

# VEJEN TIL RECOVERY

- ET STUDIE AF MENNESKERS PERSONLIGE  
ERFARINGER MED AT KOMME SIG OVER PSYKISKE  
UDFORDRINGER

SPECIALEAFHANDLING I PSYKOLOGI,  
SUNDHEDSFREMME & SUNDHEDSSTRATEGIER

MAJA B. G. JENSEN, HANNAH LOU HARSTE & SIGNE HANSEN

INSTITUT FOR MENNESKER & TEKNOLOGI – ROSKILDE UNIVERSITET – JUNI 2016

STUDERENDE / STUDIENUMMER:

MAJA B. G. JENSEN / 53770 – HANNAH LOU HARSTE / 44311 – SIGNE HANSEN / 53775  
VEJLEDERE: MARI HOLEN & BJARNE JACOBSEN – ANSLAG: 327.587 – NORMALSIDER: 136,5

# EN TAK

for dybe samtaler, inspiration og lærerigt samarbejde  
– til alle de mennesker der har været en del af specialets tilblivelse

## Forord

Specialeafhandlingen er blevet til i et samarbejde, hvor alle medlemmer ligeligt har bidraget til hele det skriftlige materiales tilblivelse. Når vi individualiserer de enkelte afsnit, skal det derfor udelukkende forstås som en formalitet jf. studieordningernes krav. Afsnit der ikke fremgår med navn: Introduktion, Delkonklusioner, Konklusion & Perspektivering betegnes som ”Fælles”.

Referencesystemet i specialet baseres på standarder for referencer, teksthenvvisninger, citater samt litteraturliste fra: *American Psychological Association's* (2010) *publikationsmanual* (APA). Til trods for at APA ikke beskriver brugen af *ibid.* har vi valgt at tilføje dette.

Kommateringsystemet i specialet består af: *Grammatisk komma*. I den grammatiske kommatering anvendes som regel ikke komma ved indskudte sætninger.

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>Abstract (Fælles)</b> .....	6
<b>Resumé (Fælles)</b> .....	9
<b>1. INDLEDNING</b> .....	12
1.1 Et motiverende startskud til problemorientering i feltet for recovery (Fælles) .....	12
1.1.1 En indføring i problemfeltet (Fælles).....	13
1.2 Problemformulering (Fælles).....	16
1.2.1 Begrebsdefinition af brugere (Fælles).....	16
1.3 Viden om recovery i Danmark (Fælles) .....	16
1.4 Problemformuleringens psykologiske & sundhedsfremmende forankring (Fælles) ....	20
<b>2. METODOLOGISK ARGUMENTATION (Maja)</b> .....	23
2.1 Abduktive processer som videnskabelse (Maja) .....	23
2.2 Ontologisk & epistemologisk situering (Signe).....	24
2.3 Introduktion til metodiske fremgangsmåder (Maja).....	24
2.4 Introduktion til teoretisk analysegreb (Hannah) .....	25
<b>3. VIDENSKABSTEORI – SOCIALKONSTRUKTIVISTISKE OG HERMENEUTISKE PERSPEKTIVER (Signe)</b> .....	26
3.1 Subjektforståelse (Signe) .....	27
3.1.1 Skema: Videnskabsteoretiske analysestrategier (Fælles).....	30
3.2 Inspirationer fra Foucault (Maja).....	30
3.3 Inspirationer fra hermeneutikken (Hannah).....	33
3.4 En sammenfatning af videnskabsteori (Hannah) .....	35
<b>4. METODE (Hannah)</b> .....	36
4.1 Konstruktion af empiri (Hannah).....	36
4.1.1 Forskersubjektivitet, forståelseshorisont & erkendelsesinteresse (Hannah).....	36
4.1.2 Forandring af feltens status (Hannah).....	39
4.1.3 Et uventet feedback (Hannah).....	40
4.1.4 De to recoverypraksissers status for erkendelsesinteressen (Hannah).....	40
4.2 Kvalitative fremgangsmåder til det empiriske felt (Signe).....	41
4.2.1 Adgang til felten (Signe).....	42
4.2.1.1 Kontakt til gatekeepere i felten (Signe).....	42
4.2.2 Præsentation af informanter (Signe) .....	44
4.2.2.1 Brugere som primære informanter (Signe) .....	44
4.2.2.2 Sekundære informanter - Underviser fra Skolen for Recovery & Recovery Konsulent (Signe).....	45
4.2.3 Forskerpositioneringer (Signe) .....	46
4.2.3.1 Et møde med felten - Udfordringer i forskerpositionen (Signe).....	46
4.2.3.2 En fysisk position i felten (Signe).....	47
4.3 Metodegreb til den empiriske produktion (Maja).....	48
4.3.1 Kvalitative interviewmetoder (Maja).....	48
4.3.2 Interview som fortælling af narrativer (Maja) .....	49
4.3.3 Interviewguides & spørgeteknikker (Maja) .....	51

4.3.4 Interviewoptagelser & transskriptioner (Maja).....	53
4.4 Ethiske overvejelser & refleksioner (Maja).....	53
4.4.1 Mikroetiske refleksioner (Maja) .....	54
4.4.1.1 Princippet om frivillighed & informeret samtykke (Maja).....	54
4.4.1.2 Princippet om anonymisering & fortrolighed (Signe) .....	55
4.4.1.3 Princippet om konsekvenser for de involverede parter (Hannah).....	55
4.5 Kritiske refleksioner - Metodegreb & kvalitet (Hannah).....	56
4.5.1 Metodens troværdighed & konsistens (Signe).....	57
4.5.2 Metodens gyldighed (Maja).....	58
<b>5. ANALYSESTRATEGI &amp; TEMATISERINGER (Signe) .....</b>	<b>59</b>
5.1. Fra empirisk materiale til analytisk tematisering (Signe).....	59
5.2 Specialets analysestrategiske vinkel - Hvordan vi skaber forståelse for de empiriske udsagn (Hannah) .....	61
5.3 Analysetemaernes relevans for problemformuleringen (Maja) .....	63
<b>6. TEORETISK BEGREBSAPPARAT (Hannah) .....</b>	<b>64</b>
6.1. Teoritema 1: Perspektiver på subjektivitet & subjektiveringsprocesser (Signe).....	64
6.1.1 Magt & diskurs (Hannah) .....	65
6.1.2 Sociale & subjektive praksisser (Signe).....	68
6.1.3 Positionering & objektivering (Maja).....	69
6.1.4 Patogenese & salutogenese (Maja) .....	71
6.2 Teoritema 2: Subjektiveringsprocessens dilemmaer (Signe).....	73
6.2.1 Governmentalitet & selvteknologier (Signe) .....	73
6.2.2 Ideologiske dilemmaer (Maja).....	74
6.2.3 Dilemmaer om ansvar eller overgivelse (Maja).....	75
6.2.4 Dilemmaer som konsekvens af risiko (Hannah).....	76
6.3 Teoritema 3: Konventionel behandling & personlige handlinger i individuelle recoveryprocesser (Maja) .....	77
6.4 Teoritema 4: Et spørgsmål om frie handlemuligheder i brugeres recoveryprocesser? (Maja).....	79
6.4.1 Valgmuligheder set i lyset af subjektiveringens betingelser (Hannah).....	79
6.4.2 Selvledelsens mulighedsbetingelser - En mulighed for autonomi & frihed? (Signe) .....	81
<b>7. ANALYSE .....</b>	<b>84</b>
7.1 Analysetema 1: En bruger skabes & skaber sig selv (Maja) .....	84
7.1.1 Et diagnosekort på hånden - Diagnoser & kategoriseringers betydning for brugerens subjektive tilblivelse (Maja).....	84
“Jeg har altså en diagnose - Hvad er konsekvenserne af det her?” (Maja).....	84
“En kasse som jeg kunne passe ned i” (Signe) .....	88
7.1.2 Betydningen af andres opfattelser, italesættelser & forventninger (Hannah).....	93
“Totalt rablende og en dumpap uden lige” (Hannah) .....	93
“Psykisk sårbar, psykisk syg, sindssyg?” (Hannah).....	95
“Normal [med] en ridse i lakken” (Hannah).....	97
7.1.3 Delkonklusion (Fælles).....	99
7.2 Analysetema 2: Den dilemmafylde tilblivelsesproces (Signe).....	100

Narrativ om recoveryrejsen: “En lykkelig start, til krise til genfødsel” (Signe).....	100
Er man i højrisiko, når man har en diagnose? (Signe).....	103
“Man regner med, jeg kommer igang igen på arbejdet” - Brugernes opfattelser af samfundets forventninger (Hannah).....	104
“Samfundets definition på rask – et fuldtidsjob og betale en masse i skat” (Maja) ....	107
“Kunne jeg ikke bare tage mig sammen?” – En forvaltning af ansvaret (Hannah).....	107
“Lysten til at blive rask - ens egen store indsats“ (Signe) .....	110
“Nogen skal tage mig i hånden” – At tage ansvar eller overgive det til andre? (Maja)	112
7.2.1 Delkonklusion (Fælles).....	116
7.3 Analysetema 3: Konventionel behandling & personlige handlinger i individuelle recoveryprocesser (Hannah) .....	117
“En meget lille pris. Der var ikke noget alternativ” (Hannah).....	118
“Hvordan bliver jeg lykkelig?” (Maja) .....	119
“Indtil videre er jeg da nok nødsaget til at tage det” (Signe).....	120
“Jo mere personligt det bliver, jo bedre virker det” (Maja).....	123
7.3.1 Delkonklusion (Fælles).....	124
7.4 Analysetema 4: Et spørgsmål om frie handlemuligheder i brugeres recoveryprocesser? (Maja).....	125
Har brugere frie valg? (Signe) .....	126
Muligheder & begrænsninger for brugernes handlemuligheder (Maja) .....	128
Det frie valg - en konflikt mellem autonomi & tilpasning? (Hannah).....	129
At vælge sin egen vej - “det gode liv” (Signe) .....	131
En oplevelse af at have mulighed for at kunne tage ejerskab (Maja) .....	133
Subjektivering - en måde at magte sin recoveryproces (Hannah) .....	135
7.4.1 Delkonklusion (Fælles).....	138
<b>8. SELVKRITISK PERSPEKTIVERING AF SPECIALETS STATUS (Signe) .....</b>	<b>140</b>
8.1 Specieafhandlingens fund: Troværdighed & gyldighed (Hannah) .....	140
8.2 Et selvkritisk blik på den frembragte viden - Et spørgsmål om subjektiv relativisme? (Maja).....	141
8.3 Et kritisk blik på teoriens status (Signe) .....	143
<b>9. KONKLUSION &amp; PERSPEKTIVERING.....</b>	<b>143</b>
9.1 Konklusion (Fælles).....	143
9.2 Perspektiverende konklusion - Implikationer for praksis & samfund (Fælles).....	148
<b>10. LITTERATUR.....</b>	<b>151</b>
10.1 Bøger.....	151
10.2 Kapitler i bøger .....	153
10.3 Artikler i tidsskrifter .....	157
10.4 Rapporter & projekter .....	159
10.5 Internetsider .....	160
<b>11. BILAGSFORTEGNELSE .....</b>	<b>162</b>

# Abstract (Fælles)

In the present master's thesis in Psychology and Health Promotion: *How to recover? – A study of personal experiences with recovery from mental challenges* – the implications of psychological and health promotion strategies are examined in order to observe how recovery processes are perceived by people with challenges to their mental health. As the informants in the present thesis are not patients in the psychiatry, but people whose mental health challenges are unfolded in their everyday lives and practices, we have chosen to name them 'clients'.

Recovery is a widespread health orientation in psychiatric practice. The aim of the recovery orientation is that the client is the center in his or her own recovery process. Research demonstrates the diverse and different definitions of health. This implies differentiated approaches to the term recovery, different understandings of how people recover, and how recovery is practised. The thesis questions how these conflicting conditions influence the process of recovery as experienced by the clients. Hence, the thesis investigates how the clients are positioned to live and experience meaning in their own personal recovery process. This is examined by analyzing how the client is constituted and how he or she through the recovery process become who they are.

The clients' narratives regarding their experiences of the recovery process are the object of analysis. The empirical material consists of qualitative interviews with six clients, all of which are embedded in a self-defined process of recovery. Furthermore interviews with a teacher from a recovery seminar and a recovery consultant are included.

The methodological approach presents a combination of social constructivism and hermeneutics. In an abductive approach, the focus is on empirical problems which are investigated in an interplay with the selected theories and with hermeneutic interpretations. This methodological angle opens possibilities for diverse perspectives on meaning in order to understand the clients' experiences of recovery. The analysis attempts to understand how the clients' definition of *meaning* and sensemaking can be understood partly by hermeneutical interpretations and as social discursive constructions.



The analytical approach used to elucidate the problematic empirical aspects primarily take its inspiration from Michel Foucault's concept of the subject as well as his analytical concepts of subjectification of individuals. The analysis is supplemented with relevant theoretical discussions which both unfold and develops his conceptual apparatus further. The strategy of analysis attempts to understand the words of the clients' as concrete verbalizations of self-interpretations and experiences of recovery. Thus, we understand this as expressions of the clients' subjectification and the conditions influencing the way they ascribe *meaning* in their recovery.

The analysis is structured into four themes, which express the empirical linguistic assertions and respond to the research question. In the first theme, *A client is becoming & becomes herself*, the narratives established by the clients are analyzed as to define the various aspects, which are significant for the way in which they understand themselves and their recovery. The second theme, *The dilemmas of self-constitution*, discusses and analyzes the clients' narratives about different dilemmas and ambivalences which coin the process of subjectification. Throughout the theme, it is apparent how the clients experience possibilities and limitations for their recovery. In the third theme, *Conventional treatment & personal acts*, questions are raised as to whether these dimensions of subjectification and the clients' subjective practices are taken into account in relation to how they act in order to recover. The fourth theme, *A question of free choices of possible actions in the clients' processes of recovery*, resumes the preceding analysis and discusses possibilities of free choices regarding clients' subjective sensemaking in their recovery processes. Hence, the point is to investigate the conditions of possibility to empower their own recovery process.

The thesis concludes that the process of recovering cannot simply be described in objective, quantifiable measures. Rather, the deciding factor is to include subjective experiences – or else important elements of how to recover are neglected. The clients' experience of *meaning* throughout the process of recovery is, on the one hand, constructed in the medium of discursive norms, and, on the other hand, as a subjective experience of *meaning*. The analysis suggests that subjectification has the potential to open new possibilities of action beyond the normative frameworks of existing practices, yet also that

this potentiality is difficult to fulfill. By means of the analysis, it is revealed that it is the subjective meaning which is central in a client's experience and expression of a personal recovery. The conclusion demonstrates that the perspective of the client and his or her experience of meaning should be seen in the light of social contexts. It is in the interplay between people's narrative about the self, the environment, and in the interpretations of the researcher that new forms and horizons of meaning can be detected, and new insights revealed.



# Resumé (Fælles)

I specialeafhandlingen undersøges psykologiske og sundhedsfremmende implikationer for, hvorledes recoveryprocesser opleves hos brugere med psykiske udfordringer. Recovery er en efterhånden udbredt orientering i psykiatriske praksisser. Recovery oversættes på dansk med ‘*at komme sig*’, og hensigten hermed er, at brugeren sættes i centrum for sin egen recoveryproces. Forskning viser, at der eksisterer forskellige sundhedsforståelser. Dette udmønter sig i forskellige tilgange til, hvorledes brugeren kommer sig, samt forskellige definitioner af hvad recovery indebærer, og hvordan der arbejdes med recovery i praksis. Specialet tager udgangspunkt i en problematisering af, hvordan disse konfliktuerende betingelser influerer på brugeres oplevelser af recoveryprocessen. Der spørges derfor til, hvorledes der er mulighed for, at den enkelte bruger kan udleve og finde mening i sin personlige vej til recovery. Dette søges besvaret ved at undersøge, hvorledes brugeren skabes og skaber sig selv gennem recoveryprocessen.

Brugernes narrativer om egne erfarede recoveryprocesser er genstand for analysen. Specialets empiriske materiale konstrueres derfor gennem kvalitative interviews med seks brugere, der befinder sig i en selvdefineret recoveryproces, samt to interviews med en underviser på et recoverykursus og en recoverykonsulent.

Den metodologiske fremgangsmåde funderes i en videnskabsteoretisk tilgang mellem socialkonstruktivismen og hermeneutikken. Med en abduktiv tilgang tages der udgangspunkt i de empiriske forhold, som efterfølgende belyses i samspil med det valgte teoretiske begrebsapparat og hermeneutiske fortolkninger. Denne videnskabsteoretiske forståelseshorisont muliggør forskellige meningsperspektiver, som er centrale for at forstå brugernes oplevelser af deres recoveryprocesser. Hermed søges der en forståelse for hvordan brugernes meningstilskrivelser dels skabes gennem vores hermeneutiske fortolkninger og dels gennem diskursive fortolkningsrepertoarer.

I analysen anvendes primært Michel Foucaults subjektforståelse og analytiske begreber om individets subjektiveringsproces til belysning af problemformuleringen. Der suppleres med relevante teoretikere, der både udfolder og videreudvikler hans begrebsapparat. Det analysestrategiske udgangspunkt er at forstå, hvordan brugernes italesættelser af selvforståelser og erfarede recoveryprocesser kan være udtryk for deres

subjektivering og for de betingelser, som influerer på måden, de skaber mening i deres recovery.

Analysen struktureres gennem fire analysetemaer, der udspringer af de empiriske udsagn og tilsammen besvarer problemformuleringen. I første analysetema: *En bruger skabes & skaber sig selv*, analyseres brugernes fortællinger om forskellige forhold, der får betydning for deres måde, hvorpå de forstår sig selv og deres recovery. I andet analysetema: *Den dilemmafyldte tilblivelsesproces* diskuteres og analyseres brugernes udsagn om forskellige dilemmaer og ambivalenser, der udspringer af subjektiveringsprocessen. I temaet synliggøres det, hvorledes brugerne oplever muligheder og begrænsninger i deres recoveryproces. I analysens tredje tema: *Konventionel behandling & personlige handlinger* rejses der spørgsmål ved, hvordan disse dimensioner i subjektiveringen og brugernes subjektive praksisser kan forstås i sammenhæng med, hvorledes brugerne benytter sig af forskellige konkrete behandlinger og/eller handlinger på vejen til at komme sig. Fjerde analysetema: *Et spørgsmål om frie handlemuligheder i brugernes recoveryprocesser* opsamler ovenstående analyser og diskuterer, hvorvidt brugerne har frie valg- og handlemuligheder med henblik på at rette recoveryprocessen mod, hvad de oplever subjektiv mening i. Pointen er at udforske brugernes mulighedsbetingelser for at kunne tage *magten* over egen recoveryproces.

Med specialet konkluderes det, at processen om at komme sig ikke alene kan beskrives ud fra objektive, målbare størrelser, men at det er altafgørende, at den subjektive oplevelse inkluderes – da vigtige elementer i oplevelsen af at komme sig ellers overses. Brugernes oplevede mening i recoveryprocessen er både konstrueret gennem diskursive normer og en subjektiv oplevet mening. Analysen giver et billede af, at betingelserne i subjektiveringen har potentiale for at åbne for handlemuligheder, som ligger udenfor de eksisterende praksissers forståelsesramme, men at potentialet kan være vanskeligt at indfri. Gennem analysen kommer det til udtryk, at det er den subjektive mening, der giver brugeren en oplevelse af at udleve en personlig recovery. Konklusionen peger på, at brugeren og dennes meningsperspektiv altid må ses i lyset af sociale forhold. Det er netop i samspillet mellem menneskets selvfortælling, omgivelserne og undersøgeren, at meningsformer skabes, og nye indsigter gøres mulig.

# **DEL 1: INTRODUKTION**



# 1. INDLEDNING

## 1.1 Et motiverende startskud til problemorientering i feltet for recovery (Fælles)

Personal Medicines are the things we do, not what we take. For many of us, the path into recovery means finding the right balance between the medication we use and our Personal Medicine (Deegan 2013: 1).

Da vi i specialegruppen i løbet af efteråret 2015 begyndte at udveksle idéer for det kommende speciale, blev vi alle tre optagede af ovenstående citat. Det er den anerkendte amerikanske recoveryekspert Patricia Deegan, der står bag udtalelsen. Hun sætter her ord på den sag, hun kæmper for; at der findes et langt større potentiale for, at mennesker med psykiske problemstillinger kommer sig, og at der findes andre veje til recovery<sup>1</sup> end at anvende medicinsk behandling. Temaet ramte plet inden for hver af vores personlige interesser, hvor vi af forskellige årsager har haft opfattelsen af, at der i den psykiatriske praksis er risiko for, at mennesker med psykiske sygdomme mister håb for deres handlemuligheder og en værdig fremtid, og i stedet bliver passive modtagere af fagprofessionelle ordinationer. Deegan advokerer for, at mennesket også har et potentiale for at få det bedre ved at inddrage sig selv og ved at finde frem til, hvad der er meningsfuldt for dem. Deegan kalder den personlige vej for *Personlig Medicin*.

Da vi læste om konceptet, blev vi interesserede i, hvordan mennesker med psykiske udfordringer har mulighed for at komme sig på deres egen personlige måde, ved at *gøre* noget for sig selv, i stedet for blot at *tage* kemisk medicin. Recoverybegrebet var som sådan ikke nyt for os, idet der foreligger en del forskning og litteratur herom. Det gælder både forskning om begrebet i sig selv, implementering af recoveryorienteringen i det psykiatriske felt, kritik af recoveryorienteringen, fagprofessionelles erfaringer med at arbejde recoveryorienteret og personlige beretninger om, hvad der kan hjælpe til, at man kommer sig – det vil sige eksempler på personlig medicin (Bertelsen et al. 2011; Biringer et al. 2015; Dahlqvist Jönsson et al. 2015; Deegan 2005; Deegan & Drake 2006; Dybbroe

---

<sup>1</sup> William Anthony, direktør for Center for Psychiatric Rehabilitation definerer personlig recovery således: "Recovery kan beskrives som en dybt personlig, unik proces som forandrer personens holdninger, værdier, følelser, mål og/eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv selv med de begrænsninger som er forårsaget af sygdommen. Recovery indebærer udviklingen af ny mening og formål

& Ringer 2014; Hansson 2015; Jensen 2006; Jensen 2002; Nidel 2011; Sowers et al. 2015).

Deegan definerer personlig medicin som aktiviteter, der giver liv, mening, formål, og øger selvværd og selvtillid, velvære og livskvalitet samt nedsætter symptomer og forhindrer eksempelvis indlæggelse (Deegan 2005: 32). Hun udtaler: "*Recovery means changing our lives, not just our biochemistry!*" (Deegan 2013: 1). Med de ord mener Deegan, at der er stor mulighed for at komme sig gennem brug af ikke-medikamentel personlig medicin (Deegan 2005: 29, 34). Med sin forskning påpeger hun, at når mennesker oplever at have handlemuligheder, vilje og håb, medfører det myndiggørelse og mægtiggørelse til at forbedre deres liv med psykisk sygdom. Det vil sige, at individet ikke bare ser sine muligheder for at handle for sig selv, men også at der skabes strukturelle mulighedsbetingelser for det (Andersen 2012: 167).

Der er således grundlag for at støtte op om menneskets personlige medicin. Det forekommer dog, med udgangspunkt i Deegan, at de to veje til recovery; den medicinske og den personlige ofte findes modstridende. Deegan påpeger, at konventionel og medicinsk behandling ofte får konsekvenser for muligheden for at finde og udleve sin personlige medicin. En forklaring kan være, at biomedicinske tilgange til psykiske sygdomme og klinisk recovery fortsat kan synes mere dominerende i praksis end personlig recovery, hvilket sætter en retningsgivende definition for tilgangen til recoveryprocessen i psykiatrisk regi (Jensen, Olsen & Sørensen 2004: 20).

Det er denne problemstilling, vi er interesserede i at undersøge i nærværende speciale. Hvis de personlige handlinger, som Deegan betegner personlig medicin, er så centrale og vigtige i et menneskes recoveryproces, må det siges at være relevant at undersøge, hvordan brugere erfarer deres muligheder for at udvikle deres personlige handlinger, så de oplever at komme sig meningsfuldt over psykiske udfordringer.

### **1.1.1 En indføring i problemfeltet (Fælles)**

I vores litteratursøgning blev vi klar over, at der ikke forelå megen empirisk forskning om menneskers personlige erfaringer med at komme sig set i lyset af de kontekster, de befinder sig i. Efter vores forståelse handler recovery ikke kun om processen, der

eksempelvis sker under indlæggelse eller i tilknytningen til en særlig recoveryorienteret praksis. Vi finder det interessant at medtænke, at menneskers liv er sammensat, og at menneskers erfaringsdannelser skabes ud fra de sociale kontekster, de indgår i. Med dette perspektiv mener vi, det er relevant at bidrage med forskning, der både fokuserer på individets oplevelse af mening i recoveryprocessen, hvor dennes italesatte erfaringer og forståelser af sig selv i sin recoveryproces inddrages. Samtidig med at de kontekstuelle og sociale betingelser for brugerens erfaringer og forståelser af sig selv tages i betragtning. Et sådant dobbeltfokus er vi endnu ikke stødt på i vores litteratursøgning på recoveryfeltet. På den baggrund, er målet med specialet blevet, at undersøge hvordan recoveryprocesser erfares fra et brugerperspektiv, fra hvilket vi kan fortolke og skabe en forståelse for brugeres meningsperspektiver i relation til deres recoveryproces.

Som beskrevet handler recovery i store træk om, at brugere<sup>2</sup> finder deres personlige vej mod at komme sig med psykiske udfordringer, så de formår at mestre deres tilværelse og opleve velvære. Men i begrebet angives der i sig selv ikke nogle særlige sundhedsforståelser eller retningslinjer for, hvordan brugere skal håndtere deres tilværelse. Den danske oversættelse af recovery – *at komme sig* – angiver, at det er mennesket, der som subjekt er i centrum for sin egen recovery (Jensen 2002: 4), hvilket umiddelbart kan synes givende. I vores optik synes tilegnelsen af recoveryorienteringen dog at have et problematisk udtryk. På den ene side opfordres brugere til at tage ejerskab og ansvar for sin recoveryproces. Men på den anden side skal brugeres handlinger samtidig udfoldes i samspil med de muligheder, de stilles i kraft af deres diagnoser. Det kan tænkes, at det kan få implikationer for brugeres muligheder for at tage ejerskab i deres egen recoveryproces. Der kan stilles nogle særlige forventninger til, *hvordan* brugere skal tage ansvar, og hvordan ansvaret skal håndteres.

Vi er ligeledes af den opfattelse, at der findes mange forskellige – og nogle gange modstridende – sundhedsorienteringer og dermed betingelser i de praksisser, brugerne indgår i (Barber 2012; Jensen 2002; Jensen 2006; Nidel 2011; Jensen, Olsen & Sørensen 2004: 22-25; Borg, Karlsson & Stenhammer 2013). Recovery er et omdiskuteret fænomen, hvor indholdet endnu ikke er klart defineret. På den baggrund sætter vi spørgsmålstegn ved, hvordan disse konfliktuerende betingelser kan influere på brugeres subjektive meningstilskrivninger omkring, hvorledes de kan mestre deres recoveryprocesser,

---

<sup>2</sup> Mennesker med psykiske udfordringer.

herunder hvordan det får betydning for måden hvorpå, de opfatter deres handlemuligheder i deres personlige vej mod at komme sig? På trods af megen forskning om og interesse for recovery, finder vi det aktuelt, at udforske disse problemstillinger nærmere med udgangspunkt i at inddrage brugerne 'som sagen selv'. Netop fordi det er brugerne, der skal gennemleve deres recovery, skabe mening og leve deres liv, finder vi det afgørende, at skabe indsigt i brugeres italesættelser.

Sigtet med nærværende speciale er derfor at skabe kvalitativ viden om, hvordan komplementære sundhedsforståelser får forskellige psykologiske og sundhedsfremmende betydninger for brugere i deres recoveryprocesser. Specialet er empirisk funderet i interviewsamtaler med seks brugere, en underviser i recovery og en recoverykonsulent. Omdrejningspunktet for undersøgelsen er brugernes italesættelser – herunder deres selvfortællinger og beretninger om deres individuelle recoveryprocesser. Med et socialkonstruktivistisk og hermeneutisk videnskabsteoretisk udgangspunkt for analysen vil vi skabe mulighed for at kunne forstå disse problemstillinger. Michel Foucaults analytiske begreb om individets *subjektivering* tegner vores teoretiske referenceramme (dette særegnede og hyppigt anvendte begreb uddybes i Kapitel: *Teoretisk begrebsapparat*). Den socialkonstruktivistiske tematik vil kunne give os et indblik i, hvordan brugernes individuelle recovery bliver til i samspil med sociale meningstilskrivelser set i lyset af de *betingelser*, brugerne italesætter. Mens en hermeneutisk analysestrategi giver os muligheden for fortolke brugernes *meningshorisonter* – hvad brugerne selv tilskriver mening i deres recovery. Vi er interesserede i at undersøge, hvilken viden omkring brugerne denne metodologiske tilgang kan give os. Vi fortolker og analyserer brugernes udsagn for at skabe forståelse for, hvordan brugerne skaber mening i recoveryprocessen og i forlængelse heraf, hvordan de subjektivt opfatter deres handlemuligheder heri ud fra, hvad de tillægger mening. På den baggrund er vi kommet frem til følgende problemformulering:



## 1.2 Problemformulering (Fælles)

*Hvordan kan brugeres narrative udsagn om deres recoveryprocesser forstås som et udtryk for selvforståelsen i deres subjektiveringsproces? Hvilke mulighedsbetingelser skabes for brugeres valg af behandling og handlinger rettet mod at komme sig? Hvorledes kan vi på den baggrund forstå, at brugere oplever mening i deres recovery?*

### 1.2.1 Begrebsdefinition af brugere (Fælles)

I nærværende speciale benytter vi os ofte af betegnelsen “bruger”. Baggrunden for, at vi finder det nødvendigt at afklare betegnelsen nærmere, skal findes i, at der er mange diskussioner på recoveryområdet om, hvordan man kan definere mennesker med psykiske udfordringer. Vi ser os dog nødsagede til at vælge en betegnelse, vi anser som mest mulig neutral og samtidig dækkende for de mennesker, specialet omhandler. De mange øvrige betegnelser har efter vores opfattelse tilknyttet særlige associationer, forventninger og tolkninger. I vores anvendelse af betegnelsen “bruger” ligger en implicit betydning af, at et menneske altid vil være bruger af *noget*. Brugerbetegnelsen anser vi som dækkende for en bred vifte af mennesker, der kan italesættes, kategoriseres eller selv definerer sig som: *Sindssyge, åndssvage, mentalt/psykisk syge, psykisk sårbare, psykisk lidende, psykisk udfordrede, mentalt usunde, patienter, psykiatribrugere, borgere med mentale problemstillinger* og så videre. Det er hermed vores mål at tage afstand fra betegnelser, der kategoriserer og/eller stigmatiserer mennesker eller grupper, idet sådanne betegnelser uundgåeligt er tilknyttet værdiladede forestillinger. Når vi anvender *brugere* i relation til vores *informanter* henviser vi dermed til ovenstående definition af brugere.

## 1.3 Viden om recovery i Danmark (Fælles)

Inden vi kortlægger vores metodologiske overvejelser og valg, ser vi det relevant at kaste et blik på recovery – som begreb, betegnelse, fænomen og orientering – hvilket også kendetegner den proces, specialets brugere befinder sig i.

Recovery er ikke noget nyt fænomen<sup>3</sup>, men har haft en langsom udbredelse i den danske psykiatri. WHO satte i 2005 recovery på den internationale politiske dagsorden i deklARATIONEN for mental sundhed, som led i de sundhedsfremmende retningslinjer (WHO 2005). Dette blev springbrættet til, at vestlige velfærdsstater langsomt er begyndt at inddrage recovery i de nationale og lokale psykiatriske initiativer (fx WHO 2013).

I Danmark er recovery i de senere år så småt begyndt at blive integreret i politiske udspil. Det sker eksempelvis i Sundhedsstyrelsens nationale strategirapport: *National Strategi for Psykiatri* (2009) samt i Regeringens Psykiatriudvalgs rapport: *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser* (2013). Ligeledes er der udformet lokale recoveryplaner- og strategier, herunder: *Politik for recovery* (Region Sjælland 2014), Region Nordjyllands Strategi: *Psykiatriplan 2015-2020. Sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum* (Region Nordjylland 2015), samt i Region Hovedstadens Psykiatri: *Strategi for brugerinddragelse* (2014), hvori der søges implementeret konkrete initiativer for en recoveryorienteret praksis på psykiatriske afdelinger og i socialpsykiatrien. I Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) har man Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, der netop fokuserer på udvikling, forskning og formidling af metoder til recovery og recoveryorienteret behandling og rehabilitering (2016). RHP har fx opstartet Skolen for Recovery, der siden efteråret 2015 har haft dørene åbne for blandt andet mennesker, der søger støtte til at udleve deres personlige recoveryprocesser som et supplement til den eksisterende behandling (Skolen for Recovery 2016). Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (LAP), herunder Projekt Vendepunkter er ligeledes et forholdsvis nyt initiativ, der tilbyder recoverykurser blandt mange andre organisationer (Projekt vendepunkter 2016). Dette vidner om et fortsat øget fokus på og anerkendelse af recoveryorienteringen som en vigtig del af det psykiatriske arbejde.

På trods af at recovery ser ud til at vinde mere og mere indpas, er der evaluerende forskning, der viser, at mennesker i kontakt med psykiatriske systemer, hvor recoveryorienteringen ofte praktiseres, ikke oplever, at indsatsernes indhold og samarbejdsformer understøtter og muliggør en personlig recoveryproces. Eksempelvis påpeger Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, at centrale elementer i en personlig

---

<sup>3</sup> Fænomenet omkring Recovery stammer tilbage fra 1970'erne og er mest blevet brugt i angelsaksiske lande. Men de seneste årtier er det også begyndt at vinde indpas i Danmark (Topor 2003; Jensen 2002: 4).

recoveryproces, som håb, optimisme, personlig kontrol og ansvar, ikke nødvendigvis afspejles i de daglige praksisformer. Der ses altså en manglende sammenhæng mellem recoverypraksisserne og brugeroplevelser af recovery. En forklaring på det kan ligge i definitionen af recovery (Borg, Karlsson & Stenhammer 2013).

Recovery oversættes på dansk med 'at komme sig', hvilket rummer forskellige mulige betydninger, som de mange definitioner af recovery også vidner om. Et fællestræk lader til at være, at recovery angiver en mulighed for at komme *videre* efter psykisk sygdom, uden at det defineres, hvad denne *kommen sig* nærmere går ud på (Jensen, Olsen & Sørensen 2004: 17). Definitionerne af recovery spænder bredt fra at blive betragtet som god klinisk praksis til at kendetegne en individuel, usystematisk proces (Barber 2012; Jensen 2002; Nidel 2011; Jensen, Olsen & Sørensen 2004: 22-25; Borg, Karlsson & Stenhammer 2013). Recovery kan i den praktiske anvendelse både betyde at komme sig – mod noget nyt – eller komme sig, ud fra forståelsen af at blive fri for sygdommen. Det er derfor ikke en selvfølge, at brugerens egen subjektive oplevelse af at have magt og ejerskab i livet inddrages (Topor 2003: 42-43; Hansen 2008: 71).

De mange perspektiver på hvordan recovery defineres, lader til at rumme forskellige ontologiske forståelser af, hvad der forårsager behovet for recovery; hvad brugeren skal komme sig fra, og hvad brugeren skal komme sig til. Derfor inddeles begrebet ofte ud fra *kliniske* forståelser af recovery og *personlige* forståelser af recovery. De kliniske forståelser af recovery kan tage afsæt i, at diskussion om, *hvordan* man kommer sig traditionelt set, har været op til behandlingspsykiatrien. De fagprofessionelle har haft til opgave at hjælpe folk til at komme sig, idet årsagen, til at mennesker behøver hjælp, kausalforklares med så alvorlige og komplicerede sygdomme, at det nødvendiggør en indsats af højt specialiserede professionelle (Jensen, Olsen & Sørensen 2004: 3). I en forståelse af klinisk recovery betyder det: "*at komme sig helt defineres som fravær af psykotiske symptomer og tilbagevenden til det funktionsniveau, man havde før. Der er ingen form for kontakt med psykiatri og ingen medicinering*" (Jensen, Olsen & Sørensen 2004: 24). I denne forståelse perspektiveres recovery ud fra et biomedicinsk rationale med objektive definitioner og mål, der angiver en særlig medikamentel behandling for at opnå helbredelse, som patienten herefter skal løsrives fra for at kunne fungere i et normativt

bestemt liv med økonomisk og boligmæssig uafhængighed og lav grad af social forstyrrelse (Barber 2012: 277; Jensen, Olsen & Sørensen 2004: 22).

Dette adskiller sig fra vores forståelse af recovery. I disse forståelser inddrages de personlige, sociale eller historisk kontekstuelle betydninger nemlig ikke (Niedel 2011: 25). Når disse faktorer ikke medtages, er det hverken muligt at definere en specifik årsag til, at brugeren oplever psykiske udfordringer, eller at definere hvornår en person er kommet sig, eller at definere hvordan brugeren præcist kommer sig. Der er fastsat nogle snævre ydre normalitetskriterier, der gør, at mange ikke kan betragtes som at være kommet sig. *Mulighederne* for at komme sig på en måde, som giver subjektiv mening, har ikke interesse i forhold til et fokus på ydre forhold: Hvornår individet vurderes at have opnået en tilstand, der gør, at man vurderer, at vedkommende er kommet sig. Alain Topor påpeger, at kvantitativ forskning viser det interessante fund, at der altid er mennesker, der er kommet sig fra alvorlige psykiske lidelser, men andelen er ikke vokset i takt med nye medicinske metoder (Topor 2004: 3). Det peger dermed i retning af, at individet selv kan bidrage med noget, der ligger udover de professionelles kompetencer.

I opposition til den kliniske recovery, fremhæver vi derfor forståelser af *personlig* recovery. Disse forståelser præsenterer et gennemgående fokus på processen, hvor brugeren gradvist tager magten over sit eget liv (Jensen, Olsen & Sørensen 2004: 23; Topor 2003: 42). William Anthony, direktør for Center for Psychiatric Rehabilitation definerer personlig recovery således:

Recovery kan beskrives som en dybt personlig, unik proces som forandrer personens holdninger, værdier, følelser, mål og/eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv selv med de begrænsninger, som er forårsaget af sygdommen. Recovery indebærer udviklingen af ny mening og formål i ens liv, mens man vokser udover den psykiske sygdoms katastrofale følger (1993 citat fra Jensen, Olsen & Sørensen 2004: 23).

Dette perspektiv på recovery indebærer, at recovery forstås som en proces snarere end som et endemål, hvor brugeren forsøger at leve det bedst mulige liv på trods af eventuelle symptomer. Hvad det bedst mulige liv indebærer, forstås dermed som et subjektivt anliggende. Udviklingen af *mening* inddrages som en central dimension, idet vi netop interesserer os for, hvordan meningen opstår og tilskrives betydning. Vejen til personlig recovery ligger således i høj grad hos brugeren selv, som alene – med støtte fra pårørende, professionelle og/eller eget netværk – forsøger at genvinde magten over sit eget liv og

indtage en position som menneske, der ikke blot handler om at være patient eller klient (Barber 2012: 277; Jensen 2002: 11; Jensen, Olsen & Sørensen 2004: 19).

Vi kan ud fra ovenstående indføring i recoverybetegnelsens forskelligartede betydninger konkludere, at forskellige professionelle og forskningsmæssige traditioner indbyrdes kæmper om, hvem der har retten til at definere recovery. Med Deegans ord er recoverybegrebet måske netop så svært at få hold på, fordi det er så fundamentalt:

Måske er det fordi recoveryprocessen ikke kan beskrives fuldstændigt i det traditionelle, videnskabelige, psykiatriske eller psykologiske sprog. Selv om fænomenet ikke passer nydeligt ind i det naturvidenskabelige paradigme, så véd de af os, som har haft et handicap, at det er virkeligt, for vi har gennemlevet det (1988: 93, I: Jensen, Olsen & Sørensen 2004: 31).

Denne indføring er således med sigte på at bidrage til et bedre undersøgelsesgrundlag og for at læseren får en idé om, hvordan recovery kan tænkes at blive italesat blandt vores brugere som informanter og kan afspejle forståelsen af recovery i de praksisser, de indgår i. I vores forståelse er recovery således ikke en objektiv beskrivelse af en apriorisk virkelighed, men forståelsen indgår i et indbyrdes konstituerende forhold med den sociale og subjektive verden og bliver til gennem brugernes italesættelser og forståelser af begrebet. Recovery bliver derfor den sociale virkelighed, der eksisterer sprogligt og indgår i brugernes forståelser, praksisstrukturer og hverdag.

## 1.4 Problemformuleringens psykologiske & sundhedsfremmende forankring (Fælles)

Ovennævnte problemfelt inddrager en opfattelse af recoverytankegangen, hvor der kan drages ligheder til sundhedsfremmetankegangen. Sundhedsfremme defineres af WHO som: *“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. It moves beyond a focus on individual behaviour towards a wide range of social and environmental interventions”* (WHO 2016).

I definitionen impliceres et fokus på individets styrker og ressourcer som centrale for at individet opnår ejerskab over eget liv. Der lægges op til, at individets muligheder for at fremme sin egen sundhed er betinget af *social and environmental interventions*. Dette ser vi netop som centralt for specialets erkendelsesinteresse i at undersøge individets rolle i

forhold til ansvar for sin recovery og hvilke sociale betingelser og handlemuligheder, der stilles for dette. Specialet forankres i vidensfeltet for Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier gennem analysen af brugeres *“receptioner af sundhedsstrategier og sundhedsforståelser inden for samfundets sektorer, kulturer, institutioner og organisationer regionalt, nationalt eller internationalt”* (Studieordning for Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier 2006: 11). Vi inddrager således brugeres *deltagerperspektiver* (Studieordning 2006: 11) i analysen af recoveryorienteringens sundhedsforståelser og implikationer for brugeres *mulighedsbetingelser* (Studieordning 2006: 11) for sundhedsfremme ved at undersøge brugeres subjektive meningsperspektiver.

