bestemte ideologiske perspektiver, der ikke nødvendigvis er overførbare til andre lande eller kulturer. Jeg anskuer dog samfundstendenserne som generelle vestlige kulturelle fænomener, idet specialet trækker på teorier, der er udviklet i andre vestlige kulturer såsom England, USA og Frankrig. Det vil sige, at jeg forventer en vis overførbarehed. I forbindelse hermed kan der dog være kulturelle og samfundsmæssige forskelle landende imellem. Eksempelvis er velfærdsmodellen og dennes indvirkning på tilgangen til sundhed primært gældende for danske forhold, hvorfor der i andre lande kan være andre tilgange til sundhed end den danske.

Kapitel 6

Afrunding

6.1. Konklusion

Med dette speciale har jeg haft fokus på at undersøge de diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed, som de kommer til udtryk i to eksemplariske cases fra henholdsvis RPU og SS. Dette for at belyse hvordan samfundet rent politisk forholder sig til psykisk sygdom og sundhed samt hvilke tiltag, forståelser og praksisser, der muliggøres heraf.

I den kritiske diskursanalyse tydeliggjorde jeg, at der eksisterer adskillige forskellige diskurser omkring psykisk sygdom og sundhed. For det første iværksættes der i dokumenterne en fremstilling, hvor individet ansvarliggøres for egen sygdom og sundhed. Således opfordres og tilskyndes individet til kontinuerligt at forvalte, monitorere og fremme sin sundhed gennem at blive en ansvarlig, selvoptimerende og selvforvaltende borger. Dette ansvar fremstilles ligeledes som en norm og et ideal, individet ansøres til at efterstræbe ikke mindst for sin egen skyld. I diskurserne er ansvarliggørelsen gennemgående og medvirker til en individualisering af den psykiske lidelse. Dette anskueliggøres i den anden diskursive fremstilling, hvor subjektet fremstilles som en skrøbelig patient. I fremstillingen af den skrøbelige patient beskrives mennesket med en psykisk lidelse som et særligt sårbart subjekt, der ikke har været i stand til at klare hverdagens udfordringer og derfor må drages omsorg for af det offentlige. Subjektet skifter her status og bliver en passiv modtager af ydelser, idet vedkommende ikke opfylder det snævre felt for mental sundhed, som det fremstilles i WHO's definition.

Den tredje diskursive fremstilling beskriver netop mental sundhed som et snævert felt, hvor individet skal være velfungerende og have den rette indstilling til sundhed. Dette betyder, at bestemte valgmuligheder skal fremmes og støttes af de rammer, det offentlige opstiller. De rigtige og sunde valg skal fremmes og tilskyndes, mens den u hensigtsmæssige adfærd må indstilles.

Slutteligt fremstilles psykisk sygdom som et objektivt fænomen, der antages at være tilstede uafhængigt af benævnelse og diagnosticering af den pågældende lidelse. Ligeledes beskrives der to forståelser af psykisk sygdom. For det første som en dikotomi, hvor sygdommen enten er tilstedeværende eller ej. For det andet som eksiste-

rende på et kontinuum, hvor alle potentielt kan udvikle en psykisk lidelse, men hvor nogle er i større risiko.

I anden del af analysen fremgår det, at de diskursive fremstillinger af psykisk sygdom og sundhed muliggør og muliggøres af bestemte praksisser, der omhandler arbejdsmarkedet, sundhedsfremme og forebyggelse samt psykiatrien. Arbejde og sundhed fremstilles heri som idealer, og subjektifikationen af individet mod at blive en ansvarlig borger bliver et led i at opnå disse idealer. Det bliver med iværksættelsen af diskurserne muligt at subjektivere individet i en bestemt retning. I subjektifikationen bliver sundhedsfremme et individuelt projekt, hvor individet efterstræber at bidrage til samfundet gennem sine præstationer og arbejdsformåen.

Ydermere synes analysen at tyde på, at der er en dominerende økonomisk ideologi underliggende de diskursive og sociale praksisser, der informerer og til en vis grad styrer praksisserne mod en mere effektiv ressourceudnyttelse. I den økonomiske ideologi er det vigtigt, at individet er ansvarsbevidst og selvforvaltende for at optimere sig selv og sine færdigheder. Dette for at forblive til nytte på arbejdsmarkedet. Individet må være en ansvarlig borger for at fremme sundhed. Sundhed og ansvarlighed styrkes af at bidrage til og deltage i samfundet og bidrager ligeledes til den rette indstilling til livet i overensstemmelse med samfundets normer.