Specialets psykologiske forankring kommer til syne, idet vores erkendelsesinteresse og problemorientering retter sig mod brugeres selvfortællinger og beretninger om deres individuelle recoveryproces. Derudover baseres vores empiriske materiale sig på informanter, der klassificeres med psykiske problemstillinger, og det er oplevelserne af, hvorledes brugerne kommer sig fra disse, som er omdrejningspunktet for vores analyse. Vi skaber således indsigt i brugeres førstepersonsperspektiver samtidig med, at vi anlægger et socialpsykologisk perspektiv i vores forståelse af problemstillingen og vores genstandsområde. På denne vis belyser vi både psykologiske udviklingsprocesser hos brugere og i relationer. Dermed er der tale om processer, hvormed brugere skaber sig selv, sin selvforståelse og forståelse af andre. På sigt kan dette bidrage til videreudvikling af recoveryfremmende settings (Studieordning for Psykologi 2006; Studieordningen for Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier og Psykologi 2016).

## **DEL 2: METODOLOGI**





## 2. METODOLOGISK ARGUMENTATION

(Maja)

Formålet med nærværende kapitel er kort at introducere sammenhængen i den metodologiske operationalisering af problemformuleringen for i efterfølgende kapitler at kunne eksplicitere delelementerne af specialets måde at frembringe viden om psykiatribruges handle- og udviklingsmuligheder i deres recoveryprocesser. Vi argumenterer for konsistensen mellem undersøgelsens metode og empirigenerering, videnskabsteoretiske udgangspunkt, samt teoretiske referenceramme.

### 2.1 Abduktive processer som videnskabelse (Maja)

I specialet ekspliciteres vores konkrete arbejdsproces løbende. Vi vil dog alligevel her kort indføre læseren i vores proces med den hensigt at tydeliggøre den kronologiske proces i de efterfølgende kapitler.

Med afsæt i vores personlige interesse og forforståelser om problemstillinger på feltet har vi villet skabe et empirisk funderet speciale. Heraf er interessante forhold udsprunget af informanternes udsagn, ud fra hvilke vi har konkretiseret vores videnskabsteoretiske antagelser. På den baggrund har vi formuleret en endelig problemformulering. Med udgangspunkt i den empiriske problemstilling og vores ontologiske antagelser har vi udformet det teoretiske begrebsapparat, som skal belyse de empiriske forhold, der kan læses i informanternes udsagn.

Vi betragter specialeprocessen som en *abduktiv* proces, i den betydning at vi i en vekselvirkning inddrager empiriske og teoretiske forståelser til at skabe viden (Brinkmann 2013: 70-74). Det vil sige, at vi under de metodiske fremgangsmåder hovedsageligt har været empirinære og de teoretiske begreber er udvalgt til at belyse de forhold i brugernes udsagn, vi finder interessante for vores erkendelsesinteresse. Samtidig forholder vi os til den konkrete kontekst, hvori brugernes udsagn er fremkommet. Dermed er det vores ambition gennem analysen, at indtage både et indefra- og udefrakommende blik på hændelser i empirien, hvormed vi positionerer os med en navigeren mellem felten og vores teoretiske begrebsfundament. Det vil sige, at de analytiske abstraktioner opstår i samspillet mellem det empiriske materiale og vores teoretiske læsninger.

## 2.2 Ontologisk & epistemologisk situering (Signe)

De psykologiske og sundhedsfremmende fagdiscipliner deler et grundlæggende genstandsfelt; *mennesket i dets omgivelser*. Dermed sættes individers sundhedsmæssige og mentale konstitutions- og udviklingsprocesser i relation til sammensatte historiske, materielle, kulturelle, psykiske og sociale forhold, som kan være rammesættende for menneskers levede liv. Dette har været et erkendelsesmæssigt grundlag for vores erkendelsesinteresse<sup>4</sup>, hvormed vi er gået til felten. Vores empiriske erkendelsesinteresse for individets subjektivering i relation til omkringværende betingelser i de kontekster, som individet måtte befinde sig og individets meningsperspektiv i relation til recovery ligger til baggrund for vores valg af Michel Foucaults socialkonstruktivisme samt Hans-Georg Gadamer og til dels Paul Ricoeur og Jürgen Habermas' hermeneutik som videnskabsteoretiske udgangspunkter for at skabe viden om vores problemstillinger. Vi vil argumentere for, at kombinationen af de to positioner er to sider af samme sag, idet der eksisterer en:

[...] there is a middle way between Gadamer's concept of interpretation as dialogue (which has been faulted for its strong focus on the agent's own self-understanding) and Foucault's conceptualization of the structure of discourse and the practices of power (which has been faulted for neglecting the role of individual subjectivity and freedom in social interaction) (Kögler 1996: 326).

Ved at inddrage begge positioner tilstræber vi både et hermeneutisk fokus på subjektets egen selvforståelse, samtidig som at vi tilstræber et socialkonstruktivistisk fokus på de diskursive magtbetingelser, der skaber den individuelle subjektivitet og handlemuligheder i sociale interaktioner. I *Videnskabsteori* uddyber vi vores argumentation for, at Foucaults socialkonstruktivisme og hermeneutikken begge bidrager til at besvare fyldestgørende på problemformuleringen.

## 2.3 Introduktion til metodiske fremgangsmåder (Maja)

Omdrejningspunktet for vores studie er brugeres italesættelser om deres recoveryprocesser. Vores metodiske tilgang til problemstillingen er baseret på, hvorledes vi bedst får adgang til at udforske brugernes udsagn. Vi har udført interviewsamtaler med seks brugere, vi har stiftet bekendtskab med på to igangværende recoverykurser for mennesker med psykisk

---

<sup>4</sup> Habermas' udviklede begrebet *erkendelsesinteresse* i værket *Erkenntnis und Interesse* (1968), hvori specielt hans begreb om individets frigørende interesse i emancipation udlægges hermeneutisk.

udfordringer. For vores metodiske fremgangsmåde henter vi inspiration fra kvalitative og narrative interviewmetoder, der bidrager til at skabe grundlag for viden med udgangspunkt i brugernes konkrete udsagn om deres individuelle recoveryprocesser. Vores egen forskersubjektivitet og individuelle forforståelser er hermeneutisk en aktiv del af vidensproduktionen. Derfor er vores epistemologiske tilgang ontologisk forankret.

## 2.4 Introduktion til teoretisk analysegreb (Hannah)

I tråd med vores socialkonstruktivistiske vinkling af problemstillingen anvender vi hovedsageligt Foucaults begreber om *subjektiveringsprocesser*, *praksisser*, *magt*, *diskurser*, *governmentalitet* samt *styringsteknologier* til at udfolde de empiriske temaer. Ved at trække på flere teoretikere<sup>5</sup>, der forsker på feltet for psykologi og sundhedsfremme, søger vi at skabe en udvidet og mere nutidig kontekst- og empirinær forståelse for Foucaults begrebsapparat. Vi stiller os enige med Lene Otto, som i sin brug af Foucaults begreber finder en svaghed i hans mangel på nutidige, empirisk konkrete eksempler i relation til menneskelig interaktion. Hun kritiserer ham dertil for, at hans generelle filosofiske tankebaner forbliver på et abstrakt og overordnet samfundsplan. Det kan i den forbindelse være vanskeligt at overføre hans begreber til empiriske studier på individniveau i praksis (Otto 1998: 40, 44). Foucault fortolker historisk forgangne tekster, mens vi fortolker dialoger. Vi kan dermed spørge til, hvordan subjektet (brugeren) selv forstår andet og mere end det netop sagte. Og vi tilskriver yderligere mening til det, der udtrykkes. Vi udvikler ikke vores tilgang ud fra en ren teorirefererende tilgang til (kritisk) hermeneutik, som den for eksempel er blevet udviklet hos Ricoeur og Habermas i deres kritiske tilføjelser til Gadammers hermeneutik (Kemp 1972: 166-178; Bukdahl 1976: 13-18). Vores analysestrategi er at gå til materialet selv for i interviewene at fremtolke brugernes selvfortolkninger.

---

<sup>5</sup> Brinkmann 2015; Busch-Jensen 2004; Butler 2005; Dean 2006; Dreyfus & Rabinow 1984; Edley 2001; Fogh Jensen 2005; Frank 2004; Glavind Bo 2015; Hunt 2003; Jansbøl & Johansen 2009; Karpatschhof & Prætorius 2004; Kickbusch 2007; Krøjer 2007; Larsen 2005; Lupton 1999; Nilsson 2009; Otto: 1998; Richter 2011; Rose 1999; Thyssen 2012; Østergaard 2005; Åkerstrøm: 1999.

### 3. VIDENSKABSTEORI – SOCIALKONSTRUKTIVISTISKE OG HERMENEUTISKE PERSPEKTIVER (Signe)

En præmis for læsningen af dette speciale er, at læseren indføres i vores subjektforståelse. Subjektet udgøres i dette speciale af brugerne. Lige siden René Descartes i 1600-tallet gjorde opmærksom på det såkaldte “fremmedpsykiske problem”, har det været et erkendelsesteoretisk og videnskabsteoretisk problem, hvordan det kan lade sig gøre at forstå andre menneskers tanker og følelser (Kemp 1972: 170; Lübcke et al. 1983: 82-87, 403-404). Kort fortalt har man specielt i det 20. århundrede argumenteret for at have løst problemet gennem konstateringen af, at bevidsthed, tanker og følelser får mening gennem sprogbrug. Derfor kan fortolkning af sproglige udsagn bruges til fortolkning af den mentale sundhed, herunder hvordan subjekter selv forstår og fortolker den (Gadamer 2007: 255, 363, 417; Thornquist 2006: 183, 213). Det gælder også for grænseområdet for den mentale anormalitet (Durkheim 2000: 86-109; Foucault 2005: 93), hvor sprogbrugens grænser netop er temaet (Coulter 1979: 140-152).

I følgende kapitel redegøres for vores videnskabsteoretiske perspektiv, der både er socialkonstruktivistisk<sup>6</sup> og hermeneutisk. Vi anvender disse to perspektiver, fordi deres opfattelse af væren (ontologi) er dækkende for vores erkendelse og forståelse (epistemologi) af subjektets væren samt viden som noget, der skabes i et dialektisk forhold med den omkringliggende kontekst. Dette svarer til vores empiriske problemstilling. Vores forståelse af subjektets ontologi og vore forskerpositioner har dog været til stede gennem hele specialeprocessen. Vi har nemlig en formodning om, at vore empiriske problemstillinger, der udgøres af brugerens narrative udsagn, ikke blot kan ses som udtryk for den enkeltes meninger og erfaringer, som brugeren i interviewsituationen italesætter. Udsagn,

---

<sup>6</sup> I kapitlet vil der redegøres for, at vi med betegnelsen socialkonstruktivisme ikke trækker på socialkonstruktivismen i bred forståelse, men hovedsageligt trækker på Foucaults sene værker, som *L'hermeneutique du sujet* og *Le souci de soi*. Foucault interviewer ikke nutidigt, men undersøger tekster, ligesom Gadamer, idet Foucault dog parallelt med nyere hermeneutik i undersøgelserne ofte redegør for sprogindlejringen hos mennesker der interviewes eller rettere udspørges, eksempelvis i indrømmelser, bekendelser og konfessioner, eksempelvis i *Le volonté du savoir* (1976: 89).

udtryk og fortællinger kan også give os en viden om, hvordan brugeren forstår sig selv i lyset af de kontekster, brugeren lever i.

### 3.1 Subjektforståelse (Signe)

Vi betragter brugerens<sup>7</sup> eller subjektets virkelighed som samfundsmæssigt konstrueret (Kjørup 2008: 64; Thyssen 2012: 706). Analysen må tage udgangspunkt i brugerens udsagn om sin daglige verden for at forstå den sociale konstruktion af virkeligheden. Den hermeneutiske og socialkonstruktivistiske tilgang er anvendelig til at underbygge vores dobbelte subjektforståelse. Dette gøres med baggrund i, at begge retninger anser subjektet for et socialt konstrueret og fortolkende væsen (Foucault 1976: 93, 112; Ricoeur 1979a: 198; Kemp 1972: 168-171; Rasborg 2013: 403). Som allerede nævnt læner vi os i denne sammenhæng op ad Foucaults subjektforståelse (Foucault 2001b). Endvidere er begge perspektiver kritiske over for sprogbrugens indlejring af subjektet (Åkerstrøm 1999; Collin 2003: 251). Tilgangene fremhæver begge, at erkendelsen er bestemt af vores fortolkninger, som er både historiske og kontekstuelte bestemte (Rendtorff 2003: 112, 125; Højbjerg 2004: 329). Vi er dermed enige i Finn Collin & Simo Køppes (2012) kritik af objektiverende videnskaber, der bygger på realisme og essentialisme.

Vore to kritiske perspektiver anskuer subjektet ud fra de betingelser, der stilles for dets grundlæggende muligheder for at handle som agens. Brugere, vi har talt med, italesætter alle en vilje til at handle - de ønsker alle at få det bedre og at komme sig. Med den kritiske vending af hermeneutik får subjektet status som et tænkende, villende og handlende subjekt, der lever i kontekstuelle sammenhænge som medskabende for dets meningsforståelse (Pahuus 2003: 165). Der ses også en agens hos subjektet i dele af socialkonstruktivismen, idet historiske variationer og forandringer skyldes menneskelig handling: "*den udspringer af forskelle i den måde, hvorpå mennesker tænker og handler i forhold til hinanden*" (Collin 2003: 249). Foucault forstår ej heller subjektet som blot determineret af samfundsmæssige strukturer. Særligt i *Le Souci de Soi* (1984), som er Foucaults mest dybdegående analyse af subjektiveringsprocessen, taler han om modmagt og subjektets

---

<sup>7</sup> Brugere – som er omdrejningspunktet for specialets erkendelsesinteresse, vil i følgende Kapitel ofte refereres til under betegnelsen *subjekt*. Det er dog vores hensigt, at læseren har tanke på at vores henvisninger til subjektet, ligeså vel refererer til brugere.

mulighed for at frigøre sig fra magtdiskurserne og dispositiverne (Larsen 2005; Frank 2004). Dermed underbygger begge perspektiver vores opfattelse af subjektet som et handlende væsen.

Ifølge Collin kan subjektkonstruktionen i socialkonstruktivismen ses på både individuelle, kollektive og samfundsmæssige niveauer (2003: 250). Vi placerer os under det individuelle niveau, hvor vi tager udgangspunkt i brugerne og deres udsagn. Brugeren sættes i centrum for sin egen virkelighed og vi vil forstå virkeligheden ud fra brugerens perspektiv. Vi søger herigennem at få blik for både den individuelle virkelighed, det vil sige den enkelte bruger og dennes subjektive forståelse af sig selv: hvilke tanker brugerne har om, hvem de selv er, og hvilke handlinger de tillægger mening i relation til at komme sig. Det gælder også den sociale virkelighed, der har mening for brugeren i en given kontekst. Dette giver os mulighed for eksempelvis at se på, hvilke rettigheder, muligheder mv. brugerne ser for sig selv i relation til deres sociale virkelighed, der udgøres af de sociale praksisser og kontekster, som brugerne indgår i. Derfor giver det mening at anlægge en socialkonstruktivistisk tilgang, hvori vi skaber viden om brugernes forudsætninger for individuelle vidensforståelser. Samtidig anlægges vi en hermeneutisk tilgang, hvori vi er mere orienterede mod sagen, det vil sige brugeren selv (Rendtorff 2003: 101).

Vore egne fortolkninger har indflydelse på vores analytiske fund. Dette ser vi som foreneligt med vores forståelse af både hermeneutikken og socialkonstruktivismen. Jacob Rendtorff beskriver 'hermeneutisk socialkonstruktivisme' som en tilgang, hvormed viden og virkelighed fremtræder formidlet gennem fortolkninger (ibid.: 126). Dette betyder, at vi ikke kan indsamle empiri i en objektiv virkelighed, men at virkeligheden er en produktion af mening, der finder sted i en social kontekst. Da vores analyse producerer mening, skaber den derfor også en virkelighed om brugernes virkelighed (Rasborg 2004: 349-351).

Om differencen mellem hermeneutikken og socialkonstruktivismen skriver Charlotte Højbjerg:

En hermeneutisk analytisk tilgang adskiller sig derved fra både positivismen og socialkonstruktivismen, idet hermeneutikken hverken interesserer sig for kausal-forklaringer eller de sociale konstruktioners meningsdannelser. I stedet er en

hermeneutisk analyse først og fremmest kendetegnet ved forståelse og meningsindsigt i den sociale virkelighed (Højbjerg 2004: 430).<sup>8</sup>

Selvom Højbjerg umiddelbart lader til at adskille hermeneutikken og socialkonstruktivismens analysetilgang, forstår vi netop dette som en måde, hvorpå det er muligt at undersøge mening på to niveauer. På den ene side er vi optagede af at skabe en forståelse for, hvorledes brugerens udsagn gennem narrative italesættelser kan forstås som et udtryk for de sociale konstruktioner, brugeren er en del af. På den anden side er vi optagede af brugerens subjektive fortolkning af disse sociale konstruktioner og dennes meningshorisont i relation til, hvordan brugeren ud fra disse oplever sine handlemuligheder på vejen mod at komme sig (Ricoeur 1979b: 88). Sagt på en anden måde kan vores socialkonstruktivistiske udgangspunkt bidrage med at skabe en forståelse og indsigt i, hvorledes fænomener skabes (Åkerstrøm 1999). Det vil sige, hvordan brugerne skaber deres selvfortælling; dels i kraft af sociale forhold og magtstrukturer, de er en del af, dels gennem deres håndtering af konfliktuerende forhold i denne tilblivelsesproces. På denne vis får vi indsigt i, hvorledes de over tid forandres (Foucault 1971: 67-68; 2005: 76).

I forlængelse heraf inddrager vi det hermeneutiske meningsperspektiv for - gennem fortolkningen - at fremanalysere brugernes subjektive meningshorisonter i relation til disse sociale og styrende magtstrukturer. Det vil altså sige, at vi i nærværende speciale anlægger en socialkonstruktivistisk erkendelsesfilosofi med teorier udsprunget heraf, men primært anvender en hermeneutisk analysestrategi i forbindelse med analysen af empiriens udsagn. Den narrative socialkonstruktivistiske analysestrategi har ligesom hermeneutikkens blik for udsagn. Man skal derfor ikke forstå vores analysestrategi udelukkende som hermeneutisk, da vi løbende knytter vores analytiske erkendelse til en socialkonstruktivistisk forståelsesramme.

Nedenstående skema sammenfatter det dobbeltblik, som vores forståelsesramme omkring subjektets italesættelser udgør:

---

<sup>8</sup> Man skal ikke underdrive det forhold, at skel mellem forskellige skoler typisk kommer fra lærebøger, som inddeler skolerne efter deres forskellige oprindelse (hermeneutikken hos Luther; konstruktivismen hos Kant; strukturalisme i sprogvidenskab osv.). Men netop fra slutningen af 1960'erne udvikledes mange tilgange, der forsøgte på at skabe nye synteses i en kobling af flere videnskabsteoretiske tilgange (Foucault 1964/2008; Kemp 1972; Ricoeur 1979a).



### 3.1.1 Skema: Videnskabsteoretiske analysestrategier (Fælles)

	<b>Italesættelse</b>	<b>Subjektforståelse</b>
<b>Foucaults socialkonstruktivisme</b>	Udsagns og diskursers magt	Betingelser for subjektivering: at magte selvstyring
<b>Hermeneutisk fortolkning</b>	Dialoger, narrativer, mening (Gadamers hermeneutik)	Subjektets rekonstruktion (recovery) af fordomme, forforståelse og selvforståelse (kritisk hermeneutik)

Udgangspunktet for denne skematik er ikke de teoretiske perspektiver, men så at sige sagen selv, nemlig recoveryprocessen, sådan som den udtrykkes af brugerne selv. Analysens genstandsfelt er på en gang skemaets nederste højre hjørne, samtidigt med at vores indgang til subjektivering som recovery foregår gennem analyser af udsagn og narrativer i interviews og interviewkontekster, som markeret øverst til venstre. Indgangen til kvalitative interviews tager udgangspunkt i dialogers hermeneutik, som er markeret nederst til venstre. Dermed kommer spillet om magt, modmagt og selvstyring i spil, hvilket markeres øverst til højre. Ligeledes er dette speciale og vores analysearbejde jo et sprogligt produkt - nemlig om en italesat recoveryproces.

## 3.2 Inspirationer fra Foucault (Maja)

Der er mange forgreninger af socialkonstruktivismen. Vores tilgang afgrænses ved, at vi tager afsæt i Foucaults tidlige og sene analyser om individets subjektivering, fordi det er i disse tekster, at Foucaults hermeneutiske arbejde er mest fremtrædende. I Foucaults første værker *Sindssygdom & Psykologi* (1954/2005) og *L'Histoire de la Folie* (1972) interesserer Foucault sig for subjektets "*experience*" (oplevelse/erfaring) af at være noget andet end normal til forskellige tider. Her undersøger han, hvordan strukturen betinger skabelsen af fænomenet om det unormale, samt hvordan det kan opleves. Foucault forklarer ligeledes i *Les Mots et les Choses* (1966: 41-44), hvordan meningsdannelser

skabes og forandres afhængigt af kontekst. Allerede i *Introduction à l'Anthropologie* (1964/2008) diskuterer Foucault subjektets udfoldelsesmuligheder. Men i sine sidste forelæsninger på Collège de France i *Le Souci de Soi* (1984) og *L'Hermeneutique du Sujet* (1982/2001b), angiver han, at individet er hermeneutisk; hvorfor hans analyser også er det. Vi kan altså spore en hermeneutisk tilgang hos Foucault i disse værker, samtidigt med at han bevarer sit konstruktivistiske blik (Nilsson 2009: 175; Dreyfus & Rabinow 1984: 262)<sup>9</sup>.

Med udgangspunkt i disse værker mener Anders Fogh Jensen, at Foucault kobler de to videnskabsteorier med hans hermeneutiske spørgsmål om, hvordan sociale strukturer betinger den subjektive meningstilskrivelse (Fogh Jensen 2009): *Hvad er meningsfuldt for brugerne, når nu strukturerne spiller hende dette eller hint i hænde?* Oversat til vores speciale vedrører det vores interesse i at besvare spørgsmålet om, hvorledes brugernes opfattelser af at komme sig er betinget af deres subjektivitet, der er produceret i interaktionen med sociale strukturer.

I sine sene værker lægger Foucault op til, at mennesket ikke er et rent konstrueret subjekt, som det eksempelvis forbindes med Kenneth Gergen (Ashworth 2011: 21; Egholm 2014: 138, 143). Foucault mener derimod, at der også er noget, der eksisterer udover diskurserne. På trods af at Foucault erkender, at der også refereres til en materiel virkelighed, er det ikke den virkelighed, han er optaget af (Foucault 1969: 116). På samme måde er vi heller ikke optagede af at undersøge en virkelighed, der eksisterer uden for brugernes narrative udsagn, idet den må formodes ikke at have betydning for deres sociale liv. Det er igennem italesættelsen og den diskursive praksis, at den sociale virkelighed tager form og tillægges en mening (Foucault 1966; 1971; 2001b; 2005: 105; Ricoeur 1979a: 110, 131-135). Viden skal derfor erfares gennem subjektets perspektiv, hvilket vi søger at gøre, når vi vil forstå den virkelighed, brugernes udsagn er et udtryk for. Brugernes udsagn repræsenterer en diskursiv virkelighed, som vi også interesserer os for. Vi inddrager eksempelvis ikke psykiatriens, biomedicinens eller recoveryorienteringens historie, fordi dette er kontekster, der ligger for langt fra brugerens udsagn. Derimod

---

<sup>9</sup> Dreyfus & Rabinows fortolkning af Foucaults analytiske tilgang udgives allerede i 1982. Derfor medtager de ikke Foucaults seneste litteratur. De mener, at Foucault praktiserer en fortolkende analytik, hvormed han er hermeneutisk, men at han formår at hæve sig op over problematikkerne som den hermeneutiske tilgang indebærer. Dette ved netop også at have blik for strukturelle konstellationer og diskursformationer. På denne måde indskrives han sig både i strukturalismen og hermeneutikken, samtidigt med at han ved at have blik for begge erkendelsesinteresser ophæver dem (1984: 9).

inddrager vi italesatte kontekster som psykiaterens og lægens praksis, arbejdet og andre kontekster, som brugerne fremhæver, og dermed tillægger disse værdi og betydning.

Foucault beskriver subjektets videnserkendelse som underlagt diskurser og vidensparadigmer, som gør sig gældende i de forskellige praksisser, brugerne interagerer i (Foucault 1976; Stormhøj 2006: 67). Her konstrueres idéer og praksisser, der på det gældende tidspunkt opfattes som sande og som italesættes som den sociale virkelighed (Foucault 1966: 54). Dette gælder eksempelvis, når brugerne italesætter dem selv som *værende* og/eller *tilhørende* en bestemt kategori, fx en diagnose. Det vil sige, at de sundheds- og sygdomsopfattelser og dertilhørende kategoriseringer, diagnoser og behandlingsforanstaltninger, der italesættes, er udtryk for den sociale virkelighed, brugerne befinder sig i. Derfor forstår vi brugerens subjektivitet som et udfald af objektiverende sociale teknologier, som har hvert sit formål, begreber, grundanskuelser og rationalitetskriterier (Collin 2003: 267). Brugernes subjektivitet udvikler sig i samspil med de diskurser, de indgår i - hvormed de gennem deres italesættelser også producerer diskurser. Med dette perspektiv og udgangspunkt i brugeren, er vi ikke af den opfattelse, at subjektiviteten ekskluderes, som socialkonstruktivismen af nogen kritiseres for.

Ligesom Foucault ikke afviser en materiel virkelighed, afvises emotionelle erfaringer hos subjektet ej heller i hans sene værker (Foucault 1984: 272; Larsen 2005), men faktisk heller ikke i hans nyligt udkomne kommentar til Immanuel Kants antropologi (Foucault 2008). Disse skal ikke forstås som bare biologisk betingede og har derfor ikke en essentiel betydning i sig selv. Selve erkendelsen af disse er socialt konstrueret. Dermed forstås brugerens italesættelser af eksempelvis emotioner, som en subjektiv meningstilskrivelse skabt på baggrund af et kollektivt fortolkningsrepertoire, der er tilgængeligt for brugeren, så denne får muligheden for at italesætte følelser af for eksempel skyld, skam eller lyst (Foucault 2001a: 1382). Udviste følelser er en konsekvens af sociale, diskursive betingelser - ambivalenser er subjektets eksistensvilkår: "*l'être a été confié au souci de soi*" (Foucault 1984: 61). Vi interesserer os for brugernes italesættelser af følelser, som et udtryk for sociale konstruktioner, der udmønter sig i deres individuelle virkelighed. På samme måde gælder det brugerens oplevelser og vurderinger af eksempelvis sygdom og udfordringer. Det er ikke hverken relevant eller muligt at opnå en objektiv, værdifri

mening af, hvad subjektet forstår. Interessen ligger i, hvordan brugerne selv italesætter og forstår disse udfordringer ud fra samspillet med de sociale praksisser, de indgår i.

### 3.3 Inspirationer fra hermeneutikken (Hannah)

Med udgangspunkt i ovenstående anses hermeneutikken af nogle som enten en forgrening eller grundlaget for socialkonstruktivismen, hvori genstanden for forskning er mening opnået gennem fortolkning - ud fra en præmis om at også fortolkningen er social og konstrueret (Rendtorff 2003).

Vi tager afsæt i den tyske filosof og arvtager af Martin Heidegger, Hans-Georg Gadamer's filosofiske hermeneutik, som den beskrives i hans hovedværk *Wahrheit und Methode* (1960/1975; dansk oversættelse *Sandhed og Metode* 2007). Gadamer som særligt var fortaler for at anvende fortolkninger til at opnå forståelse, anser fortolkninger som en betingelse for den menneskelige erkendelsesproces, eksistens og erfaring (Højbjerg 2004: 320). Gadamer inkluderer netop her spørgsmålet om forståelsens egenart, hvor forståelse bliver en måde for mennesket at være til stede på. Det vil sige et ontologisk princip, hvor forståelse anskues som en betingelse frem for blot en metode (Gadamer 2007: 254, 296). Vi anvender dog metodiske fremgangsmåder, der lægger sig op ad den kritisk hermeneutiske metode i vores tilgang til at undersøge brugeres sproglige narrativer. Vi inspireres af Paul Ricoeur og Jürgen Habermas' epistemologiske arbejde. I forlængelse af Gadamer's hermeneutiske fortolkning gøres det således muligt for os at skabe en forståelse for brugernes subjektive meninger eller forforståelser i form af tanker, intentioner, motiver og følelser for derigennem at forstå, hvorfor de handler, som de gør (Ricoeur 1979b: 88; Højbjerg 2004: 311). Med vores fortolkninger vil vi derfor forstå brugernes subjektive meningsindsigter, som de ser ud fra deres perspektiver. Herunder hvad de hver især oplever meningsfuldt og betydningsfuldt i deres recoveryprocesser, og hvilke handlinger de anser som nødvendige for at opnå meningsfuldhed (Højbjerg 2004: 312).

Ifølge Gadamer er det ikke muligt at frigøre os fra vores forforståelser og fordomme, men det er netop i mødet med den undersøgte genstand, vores fordomme udfordres, så vi er i stand til at erkende noget nyt (Gadamer 2007: 254, 264-265; Gadamer 1975: 287). I den forstand er vores forforståelser, som en del af vores forskersubjektivitet,

en medkonstituerende betingelse for, hvordan vi danner meninger og viden omkring verden (Højberg 2004: 321).

Jacob Dahl Rendtorff mener, at nogle socialkonstruktivister ved at afholde sig fra at fortolke ikke forholder sig til forholdet mellem fortolkende indlevelse og kritisk distance: "*Selvom de er nok så kritiske og dekonstruktive, må socialkonstruktivister forudsætte det hermeneutiske begreb om indlevelse og fortolkning. Distancen er betinget af tilhørsforholdet*" (Rendtorff 2003: 100-101). I den forståelse er vores fortolkning uundgåeligt til stede i vores læsning af empirien og i anvendelsen af teorien. Dermed betragter vi os selv som aktive medskabere af empirien (Højberg 2004: 313, 342). Vi anvender dog hermeneutiske fortolkninger på det grundlag, at vi betragter både brugernes udsagn og vores fortolkninger af dem, som konstruerede - derfor er det ikke vores hensigt at søge efter mening i ren form.

Forforståelsens betydning for vores meningsproduktion fører til interview som en metode, der skaber nye erkendelsesmæssige forståelser (Ricoeur 1979a/b; Habermas 1968). Ifølge Gadamer opnås forståelse gennem *den hermeneutiske cirkel*, der henviser til forståelsens cirkularitet. Det vil sige en cirkulær vekselvirkning mellem delforståelser og helhedsforståelser, der i et gensidigt forhold skabes. Delene kan kun forstås ud fra helheden, og omvendt kan helheden kun forstås ud fra delene (Gadamer 2007: 254, 256). Men hvor tekstlæsning udlægges som cirkulær dialog, bliver det dialogen - interviewet - selv, vi fokuserer på. I cirkulariteten opstår forståelser dermed i interaktionen mellem os som forskere og brugerne, hvis empiriske udsagn er genstand for vores interesse (Pahuus 2012: 152). Vi sætter således brugernes meninger i forhold til vores egne meninger som helhed, eller sætter os selv i forhold til disse (Gadamer 2007: 256). Det er vores påstand, at vi netop ved at inddrage hermeneutiske fortolkninger opnår forståelse for brugernes subjektive meningstilskrivelser, som vi ikke ville få indsigt i, hvis vi udelukkende trak på socialkonstruktivismen. Hos såvel Ricoeur som Habermas ser vi en brug af Sigmund Freuds psykoanalyse som model for, hvordan en samtale og dermed et interview kan tage sig ud (Kemp 1972: 173-178), samt hvorledes vi får blik for subjektets livsverden. Og da både Freuds psykoanalyse på den ene side og Ricoeurs kritiske hermeneutik på den anden side har påvirket Foucaults arbejde og forståelse af subjektets interrelationelle skabelse i interviewsamtalen, mener vi, at denne sammenkædning understøtter vor metodologiske valg (Dreyfus & Rabinow 1984: 181; Fogh Jensen 2009).

### 3.4 En sammenfatning af videnskabsteori (Hannah)

Vi har nu udfoldet, hvorledes socialkonstruktivistisk og hermeneutisk videnskabsteori anvendes i belysningen af problemformuleringen. Vores dobbeltperspektiv er overfladisk set eklektisk. Eklekticisme kritiseres ofte for at være en ukritisk praksis, der samler teoretiske og empiriske dele til en enhed uden hensyntagen til den sammenhæng, hvori de oprindeligt hører hjemme. Simo Køppe sætter derimod spørgsmålstegn til, hvorledes det er muligt at overveje flere mulige positive aspekter i tråd med at videnskab udvikler sig. Han konkluderer, at det er nødvendigt at acceptere eklektiske processer som en del af udviklingen (Køppe 2008: 15, 28). Sammenfattende for vores anlagte perspektiv ser vi imidlertid vores eklektiske tilgang som en nødvendighed for netop at indrette vores vidensproduktion efter, hvordan vi erfarer vores empiriske materiale, hvor vi ser forskellige meningsniveauer.

Det ene meningsniveau er brugernes udsagn som socialt konstruerede meningsdannelser, der hænger tæt sammen med overordnede diskurser og strukturer. Foucaults perspektiv giver os en mulighed for at forholde os kritisk til brugernes udsagn ud fra, hvordan vi forstår de rådende samfundsforhold, som de er en del af. Dermed henviser vi til det, der hos hermeneutikken forstås som brugernes kontekster (Collin 2003: 249).

Det andet niveau udgøres af brugernes udsagn fortolket som deres subjektive mening og intention om at komme sig. Hermeneutikken gør det muligt, at vi i kraft af vores egen fortolkning i et cirkulært forhold til vores forståelser og forforståelser kan skabe en forståelse for brugernes subjektive meningshorisonter og individuelle betydningstilskrivelser, eksempelvis i hvad de italesætter som betydningsfuldt for et godt liv for dem. Vi fortolker brugerens meningsforståelse ud fra deres italesatte fortolkning af, hvordan de forstår sig selv og deres mening. Dette supplerer vi ved at søge forståelse for, hvordan brugernes subjektive meningstilskrivelser er skabt - både gennem det de siger i relation til den kontekst, de taler om, samt gennem vore egne fortolkninger som er et forsøg på at rekonstruere deres mening.

## 4. METODE (Hannah)

Formålet med specialeafhandlingen er at bidrage med kvalitativ psykologisk og sundhedsfremmende viden om dens problemstilling. Vores mål er, at specialets fund skal være empirisk funderet. Fordi vores empiri har en høj status i specialets samlede vidensproduktion, vil vi i nærværende kapitel udfolde vores empiriske fremgangsmåde ved at eksplicitere vores metodiske overvejelser, refleksioner og begrundelser. Da vi indskriver os i det kvalitative forskningsfelt, forsøger vi gennem transparent argumentation at foregribe de udfordringer, de kvalitative forskningspræmisses stiller.

I det følgende afsnit vil vi belyse, hvordan vores forskersubjektivitet herunder forforståelser har betydning for konstruktionen af genstandsfeltet. Dernæst indkranser vi vores empiriske felt ved at beskrive vores metodiske greb, samt hvorledes vi producerer det empiriske materiale. Sidst i kapitlet diskuteres det, hvordan vores valg af metodetilgange har konsekvenser for, hvilke empiriske fund metoden har tilvejebragt.

### 4.1 Konstruktion af empiri (Hannah)

#### 4.1.1 Forskersubjektivitet, forståelseshorisont & erkendelsesinteresse (Hannah)

Vores forskersubjektivitet og forforståelser har en betydning for, hvorledes specialets genstandsfelt konstrueres og bearbejdes. Vi må derfor eksplicitere vores situerede forståelseshorisont, hvorfra vi går til vores empiriske felt og fortolker ud fra for at sætte denne i spil (Gadamer 2007: 256-257). Senere forklarer vi, hvordan dette hænger sammen med vores forskerpositioneringer i felten.

Forinden påbegyndelsen af den konkrete empirikonstruktion gjorde vi os tanker om vores erfaringsmæssige - personlige som fagteoretiske - forforståelser om feltet, vi ønskede at udforske. Hanne Warming hævder, at forskerens iagttagelsesposition, hvorfra og gennem hvilke briller hun ser, har indflydelse på, hvad hun ser, og hvordan hun ser (Warming 2005: 154). Vi var bevidste om, at vores forskersubjektivitet herunder vores forforståelser uundgåeligt ville have betydning for, hvordan vi ville forstå viden i alle dele af specialeprocessen (ibid.: 156); fra afgrænsningen af vores erkendelsesinteresse, definition



af forskningsspørgsmål, samt hvordan vi fortolker vores empiriske materiale, bearbejder og afgrænser det til specifikke analytiske problematikker. Vores forforståelser om felten former dermed nogle forestillinger om de fænomener, vi ønsker viden om, allerede inden vi opsøger felten. Enhver fortolkning vil derfor være på baggrund af denne subjektive forståelseshorisont (Gadamer 2007: 254-256, 296; Kjörup 2008: 75-76). Det har været væsentligt for os kontinuerligt at reflektere over og ekspliciterer vores subjektive forståelser af vores genstand samt vores samlede forståelse som specialegruppe, hvilket præger det perspektiv, vi anlægger. Vi mener dertil at have forholdt os åbent til vores forforståelser (Gadamer 2007: 265; Pahuus 2012: 150-151). Specialets samlede fund og konklusioner heraf vil i den forbindelse uundgåeligt kunne ses som et produkt af de forhold, vores forskersubjektivitet genererer (Mik-Meyer & Järvinen 2005: 15-17; Rasborg 2012: 253, Schultz 2005: 76). Vi finder det i den forbindelse relevant at drøfte aksiologiske antagelser, inden empirigenereringen iværksættes (Creswell 2013: 20). Hvorledes vores forskersubjektivitet har betydning for, hvordan vi senere i processen analyserer samt sætter ord på den form for viden, vi konstruerer, overlader vi til efterfølgende kapitel jf. *Analysestrategi & Tematiseringer*.

Vi har gjort os overvejelser omkring, hvilken betydning det kan have, at vi er to i specialegruppen, der er uddannede sygeplejersker. I kraft af det sygeplejefaglige arbejde har vi dels kendskab til sundhedsvæsenet dels til den psykiatriske praksis fra en fagprofessionel position. Dette kan have både betydning for, hvilken subjektivitet vi tillægger os selv, når vi præsenterer os i felten, og dermed også hvordan vi vil blive opfattet af vores informanter. Endvidere har vi alle tre et personligt kendskab til psykiatrien som pårørende. Vores forskellige erfaringer med at have pårørende i kontakt til det psykiatriske system kan have betydning for, at vi forinden kontakten til feltet havde en kritisk opfattelse af de betingelser, der er for patienter i det psykiatriske system. Det kan have givet os nogle forudindtagede og kritiske fordomme om, at det også kunne gøre sig gældende for specialeafhandlingens informanter i henhold til deres erfaringer med at komme sig. Endelig kan vores teoretiske baggrundsviden i kraft af uddannelseskarriverer under differentierede fagdiscipliner - både samfunds-faglige, humanistiske og sundhedsvidenskabelige - og ikke mindst i kraft af vores tilknytning til fagene Psykologi og Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier have betydning for konstruktionen af specialet.

Tilsammen kan det forstås som dimensioner, der er med til at forme vores særlige forståelseshorisont, hvortil vi vi søger en besvarelse af problemformuleringen (Gadamer 2007: 288). Vi vil kort komme omkring, hvordan vi har arbejdet med vores individuelle forståelseshorisonter, hvorfra vi har kunnet skabe nye forståelser.

Ovenstående refleksioner har vi i hele specialeprocessen kontinuerligt italesat og diskuteret med hinanden. Det har medvirket til, at vi hele tiden har kunnet arbejde åbent med vores forudindtagelser, der kunne præge vores konstruktion af forskningsgenstanden, dels brugernes subjektive narrativer om at komme sig, og dels vore senere fortolkende analyser heraf. Samtidig gjorde vi os selv bevidste om, at vi igennem vores tidligere erfaringer let kunne komme til at indtage særlige positioner i felten, og at det derfor var nødvendigt, at vi definerede: *Hvem er vi og hvad gør vi?* Det var vores mål, at den position, vi indtog i kontakten med felten, skulle give os de bedste muligheder for, at vi kunne komme i kontakt med de informanter, som kunne give os viden om det, vi fandt interessant at undersøge.

På baggrund af vores erkendelsesinteresse i at generere viden ud fra brugeres narrativer om at komme sig - altså brugere der selv italesætter, at de er under en recoveryproces - fandt vi det relevant at opsøge brugere, som deltog på forskellige recoverykurser. Da vi hovedsageligt ønskede at tale med brugere af sådanne kurser, men også undervisere, gjorde vi os overvejelser om, hvorvidt det var hensigtsmæssigt at fortælle om vores erfaringer som sygeplejersker og pårørende. Vi ønskede ikke at blive opfattet som nogen med en særlig viden på feltet - hverken via vores erfaringer som sygeplejersker eller pårørende - idet vi ville ærgre os, hvis noget viden skulle tilbageholdes eller opfattes som implicit i vores møde med informanterne. Dog var vi ærlige omkring vores tidligere arbejds erfaringer, såfremt vi blev spurgt direkte, hvilket blev aktuelt i interviewet med en underviser fra Skolen for Recovery samt med recoverykonsulenten.

Alvesson & Kärreman påpeger, at forskeren gennem sin forskersubjektivitet kan forsøge at konstruere en social virkelighed som genstand for sin undersøgelse, hvori forskeren indtræder som *novice* i et ukendt felt (2005: 135). På trods af en oplevelse af at være velforberedte i et genkendeligt felt forsøgte vi at gøre os umage for at konstruere den til dels velkendte verden som ukendt. Dermed forholdt vi os nysgerrige og åbne, netop ved

at vi gik til felten i en position, hvor vi præsenterede os som specialestuderende, hvilket er nyt for os alle, så det gav os mulighed for at indtage en naiv, uvidende position. Vores forskellige erfaringer udnyttede vi som en sikkerhed for, at vi løbende kunne stille hinanden spørgsmål til vores individuelle forudindtagelser, der netop betinger, hvorledes vi skaber vores forståelse (Gadamer 2007: 288). Med rollen som studerende stødte vi dog også på udfordringer (jf. *Forskerpositioneringer*).

#### **4.1.2 Forandring af feltens status (Hannah)**

I begyndelsen af specialeprocessen var vi særligt optagede af, hvordan forskellige recoverypraksisser betingede brugeres recoveryprocesser. Efter at have undersøgt, hvad der rørte sig på recoveryfeltet, havde vi en forforståelse af, at recoverypraksisser kunne tage sig forskelligt ud ideologisk, strukturelt og organisatorisk, idet der syntes at være flere forskellige forståelser og definitioner af, hvad fænomenet *recovery* indebar (Barber 2012; Jensen 2002, Nidel 2011; Borg, Karlsson & Stenhammer 2013; Jensen, Olsen & Sørensen 2004 etc.). Med udgangspunkt i denne viden og vores erkendelsesinteresse, fandt vi det relevant at specialets informanter skulle bestå af brugere, som deltog på recoverykurser med henblik på at lære at mestre deres vej til at komme sig. Vi havde da en formodning om, at forskellige recoverykurser med differentierede recoveryorienteringer måtte have en vis indflydelse på brugernes forestillinger om egen sundhed og sygdom, og hvordan de oplevede deres handlemuligheder på deres vej til at komme sig.

På baggrund af vores forandrede forforståelser og den føromtalte teoretiske viden, vi gennem studierne har tilegnet os, undrede vi os over, om kurserne skabte forskellige betingelser og rammer for brugernes sundhedsopfattelser og deres personlige recoveryprocesser. Vi tog derfor kontakt til et tilbud organiseret under Region Hovedstadens Psykiatri, *Skolen for Recovery* og et tilbud, organiseret under brugerorganisationen Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), *Projekt Vendepunkter*, der begge tilbyder gratis kurser til mennesker, der har lyst til at arbejde med deres personlige recovery (Projekt Vendepunkter 2016; Skolen for Recovery 2016). Vi udvalgte netop disse to praksisser, fordi vi har en forståelse af, at der i kraft af de to praksissers forskellige organisering som henholdsvis regionalt og politisk styret samt

brugerstyret, konstitueres differentierede betingelser for eksempelvis særlige definitioner og forståelser af recovery, forskellige målsætninger og forskellige forventninger til målgruppen, hvilket vi havde en forståelse af ville have betydning for det konkrete undervisningsmateriale og tilgangen til brugerne.

#### **4.1.3 Et uventet feedback (Hannah)**

Under vores individuelle interviewsamtaler med brugerne, blev vi dog hurtigt klar over, at de konkrete praksisser ikke havde den betydning, som vi i første omgang forsøgte at implicere. Det forstod vi ud fra brugernes tilbagemeldinger på vores spørgsmål, idet samtalen ofte skiftede retning, når spørgsmålene rettede sig mod deres erfaringer med praksisserne. Brugernes svar var i højere grad prægede af, hvordan de opfattede deres egne psykiske udfordringer i henhold til deres recoveryrejse. Vi tog informanternes feedback alvorligt og måtte i løbet af den empiriske proces derfor erkende den nye forståelse. I stedet var det en vifte af andre faktorer, som brugerne lagde vægt på og som derfor virkede til at være det essentielle i brugernes narrativer. Efterrationaliseret kan det tænkes, at begrundelsen heri kan være, at brugerne selvfølgelig har et sammensat liv og gennemlever en længere recoveryproces, hvorunder de indgår i mange forskellige typer praksisser. De konkrete recoverytilbud fylder måske derfor meget lidt i brugernes samlede liv. På baggrund af denne erkendelse kunne vi nu - med udgangspunkt i hvad empirien bekræftede os i - forstå at brugerens subjektivitet kan anskues som et kontinuum af tilblivelser, skabt løbende gennem menneskers liv (jf. *Videnskabsteori*). Vi får jo kun et situeret udpluk af et virkelighedsperspektiv.

#### **4.1.4 De to recoverypraksissers status for erkendelsesinteressen (Hannah)**

Som konsekvens af ovenstående har praksisserne, Skolen for Recovery og Projekt Vendepunkter, ikke haft den betydning, vi i første omgang havde pålagt dem - hvorfor vi ikke vil præsentere de to praksisser mere indgående. Dermed fik vores (deltager)observationer i praksisserne en ny status i form af nu at udgøre adgangen til de informanter, vi var interesserede i at interviewe. Vi oplevede det betydningsfuldt; dels fordi det blev muligt for brugerne at komme til os, dels for relationen mellem os og

brugerne. Ikke mindst fandt vi det essentielt, at vi selv fik mulighed for at præsentere vores emneområde frem for, hvis det udelukkende havde været underviserne. På den måde bidrog vores deltagelse og tilgængelighed i praksisserne til at skabe tillid og tryghed i relationen til brugerne.

Opsummerende viser det ovenstående, at vores erkendelsesmæssige interesse samt forståelseshorisont og dermed betragtning af feltet har forandret sig under specialeprocessen. Vi oplever, at samspillet - mellem vore forståelsesudvidelser, feltens præmisser og informanternes narrative fortællinger - løbende har medvirket til, at vore erkendelsesmæssige interesser og forståelser har ændret sig. Disse refleksioner understøttes med inspiration fra Habermas og Ricoeur omkring, hvorledes vi er gået metodisk til værks i feltet, men vi henter i vores bearbejdning af vor empiriske materiale ydermere inspiration i Gadamer's hermeneutiske grundprincip om forståelsens cirkularitet. Her henvises der netop til det cirkulære forhold mellem helheds- og delforståelse, idet vi kun kan forstå delene, hvis helheden inddrages og omvendt kan delene kun forstås med afsæt i helheden (Gadamer 2007: 254, 256; Pahuus 2012: 145; Kjörup 2008: 67-69). På den måde kan vores samlede forståelseshorisont og erkendelsesmæssige interesse (helheden) forstås skabt: Dels på baggrund af vores tre subjektive forforståelser (dele), og ved at be- eller afkræftelser af vore forforståelser fører til nye delforståelser, som er tilbagevirkende på helhedsforståelsen. Dels kan de beskrevne forhold omkring informanterne, recoverypraksisserne forstås som delforståelser, der tilbagevirker på vores helhedsforståelse og dermed horisont. På denne vis er det kontinuerligt vores forståelser af vores genstand, der ændrer sig.

## 4.2 Kvalitative fremgangsmåder til det empiriske felt (Signe)

I følgende afsnit udfolder vi vores metodiske fremgangsmåder til det empiriske felt. Spørgsmål som hvilken form for empiri, vi ønsker at producere, hvordan vi konkret skal agere og placere os i mødet med de to kurser samt hvilke svar vi ønsker at få fra vores informanter, er eksempler på spørgsmål, der har været udgangspunktet i udarbejdelsen af vores metode.

### **4.2.1 Adgang til felten (Signe)**

Inden vi tog kontakt til Skolen for Recovery og Projekt Vendepunkter, gjorde vi os en del konkrete overvejelser om, hvordan vi bedst kunne opnå kontakt til brugere, der havde erfaringer med en selvdefineret recoveryproces eller var i færd med at gøre sig sådanne erfaringer. Ifølge Margaretha Järvinen bør sådanne refleksioner blandt andet omhandle, hvordan vi legitimerer os selv i felten, sådan at det bliver muligt at skabe rum for samtaler om det, vores erkendelsesinteresse kredser sig om (2005: 45). Vores refleksioner omkring adgang til felten handler både om, hvordan vi skaber den konkrete kontakt til felten gennem en *gatekeeper* og om betydningen af vores *forsker positioneringer* i mødet med felten.

Den indledende kontakt til Skolen for Recovery og Projekt Vendepunkter foregik som skriftlige korrespondancer via emails samt telefonsamtaler med undervisningsansvarlige på de to kurser. Dorthe Staunæs & Dorte Marie Søndergaard har erfaret, at det kræver dialogiske aspekter og dialoger med alle samarbejdspartnere for at skabe en adgang, forståelse, konsensus og accept fra felten, der spiller ind i alle dele af forskningsprocessen (2005: 55). Denne erfaring gjorde vi os også, idet vores anmodning om at deltage på kurserne med henblik på at få kontakt til brugere, skulle legitimeres af både undervisningsansvarlige, styregrupper, leder/formand og endelig af de enkelte brugere på kurset. Vores samarbejdspartnere kan siges at indtage forskellige positioner i felten, der medfører, at vi må henlede opmærksomhed på de interne positioneringer, der kan opstå og få betydning mellem vores samarbejdspartnere i kraft af, at vores kontakt til brugerne er gået igennem underviserne. Dette vil blive beskrevet jf. *Etiske overvejelser & refleksioner*. Dernæst gør vi os overvejelser om, hvorledes vore egne positioneringer præges (Staunæs & Søndergaard 2005: 57, 60). Dette vil blive eksemplificeret jf. *Forskerpositioneringer*.

#### **4.2.1.1 Kontakt til gatekeepere i felten (Signe)**

Da vi havde besluttet, at vi ville tage kontakt til Skolen for Recovery og Projekt Vendepunkter, forberedte vi os grundigt ved at læse på de respektive hjemmesider og i eksisterende kursuskataloger. Dette var for at skabe et generelt indtryk af, hvilken praksis der var tale om, samt at skabe indsigt i hvordan recovery italesættes. Dette anser vi som

vigtig indledende viden i relation til at kunne forberede os på kontakten med brugerne og underviserne. Samtidig var det vores ønske at skabe et indtryk af, at vi havde sat os ind i, hvordan der arbejdes med recovery i de respektive praksisser. På daværende tidspunkt tjente vores forberedelser ligeledes til at kvalificere vores forskningsspørgsmål for de videre metodiske tilgange (Staunæs & Søndergaard 2005: 58). Som tidligere beskrevet har de indledende forberedelser dog ikke til hensigt at begrænse vores fokus for, hvad recovery indebærer for de enkelte brugere.

Indledningsvist etablerede vi kontakt til en *gatekeeper* i hver praksis. En gatekeeper forstår vi som en person, der har autoritet til at sikre vores adgang i felten (Jonasson 2012: 65). Vi fandt frem til de ansvarlige for hver praksis og udformede en email med præsentation af os selv, motivation og interessebeskrivelse for, hvad vi ønskede med kontakten til netop dem. Ydermere forsøgte vi at specificere, at vi ønskede at deltage på et kursus for på den måde at få en fornemmelse for den konkrete praksis og dens ideologiske, strukturelle og materielle rammer, som kunne tænkes at skabe nogle handlebetingelser for brugerne i deres recoveryprocesser (jf. *Forandring af feltens status*). Vi spurgte dertil, om det ville være muligt at deltage under nogle kursusgange, og om vi i den forbindelse måtte udtrykke vores ønske for brugerne om etablering af et forskningssamarbejde i form af interviewsamtaler eller lignende med dem, der havde interesse heri. Vi fik hurtigt svar, og efterfølgende fulgte forskellige forhandlinger med gatekeeperne fra hver af de to praksisser omkring godkendelse og præmisser for vores adgang til felten. Dermed fastsatte vi, hvad vi konkret måtte deltage i, hvordan dagsordenen så ud for, hvorledes vi kunne komme i kontakt med kursisterne, samt præcise datoer for vores første møde. Det var altså lederne og underviserne fra hver praksis, der legitimerede vores adgang til felten. På den måde bidrager en gatekeeper dels til, at vi får adgang til felten og aktuelle kontaktpersoner, der i vores tilfælde var underviserne, dels bidrager det til, at vores tilstedeværelse legitimeres.

I den indledende kontakt til gatekeeperne i hver praksis, fik vi forskellige fornemmelser af, hvilke brugere vi kunne møde, og der blev ydermere sat forskellige betingelser for, hvordan vores kontakt kunne foregå. Disse betingelser forstår vi med afsæt i Kirsten Hastrup som et udslag af, at der i sociale felter kendetegner sig en tydelig orden, normer og diskursive regler (2010: 59-61). På Skolen for Recovery skulle brugerne på det pågældende kursus først informeres flere gange om vores ønske for at møde dem, hvorefter vi kort fik mulighed for at præsentere os på et kursus - dog uden at få lov til at deltage på



selve kurset. På Projekt Vendepunkter udformede vi på eget initiativ et skriv til brugerne med billede, information om os og vores erkendelsesinteresse, samt forespørgsel om deltagelse fra brugerne i vores specialeprojekt, der blev delt ud på kurset. Ligeledes blev vi inviteret til at deltage på de kursusgange vi måtte ønske, da underviserne var af den holdning og erfaring, at det er positivt for brugerne, at der udvises interesse for dem, og at det er en del af det at indgå i samfundet. Underviserne var dog af den opfattelse, at dette først var aktuelt på tredje kursusgang, da brugerne havde haft mulighed for at etablere en tryk kontakt til hinanden inden vores tilstedeværelse. Der blev på den måde taget forskellige hensyn til brugerne, hvilket gav os forskellige betingelser for, hvordan vi kunne skabe kontakt til brugerne på de to kurser.

#### **4.2.2 Præsentation af informanter (Signe)**

Det empiriske materiale er på baggrund af seks interviews med brugere, hvilket vi anvender som det primære analyse materiale (jf. Bilag 10-15). Tre brugere har vi stiftet bekendtskab til gennem Skolen for Recovery og tre brugere igennem Projekt Vendepunkter. Dertil har vi haft et interview med en underviser fra Skolen for Recovery (jf. Bilag 8) og en recovery konsulent (jf. Bilag 7). Dertil har vi haft et gruppeinterview med to undervisere fra Projekt Vendepunkter, som ikke inddrages som empirisk materiale, men alligevel har tjent til at legitimere vores tilstedeværelse på kurserne, hvor vi er kommet i kontakt med brugere. Vi henviser til bilag, hvis der er interesse for at læse mere om dette (jf. Bilag 9). For at give læseren et overblik over det empiriske materiale, og hvorledes vi i specialeafhandlingen refererer til empirien, er en oversigt over informanterne vedlagt specialet (jf. Bilag 6).

##### **4.2.2.1 Brugere som primære informanter (Signe)**

Da vi præsenterede os på de to kurser på Skolen for Recovery og Projekt Vendepunkter, inviterede vi alle interesserede brugere til at samtale. Der var i alt otte brugere, der udviste interesse, hvoraf to senere meldte fra inden vores planlagte interviewsamtale. Vi havde på forhånd ikke valgt at in- eller ekskludere nogen, men opfordrede alle interesserede brugere

til at henvende sig til os med henblik på forventningsafstemning og eventuelle videre aftaler.

I vores overvejelser gjorde vi os tanker om, at brugerne i kraft af deres deltagelse på et recovery kursus må have erfaringer med psykiske udfordringer. Dette ønskede vi at tage hensyn til, men det var ikke vores hensigt, at vores hensyn skulle blive et paternalistisk hensyn, der skulle fratage nogen retten til deltagelse. Ydermere gjorde vi os overvejelser om, hvorledes informanternes eventuelle diagnoser, symptomer på psykiske udfordringer eller andet kunne have en betydning for vores empiri. Dette har vi diskuteret internt i specialegruppen. Vi er af den overbevisning, at eventuelle diagnoser ikke har en betydning for, om vi taler med brugerne, og det er ikke noget, vi spørger konkret ind til. I de tilfælde hvor brugerne selv kommer ind på diagnoser og behandling i interviewsamtalerne, ser vi det i sammenhæng med deres subjektivering og finder det dermed interessant, hvordan dette er en del af brugerens selvforståelse, jf. *Problemformulering*. Der er på den vis ingen svar eller udtalelser fra informanterne, som vi tager mere eller mindre alvorlige end andre. Vi anser derimod alle brugerne som talsmænd- og kvinder for, hvordan de selv oplever at komme sig, hvori intet kan tolkes som rigtigt, forkert, eller uvæsentligt. Ydermere ønskede vi, i sammenhæng med vores ontologiske ståsted og forskersubjektivitet, ikke at kategorisere eller definere særlige egenskaber hos vores informanter, og dermed vurdere dem som gode eller dårlige informanter på forhånd.

I kontakten til brugerne som informanter har vi efterstræbt klar og tydeligt kommunikation omkring tid, sted og formål. I de konkrete interviewsamtaler har vi sørget for passende forplejning under samtalen, samt ladet brugerens eventuelle ønsker for samtalen komme i første række. Dette anser vi som implicit i en passende forskningsetik, og det er således ikke sammenhængende med en på forhånd eksisterende opfattelse af, hvilke behov lige netop denne brugergruppe har.

#### **4.2.2.2 Sekundære informanter - Underviser fra Skolen for Recovery & Recovery Konsulent (Signe)**

Da vi planlagde vores empiriproduktion, ønskede vi at supplere brugernes udsagn om deres egne erfaringer med andre perspektiver på recoveryorienteringen. Vi har derfor udført to interviews med en underviser fra Skolen for Recovery og en Recovery konsulent. Begge

har bidraget med andre perspektiver på recovery, idet de har en anden position på området end brugerne. De har begge indgående erfaring med at arbejde recoveryorienteret i praksis.

Underviseren har tidligere haft funktion som sygeplejerske, men er i dag underviser i rehabilitering på psykiatriområdet med 30 års erfaring. Hun har været med til at opstarte Skolen for Recovery og har siden 2013 udbudt kurser for fagprofessionelle, pårørende og brugere, hvor hun præsenterer redskaber og strategier for, hvordan man kan lære at mestre recoveryprocessen.

Recoverykonsulenten har ligeledes en lang erfaring med at arbejde recoveryorienteret som sygeplejerske og sidenhen som forstander af Slotsvænget og som selvstændig. De har begge samtykket mundtligt til, at vi må citere og anvende deres udsagn som empirisk materiale. Da det i høj grad er deres funktion og recoveryrelaterede viden, vi har interesse i, vælger vi at benævne dem som underviser og recoverykonsulent. Disses udsagn giver os en særlig viden om erfaringer med at implementere recoveryorienteringen i Danmark, forskellige forståelser og perspektiver på recovery, samt om arbejdet med recovery i praksis. Vores interviewsamtaler med underviseren og recoverykonsulenten har bidraget til at give os andre perspektiver på, hvordan brugere, generelt, kommer sig og har mulighed for dette, end vi har fået ved at tale med brugerne selv. Dette finder vi relevant til at udvide vores egne perspektiver på recovery, og ligeledes når vi udfolder vores analytiske diskussion jf. *Analysetekema 4*.

### **4.2.3 Forskerpositioneringer (Signe)**

#### **4.2.3.1 Et møde med felten - Udfordringer i forskerpositionen (Signe)**

Agnes Ringer oplevede i sit Ph.D. studie, at positionen som forsker også kan have negative implikationer, idet informanterne, hun mødte i felten, kunne føle sig observerede eller ændrede adfærd, idet de antog hende for en form for ekspert (2013). Den erfaring forsøgte vi at imødegå ved at positionere os selv som ikke-eksperter. Eksempelvis italesatte vi, at vi fandt interesse i, hvad der er betydningsfuldt i brugernes subjektive recoveryproces, og hvad brugerne hver især har gjort sig af erfaringer med at komme sig. I den forbindelse gjorde vi det ligeledes klart for brugerne og underviserne, at der ikke var nogle rigtige eller forkerte svar, og at det ikke var vores ambition at evaluere kurserne. Vi forsøgte dermed at

positionere os væk fra en ekspertposition og i stedet placere os selv i en mere ydmyg og nysgerrig position.

Trods vores refleksioner omkring vores forskerpositionering inden mødet med felten, oplevede vi nogle udfordringer. For at fremhæve et eksempel, hvor vi alligevel oplevede at få tildelt en form for ekspertposition, kan nævnes vores deltagerobservationer på et Vendepunktkursus. Her oplevede vi, at en bruger fremhævede os som *“kloge, dygtige, kandidatstuderende og psykologer”* (jf. Bilag: 17), hvilket stod meget i kontrast til en del af brugerne, der blev italesat som kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister. Dette håndterede vi ved at være ydmyge og tilbageholdende og ignorerede det ligeledes en smule.

Vi er opmærksomme på, at relationen mellem os og brugerne uundgåeligt vil være af asymmetrisk karakter, idet vi styrer, definerer og legitimerer kategorierne samt problemstillingerne, og ligeledes sætter dagsordenen for vores feltbesøg, hvortil vi i sidste ende skriver konklusionerne på specialets fund. Dertil vil der evindeligt være en form for ‘magtrelation’ til stede under vores empirigenerering (Tanggaard, Thuesen & Vitus 2014: 20), og vores positionering i felten bliver medskabende for de perspektiver, der kommer til udtryk i denne relation (Foucault 1982: 781). Men vi ønskede jo netop at henvende os med brugerne som eksperter på deres subjektive erfaringer. Ovennævnte eksempel gjorde det vanskeligt for os at forsøge at udligne den asymmetri, der ellers let kan opstå i interviews. Forskellige etiske implikationer for vores positionering uddybes jf. *Etiske overvejelser & refleksioner*. Vi mødte yderligere udfordringer under vores feltbesøg, men da disse ikke har relevans for det empiriske materiale og forskudte erkendelsesinteresse, henviser vi til vores feltnoter jf. Bilag 16-17, hvis det skulle have interesse for læseren.

#### **4.2.3.2 En fysisk position i felten (Signe)**

Nogle andre overvejelser angår vores fysiske position i felten, herunder vores konkrete placeringer i rummet og gebærdelse i vores møde med felten. På baggrund af tidligere erfaringer i kraft af vores tidligere arbejde som sygeplejersker samt tidligere projekter, hvor omdrejningspunktet var sårbare og personlige emner, havde vi en formodning om, at grundige overvejelser om tillidsskabende positioneringer var gavnlige. Vi tænker derfor, at vores placering har en betydning for informanternes imødekommenhed overfor os, og ikke

mindst havde vi en forforståelse om, at vores indledende interaktion ville betinge den fortsatte relation i interviewsamtalerne.

Vores konkrete refleksioner indebar blandt andet, hvorledes vi kunne undgå at distancere os fra informanterne, men i stedet skabe tryghed, tillid og åbenhed. I praksis viste det sig ved, at vi forsøgte at have et åbent og afslappet kropssprog og en ikke opsøgende og direkte tilgang samt med en uformel og spredt placering i rummet. Vi fik opfattelsen af, at det var medvirkende til, at brugerne fik mulighed for at spørge mere uformelt ind til vores speciale, ligesom det blev muligt at smalltalke om hverdagsagtige emner. Ved på denne måde at forsøge at skabe en tryk og tillidsrelation mellem os og kursisterne, fik de mod og interesse i at henvende sig til os med ønske om at deltage i specialeprojektet i forbindelse med videre interviewforløb. Informeret samtykke uddybes jf. *Etiske overvejelser & refleksioner*. Da feltnoterne ikke er inddraget som konkret empirisk materiale, udfoldes det ikke yderligere her. For konkrete eksempler, henvises til vores feltnoter jf. Bilag 16-17.

### 4.3 Metodegreb til den empiriske produktion (Maja)

Følgende beskriver vores konkrete benyttede interviewmetoder og spørgeteknikker, samt vores etiske overvejelser. Vi har valgt at foretage videnskabelige undersøgelser i form af kvalitative interviews, som “[...] *er en genuint meningsfortolkende [...] fremgangsmåde, der handler om at afdække sammenhænge og mønstre i svarpersonernes livsverdensbaserede opfattelser og forståelser af bestemte temaer*” (Rasborg 2013: 430).

#### 4.3.1 Kvalitative interviewmetoder (Maja)

Med udgangspunkt i vores erkendelsesinteresse ønsker vi med brugernes udsagn at få blik for deres perspektiver. Herfra kan vi opnå yderligere indsigt i deres subjektive og sociale praksisser, samt konteksten hvori tanker og handlinger fremkommer. Interviews er en hensigtsmæssig metodisk indgang til denne ønskede viden. Vi betragter som Järvinen et interview som en socialt situeret aktivitet, hvor informantens udsagn er et udslag af interaktionen med omverdenen såvel som med interviewerens (2005: 27). Interviewsituationen danner ramme om en situationel virkelighed, der både sættes af vores informanter og

os selv som interviewere (ibid.: 45; Järvinen & Mik-Meyer 2005: 1, 16; Staunæs & Søndergaard 2005: 54-55).

Vi inspireres ydermere af Kvale og Brinkmanns hyppigt benyttede bog *Interview - Introduktion til et håndværk* (2009). Heri ses det kvalitative forskningsinterview som en måde, hvorpå man kan “[...] forstå verden ud fra interviewpersonernes synspunkter, udfolde den mening, der knytter sig til deres oplevelser, afdække deres livsverden forud for videnskabelige forklaringer” (ibid.: 17). Begge udgangspunkter forstår interviewet som en intersubjektiv og social proces, hvor interviewer og informant i fællesskab skaber viden (ibid.: 34, 143; Kvale 1984: 158; Järvinen & Mik-Meyer 2005: 16). Kvale og Brinkmann tilføjer meningsperspektivet, hvormed det gøres muligt for forskeren at skabe en forståelse for informantens meningshorisont (Kvale 1984: 169). I tråd med vores erkendelsesinteresse er det centrale netop at frembringe viden via brugeres selvfortællinger, hvori meningshorisonter kommer til udtryk, og dertil forstå hvordan udsagnet skabes i den sociale verden. Vi vil nu belyse, hvordan vi metodisk kan opnå indsigt i informanternes udsagn.

### **4.3.2 Interview som fortælling af narrativer** (Maja)

Når vi samtaler med brugerne, er vi interesserede i deres italesættelser om oplevelsen af deres recoveryproces. Viden herom søger vi gennem deres fortællinger om for eksempel, hvorledes de har erfaret konkrete situationer i forbindelse med deres psykiske udfordringer, hvordan de oplever at få det bedre, og hvordan de ser sig selv i relation til den kontekst, de lever deres liv i. Gennem brugernes narrativer, er det vores hensigt at tolke disse udsagn for derigennem at kunne opnå en forståelse for, hvordan de skaber deres selvforståelser, og hvordan det betinger deres oplevelser af at have handlemuligheder i deres vej til at komme sig.

Med inspiration fra Staunæs og Søndergaard samt Pedersen kan narrativer anvendes som konkret metode til, hvordan vi som forskere kan få brugerne til at beskrive og fortælle om konkrete hændelser (Pedersen 2005: 237; Staunæs & Søndergaard 2005: 64). Med udgangspunkt heri fandt vi inspiration i den narrative metode til vores ønske om at skabe gode betingelser for at få brugerne i tale, så adgangen til deres fortællinger og beskrivelser blev mulige. Narrative fortællinger kan indrammes med en begyndelse – en

midte – et eventuelt vendepunkt og en slutning (nyorientering), hvilket udgør en hensigtsmæssig ramme for vores interviews (Järvinen 2005: 37). I interviewsituationerne havde vi disse narrative dimensioner med i bevidstheden og implicit i vores interviewspørgsmål. Den narrative tilgang spiller på den måde ind i vores overvejelser omkring, hvordan vi skaber rum for vores interviews.

Relationen mellem feltet og os er *semistruktureret* i den metodiske fremgangsmåde. Dette kommer til udtryk i de konkrete interviewsamtaler med brugerne, hvor vi som forskere lader brugerne definere, hvad der er det essentielle - dog relateret til vores overordnede problemstilling (Kristiansen & Krogstrup 2015: 46; Kvale & Brinkmann 2009: 143-144). Det narrative interview rummer en åbning, hvor vi giver udtryk for, hvad vi inviterer brugeren til at tale om – vores forskningsinteresse. Dette skal, med inspiration fra Staunæs og Søndergaard, lede brugerne til at beskrive konkrete fortællinger, hvor vi som forskere i varierende grad styrer samtalen gennem opfølgende spørgsmål (2005: 67). Vi anser det herunder også som vores opgave at fastholde brugerens egen nysgerrighed og interesse for at tale med os.

Ifølge Birgitta Nordenhof kan narrative fortællinger forstås som indebærende tre forskellige lag (Nordenhof i Jensen 2006). *Det fortalte lag* kan forstås som specifikke hændelser og handlinger, der er sket i en konkret situation for fortælleren. *Det fortællende lag* henviser i højere grad til fortællerens antagelser, normer mv. Det er altså fortællerens meningshorisont og forståelser, der konstrueres her i et samspil med interviewerens. Vi spørger mere indgående til denne del af brugernes fortællinger for at få en forståelse for brugernes subjektive meningstilskrivelser. Endeligt er der *det diskursive lag*, der henviser til sociale og kulturelle organiserede og konstruerede måder, hvorpå der tales om et fænomen, som giver mening for fortælleren (ibid.: 83). Her søger vi indsigt i de diskursive sammenhænge, der kan forstås konstruerende for brugernes sociale meningskonstruktioner. Med denne forståelse gøres det gennem narrative interviews muligt for os at opnå viden om vores empiriske forskningsspørgsmål. Vi skaber nemlig forbindelse mellem brugernes biografier, konkrete situationer, samt historiske og samfundsmæssige diskurser, der manifesterer sig gennem brugernes fortællinger (Järvinen 2005: 37; Pedersen 2005: 239).



### 4.3.3 Interviewguides & spørgeteknikker (Maja)

Da vores informanter har tilknytning til to forskellige praksisser, og da praksisserne i deres kursuskataloger benytter forskellige begrebsapparater, valgte vi at udforme separate interviewguides. Endvidere udformedes interviewguidene specifikt efter vores informanttyper: brugere, undervisere, konsulent jf. Bilag 1-5. Vi opdelte dernæst guidene i overordnede *tematikker*, *forskningsspørgsmål* og konkret definerede *interviewspørgsmål* inden for den narrative ramme. Interviewspørgsmålene havde til hensigt at skabe retning i samtalen, men ligeledes at muliggøre forfølgelse af uventede tematikker, der kunne vurderes interessante for vores overordnede problemstilling undervejs i interviewet (Staunæs & Søndergaard 2005: 56). Interviewene var ikke planlagte i en sådan grad, at indholdet i samtalerne ikke kunne afvige; med de semistrukturerede interviewguides blev det muligt at forblive fleksible i interviewsituationerne (Brinkmann 2013: 127). Vi lod dermed spørgsmålene være styret af brugernes fortællinger i højere grad end af guiden - dog i henhold til vores overordnede interesse. Samtidig forsøgte vi, at tilpasse sproget til de enkelte interviews og dermed holde dialogerne på et naturligt og hverdagsagtigt plan. På denne måde oplevede vi, at der blev skabt åbenhed og bedre muligheder for brugernes fortællinger og refleksioner.

I empiriproduktionen benyttede vi os af forskellige spørgeteknikker. For at skabe gode betingelser for, at informanterne kunne udtrykke deres fortællinger benyttede vi os af *indledende spørgsmål* (Kvale & Brinkmann 2009: 155). Et eksempel er: "*Vil du starte med at fortælle lidt om dig selv?*" (Kim: 72)". På denne vis fik informanten selv mulighed for at definere, hvad der var relevant i beskrivelsen af sig selv, uden vores forhåndsdefinition om eksempelvis: alder, civilstatus, diagnoser osv. Kvale og Brinkmann fremhæver en fordel ved kvalitative interviews, der netop henviser til, at interviewer allerede undervejs i interviewsamtalen kan tolke informanternes italesættelser under interviewet (2009: 157). Med inspiration fra Kvale og Brinkmanns *fortolkende spørgsmål* - det vil sige, at vi gentager vores forståelse af det sagte - får informanterne mulighed for at be- eller afkræfte tolkningen. Dermed kan der undgås misforståelser, og som interviewere får vi allerede undervejs i samtalen mulighed for at tolke meningsperspektiver hos informanterne. I et interviewspørgsmål kom dette til syne: "*Så det var ligesom en vej til at nå frem til en anden erkendelse af, at du selv kunne gøre noget, og du havde en forståelse af... i hvert fald som jeg hører det på dig?*" (Mette: 130). Det var vores oplevelse, at sådanne

spørgsmål fik informanterne til at uddybe sine svar yderligere. I forlængelse heraf benyttede vi ligeledes *specificerende spørgsmål*, hvilket kan få informanten til at beskrive sine oplevelser og erfaringer i forbindelse med bestemte situationer (Kvale & Brinkmann 2009: 156). Et eksempel herpå er, når samtalen faldt på, hvad informanten oplever, der skal til for, at et menneske har mulighed for at komme sig med psykiske udfordringer, hvortil informanten eksempelvis svarede, at alle har muligheden for at komme sig. Som interviewere spørger vi derefter: *“Hvordan får man mulighed, eller hvad mener du med det?”* (Mette: 10), hvilket kan udgøre et eksempel på, hvordan vi spørger specifikt ind til en given ting.

Dertil formulerede vi opfølgende og uddybende spørgsmål, og påtænkte kontinuerligt, at spørgsmålene havde til hensigt at komme med eksempler på *hvordan* og *hvad*, hvilket kan bidrage til, at spontane beskrivelser fra informanterne bliver fremmet, og deres umiddelbare meningsforståelser i højere grad synliggøres (Staunæs & Søndergaard 2005: 66). Nogle eksempler fra vores interviews er: *“Hvordan kan det være, at det forholder sig sådan?”*, *“Hvad tænker du, at det betyder?”* og *“Hvad er det i den diagnose, der fylder meget? Hvad betyder denne her diagnose?”* Hvordan de opfølgende spørgsmål udartede sig i de givne interviewsamtaler, kom an på interviewerens fornemmelser i situationen, hvor vi også måtte sikre os, at både vores og informantens interesser blev varetaget.

En anden teknik vi benyttede os af, var i relation til, hvilke begreber vi i interviewsituationerne brugte om særlige fænomener. Dette viste det sig ved, at vi forsøgte at referere til selvsamme udtryk, som informanterne benyttede sig af. Eksempler herpå var, hvorvidt informanten eksempelvis benyttede *“psykisk sygdom”*, *“psykisk lidelse”*, *“sindssyg”*, *“rask”*, *“helbredelse”*. På denne måde oplevede vi, at der kom overensstemmelser i forskellige betegnelser, som ellers kunne tænkes at have sat brugeren i en ubehagelig situation, i fald vi eksempelvis havde benyttet *“sygdom”*, hvis brugeren ikke oplevede at være syg. Disse overvejelser kan siges, at være forbundet med vores indledende åbne spørgsmål, der har bidraget til, at vi netop har fået indsigt i, hvorledes brugeren italesætter sig selv og sin opfattelse af recovery.

#### 4.3.4 Interviewoptagelser & transskriptioner (Maja)

For at udforme et brugbart empirisk materiale til den konkrete analyse valgte vi at båndede og transskribere vores planlagte interviews. På den måde er det blevet muligt for os at skabe gennemsigtighed i dokumentationen og i den senere analyse (Kvale & Brinkmann 2009: 200-202). Baggrunden for transskriptionerne begrundes endvidere ud fra et ønske om at skabe pålidelighed til det empiriske materiale, ved at læseren herved får mulighed for at få indsigt i det samlede materiale, som er det empiriske fundament for specialet. Læseren kan desuden få mulighed for at se informanternes udtalelser i deres helhed frem for i fragmenterede enheder. Transskriptionerne er med baggrund heri vedlagt specialet (jf. Bilag 7-15).

Ved transformering fra en mundtlig diskurs og talesprog til en skriftlig diskurs og skriftsprog er vi bevidste om, at der forekommer en fastfrysning af det italesatte og levende, der i sin oprindelighed er dynamisk og kontekstuel. Det er ikke let at nedskrive den dynamiske interaktion, der forekommer mellem interviewer og informant i interviewsituationen. Vi forsøger at imødekomme dette ved, at der under vores interviews både er en interviewer og en observatør, der kan observere og nedskrive detaljer, hvis dette har relevans. Vi har valgt selv at transskribere interviewene ud fra en formodning om, at vores egen tilstedeværelse under samtalerne giver os en forståelse og indsigt, der bidrager til, at vi i højere grad kan nedskrive det sagte så tæt som muligt på den virkelige situation. Her tænker vi i særdeleshed i relation til illustrationer af pauser, særlige tryk på ord mv.

#### 4.4 Ethiske overvejelser & refleksioner (Maja)

Når vi har at gøre med human- og samfundsvidenskabelig forskning af kvalitativ karakter, indgår både *makro-*, *meso-* og *mikroetiske* refleksioner (Brinkmann 2010: 439-440; Brinkmann & Kvale 2008: 273-275). Flere faktorer spiller ind, og vi vil i dette afsnit bestrebe os på at afdække de etiske komplikationer, vi uundgåeligt er blevet konfronteret med i forbindelse med specialets tilblivelse; forinden som del af de indledende refleksioner, undervejs og slutteligt i specialeprocessen, Den afsluttede specialeafhandling kan medføre forskellige etiske dilemmaer, som vi har forsøgt at foregribe, inden specialet præsenteres for de samarbejdspartnere, vi har sparret med under tilblivelsesprocessen, lige

såvel som når specialeafhandlingen oprettes som offentligt tilgængeligt på internettet. Vi afdækker de metodiske implikationer for vores empiriske vidensproduktion og herunder, hvad vores metodiske greb har af konsekvenser for de praksisser og informanter, vi inddrager i specialet. Derfor tager vi primært de mikroetiske overvejelser op, mens de meso- og makroetiske spørgsmål vil være i overvejelserne i specialets perspektiverende konklusion, hvor vi opsamler potentielle implikationer for praksis og samfund på baggrund af analysens fund.

#### **4.4.1 Mikroetiske refleksioner (Maja)**

De etiske problematikker på *mikroniveau* var fuldt relevante allerede inden, vi påbegyndte vores konkrete undersøgelser i felten. Fordi vores empiriske undersøgelser drejer sig om individer, har vi løbende haft potentielt etiske implikationer for øje. I forbindelse med interviewsamtalerne med brugerne har vi været opmærksomme på, at vi i kraft af vores meget personlige og følelsesprægede emne kunne være med til at sætte informanterne i ubehagelige dilemmaer og positioner. Derfor har vi reflekteret over, at interviewsituationen og relationen mellem os som interviewere og informanten implicit stiller krav til informanten om at navigere og balancere i det ikke at udlevere sig selv på et sådan niveau, at det medfører, at denne føler sig udstillet. Samtidig stiller det krav til os selv om *en fornemmelse i situationen*, hvori det må vurderes, hvor meget og hvorledes vi inviterer informanten til at fortælle om sig selv (Staunæs & Søndergaard 2005: 66).

##### **4.4.1.1 Princippet om frivillighed & informeret samtykke (Maja)**

Vi lader os inspirere af Kvale og Brinkmanns etiske spørgsmål i forbindelse med interviews (2009: 86-94). Princippet om *frivillighed* og *informeret samtykke* udgør en etisk refleksion i relation til vores empiriproduktion. Allerede fra de indledende processer i empiriproduktionen har vi forsøgt at sørge for at vores tilstedeværelse, samarbejde, og graden af synlighed og deltagelse har været baseret på frivillighed - både på organisations- og individniveau. Rent praktisk vurderede vi, at vores respektive gatekeepere i hver praksis og deres interne viderestilling til underviserne i de to praksisser i kraft af deres position og kendskab til brugerne, udgjorde neutrale personer i den indledende information og i

indhentningen af mundtligt samtykke fra kursisterne i relation til vores ønske om deltagelse og tilstedeværelse på kurserne - ikke at forveksle med selve interviewene, hvor vi selv personligt sikrede os samtykke. Vi var af den overbevisning, at brugerne havde mulighed for at sige fra over for vores deltagelse på kurserne, hvis de ønskede dette. I vores indledende møder præsenterede og informerede vi om vores formål, emne og ønsker og understregede i den forbindelse, at det til hver en tid ville være muligt, at springe fra en eventuel planlagt samtale og lignende. Gennem vores udveksling af mails med informanterne omhandlende mødetidspunkter, varighed og udspecificering af interviewsamtalerne, har vi ligeledes sørget for at leve op til de metodiske kriterier omkring informeret samtykke.

#### **4.4.1.2 Princippet om anonymisering & fortrolighed (Signe)**

Et andet princip har været vores informanternes *anonymisering og fortrolighed*. I det indledende møde med brugerne, såvel som i det udleverede papir, informerede vi om, at alle navne og ledende udtalelser og hændelser, der kan henvise til personerne mv., anonymiseres i specialeafhandlingen. Dette var med formålet om, at brugerne og undervisere ikke direkte vil kunne genkende hinanden i fremhævede og nedskrevne udtalelser. Dette gjaldt både i relation til vores deltagelse på selve kurserne, og med udgangspunkt i interviewsamtalerne med nogle af brugerne. Dog har vores informanter været bekendte med, at underviserne kan have haft kendskab til, hvem vi har talt med, men har tilkendegivet accept i forhold til dette. Vi gjorde det ligeledes klart, at vores ambition ikke var at kontrollere nogen ej heller at evaluere kurserne. Det tydeliggjorde vi for at undgå at udfordre interne positioneringer mellem brugere og undervisere. Alle informanter er endvidere informeret om, at lydfiler i relation til interviewene slettes efter endt speciale.

#### **4.4.1.3 Princippet om konsekvenser for de involverede parter (Hannah)**

Ovenstående leder frem til et tredje princip, vi har arbejdet under - princippet om *konsekvenser for de involverede parter*. Som beskrevet er vi løbende opmærksomme på, at ingen informanter skal kunne genkendes i det skriftlige materiale. I vores analyser er det således vores hensigt at være så loyale som muligt. Omvendt er det vores opgave som

forskere, at se kritisk på det felt, der undersøges, for på denne vis at kunne bidrage med ny viden. Det aspekt at informanterne udtalte at have særlige fobier osv. med relevans for vores kontakt, har vi løbende været bevidste om. Således har det været i vores interesse, at brugernes deltagelse i vores interviewsamtaler hele tiden har været baseret på brugernes præmisser. Både skriftligt og mundtligt har vi i vores kontakt med informanterne været meget eksplicite om, at de til hver en tid kunne springe fra en eventuelt planlagt samtale via mail eller sms. I forbindelse med interviewsamtalerne med brugerne har vi ligeledes sørget for at eksplicitere, at de til hver en tid kan sige, hvis de ikke ønsker at svare på et givent spørgsmål og lignende. Endvidere har vi forsøgt at runde samtalerne af ved at sikre brugernes velbefindende - dels med spørgsmål relateret til, hvordan samtalen har været for informanten. På den måde har vi forsøgt at imødegå eventuelle oplevelser af, at være efterladt efter at have udleveret meget personlige fortællinger. Dels har vi afsluttet interviewene med smalltalk for på denne måde at skabe en naturlig afrunding og give informanten mulighed for at spørge os ind til noget. Efter endt empirigenerering har vi sendt mails til informanterne for at imødekomme eventuelle spørgsmål og takke for deres deltagelse. Alle er blevet mundtligt informeret om, at de kunne få mailet lydfil og/eller transskriptionerne efter endt interview, samt specialeafhandlingen i en forkortet form efter endt specialeproces i så fald de ønsker dette.