Ud fra denne subjektforståelse tydeliggøres en bestemt normalitetsforståelse og menneskesyn. Normalitet synes at indebære en sundhedsfremmende, selvoptimerende og selvforvaltende indstilling til livet, der ligeledes forventes at føre til et lykkeligt og meningsfuldt liv. Derudover kan der argumenteres for, at der eksisterer et menneskesyn, der betragter nogle grupper som menneskeligt affald for at anvende Petersens (2016) terminologi. Den psykiske sygdom forbindes her med en individualisering og anses som en sårbarhed, der dels betragtes som en individuel svaghed og dels som et udtryk for individets uformåen og utilstrækkelighed. Det bliver dermed samfundets opgave at skabe orden gennem diagnosticering, som på en og samme tid er ansvarsfratagende og ansvarsgivende.

Slutteligt kan subjektifikationen af individet anses som en bestemt form for magtudøvelse, en pastormagt. Gennem denne magtudøvelse forsøger magthaverne gennem diverse eksperter-systemer at skabe et bestemt subjekt i overensstemmelse med idealer og normer om sundhed, ansvar og udvikling. Individet opnår frelse via en sundheds- og trivselsfremmende indstilling, der forventes at føre til et lykkeligt liv. Det kan

dermed konkluderes, at det er en produktiv fremfor en tvangspræget magtudøvelse, idet der produceres et bestemt subjekt, der tilskyndes til at orientere sig i retningen af forudbestemte idealer og normer.

6.2. Perspektivering

Dette speciale giver anledning til overvejelser omkring relevansen i forhold til andre praksisser. Som nævnt præsenterer de valgte teoretiske perspektiver forskellige om end sammenlignelige samtidsdiagnostikker, der favner bredere end forståelsen af psykisk sygdom og sundhed. Således kan de diskursive og sociale praksisser omkring mental sundhed siges at være et udtryk for bredere samfundstendenser, der har relevans udover disse praksisser. Ifølge Petersen (2015, 2016) er disse samfundstendenser indlejret i alle institutioner, hvorfor der kan trækkes paralleller til adskillige andre samfundsmæssige områder. Eksempelvis er sundheds- og trivselsfremme ikke begrænset til at gælde de beskrevne sociale praksisser. Det kan ligeledes findes i daginstitutioner og i skolevæsenet, når der er fokus på antimobbestrategier, inklusion, PPR-rådgivning og trivselsundersøgelser samt at kunne afhjælpe social arv og fremme mobilitet gennem for eksempel lektiehjælp (Undervisningsministeriet, 2012; Dansk Center for Undervisningsmiljø, 2015). På samme måde kan det sundhedsfremmende fokus ses på uddannelsesinstitutioner såsom ungdomsuddannelser og de højere læreanstalter. Her fokuseres der blandt andet på at forbedre studiemiljøer, og der er tilbud om studievejledning, mentorordninger og psykologforløb. Derudover er der på arbejdspladserne i stigende grad fokus på forbedring af arbejdsmiljø og stresshåndtering. Dermed kan konturerne af idealet omkring ansvarsbevidsthed, selvoptimering og forvaltning af egen sundhed og sygdom ligeledes skimtes i disse praksisser. Den produktive magt, der har for øje at skabe et bestemt subjekt, fungerer netop gennem disse sundhedsfremmende tiltag.

Selvom der ikke er en direkte overførbarehed imellem praksisserne, kan specialet alligevel have relevans for praksis og videre forskning. Specialets fund kan være med til at stimulere den kritiske tænkning omkring den eksisterende orden for derigennem at bidrage til social forandring. Specialets resultater er ligeledes relevante for både de sundhedsfaglige og psykiatriske praksisser generelt, idet resultaterne tyder på, at den

diskursive fremstilling af psykisk sygdom og sundhed kan have negative konsekvenser for den enkelte.

Som det beskrives i det sokratiske paradoks (Sokrates, 469 f.Kr.-399 f.Kr.): ”alt jeg ved er, at jeg intet ved”, er der med læring altid forbundet et paradoks. Det vil sige, at jo mere vi lærer, jo klarere bliver det, hvor meget vi ikke ved. Ligesådan kan det siges at være med dette speciale. Jeg har tydeliggjort hvilke diskursive og sociale praksisser, der kommer til udtryk i de to centrale politiske dokumenter, hvilket tjener som eksempler på, hvordan det politiske felt forholder sig til psykisk sygdom og sundhed. Jeg antager ligeledes, at disse praksisser kan være medvirkende til at subjektivere individet i bestemte retninger. Dog er dette vanskeligt at udtale sig om uden at inddrage et brugerperspektiv. I forlængelse af mit studie kunne det derfor være berigende at undersøge, hvordan brugere oplever at blive fremstillet, opfattet og forstået indenfor feltet for mental sundhed. Samtidig kunne en undersøgelse af de oplevede konsekvenser af en specifik fremstilling være med til at nuancere analysen og diskussionen. Således ville en analyse af brugerperspektiver kunne bidrage til at undersøge brugernes modtagelse af de diskursive fremstillinger samt afdække eventuel tilpasning til eller modstand mod disse fremstillinger.