## 4.5 Kritiske refleksioner - Metodegreb & kvalitet (Hannah)

Hensigten med nærværende afsnit er at skabe gennemsigtighed med henhold til vores kritiske refleksioner om de metodiske tilgange i vores empirigenerering. Vi finder dette centralt, idet vores empiriske materiale for det første udgør fundamentet for specialet, hvorfor vi må forholde os kritisk til måden, hvorpå det er blevet skabt (Kvale & Brinkmann 2009: 186). For det andet med baggrund i, at vores til- og fravalg - og dermed vores forskersubjektivitet - uundgåeligt vil have betydning for den endelige empiri, samt hvad specialets fund og konklusioner baseres på. Vi udfolder i det følgende kritiske refleksioner i relation til *metodens troværdighed og gyldighed* så *kvalitet* varetages i så *konsistent* en udstrækning som muligt. Intentionen med dette afsnit er ikke at forholde os til vores *funds* troværdighed, gyldighed og overførbarhed, idet refleksioner herom udfoldes sidst i specialeafhandlingen (jf. *Selvkritisk perspektivering*).

#### 4.5.1 Metodens troværdighed & konsistens (Signe)

Spørgsmålet om metodens *troværdighed* og *konsistens* kan, med afsæt i Kvale og Brinkmann, eksempelvis henvises til, hvorvidt informanterne vil ændre sine svar og fortællinger under interviewsamtaler med andre forskere (2009: 271). I kraft af vores ontologiske forståelse skabes den særlige meningshorisont i relationen mellem informanten og interviewerens - hvorfor den viden der skabes i én situation, altid må ses i lyset af de særlige relationelle dimensioner, der gør sig gældende i situationen. I den forståelse vil den viden, der skabes i vores undersøgelse, ikke kunne almengøres, men kan alligevel betragtes som troværdig ud fra kvalitative forskningskriterier jf. *Videnskabsteori*.

I relation til vores spørgeteknikker benyttede vi som beskrevet fortolkende spørgsmål, hvilket indebar at vi som interviewere løbende fortolkede informanternes svar og forsøgte at verificere disse. Dette kan, ifølge Yardley, tjene som *participant feedback*, ved at der igennem informantens reaktion på spørgsmålene enten direkte eller indirekte spørges ind til brugerens udsagn for dermed at undgå misfortolkning af det sagte (2008: 241). På den måde har vi løbende forsøgt at forholde os til at opnå troværdighed i interviewene. Dog har transskriptionerne tydeliggjort, at vi i højere grad kunne have udfoldet vores fortolkende spørgsmål for at komme nærmere brugernes subjektive meningstilskrivelse. På den måde kunne der i større grad underbygges en fælles meningsforståelse, der træder frem i analysen, og som mindsker risiko for overfortolkning.

Når vi i interviewsituationer er kommet til at stille for lukkede eller ledende spørgsmål, er vi bevidste om, at det uundgåeligt har haft indflydelse på indholdet af brugerens svar (Kvale & Brinkmann 2009: 271). Et interviewspørgsmål som: "*Kan man sige, at det så er en del af din recovery? Altså de her elementer du siger med at sige fra, og kigge på det positive, det du kan og være rummelig*" (Vera: 151), kan være et eksempel på, at vores spørgsmål til tider har båret præg af at være lukkede og ledende. I eksemplet illustreres det ved, at vi leder brugeren til en definition af, hvad recovery er for denne, frem for at lade brugeren selv italesætte hvilke elementer hans/hendes egen recoveryproces består af, samt hvad han/hun finder betydningsfuldt. Til trods for denne kendsgerning vil vi alligevel advokere for, at empirien er baseret på troværdighed; dels gør disse ledende spørgsmål sig kun gældende i et mindre omfang, dels har vi gennem en forskertrianglering haft mulighed for, at supplere hinanden i interviewsamtalerne, hvormed det



eksempelvis er blevet muligt at korrigere spørgsmålene og/eller supplere med yderligere åbne og fortolkende spørgsmål (Holstein 2003: 334-33; Yardley 2008: 240).

Vi har alle tre gennemlyttet og læst interviewtransskriptionerne, hvilket med afsæt i Kvale og Brinkmann kan imødegå eventuelle uoverensstemmelser mellem de bandede interviews og den nedskrevne dialog, og dermed kan det have medindflydelse på troværdigheden (2009: 206). Vi har også her draget nytte af, at vi er tre i specialegruppen, fordi vi har haft mulighed for at inddrage flere betragtninger og perspektiver i vores diskussioner af vores empiriske materiale (Holstein 2003: 334-335; Pedersen 2012b: 123; Yardley 2008: 240). På trods af at vi ikke anser det muligt at nå nærmere en specifik sandhed af denne grund, anser vi det som en styrke, at vi har mulighed for at udfordre eventuelle mis- eller overtolkninger.

#### **4.5.2 Metodens gyldighed (Maja)**

*Gyldigheden* i vores undersøgelse kan forstås som værende en kontinuerlig proces, der kommer til syne i alle dimensioner af specialet (Kvale & Brinkmann 2009: 274-275). Vi har med udgangspunkt i vores forskningsdesign bestræbt os på at anvende metoder, som vi mener, kan argumenteres for at være aktuelle i relation til vores genstand. Vi har fundet det kvalitative interview aktuelt i ønsket om at skabe indsigt i brugernes narrativer, selvfortællinger og meningsperspektiver. Det er i forlængelse heraf blevet muligt for os at få indsigt i, hvordan brugerne tillægger forskellige betingelser betydning for deres recoveryprocesser. Interviewmetoden har derudover gjort det muligt for os at få be- eller afkræftet forståelser, som beskrevet ovenstående under *troværdighed og konsistens*. Interviewene med underviseren og recoverykonsulenten har bidraget med supplerende perspektiver, der bidrager til yderligere belysning af konteksten for brugernes udsagn. Ifølge Denzin og Lincoln kan en flerstrengt analysestrategi til dels validere sådanne kvalitative forskningsprojekter (2013: 9-11) - ligesom vi argumenterer for, at multiple eller triangulerende<sup>10</sup> metodologier giver konsistens (Pedersen 2012b: 123-125).

---

<sup>10</sup> Vores anvendelse af begrebet *Triangulering* skal i vores optik ikke forstås som positivistisk. I stedet anvender vi det i lighed med flere andre kvalitative forskere ud fra betydningen; at se et givent fænomen fra flere perspektiver og forståelseshorisonter. Se bl.a. Holstein 2003, Pedersen 2012b, Yardley 2008.

## 5. ANALYSESTRATEGI & TEMATISERINGER (Signe)

Kapitlet har til hensigt at belyse specialets analysestrategi, det vil sige metodologiske og metodiske spørgsmål under socialkonstruktivistiske og hermeneutiske forudsætninger. Det er dermed en specificering af, hvilke konsekvenser vores ontologiske og epistemologiske udgangspunkt har for vores den konkrete analysemetode (Esmark, Laustsen & Åkerstrøm 2005a: 8). Vi ekspliciterer, hvordan vi er gået systematisk til værks i bearbejdningen af vores empiriske materiale - hvorfor noget i højere grad er kommet i forgrunden end andet - samt hvorledes vi strategisk sammensætter specialets forskellige delelementer, så analysen af empirien kan udfoldes.

### 5.1. Fra empirisk materiale til analytisk tematisering (Signe)

Interviewtransskriptionerne har været gennemlæst adskillige gange, både selvstændigt og under fælles diskussion. *Første* gennemlæsning havde til formål at skabe et overordnet overblik over vores empiriske materiale, og at vi alle tre fik kendskab til informanternes fortællinger, idet vi ikke alle har deltaget ved alle interviewsamtalerne. Vi forsøgte at læse materialet med en så åben indstilling som muligt velvidende om, at vores forforståelse i et samspil med vores fortolkninger uundgåeligt vil influere vores forståelser og læsning (Gadamer 2007: 254). Gadamer udtrykker tilgangen med et berømt udtryk om, at udforskningen skal "gå til sagen selv". Som belyst i forrige kapitel tillod de åbne spørgsmål brugerne at udtrykke det, de fandt betydningsfuldt, hvormed beretningerne henledte os på brugernes selvforhold frem for på recoverykursernes praksis. Empiriens nye fokus blev i den forbindelse styrende for vores analytiske tematisering.

Ved *anden* selvstændige gennemlæsning gennemgik og læste vi detaljeret ét interview ad gangen, og nedskrev kommentarer og bud på eventuelle tematiske kategorier i marginen af transskriptionerne - selvstændigt for at udnytte vores forskellige blikke og forforståelser på det sagte. Vi diskuterede vores forskellige forståelser i tilfælde af, at vi læste citaterne forskelligt. Ikke nødvendigvis for at nå frem til enighed, men for at synliggøre flere forståelser af brugerens udsagn.

Disse første læsninger og vores noter med bud på temaer samt refleksioner hertil var meget detaljerede, og der opstod samtidig utallige ideer til tematikker. Efter en fælles tværlæsning af alle interviews blev det tydeligt, at brugernes italesættelser af sig selv, egen tilblivelse og dilemmaer heri i høj grad var fremtrædende i relation til brugernes fortællinger om recovery og om at komme sig. Vi fandt det interessant, at brugerne blandt andet benyttede udsagn som *“rablende”*, *“syg”*, *“normal”* om dem selv, og hvordan brugerne udtalte, at andre omkring dem ligeledes beskrev dem ud fra særlige tillægsord. Vi blev nysgerrige på disse udsagn og brugernes sprogbrugs betydning og forbundethed med deres selvforståelser. Dertil undrede vi os over, hvorfor nogle brugere benyttede nogle udsagn frem for andre, og hvad det kunne skyldes. Disse udsagn gik igen både i brugernes fortællinger, men der sås ligeledes modstridende ordvalg.

Med disse tværgående fokuspunkter blev det hurtigt klart for os, at recoveryprocessen og det at komme sig, som det udtrykkes hos brugerne, handler om deres forståelser af sig selv samt deres sygdoms- og sundhedsopfattelser, og hvordan forskellige forhold blev italesat som dilemmafyldte og betingende for brugernes selvforståelser. Deraf opstod en række spændende empiriske spørgsmål om, hvorledes brugernes udsagn i relation til deres selvforståelser - både omkring subjektive opfattelser af egen sundhed/sygdom, hvad de forstår som en god tilværelse, og hvilke handlinger de tilskriver mening for at opnå dette - ser ud til at have betydning for, hvordan brugerne udtrykker deres syn på mulighedsrummet for at komme sig. Det vil sige, hvorledes brugerne generelt ser deres muligheder i recoveryprocessen, og hvordan de italesætter, hvad deres proces fører til. Det at komme sig blev italesat som det at være under proces; fra at være ét særligt menneske, der er i bevægelse fra *noget* mod *noget andet*. En udvikling der i brugernes udsagn gennemgående blev italesat som tæt forbundet med deres interaktioner og relationer til andre mennesker, deres møde med det psykiatriske system osv. og i vores optik en ontologi, der udtrykker en gensidig påvirkning mellem individ og af de omgivelser, man som menneske lever og agerer i.

På den baggrund blev fire overordnede analysetemaer udformet. De tre første temaer, vi har udvalgt, er: 1) *En bruger skabes & skaber sig selv*, 2) *Den dilemmafyldte tilblivelsesproces*, 3) *Konventionel behandling & personlige handlinger*. Disse temaer munder tilsammen

ud i diskussionstemaet: 4) *Et spørgsmål om frie handlemuligheder i brugernes recoveryprocesser*, som omhandler en analyserende diskussion af brugernes udviklingsmuligheder i relation til deres recovery med udgangspunkt i deres empiriske udsagn.

Under de fire temaer udvalgte vi citater, hvoraf vi udformede undertemaer for på denne vis at skabe stringens i analysen. Det gjorde vi velvidende om, at flere undertemaer højst sandsynligt (og fordi vi arbejder abduktivt) ville opstå undervejs. Dertil skrev vi kommentarer til, hvilke analytiske forhold citaterne hver især repræsenterede, så efterfølgende citatudvælgelse for specialets endelige analyse ville være mere håndgribelig. Vi er af den opfattelse, at de fire temaer skaber en relativ flydende fortælling om meningstilskrivelser i og handlemuligheder for recovery i lyset af brugerens tilblivelsesprocesser.

## 5.2 Specialets analysestrategiske vinkel - Hvordan vi skaber forståelse for de empiriske udsagn (Hannah)

Ud fra den firdelte empiriske tematisering og differentieringen af undertemaer udformede vi et teoretisk begrebsapparat som rammesættende for vores analyse. De fire analysetemaer understreger, at vi har brug for en todelt analysestrategi. Vi vil 1) skabe indsigt i brugernes meningshorisonter omkring recovery, og samtidigt 2) forstå hvordan disse er socialt konstruerede.

Vores begrebsapparat, der tager udgangspunkt i Foucaults socialkonstruktivistiske subjektforståelse, er udformet til at analysere brugernes udsagn, så vi kan undersøge, hvordan diskursive betingelser præger brugernes selvforståelser og oplevelser af at have handlemuligheder (Åkerstrøm 1999: 57; Hansen 2004: 397-400). De teoretiske begreber defineres jf. *Teoretisk begrebsapparat*. Brugernes oplevelser af deres recoveryproces kan ikke udelukkende indfanges med disse udvalgte begreber, da fokus her er på individers subjektivering i samspil med omgivelserne. I brugernes udsagn udtrykkes ligeledes brugerens forhold til sig selv. Det er her, vi inddrager vores egne fortolkninger - netop for at få meningsperspektiverne frem. Tilsammen får det betydning for, hvordan vi læser og fortolker brugerens udsagn ved, at vi både får indsigt i sociale konstruktioners meningsdannelse og de subjektive meningstilskrivelser (Højbjerg 2004: 318). Vi henter

inspiration i 'fortolkningsanalytikken', når vi tilskriver en mening gennem vores analyse af brugernes subjektive meningsindsigter ved at forsøge at begribe og forstå, hvad det egentlig er, brugerne siger (Pedersen 2005: 241). Gadamer forklarer det som en horisontsammensmeltning mellem forskeren og det udforskede (Gadamer 2007: 291-292; Højbjerg 2004: 322-325). Vores fortolkninger er dermed både på baggrund af vores forudindfattede meningsforståelser, der er en del af vores forskersubjektivitet, men også en forståelse vi forsøger at frembringe i interaktionen mellem os og informantens udsagn. Ved at vi i den analytiske og fortolkende læsning forsøger at være åbne og kontinuerligt stille spørgsmål til det, der åbner sig for os, gøres det muligt for os, at få en dybere forståelse for meningsperspektiverne bag udsagnene (Højbjerg 2004: 328; Pahuus 2003: 152).

I forlængelse af det ovenstående skal det fremhæves, at vi i analysen bevidst har valgt ikke at referere til de specifikke teoretikere, som vi analyserer et givent citat med. Årsagen er, at vi oplever vores teoretiske begrebsapparat så udspecificeret i relation til empirien, at det derfor; dels ville forstyrre læsningen af analysen, dels ville være gentagende i forhold til teorien. Således begrunder vi valget med en forventning til at læseren i kraft af det teoretiske begrebsapparat har den fornødne viden i læsningen af analysen. Til gengæld inddrager vi teoretiske referencer, når vi i analysen udfolder vores begrebslige analyserende tolkninger yderligere.

I analysen og under de fire overordnede temaer vil vores underoverskrifter været baseret på de empiriske udtalelser, som vi har udvalgt som repræsenterende for den følgende analytiske diskussion. Dette har til hensigt at udgøre en lille *amuse bouche* - appetitvækker, der henleder til et citat, som det efterfølgende afsnit omhandler. Når vi har udvalgt et udsagn vi finder relevant at udfolde nærmere, indleder vi med kort at beskrive i hvilken kontekst udsagnet er taget fra. Hvis det har relevans for forståelsen, inddrager vi de foregående interviewspørgsmål, og den viden vi finder relevant at videregive om brugeren. Dette er med hensigten om at tydeliggøre kontekstafhængigheden, både for at indføre læseren i den kontekst hvorfra citatet er taget og tydeliggøre vores opmærksomhed på ikke at udvælge og fortolke citater adskilt fra deres kontekst. Vi tilstræber at give læseren en indsigt i det relationelle samspil mellem interviewer og brugeren i den konkrete situation. Derefter udfoldes vores analyser ved hjælp af teoretiske begreber og vores fortolkninger af

udsagnet. For at fremhæve ligheder og modsætninger i brugernes fortællinger inddrages andre passager og/eller citater med relevans - enten af samme bruger, i fald vi ser modsætningsfyldte udtalelser hos denne eller ved inddragelse af en anden brugers udtalelse, så pointer underbygges.

## 5.3 Analysetemaernes relevans for problemformuleringen

(Maja)

Problemformuleringens første del: *Hvordan kan brugeres narrative udsagn om deres recoveryprocesser forstås som et udtryk for selvforståelsen i deres subjektiveringsproces?* tages op i det analysetema 1. Gennem brugernes selvbeskrivelser søger vi at belyse brugernes måder at forstå sig selv på. Heri muliggøres det for os at få indsigt i hvilke sygdoms- og sundhedsrationaler, der gør sig gældende i brugerens italesættelser, hvorfra vi kan forstå brugeren i relation til de diskursive praksisser, brugeren har været og/eller er en del af. Det skal understreges, at disse rationaler ikke er udelukkende empirisk informeret, men analytiske abstraktioner, som er opstået i samspil mellem det empiriske materiale og teoretiske læsninger. Brugerne italesætter modstridende forhold i deres forståelser af sig selv. Vi vælger derfor at undersøge dette separat i analysetema 2. Tilsammen leder disse to temaer til problemformuleringens anden del: *Hvilke mulighedsbetingelser skabes for brugeres valg af behandling og handlinger rettet mod at komme sig?* Vi ser nemlig, at brugernes dilemmafyldte tilblivelsesproces har betydning for, hvorledes brugerne konkret vælger at sammensætte deres handlinger mod at komme sig; herunder konventionel psykiatrisk behandling og personlige handlinger rettet mod, hvad brugerne hver især italesætter som 'et godt liv'. Denne del besvares i det analysetema 3. Disse tre analysetemaer leder os til problemformuleringens tredje del: *Hvorledes kan vi på den baggrund forstå, at brugere finder mening i deres recovery?* Med dette spørgsmål søger vi at forstå, hvordan brugerne oplever at have frie muligheder for at komme sig efter, hvad de subjektivt finder mening i. Dette udgør fjerde og sidste analysetema 4, som vil fremstå som en diskuterende analyse af ovenstående tre andre temaer.

## 6. TEORETISK BEGREBSAPPARAT (Hannah)

Som beskrevet i den analysestrategiske procesbeskrivelse er specialets teoretiske begrebsapparat udviklet på baggrund af de empiriske forhold, som vi har set i vores tværgående empiriske analyser.

Vi præsenterer og udfolder de teoretiske begreber, som vi forstår dem og gør brug af dem, for at begreberne tilegnes vores empiriske materiale. De teoretiske begreber er valgt på baggrund af de empiriske problemstillinger, og er inddelt efter fire temaer, som de anvendes i den efterfølgende analyse. Vi er bevidste om, at Foucaults begreber forstås sammenhængende, derfor må den temaopdelte analytik læses med en helhedsforståelse. Overskrifterne henviser til de teoretiske begrebers indhold. Selvom de teoretiske begreber er inddelt i temaer, inddrages de på tværs af de forskellige teoretiske temaer i bearbejdningen og fortolkningen af empirien. Hensigten er, at læseren i kraft af det teoretiske begrebsapparat kan følge de analytiske fortolkninger, vi skaber. Vi lader først læseren forholde sig til de teoretiske argumentationer, for derefter at lade empirien udfolde sig i analysetemaerne. Når der i analysen henvises til litteratur, er det for at argumentere for teori, der rækker ud over det teoretiske begrebsapparat, men som ligger i tråd med vores valgte teori. Eller det kan være for at underbygge en pointe, udsprunget af empiriske udsagn, hvortil vi har fundet inspiration hos teoretikere, der har arbejdet med samme tematik.

### 6.1. Teoritema 1: Perspektiver på subjektivitet & subjektiveringsprocesser (Signe)

I empirien fandt vi det fremtrædende, at brugerne i deres narrative selvfortællinger udtrykker forskellige forståelser og opfattelser af dem selv, deres hverdagsliv med psykiske udfordringer og relationelle forhold til andre mennesker. Ud fra vores forståelser af ontologisk forforståelse anlægger vi et anti-essentialistisk perspektiv på subjektet. Vi forstår, at subjektet kontinuerligt skabes, subjektiveres og positioneres i kraft af de sociale forhold, som det indgår i. I dette teoretiske afsnit inddrages teori, der i analysetema 1 anvendes til at besvare problemformuleringens første del: *Hvordan kan brugeres narrative*



*udsagn om deres recoveryprocesser forstås som et udtryk for selvforståelsen i deres subjektiveringsproces?*

Til at undersøge brugernes selvforståelse som den udtrykkes i deres narrative udsagn, finder vi det relevant at inddrage begrebet *subjektiveringsproces*. I Foucaults litteratur synes der dog ikke at være nogen entydig analyse af subjektiveringsprocessen, der ofte udlægges usystematisk (Larsen 2005: 72). Derfor har vi valgt at tage afsæt i Foucaults tidlige og sene værker, som beskrevet jf. *Videnskabsteori*, hvilket giver et afgrænset fokus på, hvordan vi forstår subjektets subjektivering.

Begrebet giver os mulighed for at få en forståelse af, hvilke sociale mekanismer subjektiveringen implicerer. Vi trækker dermed den analytiske udfoldelse ned på et konkret individniveau og sætter det i relation til vores empiriske kontekst. Selvom Foucaults sidste værker er mere individorienterede end de tidlige, undersøger han til stadighed subjektiveringsprocessens betingelser på et generelt samfundsmæssigt niveau (Foucault 1976: 182; Åkerstrøm 1999: 40-41; Frank 2004). Vores intention med at inddrage begrebet er at forstå mikro-implikationer hos brugerne. Andre forskeres undersøgelser af nærliggende tematikker til vores problemstilling kan underbygge vores teoretiske forståelse af de subjektiveringsmekanismer, som finder sted hos brugerne. Således vil vi i højere grad kunne sætte brugernes italesættelser i relation til vores erkendelsesinteresse om at forstå sammenhængen mellem deres selvforståelser og deres handle- og udviklingsmuligheder under recoveryprocessen. Vi anvender altså subjektiveringsbegrebet til at få en forståelse for, hvordan brugerne forstår og skaber sig selv, samt til at udforske hvordan diskurser udtrykker sig igennem brugernes udsagn. Vi vil nu eksplicitere, hvordan vi mere konkret forstår og sætter begrebet i relation til vores empiriske genstandsfelt.

### **6.1.1 Magt & diskurs (Hannah)**

De empiriske forhold vi undersøger i relation til problemformuleringens første del, omhandler blandt andet brugernes italesættelser af, hvorledes de erfarer forskellige hændelser i deres møde med sundhedssystemet. Herunder ser vi generelt i samfundet sproglige repertoarer, som eksempelvis “syg”, “sindssyg”, “normal” o.l. (Goffman 1962;

Coulter 1979: 144). En af vores informanter, Mette, beskriver eksempelvis en forståelse af sig selv gennem en psykiaters udsagn: ””*Du er virkelig virkelig syg. Og nu skal du forstå, at det her det er en sygdom, som du skal leve med resten af livet*” [...] *det er jo lidt ligesom at have sukkersyge og leve uden insulin*” (Mette: 127, 136). I et udsagn som dette italesættes erfaringer med at blive diagnosticeret og kategoriseret, og hertil hvilke betydninger og konsekvenser det har for brugerens selvforståelse og forholdet sig hertil.

Når vi inddrager subjektiveringsbegrebet, skal det både ses i sammenhæng med vores ontologiske perspektiv på subjektet, samt de konkrete empiriske problemstillinger der italesættes af brugerne. Brugernes udsagn rummer italesættelser af dem selv og deres deltagelse i forskellige sociale praksisser, som eksempelvis det psykiatriske system nævnt ovenfor. Med subjektiveringsbegrebet anlægges vi et perspektiv på individet, hvori denne ‘vælger sig selv’ og ‘skaber sig selv’ og ‘bliver til’ gennem sociale, kulturelle, strukturelle og diskursive betingelser for subjektets tilblivelsesproces (Foucault 1969: 116-138). Dermed kan brugerens narrative udsagn udtrykke forskellige tankesæt, der indgår som “universelle sandheder” og adapteres i brugerens forståelse af sig selv (Richter 2011: 425). På den måde skabes der nogle betingelser for brugerne og den måde, de forstår sig selv på.

I forlængelse af ovenstående søger vi at udfolde de mange facetter, vi finder fremtrædende i brugernes subjektivering. Ifølge Foucault er fænomenerne om *magt* og *diskurs* uadskillelige elementer i subjektiveringsprocessen. Vi vil nu først definere, hvordan vi forstår og anvender magtbegrebet og derefter diskursbegrebet - på trods af at disse er gensidigt producerende. I *La Volonté de Savoir (Viljen til Viden)* definerer Foucault magt således: “*Omniprésence du pouvoir: [...] il se produit à chaque instant, en tout point, ou plutôt dans toute relation [...] Le pouvoir est partout; ce n’est pas qu’il englobe tout, c’est qu’il vient de partout*” (1976: 122). Her påpeger han, at magt er et allestedsnærværende fænomen. Magt udøves i enhver social praksis, som subjektet indgår i, og udspringer igen deraf. Magt anses ikke som noget, der kan besiddes af individet, men snarere som en relationel diskursiv konstruktion, der gøres mulig i en historisk kontekst med dertilhørende herskende diskurser om specifikke værdi- og normsæt (Foucault 1971: 56; Jensen 2005: 146; Østergaard 2005: 153-154). Magt er inkorporeret som uskreven viden i subjektets krop og psyke, hvilket materialiserer sig gennem brugernes sproglige og kropslige udfoldelser (Foucault 1976: 192-193). På den baggrund forstår vi magten som produktiv

og situeret (ibid.: 108; Åkerstrøm 1999: 32). Den er i enhver menneskelig adfærd, ageren og relationel kontekst - hvilket vi ser som medkonstituerende for brugernes subjektivering (Foucault 2001a: 41; Krøjer 2007: 176). I specialet skal magtbegrebet forstås på samme måde, som Foucault anvender det; nemlig i dets direkte oversættelse fra det franske verbum *pouvoir*, som også betyder *at kunne gøre* noget eller *at magte*. Når man italesætter handlingen i magten, udstedes nogle *discours* om, hvordan man *kan* eller *bør* agere i forhold til magten (egen tolkning og oversættelse fra Foucault 1976).

En diskurs forstås som en særlig vidensform og forståelseshorisont af givne fænomener, der danner ramme for udformningen af en særlig sandhedsværdi, som individer kan handle inden for. Krøjer beskriver sammenhængen mellem magt og diskurs således:

Det er igennem vores deltagelse i diskursers reproduktion, at vi kommer til at anerkende den viden, som gør en given udøvelse af magt mulig. Diskursen lokaliserer magten, det vil sige, at det er den diskurs, der italesættes i en given relation, som definerer, hvem der er den eller de legitime magtudøver/e (Krøjer 2007: 177).

På denne måde findes sammenføjeingen af magt og viden (Foucault 1976: 121-122). De teoretiske begreber om subjektivering, magt og diskurs kan vi anvende til at belyse udsagn, hvor brugeren eksempelvis beretter om at blive diagnosticeret af en fagprofessionel. Dermed kan vi få blik for brugerens subjektivitet<sup>11</sup> gennem brugerens italesættelser om, hvordan denne forholder sig til diagnosen - eksempelvis godtager eller tilegner sig denne. I den sammenhæng underordner brugeren sig magtdiskursen om en normativ sundhedsforståelse, der er herskende i den pågældende psykiatriske praksis. Begreberne er anvendelige for, at vi kan få en forståelse for de konkrete handlemuligheder, brugerne ser for sig selv i relation til at komme sig. Det skal hertil nævnes, at når vi vælger at belyse brugernes italesættelser af at blive diagnosticeret, er det på baggrund af, at brugerne selv har bragt dette op og givet det plads i samtalerne. På den baggrund bliver vi optagede af, hvad dette har af betydning, og inddrager derfor italesættelser af dette.

---

<sup>11</sup> Det skal siges, at Foucault ikke taler om menneskers subjektivitet som sådan. Når vi i analysen tolker, hvilke udtryk brugernes subjektivitet får gennem deres selvfortællinger, er det ikke i et foucaultsk udgangspunkt. I de tilfælde udvider vi Foucaults analytik med vores hermeneutiske fortolkning, ligesom Ricoeur mener, man gør, når han forklarer, hvordan man kan anvende *jeg-er*-hermeneutikken. På den måde kan vi få en forståelse af, at subjektet er mere og andet end det, der i første øjekast lige fremstår (Ricoeur 1979b: 88). For at indfange denne kompleksitet supplerer vi med flere analytikker. Vi bruger primært subjektivitets-begrebet, når vi i analysen sætter det i relation til brugernes sundhedsforståelser (fx hvis en bruger italesætter sig selv ud fra et biomedicinsk fortolkningsrepertoire, så tolker vi det som, at brugeren skaber en patogenetisk orienteret subjektivitet).

### 6.1.2 Sociale & subjektive praksisser (Signe)

For at forstå de diskursive praksissers betydning for subjektet, finder vi det relevant at tydeliggøre en skelnen mellem de *sociale praksisser* (fx de institutionelle) og brugernes *subjektive praksisser*, idet vi ser disse som konstituerende for hinanden. De subjektive praksisser forstår vi som subjektets handlinger, tale og tanker, som vi finder udtrykt gennem brugernes narrative udsagn. Den subjektive praksis anser vi som et produkt af de forskellige typer sociale praksisser, der med deres vidensregimer betinger de dispositiver<sup>12</sup>, som er tilgængelige for subjektets handleformer (Åkerstrøm & Born 2005: 100-101). Samtidigt anser vi det også som muligt, at subjektet gennem sine handlinger er medskaber af praksis – dette kan ske både, når subjektet befinder sig isoleret, og når det interagerer i sociale relationer. Dispositiverne sætter bestemte semantiske selektionsbetingelser for subjekternes udøvende handlinger i praksis, bestående af in- og eksklusionsmekanismer, som Foucault sammenfattende kalder *sociale magtteknologier* (Foucault 1975: 28, 134; Otto u.å.: 7). En sådan social teknologi viser sig som diskursivt medierede praksisstrukturer i eksempelvis den psykiatriske institution, når brugeren mødes med psykiateren under et udredningsforløb og får stillet en diagnose (Foucault 2001a: 24-27). Når brugerne italesætter, hvordan de tilegner sig diagnosen, ser vi disse subjektive praksisser som en afspejlende virkning af biomedicinens<sup>13</sup> og psykiatriens samfundsmæssige funktion (Foucault 2005: 92-93). Pointen er, at fagprofessionelle af statsmagten har fået tildelt autoritære videnspositioner, hvorigennem de legitimt kan udøve styringsteknologier i deres sociale praksis - og derved bedømme, hvorvidt en bruger skal defineres som hhv. syg eller rask (Foucault 2009: 89).

---

<sup>12</sup> Dispositivet som begreb anvender vi ikke direkte i analysen. Det nævnes blot her til at underbygge de betingelser, der ligger til grund for de praksisser, vi undersøger. Ole Thyssen definerer det således: "*Dispositivet skaber social sammenhæng; det er en sproglig som praktisk orden, et styreprogram for tanker og handlinger. Et dispositiv er baseret på en ydre institutionaliseret disciplin, der baner vej for selvdisciplin*" (2012: 714).

<sup>13</sup> Biomedicinens vidensregime kan forstås som en magtdiskurs, der udspringer af velfærdsstatens moderne magtform (New Public Management: neoliberalismens konstellationer, der gennemsyrrer det offentlige statsapparat) (Foucault 2009; 2012). Magtdiskursen udøves og legitimeres gennem velfærdsinstitutionernes sociale praksisser, der får borgere til – via governmentalitetens indlejring i individers selvteknologier – at selvdisciplinere og -kontrolleres, så de skaber sig selv ved kontinuerligt at fremme og optimere deres ressourcer, egenskaber og kompetencer, så de kan blive arbejds- og konkurrencedygtige (Rose 2009: 51, 283).

Opsummerende anser vi subjektets subjektiveringsproces som delvist determineret<sup>14</sup> af diskursive betingelser, men også som medproducerende for, hvorledes praksissens symbolske og sociale teknologier tager sig ud. De er 'symbolske', fordi deltagerne i en given diskursiv praksis tildeles og indtager særlige positioner af in- eller ekskluderethed (Foucault 1971: 10-11; Åkerstrøm & Born 2005: 104). Forskellen herimellem er afhængig af hvilke diskurser, der dominerer i praksis. Teknologierne inkorporeres i subjekternes krop og psyke som "naturlige", og i kraft af handlingernes kontinuum reproduceres de som "selvfølgelige" for praksissen (Dean 2006: 43; Lemke 2009: 12). Disse teoretiske perspektiver på brugernes udsagn vil være gennemgående for hele analysen.

### 6.1.3 Positionering & objektivering (Maja)

Som en del af subjektiveringsbegrebet, finder vi det ligeledes relevant at inddrage Foucaults begreb *positionering*. I vores analyse anvendes dette til at skabe en bredere forståelse for, hvorledes tilgængelige positioner i sociale praksisser samt brugernes *forhandlinger* af disse influerer på udviklingen af brugerens subjektivering. Dette forstår vi som sammenhængende med brugernes oplevelse af at have handlemuligheder på deres veje til at komme sig. Positioner er ifølge Foucault igen et diskursivt produkt og henviser til særlige meningsfulde og legitime måder, hvorpå der tales og handles i en given social praksis (Foucault 1971: 63). De former en slags definition af sociale forventninger til en rolle, som subjektet får stillet til rådighed og kan agere efter ved at indtage eller forhandle denne tilgængelige position (McDermott 1996). Subjektiviteten konstitueres gennem positioneringen (Nilsson 2009: 165). Det vil sige, måden hvorpå individet indgår i relationer med omgivelserne samt positioneres af andre (Ringer 2013: 89; Krøjer 2007: 186-188). Sagt på en anden måde kan subjektivitet "*ses som den samlede mængde af de diskursive positioner, som et individ indtager i de magtrelationer, som udgøres af diskursivt formidlede sociale relationer*" Krøjer 2007: 188). Vi forstår brugernes måde, hvorpå de positioneres og positionerer sig og dermed bliver genstand for særlige legitime sandheder, som afgørende for, hvorledes de opfatter sig selv samt deres handlemuligheder (Mik-Meyer & Obling 2012: 1026).

---

<sup>14</sup> Der er længere diskussioner om begrebet "determination"; hos Foucault refererer begrebet til Kants "bestemmelse" ("Bestimmung"). Spørgsmålet er om diskurser skaber (bestemmer) tvang eller frihed.

Ud fra en fortolkning af brugernes udsagn forstår vi, at positionerne knyttes forskellige fortolkningsrepertoarer – almene begreber der anvendes i talens praksis til at definere fx adfærd. Når forventninger til en bestemt position eller adfærd italesættes af enten en bruger selv eller af andre, så betragter vi brugerens tilegnelse af ordene i dennes subjektive praksis som medskabende for brugerens agens. I forlængelse af vores videnskabsteoretiske kombination af socialkonstruktivism og hermeneutik gør vi brug af begreberne *tale-* og *sproghandlinger* til at forklare denne sammenhæng i brugernes tilblivelsesproces; thi disse begreber anvendes inden for begge retninger (Kemp 1972: 80-85; Ricoeur 1979b: 31-37). Vi er derfor særligt optagede af brugernes selvfortællinger, hvis vi skal forstå disse aspekter af brugernes subjektivering.

På baggrund af vores empiriske tematiseringer finder vi det relevant at inddrage begrebet *objektivering* til at belyse, hvordan brugerne skabes. Ifølge Foucault objektiverer og genstandsgør individet sig selv og andre, idet det betragter sig selv, gør sig forestillinger om, hvem man er, og agerer på særlig vis i givne situationer (Otto u.å.: 20). Individet objektiveres eksempelvis gennem kategorisering og diagnosticering, og objektgør ligeledes sig selv ved at forstå sig selv i lyset af denne objektgørelse og italesættelse, hvormed det netop gøres muligt for individet at skabe sin selvforståelse (Foucault 2005: 94; Richter 2011: 421-422). Foucault beskriver dobbeltheden i subjektiveringsprocessen således:

There are two meanings of the word “subject”: subject to someone else by control and dependence; and tied to his own identity by conscience or self-knowledge. Both meanings suggest a form of power which subjugates and make subject to (Foucault 1982: 781).

Magtforholdene i individets subjektiveringsproces kommer til udtryk ved, at individet aktivt, men med omgivelsernes repression, gør sig til genstand for styringen. Dette antydes i oversættelsen af *su-jet* (subjekt på fransk), som begrebsliggør akten *under-kastelse*. Individet subjektiveres ved selvrefleksivt og selvkontrolleret at indtage de tilgængelige positioner, der stilles til rådighed i den givne kontekst (Foucault 1976: 112). Krøjer beskriver i forlængelse heraf, at individet kan blive subjekt ved “[...] *at magten både er en mulighed og et vilkår; magten som vilkår i det sociale tildeler os muligheden for at være subjekter for os selv. Når vi påtager os den mulighed, bliver vi også subjekter i relation til andre*” (Krøjer 2007: 183).

Ovenstående præsenterede begrebsapparat vil være rammesættende for vores analytiske forståelse af hvilke præmisser, der gør sig gældende i brugernes subjektiveringsprocesser og skabelse af sig selv. Dette er grundlaget for, at vi i de efterfølgende temaer søger at forstå nogle af de konflikтуelle betydninger, som subjektivering lader til at kunne medføre hos brugerne.

#### **6.1.4 Patogenese & salutogenese (Maja)**

I analysen af vores empiriske problemstillinger finder vi det aktuelt at supplere vores teoretiske begrebsapparat med begreber, der i højere grad kan konkretisere de vidensformer, der gør sig gældende i forskellige sociale og institutionelle praksisser, som brugerne indgår i. Dette gør vi, fordi disse lader til at være medbetingende både for brugernes forståelser af sig selv og for deres vurdering af egne muligheder og handlinger i relation til deres recovery. I den forbindelse finder vi det relevant at inddrage *det patogenetiske sygdomsbegreb* og *det salutogenetiske sundhedsbegreb*. Begreberne er oprindeligt fremsat af Aron Antonovsky (2000), med hvem vi ikke deler samme ontologiske betragtninger på subjektet<sup>15</sup>. Alligevel finder vi de to begreber anvendelige til at konkretisere de sociale og institutionelle praksissers vidensformer, orienteringer og forståelser af sygdom og sundhed, som vi sætter i sammenhæng med brugernes subjektive praksis.

Vi inddrager Dorte Ganniks perspektiver på sygdom og socialitet for at argumentere for vores forståelse og anvendelsen af patogenese og salutogenese som begreber (Gannik i: Jansbøl & Johansen 2009). Vi finder nemlig ligheder mellem Ganniks og vores egne betragtninger på problemstillingen. Gannik kritiserer sundhedssystemet for at have et essentialistisk fokus på sygdom, der i modsætning til et kontekstualistisk fokus medvirker til en kausalitetsopfattelse af sygdommens manifestation, forløb og behandling. Dette medvirker til et endimensionelt sygdomsbillede, der prioriterer biologisk sårbarhed som forklaringsmodel frem for eksempelvis psykologiske og sociale stressfaktorer, hvorved sociale og kulturelle aspekter i brugernes liv overses eller ikke inddrages (ibid.: 11-13).

---

<sup>15</sup> I Antonovsky *Helbredets Mysterium* (2000) giver han udtryk for en essentialistisk betragtning på individet som besiddende nogle naturligt forekommende ressourcer, der kan anvendes i individets mestring af tilværelsen.



Disse perspektiver tager vi med os i læsningen af brugernes udsagn, som vi forstår dem i lyset af den diskursive kontekst udsagnet er frembragt i eller refererer til. Eksempelvis er vi optagede af, hvordan brugerne gennem deres selvfortællinger definerer sig selv, og hvilke aspekter brugerne inddrager i deres narrativer – er det eksempelvis blot sygdom, eller fremgår der også andre aspekter af brugerens liv, tilværelse og kontekst? Endelig er vi interesserede i, hvad der lader til at være brugerens mål med at komme sig.

Vi er optagede af, hvordan brugerne igennem deres narrative italesættelser, fremhæver deres psykiske udfordringer ud fra etablerede kundskabsformer, de møder i sundhedsvæsenet. I sundhedsvæsenet synes neoliberalistiske orienteringer at gøre sig gældende. Det skaber sundhedsorienteringer, hvor individets sundhedsoptimering er i centrum, men ud fra en patogenetisk forklaringsmodel, der fokuserer på individets fejl og mangler. Individet pålægges følelser af skyld og skam over ikke at kunne forvalte egenkroppen og ikke at kunne fungere efter kravene om effektivitet og produktivitet. Biomedicinen har på denne vis endnu en afgørende funktion i statens forvaltning af samfundets orden (Foucault 2009; Rose 2009: 51, 283). Dette kan være én af forklaringerne på, hvorfor den patogenetiske forståelse reproduceres i selv de recoveryorienterede praksisser. Ifølge Gannik indebærer dette en risiko for, at brugeren blokeres eller forhindres i at skabe sin egen forståelse for, hvad der er sket med dem, og hvad det vil medføre i fremtiden (Gannik i: Jansbøl & Johansen 2009: 15). Begreberne patogenese og salutogenese sættes på den måde i sammenhæng med de empiriske udsagn for at analysere brugerens italesatte selvforståelse, og hvorledes den subjektive praksis er konstitueret.

Det er her aktuelt at nævne, at skellet selvfølgelig ikke forekommer så skarpt i empirien. Vi har da heller ikke interesse i at vurdere, om brugernes subjektivitet kan tolkes adskilt i en dikotomisk patogenetisk *eller* salutogenetisk retning. Derimod finder vi det interessant at undersøge, hvordan subjektiveringens udvikles og italesættes i relation til omverdenens objektgørelse af brugeren, som får betydning for brugernes opfattelser af dem selv og deres handlemuligheder. Denne forståelse inddrages løbende i hele analysen.

## 6.2 Teoritema 2: Subjektiveringsprocessens dilemmaer (Signe)

Vores indledende spørgsmål til at udvikle begrebsapparatet til analysetema 2 har kredset omkring, hvordan vi kan skabe forståelser for de paradokser, der udtrykkes i brugernes italesættelser om dem selv. Vi slår ned i vores empiriske materiales udsagn om de konflikt- og dilemmafyldte forhold, vi læser i brugernes italesættelser. Dilemmaerne opstår på baggrund af forskellige betingelser, der disponerer brugerens subjektivering. Vi søger at udfolde vores forståelse af problemstillingen ved at inddrage analytikere om selvansvar, autonomi, kontrol, selvdisciplinering, frihed til udlevelse af egne valg, omgivelser krav, risici, stigmatisering, kategorisering osv. Disse fænomener kan i Foucaults optik forstås som uadskillelige delkomponenter af brugerens subjektiveringsproces, der udmøntes i paradokser mellem den enkeltes selvforhold i et samspil med magtdiskurser (Åkerstrøm 1999: 32; Foucault 1975; 1976; 2001a: 1626-1629). I det følgende definerer og argumenterer vi for begreberne i forlængelse af ovenstående indførelse i subjektiveringens mulighedsbetingelser.

### 6.2.1 Governmentalitet & selvteknologier (Signe)

Vi finder det relevant at inddrage begrebet *governmentalitet* til at uddybe forståelsen af brugernes italesættelser om deres selvforhold. Foucault har udviklet begrebet *governmentalitet* til at beskrive det forhold, at subjektet internaliserer samfundsmæssige diskurser (Foucault 2004a: 91-127). Dette gør sig gældende i måden, hvorpå subjektet gebærder sig under forskellige praksisser for at undgå afvigelse, stigmatisering og social eksklusion (Foucault 1976: 21-26). På den måde kan det forstås som en kollektiv, rationel vidensmentalitet, som gør borgere selvstyrende i forhold til eksempelvis at opretholde en given sundhed (Thyssen 2012: 716). Det er diskutabelt, om Foucault med begrebet henviser til det mentale i forstanden det psykiske; men omvendt er han også meget inspireret af de franske mentalitetshistorikere, og på fransk anvendes ofte henvisninger til fx "*l'esprit de corps*" (korpssånd) (Foucault 2004a: 124-127). *Governmentalitet* er i den tilgang subjektets ubevidste, socialt strukturerede mentale selvteknologi, som bliver en slags etisk og moralsk refleksivitet omkring selvstyring, -regulering, -forvaltning, -disciplinering og -kontrol (Dean 2006; Rose 2009: 283). Dertil finder vi det relevant at inddrage begrebet *selvteknologi*. Dette kan forstås som produkt af subjektets

governmentalitet, og kan bidrage til at udfolde, hvordan brugerne subjektiveres ved at tilegne sig ejerskab for handlemuligheder i sin konkrete praksis rettet mod selvudvikling og recovery (Fogh Jensen 2005: 194). Selvteknologien er brugerens viden om, hvordan denne skal magte sin recovery. Vi forstår den som en positiv magtteknologi (Foucault 1976: 108).

I analysen inddrager vi disse begreber til at belyse de subjektivt oplevede ambivalenser, der fremgår i brugernes italesættelser. Ifølge Foucault består subjektiveringsprocessen nemlig af en paradoksal præmis, hvor brugerne styres til selvstyring - det Foucault kalder *conduct of conduct* (Dean 2006: 43). *Selv-forholdet* fremstår altså som et *magtprodukt* (Åkerstrøm 1999: 32). Dette viser sig i form af følelsesmæssige ambivalenser eller ideologiske dilemmaer omkring føromtalte fænomener som frihed, autonomi, ansvar, kontrol, styring osv., der alle relaterer sig til og reguleres gennem brugernes selvteknologier. Sådan anvendes begreberne governmentalitet og selvteknologi til at undersøge, hvilke konsekvenser diskursive subjektiveringsbetingelser har for brugernes selvforståelse.

## **6.2.2 Ideologiske dilemmaer (Maja)**

I forlængelse af ovenstående kan Foucaults perspektiv bidrage til at belyse de modstridende italesættelser ud fra en forståelse af, at dilemmaerne på den ene side opstår som konsekvens af individets selvforvaltning og autonomi og på den anden side som konsekvens af en institutionaliseret social kontrol (Foucault 2005: 134; Karpatschhof & Prætorius 2004: 415). Men hvordan kan vi nærmere karakterisere de dilemmaer, vi ser italesat hos brugerne? Hertil fandt vi Nigel Edleys diskurspsykologiske betegnelse *ideologiske dilemmaer* anvendelig. Begrebet skal forstås dækkende for, hvad subjekter ideologisk set lægger værdi i, og som kendetegner overbevisninger i det daglige liv (Edley 2001: 207). Ifølge Edley medfører dette uundgåeligt dilemmaer, fordi individet indlejrer forskellige ideologier i sit tankesæt på baggrund af fortolkningsrepertoarer, som er tilgængelige i de forskellige diskursive praksisser, som individet befinder sig i. Individet må derfor navigere og indrette sin egen praksis mellem de forskellige konfliktuerende ideologier (ibid.: 203-205). Dette ser vi eksempelvis, når brugerne italesætter erfaringer

vedrørende eksempelvis at arbejde, at leve op til egne eller samfundets forventninger og at blive behandlet.

Hvordan det konkrete liv udføres, kan vi forstå som afhængigt af, hvordan individet positionerer sig ideologisk i de diskursive felter (ibid.: 209). Vi finder dette teoretiske blik anvendeligt til at uddybe de dilemmaer, der i vores læsning udtrykker sig i brugernes subjektive praksis – altså i deres sproglige italesættelser af tankesæt og handlinger. Med anvendelsen af ideologiske dilemmaer søger vi at dække over de ambivalenser, der forekommer i brugernes italesættelser, og som kan forstås på baggrund af modstridende diskurser, der sætter nogle særlige idealer for i hvilken retning, man som menneske bør leve sit liv.

### **6.2.3 Dilemmaer om ansvar eller overgivelse (Maja)**

I brugernes italesættelser af hvad der er betydningsfuldt for dem i tilværelsen, lod det i vores læsning til at være et gennemgående fællestræk, at brugerne både oplever behov for at være selvstændige og uafhængige af ydre støtte i deres recoveryproces. Samtidig blev der italesat en delt opfattelse af, at ansvaret, på trods af forskellige muligheder for støtte, ligger hos den enkelte bruger selv. Bent udtaler for eksempel: *“Så er det ens egen indsats som gør, at man kommer et skridt videre”* (Bent: 124). Vi forstår dette som et udtryk for, at brugerne til dels ser sig selv som ansvarlige i deres proces for at komme sig. Netop dette virkede til at være dilemmafyldt, idet der i brugernes narrativer både er eksempler på, at der tages ansvar, men også at dette til tider ikke er muligt, så ansvaret må overlades til andre.

I vores forståelse, kan betegnelsen *frihed* anvendes som et udtryk for brugernes opfattelse af at være uafhængige. Derfor inddrager vi frihed til at belyse ovenstående paradoksale dilemma, der både involverer brugernes italesættelser af at have et personligt ansvar samtidig med, at de oplever, at deres reelle muligheder for at handle er betinget udefra. Denne ambivalens søger vi at udfolde ved at sætte problemstillingen i relation til subjektiveringsprocessen, hvori brugerens opfattelse af frihed til at leve sit liv bliver til i et samspil mellem subjektive fortolkningsevner og social fantasi, men også mellem sociale og materielle betingelser og privilegier (Foucault 1971: 58-61; Busch-Jensen 2004: 442).

Dilemmaet mellem at påtage sig ansvar og overgive ansvar til andre kan ifølge Peter Busch-Jensen afstedkomme forskellige handlemuligheder for individet, idet der på den ene side sættes normer for, at individet selv må være ansvarlig for sin tilværelse. På den anden side muliggøres der en offerdiskurs forstået på den måde, at individet begrænses i at udfolde sine egne ressourcer (Busch-Jensen 2004: 427). De teoretiske betragtninger om hvordan subjektet forholder sig til ansvar, analyseres i de empiriske udsagn.

Det synes endvidere empirisk gennemgående, at brugerne italesætter dilemmaer vedrørende deres forventninger til dem selv i samspillet med omverdenen, og dermed hvilke tanker brugeren har om sine fremtidige handle- og udviklingsmuligheder. Eksempelvis udtaler Laura: *“hvad ville mine forældre også gerne have jeg gjorde, hvad vil samfundet have jeg gør, hvad tænker naboen, og hvad burde jeg?”* (Laura: 99). I vores forståelse kan brugernes italesættelser om dette være et udtryk for, hvordan de vurderer deres muligheder for uafhængighed eller frihed ud fra, hvordan de vurderer sig selv leve op til de forventninger, der ifølge deres udsagn stilles af omverdenen. Vi forsøger at forstå, hvordan brugerne gennem forskellige italesættelser gør forsøg på at indfri forventninger (Busch-Jensen 2004: 425; Lupton 1999: 88, 89). Eksempelvis sker det ved at leve op til ansvaret om at føre et hensigtsmæssig liv, hvori de oplever mening - både på et socialt konstrueret og et subjektivt meningsniveau (Fogh Jensen 2005: 324-325).

#### **6.2.4 Dilemmaer som konsekvens af risiko (Hannah)**

Vi blev optagede af, at brugernes italesættelser af dem selv og deres refleksioner om valg og handlinger i deres recoveryproces kan forstås som et udtryk for, at brugerne forsøger at undgå at udvikle eller falde tilbage i “sygdom”. Eksempelvis udtaler Mette: *“Altså en fødsel er jo en højrisiko, når du er bipolar”* (Mette: 128).

Vi henter derfor inspiration i Alan Hunt (2003) og Deborah Luptons (1999) teoretiske refleksioner omkring *risiko*. Lupton er optaget af, at den individuelle selvstyring, fra et foucauldiansk socialkonstruktivistisk perspektiv, kan ses som en måde at håndtere subjektivt erfarede risici, der håndteres som et moralsk anliggende (Lupton 1999: 87). Hunt bidrager i den sammenhæng med et positivt aspekt af governmentality, som en måde hvorpå individet kan undgå den risiko, der optræder (Hunt 2003: 166). Vi inddrager disse

betragtninger, fordi vi læser nogle af brugernes udsagn som et udtryk for, at de gennem objektgørelsen subjektiveres ind i en forståelse af at være i risiko. I den sammenhæng finder vi det relevant at belyse, hvorledes brugernes positioneringer som værende i risiko medfører etiske og moralske refleksioner omkring, hvordan recoveryprocessen bør forvaltes.

Ifølge Hunt medfører kategoriseringer som eksempelvis “syg” en usikkerhed i brugerens daglige liv (ibid.: 168). Dette kan influere på individets refleksivitet og handlemuligheder: *“The mix of anxiety and a desire for safety can result in a stultifying and restrictive mentality that, rather than serving to reduce anxiety can fuel anxiety and promote further waves of regulatory interventions”* (ibid.: 177). Dette kan understøtte vores tolkninger af, at brugerne italesætter og fastholdes i en patogenetisk selvforståelse jf. *Teoritema 1*. I interviewene italesætter brugerne særlige følelser som skyld og skam, hvilket vi søger at forstå ud fra et perspektiv om, at brugeren for at være ansvarlig for de valg og handlinger der træffes og udføres, også tillægger sig selv ansvaret for eventuelt fiasko (Busch-Jensen 2004: 425; Hunt 2003: 172). I sammenhæng med begrebet om governmentalitet søger vi nemlig at forstå brugernes refleksioner, om hvordan de kommer sig meningsfuldt relateret til det ideologiske værdisæt, de har opfattelsen af, er det rigtige.

Vi finder det interessant, hvordan vi kan forstå brugernes italesættelser ved at undersøge betydninger af brugernes positioneringer. Ifølge Hunt medfører de diskursive konstellationer og normative handleformer, at individet godtager positioner om at befinde sig i en form for risiko (2003: 174). Vi pointerer, at risikobegrebet ikke anvendes til at betegne særlige samfundsmæssige risikodiskurser, men nærmere til at se hvilken indflydelse, det spiller i brugernes konkrete måder at leve deres liv på (ibid.: 166, 169). Dette kan således have indflydelse på eksempelvis, hvilke konventionelle behandlinger og/eller personlige handlinger brugeren tillægger mening i sin recoveryproces.

### 6.3 Teoritema 3: Konventionel behandling & personlige handlinger i individuelle recoveryprocesser (Maja)

I analysens tredje tema belyser vi, hvorledes vi ser, at brugerne på forskellig vis anvender, det vi har valgt at betegne som henholdsvis *konventionel behandling og personlige*

*handlinger*, og hvorledes disse valg kan forstås i relation til brugernes subjektive meningshorisonter. Temaet vil overvejende konstrueres med inddragelse af teoretiske begreber fra det allerede fremførte begrebsapparat samt med vores selvdefinerede begreber; konventionel behandling og personlige handlinger.

I vores gennemlæsninger blev vi optagede af, at brugerne italesatte tydelige forskelle i deres beskrivelser af deres valg og handlinger for at komme sig. Det blev synligt for os, at brugernes konkrete valg gennemgående er tilknyttet til enten behandlingspsykiatrien eller handlinger baseret på, hvad de selv oplever som meningsfuldt til at få det bedre. For at eksemplificere dette beskrev brugerne, hvordan de i deres kontakt med psykiatrien tidligere havde modtaget eller modtog eksempelvis kemisk medicin og elektrochokbehandling, der som *konventionel behandling*<sup>16</sup> kan forstås at være tilgængelige, udbredte og anerkendte biomedicinske behandlingsformer.

Vi så ligeledes, at brugerne hver især berettede om handlinger og aktiviteter, der blev italesat som betydningsfulde for deres subjektive recoveryproces, men som handlinger, der går ud over det konventionelle. Eksempler på dette er, når Bent fx gentagne gange forklarer, hvor stor betydning musikken og det at holde sig fysisk aktiv blandt andet har af betydning for hans recovery: *“Jeg har altid godt kunne lide motion. Og det har man også altid vidst, virker på psyken i den positive retning. Og musikken har jeg altid nydt og glædet mig meget over. Så det har jo den samme virkning”* (Bent: 119), og når han igen på et senere tidspunkt i vores samtale udbryder: *“Music is life, life is music”* og *“[...] en sund sjæl i et sundt legeme”* [...] *Man skal have lige dele åndelig og lige dele fysisk føde”* (Bent: 125). Susanne forklarer, at hun i situationer, hvor hun oplever angst, finder det givende, at: *“Mærke min krop! Sidde ned og mærke min krop! Ligesom mindfulness. En form for meditation ik’”* (Susanne: 171).

Bent og Susanne er blot eksempler på, hvordan brugerne italesætter forskellige handlinger og aktiviteter, der har en særlig funktion netop for dem, og kan hjælpe dem på forskellig vis både i konkrete situationer og i deres recoveryprocesser. Vi anvender betegnelsen *personlige handlinger* på sådanne udsagn, som i vores tolkning tillægges en betydning for brugerne og hjælper dem på deres vej til at komme sig. De to kategorier

---

<sup>16</sup> Konventionel betyder som følge af bestemte normer, traditioner el.lign.; som er almindelig udbredt og anerkendt på et bestemt område både om opførelse, udformning, struktur osv. og om fx en person eller en genstand (Den danske ordbog 2016).



forstår vi ikke nødvendigvis som udelukker de hinanden eller tillægger den ene mere værdi end den anden. Vi finder det derimod interessant at belyse, hvordan brugerne tillægger de forskellige handlinger mening, og hvordan det kan forstås.

Hensigten med dette kapitel er derfor at få indsigt i, hvorledes brugerne konkret udlever og oplever personlige handlinger og den konventionelle behandling – eventuelt i et sammenspil. På baggrund af brugernes narrativer om hvordan de oplever sammenhængen i deres recoveryproces, kan vi skabe en forståelse for, hvorvidt de oplever, at det er en meningsfuld proces. Dette har betydning for, hvordan de forstår deres udviklingsmuligheder. Når vi kigger på, hvordan brugerne beskriver valgene, sammenhængen og meningen heri, er det altså med udgangspunkt i at kunne belyse, hvorledes disse forhold influerer på brugernes oplevelser af at have udviklingsmuligheder i deres recoveryproces.

## 6.4 Teoritema 4: Et spørgsmål om frie handlemuligheder i brugeres recoveryprocesser? (Maja)

I analysetema 4 diskuterer vi samlet de foregående temaers fund. Under empirigenereringen og bearbejdningen af interviewene blev vi særligt optagede af spørgsmålet: Hvilke handlemuligheder har brugerne for at komme sig på en måde, de oplever som meningsfuld? Vores overvejelser kommer i forlængelse af vores hidtil præsenterede begrebsapparat, hvori vi betragter brugerens subjektiveringsproces og den subjektive praksis betinget af diskursive forhold, der præger brugernes tankesæt og handlinger i relation hertil. Hvordan kan brugerne på baggrund af de betingelser de stilles under recoveryprocessen finde retning, frigøre sig fra omgivelsernes begrænsende forestillinger om deres muligheder og tage ejerskab for deres recovery i overensstemmelse med deres subjektive meningshorisont?

### 6.4.1 Valgmuligheder set i lyset af subjektiveringens betingelser (Hannah)

Vi henter begrebet om *viden* fra teoritema 1 og sætter det i relation til brugernes *vilje* til bevidstliggørelse af deres valgmuligheder. Hermed undersøger vi spørgsmålet om, hvordan brugernes refleksivitet om deres subjektivering med tilknyttede diskursive betingelser får

betydning for deres oplevelse af valgmuligheder. Teoretisk underbygges dette med Nikolas Rose, der med inspiration fra Foucaults governmentalitetsbegreb påpeger, at viden og selvrefleksivitet er påkrævet, for at individet kan unddrage sig de dominerende diskurser:

The government of the soul depends upon our recognition of ourselves as ideally and potentially certain sorts of persons, the unease generated by a normative judgement of what we are and could become, and the incitement offered to overcome this discrepancy by following the advice of experts in the management of the self (Rose 1999: 11).

Olsson stiller med afsæt i Rose (1999) spørgsmålstejn til, om friheden til at handle betinges af en form for tvang til valgfrihed i forventningen til individet om kun at vælge det, som anses for at være rette valg (Olsson 2009: 151-152). Dermed kan det diskuteres, om der i brugernes subjektive praksis i relation til recovery forventes en selvledelse på nogle bestemte præmisser, der kræver brugernes involveringer, men begrænser deres egentlige handlemuligheder. Vi belyser, om dette medfører en større grad af mægtiggørelse af individet eller om hele ansvaret for "korrekt" livsførelse blot overdrages til individet, således at risikoen for afvigelse indlejres som betingelse for hver handling hos den enkelte, hvilket kan virke begrænsende (Andersen 2012: 167, 174; Kickbusch 2007: 156).

I forlængelse af vores tidligere inddragelse af Hunts og Luptons betragtninger om risiko kan brugernes handlinger og valg forstås som en reaktion på den usikkerhed, som diagnosen stiller (Hunt 2003: 182). Ifølge Ilona Kickbusch kan man problematisere, hvorvidt forventningerne til at forvalte og håndtere egen recovery optræder i brugernes subjektivitet (2007: 147). Det salutogenetiske løfte, om at sundhed er et potentiale for alle, medfører både muligheder og begrænsninger, fordi graden af velvære og sundhed således ikke blot er et resultat af individets egen adfærd og livsstil, men også af strukturelle determinanter (Rose 2009).

Brugernes vilje til viden om muligheder for at komme sig kan altså med afsæt i Foucaults analytik ses som et produkt af de diskurser – og særligt den biomedicinske – som brugerne agerer under (Foucault 1976; Otto 1998: 47). Betingelserne stiller brugerne over for en række udfordringer i forhold til at komme sig efter egen meningshorisont og orientering om, hvad recovery betyder for dem. Dertil vil vi med inspiration fra Jasmin Richter spørge, hvilken rolle individet spiller i forhold til de magtrelationer, det er en del af (2011: 422). I vores empiriske læsning tolker vi disse teoretiske problematikker frem. Vi undersøger dermed, hvordan man gør sig gældende som bruger og definerer sin

recoveryproces ud fra egen meningshorisont, så valget af personlige handlinger opleves som frit.

#### **6.4.2 Selvledelsens mulighedsbetingelser - En mulighed for autonomi & frihed? (Signe)**

Når vi, som nævnt i teoritema 1, henter inspiration omkring subjektets muligheder fra Foucaults sene udgivelser, forstår vi, at individet i sin subjektiveringsproces har mulighed for at handle frit, hvis det altså ræsonnerer over objektiveringens i selv samme subjektivering<sup>17</sup>. Det vil sige, at individet gennem selvrefleksivitet om sin underkastelse kan frigøre sig fra de magtforhold, det er indlejret i (Foucault 2001a: 1385). I Judith Butlers reference til Foucault forklarer hun, at individet i sin praksis kan:

[...] explore what might be changed, in its own thought, through the practice of a knowledge that is foreign to it. Moral experience has to do with a self-transformation prompted by a form of knowledge that is foreign to one's own. And this form of moral experience will be different from the submission to a command. (2001: 1)

Viljen til viden fører til selvrefleksivitet omkring objektiveringens (diagnose, kategorisering). Dermed muliggøres en forhandling af subjektiviteten i sociale relationer, som derved internaliseres i en ny subjektiveringsproces (Rose 1999: 11). Det teoretiske perspektiv refererer til vores tidligere inddragelse af magtbegrebet som et relationelt forhold, hvorved magtrelationerne ses som foranderlige og bevægelige. Dette medvirker, at vi også ser muligheder for, at subjektet kan udnytte et grundlæggende potentiale for at udvikle sig selv, ikke blot på magtens og vidensregimernes vilkår, men også på sine egne (Larsen 2005: 72). I brugernes udsagn kommer det til udtryk, hvordan nogle af dem forhandler deres position ved hverken at godtage magtdiskursens objektive definitioner af dem eller de dertil knyttede mulighedsbetingelser. Her udvises der det, Foucault kalder *modstandsformer* eller en *modmagt* mod samfundets dominerende magtformer (Foucault 2001b: 2-3). Brugernes formår dermed at *magte* deres recoveryprocesser. Gennem *la métrise de soi*, mestring og selvbeherskelse (Dreyfus & Rabinow 1984: 351), tager de

---

<sup>17</sup> Selvom man kan få opfattelsen af, at Foucaults subjektforståelse kan være deterministisk, grundet hans antagelse om, at det evindeligt er underlagt magtdiskurser og -strukturer, hvor selvteknologier kan synes reproducerende, så skal det igen pointeres, at vi ikke lægger os op ad den holdning, der placerer Foucaults litteratur i strukturalismen (Frank 1982; Dreyfus og Rabinow 1984).

ansvar og styring for nye handlemuligheder, rettet mod hvad de subjektivt finder meningsfuldt (Foucault 2001b: 1). De finder myndiggørelse og mægtiggørelse i deres afmagt ved at forstå baggrunden for deres afmægtiggørelse i objektiveringens akt. Dette sker i deres fortolkning af egne italesatte selvforståelser (Dreyfus & Rabinow 1984: 182). Foucaults analytik kan her bruges til at forstå subjektets ontologi med socialkonstruktivismens epistemologi og begreber. I subjektiveringen, som jo er en skabelsesproces, skabes meninger, hvormed individet kan fortolke sig selv og sin objektivering, så det bliver muligt at subjektiveres.

Når vi taler om den subjektive mening, skal det forstås som, at meningen er skabt under subjektiveringsprocessen – i samspil med de omgivende betingelser (ibid.: 174-184; Foucault 2001b). Vi kan forstå dette som en frihedspraksis, brugerne udøver, hvorigennem de kan få oplevelsen af at kunne handle frit; thi handlingen opleves som meningsfuld. Et empirisk eksempel på en italesættelse fra en bruger, der oplever en udvikling, i forhold til nu at kunne mestre eller magte sin tilværelse, er Veras udsagn: “[...] *det er kommet med tiden, det må jeg indrømme. Det tog lidt tid. Men altså det der med herre over sit eget liv*” (Vera: 151). Teorien kan hjælpe os med at forstå og diskutere, hvordan brugernes selvrefleksivitet kan udløse en opfattelse af løsrivende eller frigørende handlemuligheder i deres subjektivering under recoveryprocessen. Det er her, vi ser produktet af governmentaliteten - *conduct of conduct*; brugerne selvstyres (Fogh Jensen 2005: 192).

# **DEL 3: FORTOLKNING & ANALYSE**



## 7. ANALYSE

### 7.1 Analysetema 1: En bruger skabes & skaber sig selv (Maja)

I det følgende analysetema udfolder vi brugernes fortællinger og beskrivelser af forskellige forhold, der får betydning for deres måde, hvorpå de forstår sig selv. Indledningsvis belyses diagnosticeringen og kategoriseringens betydning for brugernes selvforståelser og subjektivering, herunder hvilke betydninger det har for etableringen af deres sandheds- og meningsforståelser omkring egen mental sundhed og recoveryproces. Dernæst belyses, hvorledes brugernes sociale omgivelser influerer på, hvordan brugerne subjektiveres og dermed forstår sig selv.

#### **7.1.1 Et diagnosekort på hånden - Diagnoser & kategoriseringers betydning for brugerens subjektive tilblivelse (Maja)**

I empirien kommer det til udtryk, at det at blive diagnosticeret med en psykiatrisk diagnose får forskellige betydninger for brugernes selvforståelser. Vi finder diagnosticeringen som en gennemgående problemstilling, der går på tværs af brugernes selvfortællinger, når vi indledningsvist i interviewsamtalen beder brugerne om at præsentere dem selv. Brugere italesætter både positive erfaringer, hvor diagnosticeringen har bidraget til en ny forståelse af dem selv i en svær psykisk udfordrende periode. Men der italesættes også negative erfaringer, når brugerne oplever at blive kategoriseret gennem diagnosticeringen. Med det udgangspunkt er vi nu optagede af at undersøge, hvorledes brugernes udsagn om det at blive diagnosticeret og kategoriseret kan tolkes som et udtryk for deres subjektivitet.

#### **“Jeg har altså en diagnose - Hvad er konsekvenserne af det her?” (Maja)**

I et af vores interviews møder vi Mette, der er en kvinde omkring de 35 år. Da vi møder Mette under vores interviewsamtale, der foregår i hendes hjem, forklarer hun, at hun er i gang med sin uddannelse til at blive ‘underviser med brugererfaring’, som gør, at hun kan undervise på recoverykurser. Mette har en lang recoveryproces bag sig og forklarer os, at hun oplever at være kommet sig med sine psykiske udfordringer, i den forstand at hun kan mestre sig selv og sin situation, hvis hun måtte få det dårligt igen.

Igennem Mettes narrative selvfortælling giver hun os et indblik i sit første møde med psykiatrien i 2003, hvor hun får diagnosen *maniodepressiv* (Mette: 128). Mette fortæller dog, at hun dengang afviste denne, da hun var af den opfattelse, at diagnosen udelukkende var tilknyttet og forbundet med kemisk medicinsk behandling, hvilket hun ikke brød sig om. I det følgende citat er vi i hendes fortælling nået frem til 2011, hvor Mette igen konfronteres med psykiatriens diagnosticering. Mette beskriver situationen for os:

Og jeg sad og sådan tænkte, at jeg har altså en diagnose, og det er bipolar, og det er første gang, jeg nogensinde har (...) Og det føles så overvældende! Jeg kunne næsten ikke være i mig selv! Altså at jeg bare skulle sige det højt. Jeg tænkte: ”Hvad er konsekvenserne af det her? Hvad vil det her sige?” (Mette: 129).

I citatet kommer det til udtryk, at Mette konfronteres med, at hun *har en diagnose*. Af udsagnet fremgår det tydeligt, at oplevelsen af at blive diagnosticeret i 2011 har en anden betydning for Mette, end den havde i 2003. Denne slutning underbygges ved, at Mette i interviewet fortæller ovenstående i en talestrøm, der forekommer ivrig og engageret. Mette bruger ordet *overvældende* om oplevelsen af at blive diagnosticeret, hvilket i lyset af konteksten og situationen, hvor hun fortæller os om dette, leder os til at tro, at hun mener dette i positiv forstand. Idet Mette udtaler: *bare det at skulle sige det højt*, og hertil reflekterer over, hvilke *konsekvenser* det får for hende, får det os til at tænke, hvad det er, udsagnet er et udtryk for. Kan det være, at hun til forskel fra situationen i 2003 tager diagnosen til sig og forsøger at forstå sig selv igennem den og hertil overvejer, hvilken betydning den har for hende? Ud fra en sådan læsning af Mettes beskrivelse anlægger vi et dybere teoretisk blik på udsagnet, der kan forstås som et udtryk for, at Mette i kraft af diagnosticeringen genstandsgøres og dermed objektgøres for en særlig kategori – det at være *bipolar*. Det sker dels ved, at Mette tildeles diagnosen, dels ved at hun forholder sig til sig selv gennem denne diagnostiske objektivering, hvorigennem vi kan tolke det sådan, at hun objektgør sig selv.

Dette leder til spørgsmålet om, hvilken betydning diagnosen får for Mettes selvforståelse. Som Mette fortæller, bidrager diagnosen til, at hun må stille sig selv en række spørgsmål omkring: *Hvad er konsekvenserne af det her? Hvad vil det her sige?*. Idet Mette tager disse spørgsmål op, kan det være udtryk for, at hun forsøger at forholde diagnosens betydning til den forståelse, hun har af sig selv. Denne kan konfliktuere med hendes oprindelige selvforståelse, eller den kan tilføje nye dimensioner til, hvordan hun forstår sig selv. Hvilken betydning har Mettes italesættelse af, at hun, i kraft af disse



spørgsmål, tilsyneladende anerkender sin diagnostiske kategorisering og objektivering som del af en subjektiveringsproces? Det er nærliggende at tænke, om hun dertil anerkender definitionen af, hvad en bipolar *er* og *gør*, og om dette i så fald får konsekvenser for, hvilke muligheder hun ser sig selv have.

Et andet sted i vores samtale udtaler Mette, at “[...] *det at være bipolar, det er noget jeg skal leve med resten af livet. Det er ikke ligesom noget, der forsvinder. Min kemi kommer ikke til at blive anderledes. [...] For det er jo lidt ligesom at have sukkersyge og leve uden insulin*” (Mette: 139, 136). Citatet refererer til Mettes nuværende forståelse af diagnosens betydning for hende, når hun beretter om, hvordan hun efterfølgende i sin recoveryproces har lært at leve med tanken om at være bipolar. Udtalelsen rejser spørgsmål om, hvordan vi kan forstå Mettes subjektivitet.

Det kan tolkes, som at Mette synes at anerkende diskursen for, hvad der anses for raskt og/eller sygt – herunder psykiatripraksissens forståelse af, hvad en bipolar *er*. Det vil sige, at Mette trækker på forklaringer fra det biomedicinske vidensregime, hvilket synliggøres, idet hun integrerer dettes tilgængelige repertoire i sine italesættelser. Ligeledes beskriver hun, at de psykiske problemstillinger kan begrundes ud fra en forståelse af, at det er hendes *kemi*, og sammenligner sig dertil med et menneske, der har sukkersyge og lever uden insulinhormonet – *lidt ligesom at have sukkersyge og leve uden insulin*. Med udgangspunkt heri kan vi med et bredere teoretisk blik forstå udsagnet, idet Mette i kraft af sin årsagsforklaring bidrager til at reproducere en form for objekthed, der som underliggende magtmekanisme i psykiatripraksissens sociale teknologier indgår i en biomedicinsk diskurs (Foucault 2009: 51, 283).

Hvordan kan vi forstå Mettes subjektivitet i relation til denne objektiverende praksis? Vi fortolker det således, at Mette objektgør sig selv under forhandlingen om sin subjektivitet og positioneringen ind i de fagprofessionelles sygdomsforståelse, der tilbyder en tilgængelig objektiv position som *værende* bipolar. Dette kan tolkes som en patogenetisk orientering i Mettes subjektivitet, idet hun forstår sig selv ud fra brugen af sygdomskategorier (Jansbøl & Johansen 2009). Men idet hun italesætter, at hun vil finde ud af, hvad diagnosen betyder for hende, skal det understreges, at vi forstår, at hun kun til en vis grad anerkender de fagprofessionelles objektivering af hende. Vi har ydermere tidligere fået en forståelse af, at Mette i 2003 ikke godtog diagnosen som maniodepressiv,

fordi der kun fandtes behandlingsmuligheder med obligatorisk medicinsk indtag. Når Mette i 2003 fravælger at handle efter psykiaterens anmodning, men i dag sammenligner sig selv og sin forståelse af egen psykiske tilstand med sukkersyge – en patologisk sygdom, kan vi altså ikke udelukkende forstå Mettes subjektivitet som patogenetisk bestemt. Vi ser således flertydigheder, i hendes forskellige italesættelser af hvordan hun forstår sig selv, som udtryk for en forhandling, der baner vej for den subjektiveringsproces hun underkastes og skabes igennem.

I et af Mettes udsagn bliver denne flertydighed i hendes subjektivitet særlig tydelig for os. Mette beskriver sin “nye” forståelse af sig selv og indsigt med sin diagnose *på hånden*:

Det var det her med at få hele bevidstheden omkring: ”Okay, jeg er faktisk bipolar. Det er det, jeg er. Det er simpelthen det kort, jeg har fået med i fødselsdagsgave. Og nu må jeg kigge på, hvad det handler om”. Så få bevidstheden til ligesom at acceptere det. Accepten omkring, nåh ja, det er det her, der er sket. Til lige pludselig at tage ansvar for det. Og i dag er det [diagnosen] jo bare et kort ud af alle mulige andre kort, jeg har på hånden. Så rejsen starter den dag, jeg ligesom turde kigge på det, og sige: ”Hvad er det her?” (Mette: 130).

Ovennævnte udsagn kan fortælle os flere ting, om måden hvorpå Mette forstår sig selv. Når Mette i citatet beskriver, at *det* [diagnosen] *var som at få et kort i fødselsdagsgave*, kan der i ordet fødselsdagsgave implicit ligge en positiv betydning for hendes selvforståelse. Når Mette udtaler *nåh ja, det er det her, der er sket*, kan det forstås, at diagnosticeringen medvirker til, at det giver hende en ny erkendelse af, hvad der tidligere *er sket*, og forskellige hændelser i fortiden giver pludselig mening for hende. Det kan dermed være, at Mette oplever, at diagnosen medvirker til, at hendes forståelse af sig selv udvides, fordi det ser ud til, at Mette i højere grad kan *acceptere det*, [...] *der er sket* – i kraft af de diagnostiske termer, om at hun *faktisk* [er] *bipolar*. Men hvordan kan vi forstå, at dette får betydning for Mettes selvforståelse?

Med et teoretisk perspektiv kan vi forstå det således, at *bevidstheden* og *accepten* gør det muligt for Mette dels at integrere og internalisere objektiveringen af hendes adfærd som del af hendes selvforståelse, dels eksternaliserer hun sin adfærd som værende selve diagnosen (Foucault 1982: 71-73; 2005: 94-95). Dette kan referere til Mettes oplevelse af, at diagnosen blot er *ét kort ud af mange, hun har på hånden*. Hun skaber sin selvfortælling ud fra diagnostiske termer, men samtidig italesætter hun ikke diagnosen alene som *det*, der beskriver, hvem hun *er*. Det kan tolkes, at Mette ikke udelukkende oplever sig selv som

værende diagnosen, men at den er forklaringen på nogle af hendes handlemåder – en del af hende ud af mange andre muligheder. Vi forstår dertil, at Mette oplever, at hun i kraft af diagnosen i højere grad *kan acceptere* sig selv. Som Mette selv italesætter, gøres det også muligt for hende bedre at kunne *tage ansvar*, og det kan derfor være et udtryk for, at hun i kraft heraf oplever, at hun har muligheden for, men også ansvaret for, at ‘skabe sig selv’ og finde sin egen vej. Mettes udsagn kan forstås som en måde, hvorpå der skabes et gensidigt forhold mellem på den ene side objektiveringen af Mette – det vil sige diagnosticeringen – og på den anden side Mettes subjektivering – og således måden, hvorpå Mette integrerer og modellerer de gældende magtdiskurser og sandhedsforståelser i relation til diagnosen, hvor hun i *små skridt* (Mette: 129) forhandler disse som en del af sin tilblivelses- og subjektiveringsproces (Nilsson 2009: 137-138).

For kort at samle op på ovenstående analyse forstår vi processen således, at Mette forsøger, at forhandle sin position og subjektivitet i den gældende diskursive praksis. Hermed bliver Mette til som netop det subjekt, hun er, hvilket videre får betydning for hendes subjektive praksis; det vil sige hendes tanker, følelser og handlinger, der også indebærer refleksioner omkring, hvordan hun bedst kan komme sig.

#### **“En kasse som jeg kunne passe ned i” (Signe)**

Hvor det i Mettes fortælling i det ovenstående ikke er entydigt, hvordan diagnosticeringen får betydning for Mettes subjektivitet, skal vi nu møde Kim, som ligeledes meget hurtigt i vores interviewsamtale kommer ind på, at han har en diagnose. Kim er en mand på omkring 40 år, som vi er kommet i kontakt med på Skolen for Recovery. Han fortæller os, at han øver sig i, at blive bedre til at fortælle andre sin historie, og hvem han er, og at han derfor ser det som en at blive interviewet. Kim fortæller allerede i starten af vores samtale, da vi spørger ham, om han vil fortælle lidt om sig selv, at han altid har følt sig ensom, har svært ved sociale relationer, samt haft svært ved at skabe en tilværelse, han ser som meningsfuld. Kim fortæller, at han i starten af 2016 fik stillet en diagnose af sin egen læge, der går under typen personlighedsforstyrrelser. Han er i den forbindelse ikke blevet visiteret til et dertilhørende pakkeforløb og anses derfor ikke som patient i psykiatrien. Kims selvbeskrivelser kan ses som et andet interessant eksempel fra interviewene, hvor

diagnosticering i forbindelse med Kims psykiske udfordringer får betydning; dels for hans selvforståelse, dels for hans oplevelser af handlemuligheder i forhold til at komme sig.

Vi vil nu se nærmere på et udsagn i Kims fortælling. Vi tillagde udsagnet betydning i forhold til, hvordan vi forstår, at Kims tilblivelse og selvforståelse skabes gennem hans narrativer. Kim beskriver i forbindelse med et tidligere arbejde, at han gik ned med stress, og i den forbindelse var i kontakt med sin praktiserende læge:

[...] jeg har altid været deprimeret, men lige der blev jeg ekstra belastet. Og min læge han sagde så, at “det er jo ikke første gang, vi taler om det her ensomhed, stress og depression.” Så om vi ikke skulle få set på, om der var en diagnose. Og det var jeg jo sådan set spændt på, fordi jeg vil gerne arbejde med det, men jeg vil gerne arbejde konkret med det. Så det kunne være fedt, hvis der ligefrem var en kasse, som jeg kunne passe ned i (Kim: 73).

I citatet fortæller Kim, hvorledes *ensomhed, stress og depression* har været en stor del af hans fortid, hvilket til stadighed er nærværende fænomener i hans tilværelse. I sin samtale med lægen rettes fokus, som Kim udtaler i citatet, på, at de må finde en diagnose til Kims psykiske problemstillinger i relation til hans *ensomhed, stress og depression*, som *det jo ikke [er] første gang [de] taler om*. Når Kim udtaler, at *det var [han] jo sådan set spændt på*, kan det læses som, at han ser en mulighed i diagnosen – at han har nogle forventninger til, at diagnosen skal hjælpe ham, og give ham nogle muligheder, han ikke havde før.

På den ene side tyder Kims italesættelse på en forhåbning om, at diagnosen kan hjælpe ham til at forstå sig selv og sine problemstillinger ud fra nogle diagnostiske termer – at *det kunne være fedt, hvis der ligefrem var en kasse, [han] kunne passe ned i*. Kim udtaler i forbindelse med, at han får diagnosen: “*Ja, for nu står det ligesom lidt sort på hvidt, at det er sådan, og hele min fortid giver mening. Det var derfor. Og du har haft de og de begrænsninger*” (Kim: 73). Dette udsagn kan læses som, at Kim i kraft af diagnosen nu oplever, at *hele [hans] fortid giver mening*, og han kan dermed forstå sig selv og *de begrænsninger*, han har haft i nyt lys. Han får med diagnostiske termer sat en definition på sig selv, som hjælper til, at han kan forstå – og andre kan forstå – de vanskeligheder, han har. Men hvad er Kims subjektivitet da et udtryk for, og hvilken betydning har det, for hvordan han ser sine egne muligheder for at handle? Vi finder det nu relevant at inddrage et teoretisk blik på, hvordan vi kan forstå subjektiviteten bag Kims udsagn.

I den diskursive sammenhæng, som lægens praksis udgør, anses Kims psykiske udfordringer som symptomer på sygdom. Det kan forstås, at Kim objektiveres og gøres til

genstand for en diagnostisk term. Kims udtalelse om, at lægen vil finde *en diagnose* til hans symptomer, er et resultat af en patogenetisk tænkning. Vi sætter det i relation til praksissens dominerende biomedicinske tilgang. Denne forsøger at inddele mennesker i 'kasser' eller kategorier gennem diagnosticering ud fra et fokus på symptomer eller afvigelser fra en given norm (Foucault 2005: 92-93). Tilgangen kan udspringe af en 'mangel'-diskurs, hvor netop problemer sættes i fokus frem for helheden. Denne kausalitetstænkning igangsætter en 'passende' behandling af symptomerne (Jansbøl & Johansen 2009). Man kan forestille sig, at en sådan tænkning kan virke betryggende for et menneske som Kim, som har brug for, at der findes forklaringer og handlemuligheder på de udfordringer, der opleves. På den måde kan vi forstå Kims udtalelse om, at *det kunne være fedt, hvis der ligefrem var en kasse, som jeg kunne passe ned i*. Kim er her selv med til at italesætte og derigennem skabe eller reproducere praksissens diskurs, når han godtager diagnosen og lader sig objektivere i overensstemmelse hermed. Dermed kan Kims udsagn læses som en måde, hvorpå han indtager positionen som 'bærer af symptomer' og som 'syg'. Vi kan forstå det, som at han underkaster sig magtdiskursen, idet han anerkender den legitime og sande viden, der definerer diagnosekategorien, samt integrerer denne i sin beskrivelse af sig selv (Foucault 1976: 121-122; Krøjer 2007: 177).