Referenceliste

- Berg-Sørensen, A. (2012). Hermeneutik og fænomenologi. I M. Hviid Jacobsen, K. Lippert-Rasmussen, og P. Nedergaard (Eds.), *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning* (2. udg., pp. 215-244). København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S. (2010a). Indledning: Sygdom, sundhed og det diagnosticerede liv. I S. Brinkmann (Ed.), *Det diagnosticerede liv: sygdom uden grænser* (1. udg., pp. 7-12). Aarhus: Klim.
- Brinkmann, S. (2010b). Patologiseringsten: Diagnoser og patologier før og nu. I S. Brinkmann (Ed.), *Det diagnosticerede liv: sygdom uden grænser* (1. udg., pp. 15-31). Aarhus: Klim.
- Brinkmann, S. (2011). *Identitet: Udfordringer i forbrugersamfundet* (1. udg., 73-102). Aarhus: Klim.
- Brinkmann, S., & Petersen, A. (2015a). Diagnoser i samtiden: En introduktion. I S. Brinkmann, og A. Petersen (Eds.), *Diagnoser: perspektiver, kritik og diskussion* (1. udg., pp. 7-13). Aarhus: Klim.
- Brinkmann, S., & Petersen, A. (2015b). Dilemmaer og paradokser i diagnosekulturen. I S. Brinkmann, og A. Petersen (Eds.), *Diagnoser: perspektiver, kritik og diskussion* (1. udg., pp. 341-359). Aarhus: Klim.
- Collin, F. (2012). Socialkonstruktivisme. I M. Hviid Jacobsen, K. Lippert-Rasmussen, og P. Nedergaard (Eds.), *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning* (2. udg., pp. 335-374). København: Hans Reitzels Forlag.
- Dansk Center for Undervisningsmiljø (2015). *30 nye veje til bedre trivsel i skolen* (redigeret af C. Rudbeck, N. A. Simonsen, & R. V. B. Pedersen). Tilgængeligt d. 29.05.19 fra <http://dcum.dk/media/1385/30nyevejewebsite.pdf>
- Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse: en tekstsamling* (1. udg., pp. 15-62). København: Hans Reitzels Forlag.
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. *Critical Inquiry*, 8 (4), 777-795.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Om afvigerens sociale identitet* (2. udg., pp. 43-146). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

- Grage, T. W. (2010). Individualisme i *Den Store Danske*, Gyldendal (sidst redigeret 03.06.10). Tilgået d. 29.05.19 fra [http://denstoredanske.dk/Samfund, jura og politik/Samfund/Statsl%C3%A6re og politisk videnskabsteori/individualisme](http://denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Samfund/Statsl%C3%A6re_og_politisk_videnskabsteori/individualisme)
- Horwitz, A. V. (2003). *Creating mental illness* (1. udg., pp. 1-37 & 208-230). Chicago: The University of Chicago Press.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder* (Elektronisk udgave, pp. 3-52). Oxford: Oxford University Press.
- Jacobsen, M. H., & Kristiansen, S. (2009). Forord: De ødelagte identiteters sociologi. I E. Goffman. *Stigma: Om afvigerens sociale identitet* (2. udg., pp. 7-41). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Jacobsen, M. H., & Kristiansen, S. (2010). Erving Goffman. I P. T. Andersen, og H. Timm (Eds.), *Sundhedssociologi: en grundbog* (1. udg., pp. 137-159). København: Hans Reitzels Forlag.
- Jensen, E. H. (2008). Forord. I N. Fairclough. *Kritisk diskursanalyse: en tekstsamling* (1. udg., pp. 7-14). København: Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (2013). *Diskursanalyse som teori og metode* (1. udg., pp. 9-33, 72-104 & 143-168). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag/Samfundslitteratur.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2003). Indledning: At skabe en klient. I M. Järvinen, og N. Mik-Meyer (Eds.), *At skabe en klient: Institutionelle identiteter i socialt arbejde* (1. udg., pp. 9-29). København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M., & Mortensen, N. (2015). Det magtfulde møde mellem system og klient: teoretiske perspektiver. I M. Järvinen, J. E. Larsen, og N. Mortensen (Eds.), *Det magtfulde møde mellem system og klient* (1. udg., pp. 9-27). Aarhus: Magtudredningen, Aarhus Universitetsforlag.
- Lukes, S. M. (2016). Individualism: Politics and Philosophy. *Encyclopædia Britannica, inc.* (sidst redigeret d. 19.02.16). Tilgået d. 29.05.19 fra <https://www.britannica.com/topic/individualism>
- Lynggaard, K. (2010). Dokumentanalyse. I S. Brinkmann, og L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder: en grundbog* (1. udg., pp. 137-151). København:

Hans Reitzels Forlag.

- Mik-Meyer, N., & Villadsen, K. (2007). *Magtens former: Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren* (1. udg., pp. 16-42). København: Hans Reitzels Forlag.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1997). *The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary* (Global burden of disease and injury series, vol. 1). Udgivet af Harvard School of Public Health, Verdensbanken og Verdenssundhedsorganisationen. Tilgået d. 10.05.19 fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41864/0965546608_eng.pdf pp. 1-43.
- Nielsen, M. (2015). ADHD: Når følelser og reaktioner bliver symptomer på en diagnose. I S. Brinkmann, og A. Petersen (Eds.), *Diagnoser: perspektiver, kritik og diskussion* (1. udg., pp. 207-227). Aarhus: Klim. [21 s.].
- National Collaborating Centre for Infectious Diseases (NCCID) (2016). *More than just numbers: Exploring the concept of "burden of disease"* (Project No. 274). Tilgået d. 10.05.19 fra <https://nccid.ca/publications/exploring-the-concept-of-burden-of-disease/> pp. 1-4.
- Pedersen, O. K. (2011). *Konkurrencestaten* (1. udg., 7. opl., pp. 11-40 & 169-204). København: Hans Reitzels Forlag.
- Petersen, A. (2005). Depression – selvets utilstrækkelighedspatologi. I R. Willig, og M. Østergaard (Eds.), *Sociale patologier* (1. udg., pp. 61-78). København: Hans Reitzels Forlag.
- Petersen, A. (2015). Diagnoser som designet orden: Depression i præstationssamfundet. I S. Brinkmann, og A. Petersen (Eds.), *Diagnoser: perspektiver, kritik og diskussion* (1. udg., pp. 59-82). Aarhus: Klim.
- Petersen, A. (2016). *Præstationssamfundet* (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Phillips, L. (2010). Diskursanalyse. I S. Brinkmann, og L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder: en grundbog* (1. udg., pp. 263-286). København: Hans Reitzels Forlag.

- Psykiatrifonden (2018). *Tal til psyken: Fakta om psykisk sygdom og sundhed* (udarbejdet oktober 2018 og redigeret af J. Bentzen, & R. Paravaiz). Tilgået d. 29.05.19 fra <https://www.psykiatrifonden.dk/media/1419051/tal-psyken-30-10-2018.pdf>. pp. 1-68.
- Undervisningsministeriet (2012). *Gør en god skole bedre – et fagligt løft af folkeskolen* (udarbejdet i december 2012). Tilgået d. 29.05.19 fra http://www.stm.dk/multimedia/G_r_en_god_skole_bedre_et_fagligt_loft_af_folkeskolen.pdf. pp. 1-56.
- Regeringens psykiatriudvalg (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser* (Version 1.0 fra oktober 2013). Tilgået d. 03.05.19 fra http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2013/Oktober/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Rapport-psykiatriudvalg-okt-2013/En%20moderne%20C3%A5ben%20og%20inkluderende%20indsats_hovedrapport.ashx. pp. 1-296.
- Rose, N. (2009). *Livets politik: biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. Århundrede* (1. udg., pp. 25-71, 179-205 & 243-284). Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Rose, N. (2010). Psykiatri uden grænser? De psykiatriske diagnosers ekspanderende domæne. I S. Brinkmann (Ed.), *Det diagnosticerede liv: sygdom uden grænser* (1. udg., pp. 32-57). Aarhus: Klim.
- Sundhedsstyrelsen (2018). *Forebyggelsespakke om mental sundhed* (Version fra 13.04.18, 2. udg.). Tilgået d. 03.05.19 fra <http://www.sst.dk/~media/35430367342E471990E4097787A1208E.ashx>. pp. 1-40.
- Statens Institut for Folkesundhed (2007). *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007* (redigeret af M. Kjølner, K. Juel & F. Kamper-Jørgensen, Syddansk Universitet, pp. 117-130). Tilgået d. 29.05.19 fra [file:///C:/Users/Elisabeth/Downloads/folkesundhedsrapporten_danmark_2007%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Elisabeth/Downloads/folkesundhedsrapporten_danmark_2007%20(1).pdf)
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Kvalitet i kvalitative studier. I S. Brinkmann, og L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder: en grundbog* (1. udg., pp. 489-500). København: Hans Reitzels Forlag.

- Thagaard, T. (2004). Systematik og indlevelse: En indføring i kvalitativ metode (1.udg., pp. 176-199). København: Akademisk Forlag.
- WHO (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Tilgået d. 14.05.19 fra https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1. pp. 1-46.
- WHO (2018a). *Mental health: strengthening our response* (Fact sheet fra 30.03.18). Tilgået d. 17.05.19 fra <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO (2018b). *Mental disorders* (Fact sheet fra 09.04.18). Tilgået d. 17.05.19 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>