Vi finder det interessant at se på, hvordan Kim italesætter de muligheder, diagnosen opstiller. Når Kim udbryder, at *det var derfor* [på grund af diagnosen], kan det forstås, som at diagnosen bidrager til noget positivt for Kim. Han har noget *sort på hvidt*, som han overfor omverdenen kan dokumentere, at der er en årsag til hans vanskeligheder. Udsagnet kan dermed forstås, som at Kim på sin vis eksternaliserer sine handlemønstre, ved at han forklarer disse ud fra diagnosen. Kim italesætter eksempelvis tidligere i interviewet, at han af sin familie altid er blevet kaldt en enspænder, og én der helst vil være alene (Kim: 72), hvortil Kim sætter ord på, at han ikke forstår sig selv sådan. Kims udsagn kan være udtryk for en subjektivitet, hvor han i særlig grad opsøger og får noget ud af diagnosen, fordi den muliggør, at han får begreber til at forstå sig selv og sine handlinger på en ny måde. Diagnosen kan på den måde være en fordel, fordi den på sin vis også umuliggør, at Kims udfordringer tillægges som personlige egenskaber, men at disse egenskaber og handlemønstre, der af Kims familie anses som en del af hans personlighed, i stedet anses som symptomer for den pågældende diagnose. Kims reaktion på diagnosen kan forstås således, at han gennem objektiveringen opnår et prædikat og en forklaring på, hvorfor han

har det, som har har det, og hvorfor han handler, som han gør, hvilket lader til, at hjælpe ham i sin forståelse af sig selv.

I interviewet med Kim italesætter han dog også, at diagnosen ikke blot medfører fordele for ham. Som Kim i det indledende udsagn satte ord på, giver diagnosen mening for ham, fordi han *gerne vil arbejde konkret med det* [sine vanskeligheder]. Der kan således læses nogle forventninger eller forhåbninger i Kims udsagn om, at der i tilknytning til diagnosen følger nogle konkrete anvisninger for, hvordan han kan leve sit liv og have det godt. I interviewet sætter Kim også ord på, at det at få en diagnose ikke har levet op til disse forventninger. Kim forklarer i forlængelse af, at hans fortid pludselig giver mening: *“Og det fortæller mig jo også noget om min fremtid, at den ser altså ikke særlig lys ud, hvis ikke jeg får gjort noget her og nu”* (Kim: 73). Citatet kan læses som, at på samme tid som diagnosen udgør en forklaringsmodel på Kims udfordringer, som vi fremanalyserede i det ovenstående, forbinder han den også med hans *fremtid*, som ikke ser *særlig lys ud*. Kim italesætter således også, at det kræver handling, hvis han skal få det bedre; handlinger som han netop udtrykker en forhåbning om, følger med diagnosen og gør det muligt at arbejde konkret med hans problemstillinger. Kim italesætter sundhedssystemets behandlingstilbud som konkrete pakkeforløb, han igennem diagnosen håbede at få mulighed for at deltage i. Her skal det nævnes, at Kim ifølge sin egen beretning ikke kommer *gennem nåleøjet* som kandidat til et pakkeforløb (Kim: 73). Kims italesættelser om betydningen af diagnosen ændrer sig efterfølgende: *“[...] det har været forfærdeligt, at blive sat i den kasse, fordi jeg ikke har fået redskaber”* (Kim: 73).

Kim kommer nu med udsagn, hvori diagnosen også lader til at have negative konsekvenser for ham; for hvordan skal han nu få det bedre, når han ikke får de handlemuligheder, han udtrykte forhåbninger om – både i relation til hans oplevelse af at have muligheder for at komme sig, men heri også i forhold til hans selvforståelse. Hvordan kan vi forstå denne modsigelse? Problemet for Kim kan være at han, i den diskursive praksis som udgør det psykiatriske system, ikke føler sig set. Den biomedicinske praksis opfanger og vurderer symptomer samt igangsætter behandling på den baggrund (Jansbøl & Johansen 2009). Praksissen opfanger dog ikke det, som Kim selv anser for problemet; nemlig at han føler sig ensom, mangler socialt netværk og kompetencer, og at have konstruktive retningslinjer for, hvordan han får det bedre. Deraf kan vi tolke de

modstridende italesættelser som, at der opstår en ambivalens for Kim, hvori han både har brug for diagnosen og samtidig ikke kan bruge diagnosen til noget. På denne vis kan vi forstå, at Kim – i kraft af diagnosen – subjektiveres ud fra en selvforståelse af at være syg; dog uden orientering om, hvordan han skal kunne mestre sin sygdom og livssituation. Kims udsagn kan derfor læses som udtryk for en subjektivitet, hvori han ser sine handlemuligheder væsentligt begrænset, idet han *ikke har fået nogle redskaber*.

Men hvilken betydning får diagnosens dobbelte betydning for Kim og hans selvforståelse? Kim italesætter, at det “[...] *er en stor ting og få at vide; at det er sådan, det er. Men jeg har heller ikke været så god til sådan, at se uden om den kasse der. At der er jo andre ting, som jeg også er, udover det*” (Kim: 73-74). Denne udtalelse kan læses som modstridende med tidligere citater, hvor Kim netop fokuserer på det, diagnosen giver ham. Nu forsøger han at se uden om diagnosen, på det han *også er*. Men hvad er det? Vi fortolker det som, at Kim netop har svært ved at skabe en forståelse af sig selv nu, som giver mening for ham.

Hvis vi husker tilbage på Mette fra tidligere, kan der i både Mette og Kims udsagn læses modstridende forhold til det at blive diagnosticeret; det får dem begge til at gøre sig tanker om, hvem de er, og hvilke muligheder de har. Men hvor der kan læses en opfattelse af, at diagnosen medfører handlemuligheder i Mettes udsagn, virker dette ikke til at være tilfældet hos Kim. Hvordan kan vi forstå det? Et bud kan være, at diagnosen hos Mette bliver en del af hendes subjektivitet, idet den integreres i selvforståelsen som værende én dimension ud af mange, og at dette bidrager til at udvide hendes opfattelse af at have handlemuligheder og veje til at komme sig. I Kims udsagn kan vi derimod tolke, at diagnosen er internaliseret på en måde i hans subjektivitet, der gør, at den kan synes “determinerende” for hans selvforståelse (Foucault 2005: 98). Diagnosens prognose bliver indikationen for bestemte tilgængelige handlemuligheder, og idet han samtidig fratages disse handlemuligheder, står Kim tilbage uden muligheder for at handle på sin vej til recovery. Vi anser dette som et dilemma, der opstår i brugerens subjektivering, og som vi finder relevant at vende tilbage til og udfolde yderligere jf. *Analysetekema 2*.



## 7.1.2 Betydningen af andres opfattelser, italesættelser & forventninger (Hannah)

I interviewene italesættes det af alle brugerne, at samfundets, sundhedsvæsenets og andre menneskers italesættelser og forståelser af dem og deres psykiske udfordringer har en central betydning for, hvorledes de forstår sig selv. I følgende afsnit vil vi derfor udforske de sociale dimensioner i brugernes subjektiveringsproces, som kan tænkes at influere på, hvorledes brugerne oplever dem selv og deres handlemuligheder under recoveryprocessen.

### “Totalt rablende og en dumpap uden lige” (Hannah)

Vi fremhæver følgende beretning af Susanne som en ud af flere brugere, der italesætter, hvordan andre menneskers udtalelser får dem til at reflektere over, hvordan de forstår sig selv. Susanne er en kvinde på omkring 35-40 år, som vi møder på et Projekt Vendepunkt kursus, hvor hun deltager. I vores samtale med Susanne åbner hun sig meget op omkring forskellige episoder i sin barndom, der har medført, at hun i dag udfordres af forskellige psykiske problemstillinger. Da Susanne særligt fremhæver, hvorledes andre italesætter hendes person, finder vi det relevant at tilføje flere observationer fra vores samtale med Susanne. Dette gør vi i forsøget på at forstå, hvorledes andre opfatter Susanne, som hun selv beskriver det. Under interviewet sidder Susanne skråt for os. Hun er rent fysisk større end gennemsnittet og har mange lag tøj på. Hendes lommer er fyldte med forskellige ting, som hun tager frem og viser os i løbet af samtalen. Vi har ofte problemer med at høre, hvad Susanne siger, idet hun er snøvlende i sin tale, og nogen gange virker det som om hun falder i hen. Susanne er dog meget interesseret i at fortælle os om sin recoveryproces, som hun fortæller os, at hun er kommet langt med.

Susanne henviser flere gange til sine erfaringer med *systemet* som dækkende for sundhedssystemet. Set med teoretiske briller fungerer dette således som en diskursiv praksis, som stiller nogle tilgængelige positioner til rådighed for Susanne som patient. Det er nærliggende at tænke, at Susannes måde at tale og agere på afviger fra, hvad der i sundhedssystemet anses som legitim viden og “normal” adfærd. Denne tolkning drager vi også i høj grad ud fra vores egne fordomme om, hvordan vi ved første møde, opfatter Susanne som person. Dette kan netop være medvirkende til, at hun placeres i kategorien som patient eller psykisk syg. Susanne fortæller om en episode, hvor hun netop har oplevet

dette i mødet med *systemet*: “[...] så fik jeg af vide jeg var totalt rablende [...] og en dumpap uden lige” (Susanne: 167). Susannes italesættelse om at blive kaldt *en dumpap uden lige*, kan læses som en måde, hun er blevet betragtet på, objektgjort, og på den baggrund er blevet tillagt en position med dertilhørende særlige forventninger. Det interessante er, hvordan Susanne forholder sig til denne position, idet måden, hvorpå hun ses på af andre, og derigennem objektiveres, kan vurderes at få betydning for, hvorledes hun forstår sig selv og skaber sin egen selvforståelse og dermed subjektiveres (Foucault 2005: 69-70).

Susanne italesætter flere gange, at hun kan være *totalt rablende* og benytter i forlængelse heraf hyppigt begrebet *normal*. Det kommer blandt andet til udtryk, når Susanne forklarer: “Jeg er godt klar over, at jeg skal have de piller, jeg skal have den medicin, for hvis jeg ikke får dem, så bliver jeg totalt rablende, det ved jeg” (Susanne: 168). Eller når hun forklarer, at hendes veninde godt “[...] ved, at “nu er Susanne totalt rablende”” (Susanne: 9). Et andet eksempel er, da Susanne til spørgsmålet om, hvad *rablende* betyder, svarer: “Rablende, så sidder jeg og laver mærkelige ting, eller laver noget andet. [...] Hvor jeg før var normal i lågen, ik’” (Susanne: 171). Vi bider mærke i, at det ud fra italesættelserne fremgår, at Susanne opfatter det at være *rablende* og at være *normal* som to forskellige ting. Hun indtager dog begge positioner på forskellige tidspunkter, dog lader det til, at Susanne konstituerer positionen som *rablende* som ensbetydende med sygdom. I denne position *er [hun] godt klar over, at [hun] skal have de piller*. Susannes udsagn kan læses som, at hun ser sig selv som syg, fordi hun internaliserer andres italesættelser og betragtninger af hendes adfærd som *rablende*, når hun inddrager disse betegnelser i sin selvfortælling (McDermott 1996: 84). Hendes udsagn kan forstås som situationer, hvor hun objektiveres gennem andre menneskers og systemers kategorisering, samtidig med at hun igennem sine egne italesættelser subjektiveres ved, at hun inkorporerer ovenstående termer som *dumpap* og *rablende* i sin selvfortælling.

Når vi forstår, at subjektet skaber sig selv gennem sin selvfortælling, positionerer subjektet sig også i forhold til de termer, der anvendes. Vi ser i den forbindelse, at Susannes positionering bliver medskabende for hendes subjektivitet, og dermed hendes subjektive praksis. Hendes positionering gennem italesættelserne af andres blik på og beskrivelser af hende, reproducerer den gældende norm for, hvad der er *rablende*, ved at hun opfatter sig selv som én, der ind imellem ikke opfylder de gængse kriterier for at være

‘normal’, ved at hun gør nogle *mærkelige ting*. Her indtager hun positionen som rablende, hvilket er en position skabt ud fra omgivelsernes forventninger til hendes handlinger. Susannes italesættelser udviser altså en aktiv underkastelse for de normdiskurser, der synes dominerende i de respektive sociale praksisser, som hun henviser til (Foucault 1971; Foucault 1976: 192-193).

### “**Psykisk sårbar, psykisk syg, sindssyg?**” (Hannah)

En anden bruger, som også fremhæver andres italesættelser og definitioner af hende som medbetydende for sin selvforståelse, er Vera, en pensioneret kvinde på omkring 65 år. Vores samtale med Vera foregår før vores anden kursusdeltagelse på et Vendepunktkursus i deres undervisningslokale. Det synes, at Vera, på samme vis som det blev synligt hos Susanne, italesætter, hvorledes andre menneskers udtalelser om hende gennem forskellige betegnelser som psykisk syg, sårbar eller sindssyg, får hende til at reflektere over sin egen selvforståelse. Vi har valgt at inddrage en lille del fra vores samtale med Vera for på denne vis, at give læseren indblik i situationen.

V: [...] vi er forskellige, ik’. Og det [kurset] er jo for nogen, som er psykisk syge, eller er psykisk sårbare, som man nu kalder det. Det kan jeg bedre lide.

I2: Det kan du bedre lide?

V: Ja, det bruger SIND meget, altså jeg er også medlem af SIND, ik’. De bruger det meget, “psykisk sårbar”, og det kan jeg også bedre lide. [...] Psykisk syg, altså når man siger det, kan jeg ikke lide det.

I1: Nej? Hvad gør det med “sygdom” ved dig?

V: Jamen man kalder jo også psykiatrisk afdeling på Amager, der er nogen, der siger: “Det der ovre på sindssygehospitalet”. Den rammer! Så tænker jeg: er jeg sindssyg? Og det må jeg ærligt indrømme, i starten efter jeg havde arbejdet og alt det der, så skulle jeg lige vænne mig til at være sindssyg (Vera: 153).

Vera sætter ord på, hvordan hun stilles overfor forskellige definitioner omhandlende at have psykiske udfordringer. Disse kommer både til udtryk på kurset, hun deltager i, men også andre steder. Vera beskriver, at det har en betydning for hende, om hun af andre italesættes som en *psykisk syg* eller *psykisk sårbar*, eller ligefrem som en *sindssyg*. Det kommer til udtryk, at Vera i sin refleksion tillægger definitionerne forskellige betydninger. Det kan tænkes, at hun ikke forstår sig selv ud fra det, hun forbinder med at være *psykisk syg* [...] *det kan jeg ikke lide*. Der kan være negativt ladede egenskaber, prædikater og fordomme knyttet til denne definition, som Vera af den ene eller anden grund tager afstand fra gennem sine italesættelser. Modsat lader det til, at Vera bedre kan forholde sig til

betegnelsen *psykisk sårbar*, hvilket hun beskriver, de bruger i foreningen SIND, som hun ligeledes selv er medlem i. Denne betegnelse rummer således *sårbarhed* frem for *sygdom* i definitionen, hvilket Vera i højere grad oplever at kunne forstå sig selv ud fra. Det kan være, at Vera ud fra den definition, ikke oplever at blive anset som lige så afvigende fra normen, som hvis hun betragtes som syg. Da Vera spørges ind til, *hvad det med "sygdom" gør ved* [hende], beskriver hun nemlig, hvorledes hun oplever, at den psykiatriske afdeling italesættes som *sindssygehospitalet*, hvilket, som hun selv beskriver, medvirker til, at: *Den rammer*.

Vera sætter ord på, at der er noget, der for hende er værre end både at blive defineret som psykisk sårbar og psykisk syg – nemlig at blive defineret som *sindssyg*. Af Veras udsagn fremgår det, at hun skelner mellem forskellige definitioner på at have psykiske udfordringer – *psykisk sårbar*, *psykisk syg* og *sindssyg*, som samtidig tillægges forskellige betydninger. Dette læser vi, idet hun udtaler, at hun ikke ønsker at blive defineret som hverken psykisk syg eller *sindssyg*. Alligevel lader det til, at andres brug af betegnelsen *sindssyg*, om den er direkte henvendt Vera fremgår ikke tydeligt, men *den rammer*. Når Vera beskriver, at *den rammer* og hertil reflekterer over, om det så betyder, at hun er *sindssyg* – *Så tænker jeg: er jeg sindssyg?*, kan det henvises til, at Vera alligevel - og på trods af sin første og umiddelbare manglende identifikation med det - italesætter en mulighed for, at hun også er *sindssyg*. Dette bekræfter hun, i sin udtalelse om, at: [hun] *skulle lige vænne [sig] til at være sindssyg*.

Med et teoretisk blik kan vi forstå, at Vera i kraft af sin psykiatriske diagnose – *maniodepressiv* (Vera: 147) objektgør sig selv ved, at hun til dels anerkender og godtager omgivelsernes forventninger om, at man er *sindssyg*, hvis man har en psykiatriske diagnose. Vera indtager positionen som psykisk syg og ved at hun spørger sig selv om, hun er *sindssyg*, godtager hun præmissen for kategoriseringen og alle dets tilknyttede forventninger. Vera kan dermed ansues at være med til at reproducere omgivelsernes forventninger om, hvad det vil sige at være psykisk syg (Foucault 2005: 94; Goffman 1962). Med udgangspunkt i ovenstående analyse tolker vi, at Veras italesættelser kan udtrykke en ambivalens i det at få en psykiatriske diagnose og hertil, hvorledes omgivelserne udtrykker forskellige forventninger omkring dette.

### “Normal [med] en ridse i lakken” (Hannah)

Vi skal nu møde Bent, der er en cirka 65-årig pensioneret herre, som vi møder i forbindelse med vores besøg på Projekt Vendepunkter. Han fortæller os, at han tidligere oplevede et sammenbrud og derfor blev indlagt og efterfølgende diagnosticeret med bipolar affektiv lidelse. Nu deltager Bent, udover på Projekt Vendepunkter, i flere forskellige aktiviteter, der ifølge ham selv bidrager til hans recoveryproces. I samtalen med Bent kommer det til udtryk, at andres italesættelser af ham har betydning for, hvordan han skaber sin selvfortælling. Det bliver tydeligt, at det får konsekvenser for, hvordan han oplever sin livssituation – og i forlængelse heraf, hvilke muligheder han oplever at have for at komme sig. Bent beskriver et møde med en sygeplejerske, som han oplevede positivt:

Altså min kontaktsygeplejerske, som var en meget dygtig person, også rent menneskeligt, sagde hele tiden: ”Du skal betragte dig selv som værende normal. Men du har lige en ridse i lakken her og nu. Men for dig er der også lys for enden af tunnelen”. Det gav mig så håb om, at jeg nok skulle komme tilbage igen. Og det var dejligt at vide, at der var support. Ja man føler sig både helt alene i verden og helt nede i mørket (Bent: 125).

I citatet forklarer Bent, at han på et tidspunkt er *helt nede i mørket* og føler sig *alene i verden*, og under en indlæggelse møder en sygeplejerske, der formår at vende hans tanker og følelser. Bent beskriver, at sygeplejersken får ham til at føle håb gennem sin menneskelige måde at være på overfor ham ved, at hun fortæller ham: [...] *for dig er der også lys for enden af tunnelen*. For Bent skaber dette *håb om at [han] nok skulle komme tilbage igen*. Det lader til, at sygeplejerskens måde at henvende sig til Bent på, er med til at skabe nogle betingelser, som i vores forståelse har betydning for Bents forståelse af sig selv. Bent hævder, at sygeplejersken anser ham som et *normalt* menneske, der blot har *en ridse i lakken* i situationen, hvor de mødes. Umiddelbart kan vi forstå dette udsagn som appellerende til Bents håb om, at det blot er *en ridse i lakken her og nu*, hvilket kan indikere, at hun er af den opfattelse, at Bent nok skal komme sig – *at der er lys for enden*. Derfor får Bent opfattelsen af, at han nok skal overkomme de psykiske udfordringer. At blive italesat som “normal”, lader for Bent til at betyde, at han føler sig set og anerkendt som det menneske, han er – et menneske med håb for at blive “helt normal” igen.

Dog kan vi også læse det således, at sygeplejersken, ved at italesætte at Bent *skal betragte [sig] selv som værende normal*, og at han lige har *en ridse i lakken*, objektiverer Bent ud fra en diskursiveret biomedicinsk sygdomsforståelse. Der må være tale om en sproghandling, hvor Bent indretter sin subjektive praksis ud fra, hvordan han italesættes af

andre; thi han i sin egen italesættelse om sig selv genbruger sygeplejerskens ord og forstår sig selv derudfra (Ricoeur 1979b: 32-34). Ordvalget *normal* anvendes på baggrund af, at der ligeledes må være noget “unormalt”. Vi kan her forstå *en ridse i lakken*, som udtryk for en ‘mangel’-diskurs, der findes gældende i psykiatripraksissen, og som de fagprofessionelle opererer under. Når man søger efter *ridsen*, kan *ridsen* forstås som et problematisk symptom, der skal rettes op på. Det kan tolkes, at der derfor implicit i sygeplejerskens udtalelse er en hentydning om, at Bent skal rette sig efter at blive *normal* igen. Med sin italesættelse skelner sygeplejersken således mellem sig selv i sin vidensposition og Bent, som ikke har opfanget *lyset* endnu, fordi han udviser symptomer på “unormalitet”. For at nå lyset skal Bent gøre sig af med symptomer, der gør, at han føler sig *helt nede i mørket*, fordi det i den biomedicinske optik ikke anses som normale livsforhold (Foucault: 2001a: 11).

Den interrelationelle praksis – først sygeplejerskens udtalelse og dernæst Bents gengivelse – synes at reproducere den biomedicinske diskurs om, hvad der er henholdsvis normalt og unormalt. I Bents subjektivering og subjektive praksis ser vi en patogenetisk orientering. Men vi kan samtidigt forstå, at Bent finder håb for fremtiden. Håbet ser vi som et udtryk for, at Bent også forstår sig selv i en salutogenetisk optik. På den måde kan udsagnet læses som flertydigt, hvilket kan forstås således, at Bents subjektivering både omhandler en underkastelse for de gældende normer, men også en forhandling, som medvirker til at Bent kan se muligheder for at handle.

For at opsummere Susanne, Vera og Bents fremhævede situationer i ovenstående analyse ses det, at andres udsagn, talehandlinger og kategoriseringer synes medskabende for, hvorledes brugerne subjektiveres. Vi kan forstå, at brugerne subjektiveres ud fra, hvordan de af andre betragtes og vurderes som havende fejl og mangler, ud fra de normalitetskriterier der er gældende i konteksten. Brugernes positionerer sig efter de forventninger, som deltagerne i praksisserne gensidigt konstruerer og opretholder gennem deres italesættelser. De viser forskellige måder, hvorpå andre mennesker får betydning for deres selvforståelse. Men hvilke konsekvenser har dette for brugernes oplevelser af at have handlemuligheder i deres recoveryproces? Det kan hertil tænkes, at en *dumpap*, *rablende*, *ordblind*, en *psykisk syg* eller *sindssyg* og en person der skal betragte sig *selv som værende normal* med *en ridse i lakken*, i ordenes værdiladning umiddelbart refererer til personer, der har begrænsede

muligheder for handling. Vi har med udgangspunkt i ovenstående analyse en formodning om, at særlige sygdoms- eller sundhedsforståelser og -subjektiviteter manifesterer sig som specifikke valg i relation til behandlinger og/eller handlinger i brugernes subjektive praksis. Vi vil senere undersøge nærmere, hvordan omgivelsernes betingelser for brugernes selvforståelse og selvoptimering influerer på deres konkrete handlinger i deres recoveryproces jf. *Analyssetema 3*.

### **7.1.3 Delkonklusion (Fælles)**

Med blik for brugeres subjektiveringsprocesser har vi gennem analysens fremhævede citater fået en forståelse for, hvordan de skaber deres selvfortællinger og dermed bliver til som dem, de er. I vores læsning af udsagnene har vi fremhævet modsætninger mellem brugere, men vi har også set, at der fremgår flertydigheder i den enkeltes italesættelser om sig selv. Vi har overordnet fået en forståelse af, at diagnosticeringen har stor betydning for brugernes selvforståelser og recoveryprocesser. Dette kan i vores teoretiske perspektiv skyldes, at kategoriseringen indebærer, at brugerne må objektivere sig selv og derved underkaste sig den patogenetiske sygdomsforståelse, som er dominerende i det psykiatriske system. Ydermere iagttager vi, at brugerne indgår i differentierede praksisser med tilknyttede diskurser om, hvilken adfærd der i hver social sammenhæng forventes som korrekt i forhold til den position, brugeren tildeles og indtager. Når brugernes subjektivering konstitueres gensidigt med omgivelsernes forståelser af dem – som ikke nødvendigvis stemmer overens med, hvordan brugerne opfatter dem selv – synes der at opstå dilemmaer udtrykt i brugernes udsagn. Dette efterlader os et indtryk af, at *“mennesket erfarer mennesket på en modsætningsfyldt måde”* (Foucault 2005: 134). Spørgsmålet er, hvordan disse betingelser for selvforståelsen og selvskabelsen får betydning for, hvordan brugerne oplever muligheder og/eller begrænsninger i deres recoveryproces. Forinden finder vi det dog aktuelt, at skabe indsigt i, hvordan mulighedsbetingelserne for subjektiveringsprocessen kommer til udtryk som dilemmaer hos brugerne.



## 7.2 Analysetema 2: Den dilemmafyldte tilblivelsesproces

(Signe)

Vi vil nu gå dybere ind i en analytisk diskussion af brugernes fortællinger om dilemmafyldte forhold, der får betydning for deres selvforståelse og subjektivitet. Det er et gennemgående træk i brugernes narrativer, at rejsen fra før mødet med det psykiatriske system og til nu, hvor brugerne er i færd med deres personlige recoveryrejser, har budt på problemstillinger, som håndteres forskelligt. I forlængelse af forrige analysetema uddyber vi forståelsen af brugernes udsagn, der afstedkommer forskellige dilemmaer og ambivalenser, som vi ser som forklarende for brugernes italesættelser af, hvordan de skaber et godt liv. Vi ser disse udsagn som udtryk for, at brugerne i deres daglige liv navigerer mellem forskellige vidensrationaler. Disse uddyber vi med ud fra den beskrevne teori som *ideologiske dilemmaer* på baggrund af indlejrede *commen sense-forestillinger*.

### **Narrativ om recoveryrejsen: “En lykkelig start, til krise til genfødsel”**

(Signe)

Vi skal nu møde Laura, der er en ung kvinde på omkring 30 år, som vi kom i kontakt med på Skolen for Recovery. Hun har inviteret os til sit eget hjem, hvor vores samtale foregår under en kop the i hjemlige omgivelser. Laura forklarer os, at hun har været syg siden 2006, og at hun det meste af sin ungdom har arbejdet med sig selv for at få det bedre (Laura: 92). Under samtalen spørger vi Laura ind til hendes forståelse af recovery, hvortil hun svarer:

Jeg tror, der er to muligheder. Man kunne også tolke recovery-begrebet lidt anderledes, og sige at det er noget med netop håb, der er det vigtigste og retning, mening. Altså noget med virkelig at kigge ind i sig selv og sige: “hvad er MIN mening med det her liv; hvad er det jeg vil?” Og det startede faktisk overhovedet ikke i systemet (...) Det startede, da jeg tog med min mor på højskole en uge i sommerferien (Laura: 101-102).

I citatet henviser Laura til to forståelser af recovery. Vi optages af, at Laura italesætter de to opfattelser af recovery, fordi det siger noget om, hvordan hun subjektiveres igennem flere diskursive praksisser. Den ene er knyttet til en opfattelse af recovery i *systemet* (98). Betydningen af denne vender vi tilbage til. Den anden opfattelse af recovery lader til for Laura at være knyttet til et højskoleophold, hvor hun forbinder recovery til *noget med netop håb, der er det vigtigste og retning, mening*.

Laura fortæller videre om, hvordan hun under besøget på højskolen, får en ny forståelse for sin recoveryproces:

Altså en myte går altid fra en lykkelig start; [...] Dejligt, alt er godt. Og så kommer der en krise, og så går man helt ned i dødsriget, altså alt er helt dybeste fortvivlelse og mørke. Og så kommer der en ny, en genfødsel; [...] så samtidigt det der med at, nåh ja, man kan jo også, man kan leve sit liv på en helt anden måde (Laura: 102).

I højskolens diskursive praksis stilles Laura et fortolkningsrepertoire til rådighed, der gør, at hun forstår sig selv i recoveryprocessen på en ny måde. I denne forståelse bevæger hun sig, ligesom myten fortæller, fra en *krise* til en ny bevidsthed om, at hun har mulighed for at leve sit liv på en anden måde end, hvad hun hidtil har gjort. I denne måde at tænke recovery på, får Laura altså mulighed for, at hun efter krisen kan se sig selv i nyt lys, og skabe en ny selvfortælling. Udsagnet kan forstås som et udtryk for en generel og normativ forståelse af recovery, der eksisterer i den diskursive praksis, hun indgår i. Ved at Laura italesætter denne fortælling, kan vi forstå, at hun integrerer den i sin egen selvfortælling og gør den til sin egen.

Laura italesætter også en anden forståelse af sin recoveryproces, som hænger sammen med, at hun blev syg. I den sammenhæng tager hendes italesættelse udgangspunkt i psykiatrien som den diskursive praksis.

[...] så starter det [recoveryprocessen], da jeg fandt ud af, at jeg var syg. Altså hele det der udredningsarbejde, og det der kaos med... Jeg forstod overhovedet ikke, hvad der skete, og hvorfor det skete (Laura: 101). [...] Altså i min proces i hvert fald, der ser jeg det meget som, at i starten er det virkelig bare, man vil gerne have nogle professionelle, der kan fortælle én (...), der kan tage det hele fra én (Laura: 93).

Det fremgår af citatet, at Laura gennem *udredningsarbejdet* har adapteret en forståelse af, at hun er syg. Laura beskriver, at hun *forstod overhovedet ikke, hvad der skete og hvorfor* [...] *man vil gerne have nogle professionelle, der kan fortælle én*. Laura oplever, at hun ikke har nogle forklaringer på, hvad der sker med hende, og derfor godtager hun de fagprofessionelles fortælling om sig selv som syg. At Laura italesætter to forståelser af sig selv og sin recoveryproces, kan læses som forskellige måder, hun kobler sig på de forståelser, der eksisterer i feltet. Igennem sine italesættelser kan vi forstå, at Laura integrerer og reproducerer de tilgængelige forståelser i sin egen selvfortælling som integrerede sociale teknologier, der giver hende viden om, hvordan hun selv skal håndtere

og magte sin recovery på (Foucault 2004b: 124-127). Det vil sige, at der er forskellige definitionsmagter og videnspositioner på spil, der gør en særlig diskursiv viden og sandhed gældende (Otto 1998: 39). Dermed fremsættes nogle forskellige forståelser for, at man kan være *syg*, eller man kan være i *krise*.

De forskellige måder at forstå recovery på giver også Laura forskellige muligheder for at tage ejerskab. Hun italesætter dels, at hun selv har muligheder for at *leve sit liv på en helt anden måde*, hvilket kan tolkes således, at hun positionerer sig selv som ansvarlig for sin egen recovery. Til forskel fra dette giver den medicinske forståelsesramme i psykiatrien og positioneringen som *syg* Laura behov og mulighed for, at fagprofessionelle *kan fortælle* [hende].... *tage det hele fra* [hende]. Lauras italesættelser kan altså forstås som et udtryk for, at den subjektiveringsproces hun underkastes, er et produkt af forskellige diskursive praksisser, hun er en del af, og som udtrykker sig i, hvordan hun tager ejerskab for måden at tænke recovery på (Dean 2006: 43; Jensen 2005: 194; Lemke 2009: 12; Otto u.å.: 7, 39).

Hensigten med at bringe Lauras eksempel er for at understrege vores opmærksomhed på, at brugernes selvfortællinger og dermed subjektiveringer ud fra deres italesættelser kan betragtes som konfliktfyldte for brugerne. Praksissernes diskurser baserer sig på differentierede forståelser af, hvad det vil sige at komme sig. Lauras modsigende selvfortælling kan ses som resultat af, at Laura har indlejret forskellige diskurser om recovery, hvilket udmønter sig som ideologiske dilemmaer i hendes tanke- og værdisæt (Edley 2001: 207-209). Lauras to udsagn giver os en forståelse af, hvordan hun navigerer og forhandler sin selvforståelse mellem to forskellige praksisser, der hver især tilbyder forskellige værdisæt og meningsforståelser om, hvad et godt liv indebærer, og hvad recovery handler om. Det vil sige, at de forskellige diskursive praksisser også praktiserer forskellige orienteringer, der kan siges at være patogenetiske eller salutogenetiske, som ligeså vel indlejres i subjektiviteten i form af forskellige måder at vurdere sine handlemuligheder på (Jansbøl & Johansen 2009: 12-15). Praksisser opererer således med differentierede sociale teknologier, der er struktureret ud fra de diskurser og sundhedsorienteringer, som der gør sig gældende i den enkelte praksis. Derigennem indoptager brugeren en distinktiv viden om mulige handlinger for at komme sig, hvormed brugeren reproducerer disse som selvteknologi i sin subjektive praksis (Foucault 2001a: 21).

Igennem analysen kommer vi nærmere, hvilken betydning dette kan have for brugernes konkrete håndtering af deres recoveryprocesser og særlige meningstilskrivelser.

### **Er man i højrisiko, når man har en diagnose? (Signe)**

Vi skal nu vende tilbage til Mette, som udfolder en detaljeret selvbiografi om, hvordan det har været for hende at leve med psykiske udfordringer under forskellige konkrete situationer. Hun fremhæver eksempelvis, hvorledes hun oplevede sit barns fødsel problematisk i relation til sin diagnose: *“Altså en fødsel er jo en højrisiko, når du er bipolar. Det er sådan noget, der virkelig kan sætte en mani i gang. Og det var jeg jo ikke klar over”* (Mette: 128). Af citatet fremgår det som tidligere fremhævet, at Mette subjektiveres ud fra en forståelse af at være *bipolar*. Det kan udledes, at Mette forstår sine muligheder i relation til diagnosen, hvor hun, ifølge sin egen udtalelse, eksempelvis må være opmærksom på ikke at udsætte sig selv for risikofaktorer - for eksempel *en fødsel*, der konfronterer den *højrisiko, når du er bipolar*. For Mette italesættes risikoen som en psykotisk tilstand: *“Altså når jeg ser tilbage i dag, jamen jeg var jo psykotisk efter min fødsel!”* (Mette: 128). Vi finder det interessant at forstå, hvilken betydning det har for Mette, at hun italesætter sig selv som værende i *højrisiko*.

Idet Mette anvender betegnelsen *højrisiko* i sammenhæng med diagnosen som bipolar, lader det til, at Mette har en opfattelse af, at diagnosen rummer nogle risikofaktorer, som hun må være opmærksom på. Mettes opfattelse af at være i højrisiko kan forstås som en ubevidst kontrolmekanisme, der fastholder hendes selvopfattelse af egne handlemuligheder ud fra nogle særlige definitioner (Hunt 2003: 168, 177; Lupton 1999: 87; Åkerstrøm & Born 2005: 101). Dermed kan det fortolkes, at Mettes måde at forstå sig selv på, udløser nogle særlige handlemuligheder – men medfører det også begrænsninger? Fordi Mette i kraft af diagnosticeringen og objektiveringen internaliserer en forståelse af sig selv som værende en diagnose, når hun siger, at hun *er bipolar*, orienterer hun sin subjektive praksis – tanker, følelser, tale og handlinger – efter common sense-forståelsen om, at særlige handlemønstre er et udslag af symptomer på en sygdom (Edley 2001).

Opfattelsen af at være i risiko i kraft af diagnosen, kan sætte nogle særlige betingelser for brugerens handlinger. Det kan forstås som, at brugeren forsøger at håndtere risikoen gennem sine daglige handlinger, der har til hensigt at styre brugeren uden om risikoen (Lupton 1999: 89). En fødsel er måske ikke en dagligdags handling, men den kan opfattes som en almindelig del af menneskets liv, som Mette dog har en opfattelse af at måtte forholde sig til på en særlig måde grundet risikoen. Måden hvorpå individet vælger at leve sit daglige liv, kan forstås som indlejrede selvteknologier, der bevidst eller ubevidst kan have til hensigt at bringe en følelse af sikkerhed. Mettes udsagn kan dermed forstås som en del af hendes selvforståelse, der praktiseres ud fra en governmentalitet omkring, hvordan hun kan lede sig selv til at undgå risikoen (Foucault 1991). Deraf kan det forstås, at brugerens måde at forvalte sit daglige liv på er en måde, hvorpå brugeren selv tillægges ansvar for sit eget liv og sin egen recoveryproces. I brugernes italesættelser fremtræder oplevelsen af at tage ansvar som et dilemma for brugerne. Dette vil vi udfolde yderligere, men først vil vi forstå en anden vigtig dimension, der lader til at have stor betydning for brugernes oplevelse af ansvar; nemlig relationen til omgivelserne.

### **“Man regner med, jeg kommer igang igen på arbejdet” - Brugernes opfattelser af samfundets forventninger (Hannah)**

I empirien synes det gennemgående, at brugerne beskriver sig selv i relation til samfundet, og at dette medfører dilemmaer i forhold til de forventninger, de selv og omgivelserne har til deres rolle og funktion i samfundet. Vi vil nu inddrage en udtalelse fra vores samtale med Vera, som fortæller om sine erfaringer i forbindelse med, at hun sygemeldes fra sit arbejde med depression:

[...] fordi jeg havde været syg i et stykke tid, og så regner man med, jeg kommer i gang igen på arbejdet. [...] Men det er fordi, jeg har arbejdet i så mange år, så jeg synes, det var så mærkeligt, og så når jeg havde de gode perioder, og jeg ikke kunne arbejde - jamen det har jeg jo lært hen ad vejen, det var jo det, jeg skulle. [...] når jeg ligger i sengen nogen gange, så kan jeg ikke vaske mit hår, altså næsten ikke. At gå i bad, det er sådan et stort arbejde. Jeg må dele det op i to. Det har de ikke set (Vera: 156).

I citatet ser vi, at Vera udtrykker tre forskellige ting, der refererer til hende selv og sin arbejdssituation. Dels beskriver Vera, at hun oplever en vis forventning til hende om, at *man regner med, [hun] kommer i gang igen på arbejdet*. Men hvem er det, som regner med

dette? Dels forklarer Vera, så: *har jeg jo lært hen ad vejen, det var jo det, jeg skulle*. Det kan forstås som, at Vera har lært og indoptaget en norm om, at arbejde er noget, man skal. Når Vera endvidere forklarer, at hun *synes, det var så mærkeligt*, at hun ikke længere kan arbejde, selvom hun har gjort det *i så mange år*, kan det forstås således, at hun ikke længere oplever at kunne leve op til de forventninger, hun har om, at man skal arbejde. Vi spurgte Vera ind til, hvor hendes forventninger til at man skal arbejde, kommer fra. Men Vera gengiver ikke for os, at der er andre, der har italesat forventninger til hende, hvilket leder os til den opfattelse, at det er Veras egne forventninger til sig selv, hun sætter ord på. Det kan fortolkes, at Vera gennem italesættelsen af en common sense-forventning om, at hun skal varetage et arbejde – *det var jo det, jeg skulle* – positionerer sig ud fra en forståelse af, at hun ikke er i stand til at varetage et arbejde. Vera positionerer sig dermed, som én der afviger fra normen om, at man skal arbejde (Durkheim 2000: 94).

Gennem Veras udsagn kan det altså tydes, at hun har en opfattelse af samfundets forventninger til hende, som hun ikke kan leve op til. Idet Vera udtrykker, at der hovedsageligt er en interesse for hendes arbejdsevne – og dermed hvilken funktion hun kan udfylde i samfundet, kan det vise en opfattelse af, hvorledes Vera oplever, at samfundsnormerne stiller forventninger til hende. Det kan forstås således, at Vera udtrykker en patogenetisk selvforståelse i sin subjektivitet, hvor hun understreger netop det, hun ikke kan, i modsætning til det hun rent faktisk kan: *Det har de ikke set* – og derfor får det ikke betydning i en samfundsmæssig kontekst. Hun italesætter sig selv ud fra den ‘mangel’-diskurs, vi ofte ser brugerne italesætte sig selv ud fra, fordi de subjektiveres gennem en objektivisering af deres handlekapaciteter (McDermott 1996: 95). Vera italesætter spørgsmålet om, hvad et arbejde egentlig er – hvad der anses som værdifuldt: *At gå i bad, det er sådan et stort arbejde*. Det kan synes, at selvom Vera tillægger en subjektiv mening til de dagligdagsting, som hun magter at gøre, så oplever hun ikke, at dette anerkendes ud fra, hvad hun mener, er samfundets gængse definition af arbejde.

Veras udtalelse lægger op til en interessant diskussion omkring, hvordan brugerne forstår deres egen funktion i samfundet, og hvilken værdi der tillægges de forskellige funktioner. Dette vil vi diskutere med inddragelse af begreberne subjektiveringsprocesser og ideologiske dilemmaer omkring common sense-forståelser af samfundsmæssige normer og idealer for, hvornår man er henholdsvis sund kontra usund, rask kontra syg, arbejdsdygtig

kontra funktionsnedsat mv. Disse normmæssige determinanter synes nemlig at komme til udtryk med forskellige værdimæssige tilskrivelser, når brugerne italesætter, hvordan de forstår sig selv og deres handlemuligheder i relation til deres recovery.

Ud fra Veras udsagn kan det tolkes, at hun udfordres i at finde mening i tilværelsen, med de ressourcer hun synes, hun har – fordi det ikke stemmer overens med hendes forestillinger om, hvilke ressourcer der tillægges værdi i den omkringliggende omverden. De beskrevne forhold kan betragtes som ideologiske dilemmaer, der er opstået på baggrund af eksisterende common sense forståelser, der eksisterer i de praksisser, Vera færdes i. Veras subjektive beskrivelse af, hvad der giver mening for hende, kommer i konflikt med de normer, der ifølge Veras forklaring stilles i samfundet - eksempelvis i forhold til arbejde. Veras siger følgende om sine overvejelser omkring, hvordan hun forholder sig til det ansvar, der stilles til hende: *“Man gør jo lidt selv... altså det er man jo altså nødt til. Jah, altså du må også selv gøre noget. Men altså hvis du altså har det SÅ dårligt [hvisker], altså... så kan du ikke”* (Vera: 160). Vera udtaler direkte, at *man er nødt til* at gøre noget selv. Det kan forstås som, at Vera har en opfattelse af, at hun selv står til ansvar for sin situation, idet hun ikke forventer, at andre hjælper hende. Det er interessant, at Vera hviskende indvier os i, at *hvis man har det SÅ dårligt [...] så kan du ikke*. Man kan dertil spørge, om det kan være et udtryk for, at Veras erfaring – med at nogle gange *så kan* [hun] *ikke* – er noget hun må holde for sig selv, idet hun ikke forventer at møde accept eller forståelse, hvis hun siger det højt. Det kan tolkes, som at Vera har en forståelse af at skulle være selvstændig og selvansvarlig, og det kan være, at det afholder hende fra at opsøge hjælp fra andre. Måske hænger det sammen med hendes opfattelse af, hvordan det af andre forventes, at hun skal komme sig.

Ovenstående uddrag fra samtalen med Vera får os til at tage endnu et spørgsmål op som konsekvens af subjektiveringens dilemmaer; nemlig hvordan samfundsnormer og diskurser – som indlejrede selvteknologier i brugernes krop og psyke – får betydning for, hvordan brugerne forvalter deres egen recoveryproces, og ser sig selv som ansvarlige for denne (Åkerstrøm & Born 2005: 98).



## “Samfundets definition på rask – et fuldtidsjob og betale en masse i skat”

(Maja)

Laura er også en af de brugere, der fortæller om sine tanker om samfundets forventninger, som hun giver udtryk for ikke at kunne leve op til. Laura udtaler således:

[...] jeg er på kontanthjælp, og det er hårdt, fordi der bliver jeg hele tiden mindet om, at jeg er syg, og at samfundets definition på rask - sådan som jeg ser det - det er, at man skal have et fuldtidsjob og betale en masse i skat. Og det kan jeg ikke. Og det gør mig utrolig ked af det og meget skamfuld, at jeg ikke kan leve op til det.  
(Laura: 103)

Laura fremhæver her følelsen af *skam*, som forbindes til, at hun *er syg* og ikke kan leve op til *samfundets definition på rask*. Lauras italesættelser kan læses som et udtryk for, at der er nogle modstridende samfundsdiskurser, der gør sig gældende for Lauras selvforståelse. Som vi også så det i Veras eksempel, er disse med til at diktere, hvad man skal kunne, og hvornår man er syg og rask. Lauras udtalelse kan forstås som en måde, hvorpå hun positionerer sig i forhold til omverdenen; som én der, i kraft af at have en diagnose og er på kontanthjælp, ikke kan bidrage til samfundet på den måde, der i Lauras italesættelse lader til at være accepteret; nemlig ved at *betale en masse i skat*. Laura sætter ord på, hvordan hun ser sig selv gennem diskursive samfundsmæssige briller; og forstår dermed sig selv som en, der ikke lever op til normative krav om at være et aktivt, uafhængigt og selvoptimerende subjekt, der kan bidrage til samfundet (Lupton 1999: 88). Det gør hende derudover *utrolig ked af det og meget skamfuld*. Man skal kunne noget - men på grund af sygdommen kan hun *pludselig ingenting* (Laura: 103).

I det følgende inddrager vi endnu et citat fra Laura, hvor hun beskriver følelsen af *skyld*, og efterfølgende beskriver Bent, at hans *lyst* har været særlig vigtige retningsgivende faktorer for hans recovery.

## “Kunne jeg ikke bare tage mig sammen?” – En forvaltning af ansvaret

(Hannah)

I flere af brugernes fortællinger sættes der ord på, at de psykiske udfordringer ofte er forbundet med svære overvejelser omkring, hvad udfordringerne skyldes, og hvordan de fremover skal håndteres. Derfor vil vi nu vende tilbage til Laura, som i forlængelse af sine

udsagn fra tidligere konkretiserer, hvordan udredningsarbejdet og de *fagprofessionelle* havde betydning for hendes recovery. Laura udtaler således:

Jeg har jo en stor tendens til at gøre ting til skyld. Så ja, netop for at slippe lidt for den der knusende skyld over, at nu kunne jeg lige pludselig ingenting, og kunne ikke se nogen grund til det, når alle andre kunne det. “Kunne jeg ikke bare tage mig sammen?”. Så jeg kunne ikke have sprunget det led over [udredningsarbejdet]. Så måske ser jeg det, som en del af min recovery (Laura: 101).

I udsagnet udtrykker Laura en opfattelse af recovery som tager udgangspunkt i, at hun *fandt ud af, at [hun] var syg*, som vi har været inde på tidligere. Samtidig italesætter hun en følelse af *skyld*, over *at nu kunne jeg [hun] pludselig ingenting [...] når alle andre kunne det*. Følelsen af skyld kan i den sammenhæng udspringe af en opfattelse af ikke at kunne leve op til samfundets idealer. Skylden forbindes også til den diskursive praksis i det psykiatriske system: “[...] *man vil gerne have nogle professionelle, der kan fortælle en (...) “det her er ikke din skyld, det her er en sygdom”*” (Laura: 93). Laura opfatter psykiatrien som en funktion, hvor man igennem diagnosticeringen gives en mulighed for at slippe for skylden, og i stedet tillægges den “manglende” handlekapaletet begrundelsen *sygdom* (Foucault 2001a: 24-27). Men sætter vi nu dette i sammenhæng med foregående tema, hvor Laura i kraft af sin sygdom ikke kan arbejde, men i stedet må leve på kontanthjælp – hvilket netop bringer både skyld og skam, så forekommer der pludselig et kompleks af faktorer, hvorfra følelserne kan komme.

Vi kan forstå skyld relateret til moral (Brinkmann 2015: 72). For det første kan vi forbinde Lauras følelse af skyld med verbet ‘at skyldte noget’, som udtrykker en klassisk sproghandling og dermed skaber en virkelighed for Laura, der blandt andet baseres på skyldfølelsen (Kemp 1972: 82; Ricoeur 1979b: 32-34). Ud fra denne antagelse kan Lauras italesættelse af skylden forstås således, at hun ikke som alle andre “raske” kan *betale en masse i skat*. Det kan lyde som om, at hun har en opfattelse af, at fordi hun er syg og ikke bidrager på arbejdsmarkedet, så skylder hun samfundet. Dette siger noget om, hvordan en governmentaltet, defineret ud fra den protestantiske arbejdsmoral om lydighed, føjelighed og disciplinering (Weber 2003a/b), er inkorporeret i hendes subjektive praksis. Hun bliver dommer for sig selv - dømmes sig skyldig - og i og med at hun italesætter diskursen og underkaster sig moralens orden, reproducerer hun samfundsdiskursen (Foucault 2001a: 16, 21; Lemke 2009: 50).

En anden faktor for følelsen af skyld kan også opstå på baggrund af, at Laura navigerer mellem flere modstridende idealer. Hun oplever, at hun skal kunne arbejde, leve sit liv som uafhængig og selvstændig mv. Laura oplever ikke at kunne leve op til det ansvar, der stilles til det enkelte individ i det moderne samfund (Elias 1936/1976: 312, 397; Brinkmann 2015: 73; Glavind Bo 2015: 94).

Men hvorfor er det nu, at Laura ikke oplever at kunne det samme som alle andre? Igennem den psykiatriske praksis er Laura blevet positioneret som *syg*. Denne positionering godtager hun, da hun dermed får mulighed for at overlade ansvaret for sin recoveryproces til de fagprofessionelle *netop for at slippe lidt for den der knusende skyld over, at nu kunne [hun] lige pludselig ingenting*. Man skulle tro, at det derved øger selvsamme skyldfølelse over, at hun på den måde begrænses yderligere i at leve op til det diskursive krav om ansvarlighed og selvstændighed, der eksisterer i den samfundsmæssige praksis, og tillige bringer Laura en følelse af skam. I samfundsmæssige og psykiatriske praksisser konfliktuerer muligheder og forventninger således.

Laura må både forholde sig til, hvordan hun skal leve op til de sociale krav og finde ud af, hvilket retning hendes daglige liv skal tage (Lupton 1999: 88, 89). Denne ambivalens mellem forskellige idealer forstår vi som ideologiske dilemmaer, der optræder i subjektivering. Lauras italesættelse om at være skamfuld og opleve skyld kan forstås som et udslag af en forståelse af, at man skal være selvstændig og ansvarsfuld, hvilket Laura ubevidst har indlejret i sin bevidsthed – den individuelle selvstyring bliver et moralsk anliggende (ibid.: 87). I den optik forstår vi følelserne som *skyld* og *skam* som sociale konstruktioner, der inkorporeres i den subjektive praksis og gør sig gældende for hvordan, brugeren håndterer sin recovery. Det vil sige, at Lauras oplevelse af ikke at kunne leve op til de eksisterende normer om retmæssig forvaltning af sin egen tilværelse – eksempelvis at varetage et arbejde – konfliktuerer med hendes bevidsthed om disse forventninger. Dermed internaliseres opfattelsen af at have ansvar for sin egen recovery som en indre etik og moral – Laura føler sig skamfuld og skyldig, fordi hun ikke kan leve op til de normative idealer (Lupton 1999: 87).

Laura forekommer at være havnet i en form for paradoksal cirkulær mekanisme, som vi kan forsøge at forstå hendes handlinger igennem. For at nedbringe følelserne af skam og

skyld, må Laura følge de anviste råd om en hensigtsmæssig livsførelse (Busch-Jensen 2004: 425; Lupton 1999: 89), der stilles i den selvsamme diskursive praksis, som har gjort positionen som syg mulig. Laura vælger at overlade ansvaret til de fagprofessionelle; hun oplever en større tryghed og tillid til de fagprofessionelle end til sig selv. For hende gøres det lettere at leve med risikoen for at fejle, ved at hun overlader ansvaret til de professionelle (Busch-Jensen 2004: 425; Hunt 2003: 169). At overlade ansvaret bliver en del af Lauras recovery: “*Kunne jeg ikke bare tage mig sammen?*” [...] *Så måske ser jeg det, som en del af min recovery*” (Laura: 101). Dette kan ligeledes forstås modstridende med de idealer, der er i recoveryorienteringen, da det her er tanken, at brugeren skal stilles muligheder for selv at være ansvarlig i sin egen recoveryproces (Niedel 2011: 26)

Disse modsigende forhold må have konsekvenser. Betinges dette eksempelvis, at muligheden for selvstændighed og frigørelse begrænses, og at der i stedet produceres flere afhængige brugere? Dette vender vi tilbage til i analysetema 4.

### **“Lysten til at blive rask - ens egen store indsats” (Signe)**

Efter at have fremhævet Lauras fortællinger om følelser som *skyld* og *skam* i relation til hendes recoveryproces, bliver det i forlængelse heraf relevant at hente udsagn om følelser hos Bent. Bent beskriver nemlig sin *lyst* som særlig vigtig for hans recoveryproces, og fremhæver dermed også en særlig følelse, der kan forstås som retningsgivende for, hvordan brugerne kommer sig. Vi inddrager nu et citat fra slutningen af samtalen med Bent, hvor han udtrykker, at være kommet langt i sin recoveryproces. I forlængelse af det spørger vi ham: “*Hvad tror du, det er, der gør, at du er kommet hertil, hvor du er lige nu i din proces?* [...] *Altså hvad har bragt dig her til?*” (Interviewer i Bent: 124). Til det svarer Bent:

Jamen altså, som jeg siger. Så er det ens egen indsats som gør, at man kommer et skridt videre. Og så selvfølgelig også, hvis man bliver skubbet til af andre. Altså på en positiv måde. [...] Og lysten til at blive rask igen selvfølgelig. Det er jo desværre ikke alle, der har det. Så det er jo en, eller alle de faktorer, som er skyld i, at jeg sidder her i dag. Og har lyst til livet. [...] så, hospitalerne, familiens, personalets support – og så min egen store indsats. Det er årsagen til at jeg har fået livslysten tilbage igen, og til at jeg sidder her med livet i god behold (Bent: 124).

Bent udtaler, at han anser sin *egen indsats* som en central del af at komme sig – *komme et skridt videre*. Bents udtalelse kan forstås som et udtryk for, at han ser sin egen recovery

som tæt forbundet med hans egen motivation, idet han siger, at det er hans egen *lyst* og *indsats*, der i stor grad har været bærende for, at han i dag sidder *med livet i god behold*. Det virker til, at Bent ser sig selv som ansvarlig for sine egne muligheder for at komme sig; hvilket ikke blot formuleres som et pålagt ansvar, men som en *lyst til at blive rask*. På samme måde som hos Laura, kan *lysten* forstås som en måde hvorpå ansvaret for at komme sig indlejres som en subjektiv etik og moral i hans bevidsthed. Koblingen mellem lyst og subjektiv etik udgør et stort tema i vores civilisation og dens diskurser (Foucault 2008; Rose 2009: 51, 283). Det medvirker netop til, at Bent opfatter sig selv som ansvarlig, frem for at det er andre betingelser, der kan have betydning for, om han kommer sig – dette kunne eksempelvis være et spørgsmål om, hvilke muligheder han har til rådighed. I forlængelse af det finder vi det aktuelt at undersøge, om brugerens lyst til at komme sig kan oversættes til *vilje*, idet brugernes vilje til at komme sig kan ses som et produkt af de diskurser, de fungerer under (jf. *Teoritema 4*; Foucault 1976). Dette vil vi udfolde nærmere i analysetema 4, hvor vi sætter viljen i relation til viden og selvrefleksivitet.

Vi finder det interessant at overveje, hvordan Bent havde italesat sin recovery, hvis hans lyst og motivation ikke havde været til stede. Bent udtaler, at *hospitalet, familiens, personalets support*, ud over sin egen indsats, har været afgørende for hans recoveryprocess. Det kan forstås således, at Bent har fundet mulighedsbetingelser på baggrund af institutionelle og sociale relationer, som kan ses som betingende for hans bedring. I den optik lader det til, at brugernes håndtering af deres udfordringer kan forstås ud fra, hvilke ressourcer de oplever at have til at tackle disse udfordringer. Bent udtrykker, at han er kommet igennem de udfordringer, hans psykiske problemstillinger har medført. Han kan udpege forskellige vigtige faktorer, der har gjort, at han *har fået livslysten tilbage igen*. I Bents eksempel kan hans lyst og motivation relateres til de betingelser, der er medkonstituerende i processen mod at komme sig. Ligesom vi i det ovenstående ligeledes så, at Vera også italesætter en motivation for at få det bedre og ser sig selv i stand til at komme igennem dagen, selv når hun har det dårligt.

Med udgangspunkt i vores analytiske perspektiv kan vi – ud fra Vera, Bent og Lauras udtalelser om deres selvansvar i forhold til den retning deres recoveryprocesser skal tage - konkludere, at brugerne i disse tilfælde gør sig selv medansvarlige for, hvorledes de ser

muligheder for at komme sig. Dertil stiller vi os spørgende overfor, hvad det er for mekanismer, der har udledt opfattelsen af, at de som brugere selv står til ansvar for deres recoveryprocesser. Som vi har analyseret os frem til, kan diagnosticeringen medføre en oplevelse af at være i risiko for at symptomerne eller den psykiske tilstand forværres. På den baggrund forstår vi, at opfattelsen af at være selvansvarlig er indlejret i brugernes mentalitet. Brugerne tager selv styring for, hvordan de forholder sig til sig selv og deres *sygdomme* – for at anvende brugernes egne ord. Brugernes udsagn om ansvar kan i vores optik forstås som en måde, hvorpå de ikke forsøger at afvige fra normerne, de sammenligner sig selv med. Det synes vigtigt for brugerne at italesætte, at de er rationelle omkring deres situation ved at udvise, at de *har* et ansvar og *bør* tage kontrol for deres recovery, som de har indtryk af forventes af dem, og som de er overbeviste om, er nødvendigt, for at kunne komme sig. Herfra finder vi det interessant at se nærmere på udsagn, hvor brugerne italesætter, når det ikke føles muligt at leve op til de krav og forventninger, der stilles og på den baggrund oplever dilemmaer mellem behovet for autonomi og behovet for afhængighed.

### **“Nogen skal tage mig i hånden” – At tage ansvar eller overgive det til andre?** (Maja)

Opfattelsen af at være i risiko kan medføre en trang til tryghed for at foregribe og opnå sikkerhed for risikoen, hvilket kan blive ensbetydende med afhængighed til det, som bringer tryghed (Hunt 2004: 174). I interviewene er dette ofte de fagprofessionelle og det psykiatriske system, som Laura gav os et eksempel på. Flere af brugernes udsagn kan læses som en ambivalens mellem et ønske om at have kontrol over eget liv og et ønske om at overlade kontrollen til andre.

Her skal vi igen vende tilbage til Kim, som vi stiftede bekendtskab med i analysetema 1. Vi har set, at diagnosen for Kim både har givet muligheder, men også har medført negative konsekvenser, fordi han ikke kan se nogle muligheder for, hvordan han kan handle for at få det bedre. På samme måde som Laura forholder Kim sig både til diagnosen og det psykiatriske system som en mulighed for at se sig selv i lyset af, at: “[...] *de tanker og de begrænsninger jeg har, de er fuldstændig naturlige [...]* Og der er altså nogle ting her, som

*du skal hjælpes til, og som vi skal forholde os til. Det kan ikke nytte noget at sige: "du skal bare tage dig sammen" [...] Det har jeg simpelthen brug for"* (Kim: 86). Kim udtrykker her, at han grundet diagnosen har brug for hjælp fra de fagprofessionelle, men som vi skal vende tilbage til, italesætter Kim også, at diagnosen gør, at han føler sig afhængig. Det ser ud til, at Kim befinder sig i et dilemma mellem afhængighed og autonomi.

Kims selvførelser kan forstås som en måde, hvorpå han positionerer sig som en, der har brug for diagnosen. Det interessante er spørgsmålet om, hvad Kim får ud af diagnosen. I forlængelse af tidligere analyse kan det forstås, at Kim håndterer og imødegår den usikkerhed, der kan følge af diagnosen, ved at han overlader ekspertisen om en hensigtsmæssig livsførelse til de fagprofessionelle (Hunt 2003: 169). Diagnosen fører altså også en tryghed med sig, eksempelvis i form af behandling, og at der er mennesker med ekspertise på diagnosen, han kan overlade ansvaret til. De fagprofessionelle kan igennem diagnosen give Kim en forklaring på de reaktioner i hans tilværelse, som har givet ham vanskeligheder. På den måde giver diagnosen ham svar på, hvorfor han ikke kan leve sit liv på samme måde, som han ser, andre gør det.

På den måde kan det forstås, at den kategori, han placeres i gennem diagnosen, bidrager med noget, som Kim i dette tilfælde forbinder med noget positivt. Dermed kan vi forstå, at Kim tilsyneladende accepterer og positionerer sig selv ud fra diagnosen frem for at italesætte den som noget undertrykkende. Kims udsagn kan altså forstås som en måde, hvorpå han indtager de positioner, der gøres tilgængelige for ham af de fagprofessionelle. I forlængelse af analysetema 1 er det dog nærliggende at medtænke, om det kan hænge sammen med, at Kim har svært ved at se uden om de *kasser*, han igennem diagnosen kategoriseres under jf. *Analysetema 1*. Igennem det meste af interviewsamtalen udtrykker Kim, at han forbinder diagnosen og det psykiatriske system med tryghed. Men da interviewet skal til at slutte, udbryder Kim dog:

K: Det har sgu' været svært, fordi den irriterer mig lidt den diagnose der.

II: Diagnosen irriterer dig fordi...?

K: Ja, det gør den!

II: Hvorfor?

K: Fordi jeg føler, jeg sidder fast. Og det er jeg ikke særlig stolt af, og den udvikling det har taget...

II: Og hvad er det for en udvikling?

K: Men altså, at jeg ligesom selv har pisket en eller anden stemning op. Fordi det føler jeg, at jeg gør.

II: Og hvordan pisker du en stemning op?



K: Ja. Jeg føler mig meget sådan afhængig af, at nogen skal tage mig i hånden. Men altså det er jo også... det er måske ikke nogen dum ting at gøre sig afhængig, fordi jeg har jo altid klaret alting selv (Kim: 88-89).

I ovenstående udsagn udtaler Kim nu pludselig, at diagnosen *irriterer* ham og giver ham en følelse af, at han *sidder fast*. Denne italesættelse er modstridende hvad Kim tidligere fortalte os. Dette forstår vi som, at Kim italesætter en ambivalens i sin opfattelse af, hvem han er. Trygheden som Kim opnår gennem diagnosen, medfører også en følelse af, at han gør sig *afhængig* både af diagnosen og af andre – *at nogen skal tage [ham] i hånden*. Dette lader til at bringe nye udfordringer for Kim i forhold til, hvordan han kan skabe sin selvfortælling med diagnosen. Udviklingen i Kims udsagn kan ses som et udtryk for, at han indser, at han må give afkald på sin frihed, ved at han lader sig subjektivere gennem diagnosen. Kim giver udtryk for, at han, fordi diagnosen giver ham en følelse af at sidde fast, mister muligheden for at udvikle sig. Samtidig med at Kim italesætter, at han *irriteres* og ikke er *særlig stolt* af dette, kan det udlægges som, at han alligevel forsøger at retfærdiggøre det overfor sig selv; *det er måske ikke nogen dum ting at gøre sig afhængig, fordi jeg har jo altid klaret alting selv*. Med inddragelse af perspektiver fra vores teoretiske begrebsapparat søger vi en dybere forståelse for Kims italesatte ambivalenser.

I vores forståelse er frihed og fri vilje grundlæggende potentialer, der gør sig gældende hos alle mennesker – på trods af at vi kan iagttage magtens evindelige tilstedeværelse i sociale relationer (Foucault 2001a: 1385; jf. *Teoritema 4*). Men vi kan fortolke, at en af grundene til, at Kim ikke gør brug af dette frihedspotentiale, og at han i stedet kan siges at underkaste sig de objektiverende magtmekanismer, er fordi han ser fordele i det. Kims udsagn kan være et udtryk for, at det kan være meningsfuldt for ham at se symptomer som et udtryk for sygdom. Samtidig lader det til, at han er bevidst om, at han derved giver afkald på sin uafhængighed. Dette medfører, at han ikke ved, hvilken vej han skal gå.

Kim uddyber oplevelse af sin recoveryproces med flere ord: “*Det er jo... Det er utrygt. Af pommern til. Fordi jeg ikke har nogen retning i det, rigtigt*” (Kim: 80). En ambivalens kommer til udtryk i Kims refleksioner om, hvordan han ønsker at se og placere sig selv i forhold til, hvad der giver mest mening for ham – at blive taget i hånden af andre og fastholdes som afhængig, eller om det giver mere mening for ham at være selvstændig, som han italesætter sig selv som, før han fik en diagnose. Kim fastholdes i sin subjektivitet til at føle sig afhængig af diagnosens muligheder, samtidig med at diagnosen ikke giver

nogen egentlig retning for, hvordan han skal skabe sig selv og sin tilværelse (Foucault 2005: 87-90). Kims dilemma om at påtage sig eller frasige sig ansvaret – føle sig selvstændig eller afhængig – kan hænge sammen med, at han er blevet socialiseret til at forstå sig selv som ansvarlig for sin tilværelse. For at handle ansvarligt må han handle ud fra en normativ selvdisciplinering (Busch-Jensen 2004: 427). Kim håndterer i første omgang ansvarligheden ved at overlade kontrollen til de fagprofessionelle, og *nogen der tager ham i hånden*.

Her finder vi det nærliggende igen at henvise til Kims italesættelser om hans reaktion på at blive fravalgt pakkeforløbet (jf. *Analysetema 1*), idet det medvirker til, at Kim ser sine muligheder for at handle som begrænsede. Det bliver synligt for os, når Kim, til spørgsmålet om hvad det er, han har brug for i sin situation og hvad det er, der vil kunne hjælpe ham, udtaler: “*Jo altså, det vil jeg sikkert kunne [Få det bedre med egen hjælp], lige nu. Og det kan også godt være, jeg kan det, hvis jeg vidste, at de her pakkeforløb ikke fandtes. Men jeg har jo nok gjort mig sådan lidt afhængig af det, at det er det, der skal være løsningen*” (Kim: 86). Vi kan ikke lade være med at undre os over, hvordan Kims situation havde set ud, hvis pakkeforløbet ikke havde eksisteret i hans bevidsthed. Ifølge Kims egen overbevisning havde han aldrig overvejet pakkeforløbet som en mulighed, hvis det ikke var blevet nævnt for ham. Men blot bevidstheden om pakkeforløbets muligheder medfører alternativer, der kan tolkes at være tryggere end at forsøge at få det bedre på egen hånd.

Det kan tolkes, at Kims viden om pakkeforløbet giver ham en fristende mulighed for at kunne overlade ansvaret for hans recovery til nogle andre. Kims italesættelser af sine egne muligheder kan tolkes som en del af hans subjektive praksis, der bliver til mellem hans egne subjektive oplevelser af, hvad der forventes af ham, og hvad han omvendt forventer af tilværelsen. Samtidig rammes dette ind i nogle sociale, strukturelle og materielle betingelser, der også har indflydelse på, hvilke muligheder han har (Busch-Jensen 2004: 442). Når Kim beskriver, at han fratages de eneste konkrete handlemuligheder, idet han ikke tilbydes pakkeforløbet, kan vi ikke undgå at medtænke, om det ligeledes kan fratage Kim muligheder for at afprøve andre former for aktiviteter eller handlinger. I stedet lader det til at blive konsekvensen, at Kim ikke kan finde og anvende ressourcer, der

kan forløse ham for den usikkerhed, som stilles for ham (Hunt 2003: 168), hvilket udtrykker sig ved, at han ikke "*har nogen retning*" (Kim: 80).

Sociale, strukturelle, materielle og diskursive betingelser influerer på Kims vurdering af sig selv ud fra en normalitetsforståelse af, at han ikke er rask. De biomedicinske praksis teknologier er da medkonstituerende for Kims subjektivering. Vi kan i den forbindelse forstå Kim, som havde han indoptaget en patogenetisk subjektivitet. Kim lader til at foretrække en forståelse af sig selv ud fra biologiske forklaringsmodeller, der stilles igennem diagnosen, hvilket også betinger de muligheder, hans stilles (Foucault 2005: 91-94).

Kims egne ressourcer begrænses i at blive udfoldet, og han begrænses i at opnå en højere grad af selvvalderet sundhed, idet at han udelukker og udelukkes fra at inddrage andre aspekter i sit liv, der kan bidrage med en form for mening, men som hverken ses eller overvejes. Men fordi Kim ud fra det biomedicinske definitionsapparat ikke anses for at være tilstrækkelig 'syg' til, at kunne modtage behandling i form af pakkeforløbet, bliver hele ansvaret for hans recovery nu alligevel overladt til Kim selv. Kan Kims forståelse af sig selv, som den italesættes, medføre, at han bliver fastholdt i en offerrolle, hvori det hverken bliver muligt at overlade ansvaret til nogen eller påtage det selv? Når Kim hævder, at han føler det *utrygt, fordi* [han] *ikke har nogen retning*, og fordi han *sidder fast*, kan det tolkes, at han reagerer med resignation, fordi det i Kims øjne bliver vanskeligt at skue nogen som helst handlemuligheder. Dette kan tænkes at lede til en subjektiv oplevelse af meningsløshed i tilværelsen. Hvis recoveryprocessen handler om at finde en personlig vej til at komme sig, hvordan er det så muligt at handle derpå, når man i tilværelsen som bruger stilles så mange konfliktuerende betingelser, der medfører utryghed omkring risici, magtesløshed og ambivalenser?

### **7.2.1 Delkonklusion** (Fælles)

Vi har i dette afsnit udforsket, hvorledes subjektiveringsprocessen kan medføre forskellige dilemmaer ud fra brugernes italesættelser om, hvordan de situerer sig i deres individuelle recoveryprocesser. Brugernes egne opfattelser og ønsker for deres tilværelse stemmer ikke altid overens med, hvad der tillægges værdi i andre sammenhænge, som brugerne indgår i.

Deres positioneringsmuligheder opfattes forskelligt, alt efter hvorledes de forstår omgivelsernes forventninger til, hvordan man bør gebærde sig, tage ansvar og forvalte recoveryprocessen. Derfor udtrykkes der konflikter hos brugerne som følelser af skyld, skam, meningsløshed og utryghed, tilknyttet nogle socialt konstruerede risici, som brugerne forsøger at undvige i deres mestring for ikke at afvige fra normen. Vi har fået øje på en række diskursive betingelser, der kan virke begrænsende, idet brugerne selv skal kunne gribe ansvaret og lede deres recovery ud fra, hvad de subjektivt finder mening i. Recoveryorienteringen åbner altså både for nogle muligheder, samtidigt med at der opstår nogle forhindringer, idet brugerne skal skabe deres personlige recovery ud fra modstridende forståelseshorisonter. Vi vil udfolde disse forståelser ved at sætte spørgsmålstejn ved, hvorvidt brugere har frie muligheder for at handle recoveryorienteret i overensstemmelse med deres egne selvforståelser og meningshorisonter. Før vi kommer dertil, vil vi dog først undersøge, hvordan disse influerer på, hvorledes brugerne vælger konventionel behandling og/eller personlige recoveryorienterede handlinger.

### 7.3 Analysetema 3: Konventionel behandling & personlige handlinger i individuelle recoveryprocesser (Hannah)

Vi har nu undersøgt, hvorledes brugerne bliver til som subjekter. Herunder har vi fået indsigt i tilblivelsesprocessens konfliktuerende forhold, der erfares som dilemmaer og ambivalenser. I dette analysetema rejser vi spørgsmål ved, hvordan disse dimensioner i subjektivering og brugernes subjektive praksisser kan forstås sammenhængende med, hvorledes brugerne benytter sig af forskellige konkrete behandlinger og/eller handlinger i vejen mod at komme sig. Afsnittet belyses med teori fra hele det teoretiske begrebsapparat. I teorikapitlet viste vi kort nogle uddrag fra citater, hvor brugerne beretter om handlinger og aktiviteter, de anser som betydningsfulde i deres vej til recovery, det vil sige personlige handlinger. I følgende afsnit trækker vi hovedsageligt eksempler frem, hvor brugerne fortæller om deres brug af konventionel behandling. Dette er fordi, vi er interesserede i, hvordan vi kan forstå brugernes valg af konventionel behandling, og den mening de tillægger dette, når de samtidig udtrykker, at det i højere grad er de personlige handlinger, der hjælper dem til at komme sig.

### “En meget lille pris. Der var ikke noget alternativ” (Hannah)

Vi skal nu vende tilbage til Laura, som beskriver en tidligere svær periode, hvor hun følte sig nødstedt til at indvillige i de fagprofessionelles vurdering af, at hun skulle have elektrochokbehandling og kemisk medicin - konventionel behandling. Laura reflekterer i det følgende citat over sin afvejning af den konventionelle behandlings betydning for hende:

Jeg ser det som, at jeg var ved at dø, og så levede jeg videre, og det her var prisen [Hukommelsesbesvær], og det er en meget lille pris. Det er en pris, men det er en meget lille pris. [...] Der var ikke noget alternativ. Ja. Jeg var virkelig langt ude. [...] jeg havde tænkt på selvmord, jeg havde ikke tænkt på andet end selvmord i en måned på det tidspunkt, jeg kunne ikke holde til mere, altså. Det skulle gå hurtigt. Og det virkede [Elektrochok behandlingen] (Laura: 96).

I citatet forklarer Laura, at hun ikke havde *tænkt på andet end selvmord i en måned*. I situationen vælger Laura derfor at modtage elektrochok, fordi der, som hun siger, *ikke var noget alternativ*. Det virker til, at Laura ser sine valgmuligheder mellem enten *selvmord* eller at modtage elektrochokbehandling og kemisk medicin. Laura finder den konventionelle behandling meningsfuld i situationen, fordi alternativet er, at hun *ikke kan holde til mere*. Laura opvejer konsekvenserne og bivirkningerne ved den konventionelle medicin til gengæld for at have fået muligheden for, at *så levede* [hun] *videre*.

Lauras opfattelse af sine muligheder og valg af handlinger kan forstås i sammenhæng med, at hun opfatter sig selv som værende i livsfare. Som vi har foreslået, kan der være talehandlinger og fortolkningsrepertoarer, der kan være medvirkende til, at hun beskriver sig selv *virkelig langt ude*. I den forståelse vurderer hun sig selv som langt ude med afsæt i det, der betegnes og anses som normalt i den givne kontekst (Foucault 2005: 93). På den baggrund ser Laura sin eneste handlemulighed som at godtage de fagprofessionelles anbefalinger om elektrochok og medicinsk behandling, som dermed tilskrives en mening (ibid.: 94). For Laura betyder det, at hun fralægger sig ansvaret og tilliden til sin egen formåen, og i stedet overgiver hun tillidsfuldt de fagprofessionelle ansvaret for sin egen behandling (Hunt 2003: 169). Der skal ikke herske nogen tvivl fra vores side om, at Laura har opfattelsen af, at hun var i livsfare, og på det grundlag må have haft det ganske dårligt. Vi bliver blot optagede af, hvordan Lauras vurdering kan forstås i lyset af det fortolkningsrepertoire, der er tilgængeligt og influerer på måden, hun forstår sin egen situation.

Et andet sted i interviewet italesætter Laura et anderledes forhold til konventionel behandling. Da hun fortæller os, at hun ikke tager medicin længere, forklarer hun:

Jeg er en af dem - medicin virker ikke for mig. Eller jeg har været på virkelig mange antidepressiva, angstdæmpende, alt muligt. Det virker modsat. Antidepressiva gør mig mere deprimeret, og angstdæmpende gør mig mere angst. Jeg får tics og begynder at.. ja. Det er helt galt (Laura: 96).

Laura udtaler, at *medicin virker ikke for* [hende] [...] *det virker modsat*. Hvordan kan vi forstå dette i sammenhæng med hendes tidligere udtalelse om, at den konventionelle behandling var hendes eneste alternativ? Det lader til, at Laura tillægger den konventionelle behandling mening i visse situationer – når risikoen opleves stor nok. Med tanke for vores tidligere analyser, kan Lauras valg af handlinger ses som en måde, hvorpå hun håndterer og forvalter den position, hun er blevet stillet. I det konkrete eksempel viser Laura tillid til de handlinger, der anvises som retningsgivende for, at hun kan undgå eller leve med den risiko, hun opfatter sig selv i via diagnosen: *“jeg var ved at dø”* (Laura: 95, jf. *Teoritema 2*). Laura fortæller, at hun gentagne gange forsøger med den kemiske behandling med *virkelig mange* forskellige præparater, men denne form for konventionel behandling virker ikke for hende.

Man kan forstå det således, at Laura i de to situationer graduerer sine muligheder. Det lader til, at Laura opfatter sig selv som *er en af dem*, der ikke har gavn af medicin. I andre tilfælde sikrer konventionel behandling hende en fysisk overlevelse, men den lader ikke til at være bidragende til, at hun oplever at komme sig over sine psykiske udfordringer ud fra forståelsen *personlig recovery*. Det kan altså virke til, at Laura i nogle tilfælde oplever konventionel behandling meningsfuld – en socialt konstrueret mening, der er skabt på baggrund af det tilgængelige fortolkningsrepertoire om, at hun har brug for behandlingen. Men det lader ikke til, at Laura tillægger behandlingen en subjektiv mening, der gør, at hun kan komme sig. Det er der derimod andre handlinger der gør, som vi ser nærmere på i det følgende.

### **“Hvordan bliver jeg lykkelig?”** (Maja)

Laura beretter i det følgende om, at hun har brug for at skabe *et overordnet mål i livet* samtidig med, at hun finder frem til forskellige handlinger i hverdagslivet, hun finder meningsfulde. Laura gør dette ved at finde frem til, *hvad der virker, og hvad der ikke*

*virker*, hvilket vi tolker som Lauras personlige handlinger, der bidrager til, at oplever en personlig recovery.

[...] sådan helt overordnet: “hvad er mit mål i livet, hvordan bliver jeg lykkelig?” Og også sådan meget konkret til hverdag, hvad kan jeg så gøre, altså hvad virker, og hvad virker ikke. [...] Så lige fra det helt store til det helt små. Og det virker. Og også det der med de helt små konkrete ting virker i hvert fald bedre for mig. [...] og jeg ved, nu har jeg det dårligt, men hvis jeg gør det her, så får jeg det bedre. Det er stadigvæk svært, men hvis jeg har det i bagehovedet, at hvis mit mål med at få det bedre, er dét her - jeg skal den vej. Så er det nemmere (Laura: 94).

I citatet kommer det til udtryk, at det er afgørende for Laura, at hun har et overordnet mål i livet, der er henvist til spørgsmålet om, *hvordan bliver [hun] lykkelig*. Vi forstår dette som, at Laura har brug for en mere overordnet mening i sit liv, der ikke bare gælder akutte situationer relateret til sygdom, men netop er omhandlende, hvordan hun skaber et meningsfuldt liv. Ligeledes finder Laura det afgørende, at hun på et mere konkret plan har indsigt i, hvilke *små konkrete ting* hun kan gøre, hvis hun har det dårligt, og som medvirker til, at hun *får det bedre*. Disse *små konkrete ting*, [der] *virker bedre for* [hende], tolker vi netop som Lauras personlige handlinger, det vil sige de handlinger, hun finder meningsfulde og som hjælper hende på sin vej mod at komme sig. I dette udsagn udtrykker Laura en forståelse af, at hun selv har nogle ressourcer og selv kan gøre noget for at få det bedre og skabe sin egen mening og mål i livet, der sammen med konkrete handlinger hjælper hende. På denne vis kan udsagnet vise, at Laura i denne situation modsat tidligere skaber en salutogenetisk subjektiv praksis (Jansbøl & Johansen 2009: 11-13), hvori hun ser flere muligheder for sig selv til at handle. I modsætning til det tidligere citat lader det også til, at Laura selv sætter retning for sine handlinger og mål.

Ovenstående eksempler får os til at rejse spørgsmålet: Hvad er det egentlig for et valg brugerne har? Vi har fået forståelsen af, at Laura har en opfattelse af at have forskellige valgmuligheder for at handle. I de forskellige situationer afvejes og opvejes meningstilskrivelsen ud fra de konsekvenser, hun ser.

### **“Indtil videre er jeg da nok nødsaget til at tage det” (Signe)**

Bent italesætter noget lignende i det følgende, hvor han sætter ord på, hvor han ser sig selv i fremtiden i relation til sin recovery. Laura bruger ikke længere medicin grundet



bivirkningerne, men det fortæller Bent, at han gør. I den forbindelse bruger han betegnelsen “*stabil*” i forhold til sygdommen, og tilføjer:

[...] så i den forbindelse har medicinen i hvert fald hjulpet. [...] På længere sigt tror jeg, det har meget uheldige bivirkninger nemlig. Man har hørt om, at antidepressiver har langt mere skadelige bivirkninger, end man egentlig ved i dag. Og så at det også kan medføre tidligere dødsfald (Bent: 121).

I situationen har Bent netop udtalt, at medicinen har hjulpet ham, men italesætter nu, at bivirkningerne har en konsekvens. Italesættelserne kan udtrykke en ambivalens eller tvivl hos Bent. På den ene side vil han gerne være *stabil* og har i den forbindelse brug for medicin. Men samtidig ser han alvorlige konsekvenser ved dette, der potentielt set kan *kan medføre tidligere dødsfald*. Det kan ydermere tolkes, at Bent ikke har tillid til, at de fagprofessionelle nødvendigvis kan forudse dette, idet han udtaler: *antidepressiver har langt mere skadelige bivirkninger, end man egentlig ved i dag*. Dette sætter Bent i en situation, hvor vi ikke kan lade være med at tænke, hvilke valgmuligheder dette stiller for ham. Kan han undgå at følge konventionel behandling, som han selv finder tvivl ved denne?

Bent svarer selv på dette i en anden udtalelse: “*Det er da klart. Det er éns eget liv, det drejer sig om. Og det vil man da gerne bevare så længe som overhovedet muligt – især når man har børn. Så det er da klart, man tænker over det. Men indtil videre er jeg da nok nødsaget til at tage det*” (Bent: 121). Ifølge Bent er han *nødsaget til at tage det* [medicinen]. Hvorfor, kan man spørge? Det lader til, at Bent selv har en tvivl om, hvad den kemiske medicin har af konsekvenser for hans ønske om *bevare [livet] så længe som overhovedet muligt*. Hvordan kan vi forstå Bents meningshorisont, som han rationaliserer sine valg efter?

Vi optagedes af hans henvisning til, at medicinen holder ham stabil. Betegnelsen *stabil* kan være lægefagligt sprog for at vurdere, at der er en acceptabel balance mellem brugerens sygdomssymptomer og bivirkninger, og at brugeren kan have et tilfredsstillende liv. I den forstand betegner Bent sig altså som stabil, men det lader alligevel til at stride imod hans forventninger til sit eget liv. Og Bent har “*lysten til at blive rask igen selvfølgelig*” (Bent: 124). Men som han så igen udtaler, så “*er man er jo ikke rask, når man stadigvæk får medicin*” (Bent: 124). Nu bliver det kompliceret, for hvad er det egentlig Bent siger? Bents italesættelser illustrerer en spiral, hvor han tilskriver mening til den konventionelle medicin, fordi han er nødsaget til at tage den for at blive *rask*. Han

forbinder dog ikke det at tage medicin med at være rask. Der kan således være tale om, at Bent ikke tillægger behandlingen en subjektiv mening. Denne finder han i stedet gennem andre, personlige handlinger: *“Jeg har altid godt kunne lide motion. Og det har man også altid vidst, virker på psyken i den positive retning. Og musikken har jeg altid nydt og glædet mig meget over. Så det har jo den samme virkning”* (Bent: 119). Men det problematiske kan være, hvis den konventionelle behandling medfører en risiko for, at Bent ikke har samme mulighed for at prioritere og vælge sine personlige handlinger. Bents udtalelse er ikke enestående. Vi vil derfor se nærmere på en udtalelse fra Susanne.

Susanne italesætter noget lignende Bent, når hun beskriver sit forhold til kemisk medicinsk behandling:

Jeg ved hvor vigtigt det [kemisk medicin] er, for ellers bliver jeg syg. Så det har jeg indstillet mig på. Jeg har en meget stor selvforståelse over for mig selv, en stor selverkendelse over for mig selv. Så jeg ved godt, at det godt kan være svært, men alligevel så er jeg godt klar over, at jeg skal have de piller, jeg skal have den medicin, for hvis jeg ikke får dem, så bliver jeg totalt rablende, det ved jeg (Susanne: 168).

Bent og Susannes måder at tænke deres muligheder på som en del af deres selvforståelse kan medføre, at de tænker deres handlemuligheder som relateret til en kausalitetsopfattelse af sygdommens manifestation, forløb og behandling (Jansbøl & Johansen 2009: 12-13). Susanne udtaler direkte, at hun har en *stor selvforståelse og selverkendelse*, der indebærer, at hun erkender og indstiller sig på, at hun skal have medicin. Dette fortolker vi som en måde, hvorpå Susanne adapterer og direkte integrerer den patogenetiske sygdomsforståelse i sin egen selvforståelse. Det medvirker til, at hendes handlemuligheder centrerer om konventionel behandling.

Vi kan forstå Laura, Bent og Susannes handlinger som en måde hvorpå, de håndterer deres recovery ud fra en tillid til ekspertsystemet om, at det ved bedst, selvom tilliden ikke kan valideres og derfor bringer brugerne i tvivl om, hvorvidt de nu gør det rette ved at følge de fagprofessionelles anvisninger (Hunt 2003:170). Men ved at overlade ansvaret til ekspertsystemet kan det fastholde brugeren i stabiliserende rammer og i en sygdomserkendelse af ikke selv at have god nok føling med sin sygdom og derfor have behov for systemets hjælp til at fastholde erkendelsen (Foucault 2005: 89; Jansbøl & Johansen 2009: 110). Bent udtrykte det: *så i den forbindelse har medicinen i hvert fald hjulpet [til at blive stabil]* og Susanne udtrykte det: *Jeg ved hvor vigtigt det [kemisk*

medicin] er, for ellers bliver jeg syg. Det lader til, at det på den måde kan opleves som en tryghed at lade sine følelser patologisere, så man ikke selv skal stå til ansvar for “sygdommens” udfald (Åkerstrøm & Born 2005: 98).

Denne biomedicinske kausalitetsopfattelse (ibid.: 100), som synes så dominerende i den psykiatriske praksis, udtrykkes også af Laura, når hun igen refererer til en tidligere episode, hvor hun blev tilbudt konventionel behandling: “Og alligevel insisterede de på, at hvis man skal have elektrochok, så skal man have piller også. Så det fik jeg. Og det gjorde det samme som det altid gør, hvilket var, at det bare gjorde mig dårligere” (Laura: 110). Laura italesætter altså, at hun i den psykiatriske praksis har mødt en diskursiv logik om, at hvis man skal have elektrochok, så skal man [også] have piller. Det lader til, at Laura oplever sundhedssystemet som havende et essentialistisk fokus på sygdom, hvori hendes egne erfaringer med medicinen ikke bliver hørt eller ikke tillægges samme værdi, som de fastsatte behandlingsregimer (jf. *Teoritema 1*). Det kan være vanskeligt for brugerne at inddrage et kontekstuel fokus på sig selv samt personlige handlinger, hvis dette ikke praktiseres og understøttes i den psykiatriske praksis, som de også er en del af.

### **“Jo mere personligt det bliver, jo bedre virker det” (Maja)**

Brugerne italesætter, det vi forstår som personlige handlinger, netop er det, som tillægges en mening, der gør, at brugerne oplever en *personlig* recovery og får et meningsfuldt liv. Som Laura udtaler: “Og jo mere personligt det bliver [Handlinger der skaber velvære], jo bedre virker det. [...] Og så samtidig kan man (...). Ja, blive sig selv, og lave sin helt egen version, som netop virker kun for dig, men til gengæld virker utroligt godt for dig” (Laura: 96). Det synliggøres i Lauras udtalelse, at det essentielle i hendes recoveryproces er at finde frem til meningsfulde handlinger – og *lave sin helt egen version*. Det vil sige, at Laura ser det som en nødvendighed, at hun finder ud af, hvad der *virker utroligt godt for* [hende]. Idet hun udtaler, at *jo mere personligt det bliver*, kan det forklare, at Laura ser recoveryprocessen som en subjektiv proces, hvor den enkelte ikke blot må tage ansvar for sine handlinger, men hertil ligeledes må skabe meningen med disse. Det kan ud fra Lauras udsagn forstås som at *blive sig selv*. Det vil sige, at subjektivering og deri meningsperspektivet hænger sammen med de handlinger og valg, den enkelte bruger tager. Citatet kan

altså forstås således, at Laura ser personlige handlinger som en vigtig del af sin recoveryproces.

Men som de fremhævede citater fortæller, så tillægger brugerne også de konventionelle behandlinger mening, fordi behandlingen anskues som en måde at opnå recovery på - ud fra den forståelse at recovery opnås, når brugeren er *stabil*, ikke er i livsfare, og vurderes symptomfri. I den forstand bliver det tydeligt, at recovery kan have flere definitioner og målsætninger (Barber 2012; Jensen 2002; Nidel 2011; Jensen, Olsen & Sørensen 2004; Borg, Karlsson & Stenhammer 2013). Recovery kan således både forstås i en biomedicinsk og klinisk forstand, som når brugeren bliver fri fra symptomer og kan varetage en tilfredsstillende funktion i samfundet. Eller recovery kan forstås i mere personlig forstand, som når brugeren oplever at leve et meningsfuldt liv med brug af de handlinger, som denne finder betydningsfulde.

### 7.3.1 Delkonklusion (Fælles)

I analysetemaet har vi fremhævet udsagn, hvor brugernes italesættelser kan læses som udtryk for differentierede meningsperspektiver, der gør sig gældende som common sense-forståelser konstrueret som sociale og diskursive, normative meningsdannelser. Herunder er der tilknyttet særlige fortolkningsrepertoier, som brugerne definerer deres subjektivitet ud fra. Brugernes meningsperspektiv kan siges at manifestere sig i deres specifikke valg og handlinger. På den ene side kan vi forstå en patogenetisk sygdomsforståelse, når brugerne subjektiveres som livstruende syge, hvormed deres mening skabes ud fra en forståelse af, at mestringer og de tilgængelige handlemuligheder må ske gennem konventionelle behandlingsformer. Den patogenetiske tankegang kommer netop til syne, når brugeren orienteres mod at skulle genoprette en ubalance, der får eksistensgrundlag som 'sygdom' (jf. *Teoritema 1*). Brugers meningstilskrivelse kobles dermed op på, at konsekvenserne heraf udgør *en meget lille pris*, mod at *være ved at dø*, som Laura italesatte det. I de tilfælde kan det tolkes, at brugeren oplever mening knyttet til overlevelse frem for personlig recovery.

Men vi har også set, at brugerne udvikler personlige handlinger, der udspringer af en salutogenetisk forståelsesramme. Hertil kan vi vurdere, at brugernes subjektive meningstilskrivelser – med tanke på hvad de ser som meningsfulde erfaringer i deres recoveryprocesser – ikke altid tillægges betydning i den gængse sociale konstruktion af, hvad der opfattes som ‘sand viden’. Hvordan kan vi så forstå brugernes muligheder for, hvordan de oplever mening i deres recovery? I det næste og sidste analysetema vil vi forfølge dette spørgsmål og undersøge, hvilke muligheder brugerne har for selv at have indflydelse på deres recovery.

## 7.4 Analysetema 4: Et spørgsmål om frie handlemuligheder i brugeres recoveryprocesser? (Maja)

Ovenstående analysetemaer tegner rammen for nogle betingelser, som brugerne agerer under i deres recoveryprocesser. Brugernes subjektive praksis influerer på, hvordan brugerne *gør* sig selv og kommer sig på forskellig vis. I denne tilblivelsesproces kan vi forstå de forskellige aspekter af subjektiveringens dialektiske konstruktion, hvor subjektet objektgør sig for igen at subjektiveres (Foucault 1982: 781; 2005: 94). Det er disse præmisser for subjektiveringen, vi betragter som betingende aspekter for brugernes udfoldelsesmuligheder i deres recoveryproces.

Med udgangspunkt i de opstillede problematikker om brugernes begrænsende mulighedsbetingelser i subjektiveringen, får vi oplevelsen af at stå tilbage med en undren over, hvordan det overhovedet er muligt for brugeren at skabe sammenhæng, mening, autonomi og frihed til selv at vælge, forme og udleve de handlinger, brugeren individuelt finder bedst for at opnå velvære. Det afgørende spørgsmål er dermed: Hvordan kan vi forstå muligheden for *frihed* i brugerens valg og handlinger, så brugeren kan tage *magten* over egen recoveryproces, således at denne forenes med, hvad brugeren subjektivt finder meningsfuldt?

I de forrige analyser stiftede vi bekendtskab med Mette, Kim, Bent, Vera, Laura og Susanne. Vi vil nu trække nogle gennemgående og afgørende tråde ned derfra og sammenkæde brugernes italesatte erfaringer med recoveryunderviseren og -konsulentens

og deres forståelser af brugeres udfoldelsesmuligheder i recoveryprocessen. Disse empiriske udsagn diskuterer vi ud fra et teoretisk perspektiv, der kan indfange vores rejste spørgsmål, så vi kan afrunde besvarelsen af problemformuleringen.

### **Har brugere frie valg?** (Signe)

Med dette afsæt fremhæver vi nu et citat fra vores interviewsamtale med en underviser fra Skolen for Recovery, hvor flere af ovenstående spørgsmål sammenholdes i underviserens udsagn. Da vi interviewer underviseren kommer vi først ind på, hvordan hun underviser i og forstår recovery. Dertil udtrykker hun, at hun finder det nødvendigt at informere brugere om, at de må finde personlige veje til at håndtere deres recoveryprocesser. I den forbindelse fortæller hun, at: *“det er simpelthen så individuelt”* (Underviser: 17), hvilken vej folk vælger, og hvad der gør, at de kommer sig. Underviseren forklarer, at brugerne har rigtig mange valgmuligheder. Dette vil vi have uddybet, så vi spørger:

I1: Hvordan kan de [brugerne] håndtere så mange valg? Hvad har de af muligheder?

C: Jamen det er sådan, det er at være menneske. Man skal foretage sig valg, og det er der også i arbejdet med recovery. Man har selv nogle valgmuligheder, og det er der jo nogen, der oplever, når de bliver ramt af alvorlig psykisk lidelse - at de har ikke noget valg - der kører bare en motorvej [Brummer], som de er nødt til at hoppe på, og gøre det hele bare som hvad, der nu bliver sagt. [...] Alene det at få at vide, at du har nogle valgmuligheder, som du selv skal være med på. At det er dig selv, der skal tage medicinen. Det kan godt være, at lægen anbefaler dig noget, men det er faktisk dig selv, der skal sige ja. Og rent faktisk at tage den.

I1: Kan det ikke være vanskeligt for nogen?

C: Det er det. Og for nogen, der må man sige: "Ved du hvad det er fint, du bare giver din vilje hen til din behandler. Altså det er rigtigt fint - gør det". For det kan være for tungt at tage alle de der beslutninger, og man er jo ikke klædt nok på (...) Men det der med, at have den fornemmelse af, at man selv får lov at bestemme. Man KAN få lov til at bestemme. Man bestemmer jo faktisk også, når man afgiver sin autonomi. Hvis det er vigtigt for dig i perioder, at afgive din autonomi - blive indlagt. Der er nogen, der passer på dig. At det er dine pårørende, der går med til lægesamtalen og er med til at beslutte, hvad der skal foregå. Du har afgivet den, det er dig, der bestemmer, at du afgiver den. Altså det synes jeg, det giver mening, [...] det der med, at folk har en oplevelse af selv at kunne bestemme noget (Underviser: 56).

Svaret indeholder mange af de tematikker, vi tidligere har set i brugernes udsagn - dog ser vi nu brugernes valgmuligheder fra en undervisers perspektiv. Vi vil nu se på, hvordan vi kan forstå brugernes mulighedsbetingelser ud fra de forhold, underviseren tager op.

Underviserens udtalelse om at: *Man skal foretage sig valg*, forstår vi som en af de betingelser, brugeren stilles som led i sin recoveryproces. Valget forbindes nemlig med, at

sådan er det at være menneske. Hun tilføjer at: *Man har selv nogle valgmuligheder* – også selv om brugere kan opleve, at de ikke har nogle eksempelvis, *når de bliver ramt af alvorlig psykisk lidelse*. Med afsæt i underviserens udsagn, lægges der i hendes forståelse af recovery vægt på, *at folk har en oplevelse af, selv at kunne bestemme noget*, ligeegyldigt hvor svær en periode, de befinder sig i, selv når *det kan være for tungt at tage alle de der beslutninger*. Udsagnet hentyder til, at der ligger en række valgmuligheder, som brugere skal forholde sig til i forbindelse med deres recoveryproces; de må *vide, at [de] har nogle valgmuligheder, som [de] selv skal være med på*. Men her rejser spørgsmålet sig om, hvordan brugerne gøres bevidste om, at de sættes i en position, hvor de kan *vide*, at de selv har nogle muligheder for valg, de kan træffe og dernæst handle på.

Tidligere i interviewsamtalen fortæller underviseren, at recoveryorienteringen blandt andet går ud på, at brugeren må sætte sig nogle mål for, hvilken retning recoveryrejsen skal tage. Dertil handler det om at finde ud af, hvor man gerne vil hen for at skabe sig en god tilværelse, samt hvordan man konkret kan handle for at opnå målet – *“Men det er faktisk rigtig svært at lave mål for sig selv”* (Underviser: 44), understreger underviseren. Som vi forstår det, kan valg og mål ses sammenhængende. Hvis individuelle mål er vanskelige at sætte, må de valgmuligheder brugerne får også være udfordrende at handle på – især når man som bruger befinder sig i en svær periode, ligesom blandt andet Vera tidligere har udtrykt som perioder med *“grå”* og *“sorte depressioner”* (Vera: 147, 148).

I en teoretisk optik kan man forbinde valget med et frihedsaspekt, som individet kan benytte sig af (Fogh Jensen 2005: 330). Når underviseren udtaler, at brugere må *vide, at [de] har nogle valgmuligheder*, kan det sidestilles med, at brugeren bør have viden om, at de har en ‘fri vilje’ – og denne vilje bør udnyttes til at foretage valg med henblik på at opnå målet om recovery.

Recoverykonsulenten, som vi ligesom underviseren har interviewet for at få et eksternt blik på brugeres mulighedsbetingelser, underbygger antagelsen om, at viden medfører muligheder for, at den enkelte bruger får oplevelsen af at kunne vælge. Han indskyder nemlig, at: *“Man selv skal være aktiv. Hvis du skal det, så skal du være i stand til at vælge, og hvis du skal være i stand til at vælge, er du nødt til at have viden. Du er nødt til at vide, at der er muligheder for at vælge”* (Recoverykonsulent: 30). Spørgsmålet er, om viden om,



at man har valgmuligheder, oprigtigt udløser en opfattelse hos brugerne af, at de har frihed til selv at vælge. For at finde svar herpå, vil vi først søge forståelse for, hvilke betingelser der muliggør eller begrænser brugernes valg.

### **Muligheder & begrænsninger for brugernes handlemuligheder (Maja)**

Specialets tidligere analyser af brugernes udsagn om, hvordan de skaber sig selv og deres forståelser af, hvad der for dem giver mening i deres recoveryproces, giver os en forståelse af, at deres subjektivitet og meningshorisont er konstrueret på baggrund af flere betingelser. Blandt andet spiller deres sociale omgivelser en stor rolle i forhold til, hvordan brugerne betragter dem selv, deres mentale sundhed samt konkrete valgmuligheder. Ofte fremhæves det psykiatriske system som en kontekst, der har betydning. Med den forståelse i baghovedet, kan vi ikke lade være med at stille spørgsmålstejn ved, om brugerne har mulighed for at gøre sig andre tanker og handlinger, ud fra hvad de subjektivt finder mening i, og ikke blot hvad der kan anses som at være sociale meningskonstruktioner i den givne kontekst. Brugere afvejer jo kontinuerligt deres egne muligheder i forhold til, hvordan andre mennesker anskuer disse. Eksempelvis når de lader sig definere af de fagprofessionelles sygdomskategorier - diagnoserne og de behandlingsmuligheder der findes inden for hver kategori.

Sidst i interviewsamtalen med underviseren blev vi interesserede i at høre, hvorledes brugere har mulighed for at komme sig i dag efter at have etableret kontakt til det psykiatriske system. Underviseren svarer, at man:

[...] prøver at overføre de værdier, man har i somatikken til psykiatrien og sige, at når man har den diagnose, så skal man have den behandling, og når vi ved, at nogle af de her sygdomme varer rigtig mange år og ved, at det er noget, man skal leve med, så giver man behandlingspakker, der kører over atten uger, ik'. Der er noget der, der ikke hænger så godt sammen, og hvor man før forhandlede. [...] Og nu, der har de jo hele tiden øje for, at folk skal afsluttes (Underviser: 58).

Udsagnet virker i vores øjne lidt modstridende med hendes tidligere udsagn. Hun har netop italesat, at brugere *skal vide, at [de] har nogle valgmuligheder*, hvor hun her med sit eget ordvalg hævder, at man i psykiatrien er "*rigide*" (Underviser: 58) i de tidsafgrænsede *behandlingspakker*, brugeren må indordne sig efter, og at man i den forbindelse ikke længere kan *forhandle* sin behandling. Vi læser citatet som udtryk for en kritisk holdning

overfor, at hun ikke anser nutidens psykiatri som bestående af et bredt udvalg af frie valgmuligheder; hvilket vi i det tidligere citat kunne læse, var nødvendigt for brugere i deres individuelle recoveryprocesser. Underviserens første antydning om, at brugerne har et valg, står i skarp kontrast til hendes efterfølgende udsagn om, at der findes begrænsninger for forhandling i psykiatrien i dag. Pointen med at fremhæve underviserens to udsagn er, at der italesættes to modsatrettede diskurser om brugeres valgmuligheder, der begge er gældende i sociale praksisser inden for psykiatrien; et salutogenetisk og et patogenetisk rationale (jf. *Teoritema 1*).

Når vi holder vores brugeres udsagn fra de forrige analyser op mod underviserens, ser vi, at brugerne tildeles en række valgmuligheder, uanset hvilken diskursiv praksis de befinder sig i. De kan rette sig efter forskellige sundhedsorienteringer, men vi kan ikke sige, hvad der er bedst for den enkelte bruger. Det afgørende for brugerne er, hvilken retning der giver mening for dem selv. Derfor er målet med specialet ikke at vurdere, hvilken vej der fungerer. Det vi problematiserer er, at fordi brugerne navigerer mellem så modstridende handlemuligheder, så bliver det dette konfliktuerende forhold, der får konsekvenser for brugernes muligheder for at komme sig. Disse betingelser bliver da en implicit præmis for brugernes forståelse af sig selv og deres syn på, hvorvidt de har muligheder for at komme sig. Betingelserne findes altså i subjektiveringsprocessen selv - *l'être est conditionné au souci de soi!* (Foucault 1984: 61).

### **Det frie valg - en konflikt mellem autonomi & tilpasning?** (Hannah)

Ovenfor satte vi den 'frie vilje' i relation til brugeres 'viden' om valgmuligheder. Men vi har ud fra brugernes italesættelser fået en forståelse af, at valg af handlinger samtidigt indebærer, at de selv må tage ansvar for hvorledes dette håndteres. Med ansvaret tillægges brugerne krav om selvkontrol, -disciplin og -styring. De kan risikere at tage et valg, der afviger fra normen om, hvad der er hensigtsmæssig livsførelse; hvilket ikke er ønskeligt, når de allerede tidligere er blevet kategoriseret som afvigende via diagnosticeringen. Mulighedsbetingelserne kan på den måde opleves som begrænsende for brugerne, på trods af at mulighederne stilles åbne. På tværs af brugernes udsagn får vi nemlig en forståelse af, at friheden til selv at vælge er forbundet med en usikkerhed relateret til spørgsmålet, om

man overhovedet kan tage ansvaret for sig selv og sine handlinger. I tråd med denne problematik, kan vi betragte underviserens udsagn fra kapitlets første citat om, at: *Man bestemmer jo faktisk også, når man afgiver sin autonomi* (underviser : 56), som noget brugerne gør, for ikke alene at skulle stå til ansvar for deres recovery. Afgivelse af autonomi kan i den forbindelse ses som et resultat af de betingelser, brugerne stilles, når de skal tage valg, som for dem kan virke risikofyldte (Hunt 2003: 182; Olsson 2009: 152).

Vi har tidligere præsenteret Kim, hvis livssituation, ifølge hans egne beskrivelser, ville være lettere, hvis han sammen med diagnosen havde fået adgang til pakkeforløbet (jf. *Analyssetema 1 & 2*). Kim befinder sig i et dilemma, hvor han med fri vilje ønsker at afgive sin autonomi, fordi han er vidende om, at han på den måde ikke skal tage beslutninger for sine handlinger. Det synes paradoksalt, at man på denne måde kan få en oplevelse af frihed ved at afgive sin autonomi (Foucault 2005: 105). Vi forstår Kims handlemuligheder som en aktiv, men ubevidst underkastelse af den diskurs, han har indoptaget gennem sin deltagelse i den psykiatriske praksis. Herunder dominerer det biomedicinske vidensregimes diskurs der, ud fra underviserens italesættelse ovenfor, lyder, at: *når man har den diagnose, så skal man have den behandling, [så] folk [kan] afsluttes*. Når underviseren dertil siger, at: *Der er noget der, der ikke hænger så godt sammen* (56), får vi igen forståelsen af, at brugerne befinder sig i forskellige praksisser med konfliktuerende diskurser. Brugeren skal selv vælge personlige handlinger eller behandlinger, men alligevel får brugeren i det psykiatriske system en retning for, at det altså er *den behandling*, man skal have for at *afsluttes* (blive fri for symptomer). Hermed synliggøres idealet for den kliniske recovery, der som recoverykonsulent udtaler:

[...] er lavet på den biomedicinske sygdomsforståelse [...] klinisk recovery, det vil sige, der kigger de på symptomerne, [...] Og så, hvis du ikke har dem, så er du rask. Så er du kommet dig klinisk [...] du er selvforsørgende og kan leve uden hjælp, [...] hvis jeg nu ser på folk som stemmehører; 2 tredjedele af de som hører stemmer har aldrig problemer, de er fuldkommen raske. Så [...] dem kan de jo ikke få til at passe ind i deres [Den biomedicinske sygdomsforståelse] sygdomsmodel. For man kan jo sagtens forestille sig en der hører stemmer, der har et meningsfuldt og godt liv uden et arbejde (Recoverykonsulent: 28-29).

Recoverykonsulentens udtalelse stiller skarpt på brugernes muligheder for at udleve deres personlige recovery, der kan være begrænsede af definitionerne og målsætningerne for klinisk recovery.

Det synes næsten endnu sværere for brugerne at skulle træffe valg, der giver mening for dem, når de så ovenikøbet deltager i forskellige praksisser – samfundsmæssige praksisser (eksempelvis arbejde), recoveryorienterede og psykiatriske – hvor forståelserne om både, hvilke handlinger man skal foretage sig, samt hvad handlingerne skal rettes mod, ses modstridende. Både ideologisk og værdimæssigt konfliktuerer common sense-forestillingerne om, hvad mulighederne er for, at brugere kan udvikle sig fra deres psykisk udfordrende tilstand til noget bedre – om det så er, at: man skal lære at leve med det, komme sig, blive symptomfri, rask, afsluttes etc. (Foucault 2005: 76). Hvordan kan brugernes ønske om personlig recovery ud fra deres subjektive definition forenes med den patogenetiske diskurs, de også er underlagt?

### **At vælge sin egen vej - “det gode liv” (Signe)**

Vi henter nu et eksempel fra interviewsamtalen med Vera, der kan belyse, hvorledes diskurser om subjektive værdimæssige og ideologiske overbevisninger er betydningsfulde for den vej, hun vælger for at komme sig. Vera ser i modsætning til Kim nogle ressourcer hos sig selv, som hun anvender i sin recoveryproces. Vera udtaler: *“Hvad kan du så? Så vær nu glad for det. Altså det du kan. Og det er kommet med tiden, det må jeg indrømme. Det tog lidt tid. Men altså det der med at være herre over sit eget liv”* (Vera: 151). Med Veras udsagn forstår vi, at *det tog lidt tid*, og at hendes udvikling ikke kan bestemmes af psykiatriens tidsnommeringer (jf. underviserens citat ovenfor) eller andre instanser. Men efter Veras egen tidshorisont italesætter hun, at hun er blevet *herre over sit eget liv*. At være herre over sit eget liv, tolker vi som, at man selvstændigt og frit kan indrette sit liv efter sin egen meningshorisont.

Med en tværgående læsning af brugernes udsagn har vi fået forståelsen af, at deres recoveryprocesser handler om, at brugeren skal rette sine handlinger mod det, denne individuelt forstår som et godt liv. Men som vi tidligere har set både Laura og Vera sætte ord på jf. *Analysetekst 2*, udtrykker Mette ligeledes, at det samfundsmæssige syn ikke nødvendigvis stemmer overens med, hvad der i hvert fald efter hendes mening skal forstås som *et godt liv*:

[...] hele det her samfundsmæssige syn på, at vi skal arbejde 37 timer, vi skal have børn og vi skal bo sammen, vi skal have bil. Altså jeg har i hvert fald måttet indse; jeg er nødt til at tage udgangspunkt i mig selv, og hvem jeg er for at have et godt liv. Og det er nogle gange at lave nogle tilvalg og nogle fravalg (Mette: 137).

Når Mette fremhæver, at *nogle tilvalg og nogle fravalg* må foretages med hensyn til, om man skal leve sit liv efter omgivelsernes forventninger eller efter sine egne opfattelser af det gode liv, forstår vi det som om, at det for Mette – men som beskrevet også for de andre brugere – handler om at løsrive sig fra de omkringliggende forventninger. I stedet for at leve sit liv som det forventes ud fra gængse normer, handler det i stedet om at skabe en individuel mening for sit eget liv – *at tage udgangspunkt i [sig] selv*. Men er det så let at foretage de til- og fravalg, der muliggør *at have et godt liv?* Det at skulle forholde sig til samfundets forventninger om, hvad man skal kunne, lader til at få stor indflydelse på brugernes vurdering af sig selv.

Laura udtaler: “Når jeg bliver overladt til mig selv, føler jeg mig meget rask meget af tiden - ikke hele tiden; jeg har stadigvæk nedture tit [...] Jeg tror, jeg ser det sådan, at når jeg ikke bliver presset udefra, så føler jeg mig ret rask faktisk” (Laura: 103). Citatet giver os en forståelse af, at Laura til tider *føler [sig] ret rask*. Men som vi også har set tidligere, oplever hun et pres udefra omkring, hvad der i en common sense-forståelse defineres som rask. Lauras subjektive oplevelse er faktisk, at hun føler sig godt på vej mod at komme sig. Ligesom Vera også gav udtryk for, at hun med tiden efterhånden kunne blive *herre over sit eget liv*. Det er således først i sammenligningen med samfundets normer, at Laura rigtigt føler sig afvigende. Vi ser, at Laura også har behov for at regulere sin egen tid, og at hun kommer sig på sin personlige måde, gennem det hun finder passende at rette sine recoveryhandlinger mod – ligesom Mette antyder, at man må tage sig nogle valg, selvom disse kan stride imod, hvad der anses som værdifuldt udefra.

Vi optages af, hvordan brugerne – der italesætter opfattelser af, hvad de finder særlig mening ved – får mulighed for at tage ejerskab over deres handlinger, så de kan rette deres recoveryprocesser mod det, de subjektivt opfatter som meningsfuldt. Der må være et frihedspotentiale hos brugerne, som kan åbne handlemuligheder, der giver mening for den enkelte. Ifølge recoverykonsulenten og underviserens udsagn, kræver det at vælge og handle derpå en viden om, at man kan, og at der findes flere muligheder end, hvad

psykiatripraksissen præsenterer for brugerne. Men for én som Kim lod det til, at der kun var begrænsede muligheder. Vi må tilføje, at dette måske kan skyldes, at Kim endnu ikke har fået fremvist alle mulighederne, idet han kun få måneder forinden vores samtale har fået stillet diagnosen. I den forbindelse bliver det tydeligt for os, at vi skal være varsomme med at sidestille brugerne med hinanden. Brugernes udsagn peger på, at de befinder sig på forskellige subjektivt definerede steder i deres recoveryproces.

Hvor vi tidligere både i relation til Laura, Vera og Bent, kunne forstå, at omverdenens forventninger kan konfliktuere med den enkelte brugers subjektive opfattelse af, hvad der giver mening, giver Laura udtryk for, at det ikke blot er muligt at løsrive sig fra dette, men det er nødvendigt, for at kunne finde frem til: “*“Hvad er det allervigtigste i mit liv? Hvad gør mig glad? Hvad giver mening for mig?”*” (Laura: 99). Laura udtaler i forlængelse heraf: “[...] *så bliver man nødt til at droppe alt det der med: “hvad ville mine forældre også gerne have, jeg gjorde, hvad vil samfundet have jeg gør, hvad tænker naboer, og hvad burde jeg?”*” (Laura: 99). Det italesættes altså, at den subjektive mening om hvorvidt man kommer sig, adskiller sig fra omgivelsernes definition af recovery. Laura har erfaret, at der netop er flere måder at tænke recovery på. For hende findes recovery også uden for *systemet*. Hun skaber en *mening* med sin tilværelse, som synes at være uafhængig af andres forståelser. Laura definerer sin recovery som: “[...] *det er noget med netop håb, der er det vigtigste og retning, mening*” (Laura: 101). Det lader til, at når den subjektive mening finder sted, accelererer det brugernes oplevelse af, at det er muligt at skabe mening og retning i sit eget liv. Laura udtaler blandt andet:

[...] hvis du gerne vil være glad, så kan du ikke fokusere på dét, fordi dét gør dig ikke glad [...] jeg ved, at jo gladere jeg er, desto flere grunde har jeg, desto mere motivation er der for at passe på sig selv. Fordi jeg gerne vil være endnu gladere, have endnu flere kræfter, ja. Have et endnu bedre liv (Laura: 98).

Vi vil nu forsøge at forstå, hvordan brugerne kan opnå oplevelsen af frihed til at kunne tage ejerskab over deres recoveryproces.

### **En oplevelse af at have mulighed for at kunne tage ejerskab** (Maja)

Vi har indtil videre set, at der findes mange udfordringer forbundet med brugernes recoveryprocesser. Vi fremhæver nu et udsagn, hvor Mette efter vores forståelse italesætter

en udvikling med flere mulighedsbetingelser for sin recoveryproces. I forlængelse af hvor vi slap hende tidligere i analysetema 2, gengiver hun hvad psykiaterens diagnosticering gjorde ved hende:

Du er virkelig virkelig syg. Og nu skal du forstå, at det her det er en sygdom, som du skal leve med resten af livet”. [...] Så da jeg gik derfra, så tænkte jeg [...]: ”ligesom jeg har haft en influenza, der er jeg også blevet rask. Nu bliver jeg også rask”. Så jeg gik hjem og smed det hele i skraldespanden. Og så lå jeg i min seng i to dage og bare rystede og kom af med alt det her. Og [...] heldigvis gik det godt! (Mette: 127, 128).

Mettes udtalelse kan læses som en måde, hun definerer sig selv på - hun definerer sig selv som *syg* hvilket vi, ud fra hendes beskrivelser, forstår som en definition af en given recoverypraksis. Men hun accepterer ikke uden videre de betingelser, diagnosekategorien stiller, idet hun ser muligheder for at blive *rask*. Udsagnet kan tyde på, at Mette forhandler sin egen betydning af diagnosen (jf. *Analysetema 1*). Det, som optager os i Mettes narrativ, er, at hun ved at *smide det hele* [den kemiske medicin] *i skraldespanden*, konfronterer den usikkerhed, hun er blevet stillet i udsigt, hvis hun ikke følger de pejlemærker, der er blevet fastsat for hende. Dermed undgår Mette den potentielle risiko, diagnosen stiller, ved at hun netop finder en måde at handle uden om den risiko, hun er blevet stillet i udsigt (Hunt 2003: 175). Det kan tolkes således, at Mette vælger at tage sin *sygdom* i egen hånd. Hun godtager ikke den position, hun tilbydes, men forhandler sin subjektivitet, der stemmer overens med, hvad der giver mening for hende.

Det kan forstås på flere måder: Dels kan Mettes ansvarlighed forstås som en modstand mod de herskende diskurser – biomedicinen. Mettes handlinger kan nemlig tolkes som en konfrontation med den underliggende risikokonstruktion (Foucault 2009: 85) - hun kunne ikke forudse, hvad hendes handling ville medføre, men *heldigvis endte det godt*. Dels kan det perspektiveres som, at governmentaliteten manifesteres gennem hendes subjektive praksis; hun skal tage ansvar, lede sig selv og gøre sig uafhængig af behandlingssystemet. På den ene side kan man forstå Mettes handling som værende i overensstemmelse med recoveryorienteringen, idet hun viser ansvarlighed og selvstændighed i forhold til at forvalte sin egen recovery. På den anden side kan Mettes handling betragtes som en modstandspraksis mod, hvad der forventes i den psykiatriske praksis. Selv om hendes handling strider mod psykiatriens vidensrationale, handler hun netop efter en magtdiskurs, der dikterer, at man skal magte sin tilværelse. Mettes handling



kan altså forstås som en måde, hvorpå en styringsdiskurs om samtidens menneske- og frihedsideal gør sig gældende i samfundet (Åkerstrøm & Born 2005: 94-95). Selvdisciplin og ansvar for egne valg og handlinger praktiseres, så individet selvmægtiggøres. Vi ser dette, da Mette forsøger at optimere og realisere sig selv. Mette går fra at være sær og syg til særlig og sin egen – hun frigør sig fra diskursens prædikater (*se liberalise*) (Foucault 1984; 2009; Madsen 2015: 9).

Hos både Vera, Mette, Laura og Bent, som i analysetema 2 beskrev, at *det [er] ens egen indsats som gør, at man kommer et skridt videre*, har vi i vores læsning fået blik for de flertydigheder, der er i brugernes italesættelser. Vi har gennem vores fortolkning fundet frem til, at ovennævnte brugere villigt underkaster sig diagnosekategorierne med dertilhørende psykiatriske behandlinger, hvormed de sammensætter deres handlinger. Men vi ser også, at nogle brugere stiller sig kritiske overfor, hvad diagnosen kan tilbyde. Slutteligt er der andre, som formår at udforme deres egen vej med personligt definerede handlinger. Men hvordan kan det være, at disse brugere på trods af fremførte sociale, tidsmæssige, strukturelle og diskursive betingelser, som vi har set begrænser dem på forskellig vis, alligevel udviser en form for ansvarstagen ved at forhandle muligheder for valg i deres recoveryproces rettet efter, hvad de subjektivt finder meningsfuldt i deres proces mod at komme sig? (Foucault 2005: 102, 106).

### **Subjektivering - en måde at magte sin recoveryproces (Hannah)**

Brugernes refleksioner, om hvorvidt de oplever at have selvkontrol, ansvar, myndighed, lyst og vilje til at komme sig, har i vores analyser vist sig at være mobiliserende determinanter for, hvordan de har erfaret udvikling i deres egen recoveryproces. Der synes i den forbindelse at være noget om det at reflektere over egen tilværelse i relation til omgivelserne; at frisætte sig fra andres forestillinger og forventninger og tage sagen i egen hånd.

Vi undersøger, hvad der ydermere er medvirkende til, at brugere erfarer bedring i processen og ser muligheder for at komme sig ud fra, hvad de finder mening i. *Viden, magt og frihed* inddrages igen som tematikker til vor sidste analytiske spørgsmål. Til dette henter vi et

citat fra Bøje Larsen, som påviser Foucaults sene erfaringsdannelse om individets muligheder i subjektiveringsprocessen:

Foucault [...] præsenterer os for en række muligheder for at bekæmpe magten, for at udvikle og forme os selv og vores liv, ikke blot på magtens og vidensregimernes vilkår, men også på vores egne (2005: 72). [...] Individet kan vinde sig frihed til omstændighederne ved hjælp af en række "frihedspraksisser" [...] - veje til en personlig og politisk modvægt til samfundsmagten (ibid.: 74).

Hvordan kan vi forstå denne teoretiske antagelse i sammenhæng med vores empiriske udsagn? Og hvorledes findes der mulighed for, at brugerne kan *udvikle og forme dem selv på deres egne vilkår* – hvilke *frihedspraksisser* er der tale om? Selvrefleksion implicerer viden, og viden om sin *væren og gøren* i forhold til andre baserer sig på magtrelationer. Vi har tidligere antaget, at viden hænger sammen med magtens dimensioner etableret på baggrund af diskursformationer, der materialiserer sig i samfundets praksisstrukturer og institutioner, hvorefter disse afspejles i brugernes tankesæt og inkorporeres som del af deres subjektive praksis (jf. *Teoritema 1*). Magten gør sig gældende, uanset om den omhandler en position i et fællesskab og dertil den hierarkiske placering på den sociale rangstige, som er bygget op omkring uskrevne normer og regelsæt for "korrekt" adfærd (som vi fx så hos Susanne jf. *Analysetema 1*). Eller om den undertrykker en tanke omkring diagnosen og de implikationer, den medfører i tilværelsen (ligesom Mette havde jf. *Analysetema 1*). Uanset hvad, skal der specifikke vidensformer til, for at brugeren kan handle i forhold til den magtrelation, brugeren befinder sig i. Alle potentielle former for handlinger kan, med afsæt i en foucaultiansk optik, forstås som betinget af magtens diskurser; hvorfor vi ofte finder begrænsede handlemuligheder hos brugerne. Men fordi magten ikke er almægtig, kan brugerne selv regulere deres adfærd og mestre deres tilværelse gennem selvledelsen (*la conduite de soi* (Foucault 1984) som på dansk oversættes til: Førelsen af sig selv og sine handlinger). Frihed og magt er hinandens eksistensbetingelser. Således er der mulighed for at handle mod magten ved at finde frihed i selvledelsen (Fogh Jensen 2005: 324).

Brugernes handlemuligheder er begrænsede indenfor det mulighedsrum, de forstår sig selv i, fordi muligheden er subjektivt perspektiveret gennem de sundhedsforståelser, brugerne har tilegnet sig. Som recoverykonsulenten udtaler, så kan de italesatte sundhedsforståelser begrænse brugernes opfattelser af handlemuligheder "[...] hvis du har fået at vide, at du er

*syg og du er opgivet [...] og du har ligesom indstillet dig på, at du ikke har nogen fremtid [...] Så er det også meget svært for mange borgere at tage håbet”* (Recoverykonsulent: 31). Som vi har set i eksemplerne med Mette og Laura ovenfor, har de begge – bevidst som ubevidst – underlagt sig nogle diskurser. De har begge godtaget diagnosen og dennes præmisser for handling. Vi har forstået at Mette og Laura, ligesom de andre brugere, oftest handler efter, hvad omgivelserne forventer af mennesker med en diagnose. Dog har vi ud fra Mette og Lauras sidst fremhævede citater kunnet tyde, at de reflekterer over den position, de har indtaget; de subjektiveres gennem diagnosens objektivisering. De synes at opfatte deres egen position som et tegn om, at ”der må gøres et eller andet”, hvilket fordrer handling fra individet (Hunt 2003: 175). Vi tolker, at de her trods de mulighedsbetingelser, som i den gængse common sense-forståelse tilbydes som en ”rigtig” måde at handle på ud fra deres diagnoser på og reflektivt tager stilling gennem deres subjektive meningshorisont. Det er blevet muligt for dem at tage ejerskab og vinde magten tilbage, ved at forhandle deres handlemuligheder mod den form for recovery, de ser sig selv bedst i. De tager ansvar for egne handlinger, og idet de magter deres tilværelse, skaber de retning i deres recoveryproces.

Man kan diskutere, om dette så ikke blot implicerer, at de så netop indtager den forventede position, der stilles i recoveryorienteringen. Dog lader det til, at denne positionering muliggør en højere grad af personlige handlinger, der medfører en oplevelse af subjektiv mening. Men hvilke diskurser de underordner sig - ligegyldigt om det er den biomedicinske eller den recoveryorienterede – er ikke det afgørende. Vi ser jo, at nogle brugere finder tryghed og mening i at fralægge sig deres autonomi - hvilket så ligeledes kan opfattes som en slags frihed fra ikke at skulle tage ansvar. Efter hvad vi har forstået ud fra brugernes udsagn, er det vigtige i brugernes recoveryprocesser, at de skaber deres recovery efter, hvad de hver især ser en mening i, så følelsen af magtesløshed overskygges af oplevelsen af at kunne magte den tilværelse, de gør sig i.

#### 7.4.1 Delkonklusion (Fælles)

At komme sig over psykiske udfordringer er at begribe begrundelsen for dem, så man overkommer underkastelsen ved at mestre udfordringerne. Derfor er *selvrefleksion* om egen *position* og *objektivering* præmissen for *subjektiveringen* og altså for subjektets tilblivelse – brugernes recovery. Vi kan med forrige analyser nu se et kompleks af faktorer, der har betydning for brugernes erfaringer med, hvorvidt de oplever frie handlemuligheder i overensstemmelse med, hvad de finder meningsfuldt. Ud fra brugernes udsagn har vi fået åbnet blikket for, at det er muligt at forhandle en position, hvortil man kan skabe éns egen subjektive mening med andre handlemuligheder, end hvad de enkelte praksisser oprindeligt tilbyder. Brugere har altså muligheder for at rykke på de ellers nogle gange “determinerende” diskursiverede mulighedsbetingelser for at handle i deres recovery. Men det kræver vilje til viden om egen objektivering, og at andre muligheder findes, samt refleksivitet om hvordan man gennem forhandling kan positionere sig efter, hvilken form for recovery der giver mening for én. På denne måde ser vi, at nogle brugere forsøger at tage magten over egen recoveryproces, så denne skabes ud fra deres subjektive meningshorisont. Men det potentiale for at opnå frihed, som teorien stiller, kan synes vanskeligt at opnå i praksis, idet individet er indfanget i en vifte af styringsformer og betingelser. Brugernes mulighed for at forhandle nye positioner kan dermed virke tilfældige og afhængige af de konkrete kontekster, den enkelte bruger deltager i.

# **DEL 4: AFRUNDING**



## 8. SELVKRITISK PERSPEKTIVERING AF SPECIALETS STATUS (Signe)

For at projektets fund skal give mening for praksis, forholder vi os i det følgende kritisk til de problematikker, specialets metodologi implicerer med henhold til vores frembragte viden. Derfor vil vi i en selviagttagende diskussion om specialets videnskæssige kvalitet nu vende fokus mod spærgsmålet om specialeafhandlingen *funds* troværdighed og gyldighed herunder kriterierne, *konsistens og transparens* (Guba 1981: 79-81; Merrick 1999: 27; Lincoln & Guba 1985: 316; Kvale & Brinkmann 2009: 270-274). Når vi vælger at fokusere på lige netop disse aspekter, og betegner kvalitetskriterierne således, er det med udgangspunkt i en afstandtagen fra de positivistiske betegnelser: reliabilitet, validitet og generaliserbarhed (Merrick 1999: 26; Lincoln & Guba 1985: 316; Kvale & Brinkmann 2009: 270-274). I stedet tilstræber vi at ekspliciterer overvejelser, der kan tjene som kvalitative validitetskriterier for, om forskningen kan anses som lige så velfunderet og værdifuld som kvantitative forskningsidealer (Yardley 2008: 239).

### 8.1 Specialeafhandlingens fund: Troværdighed & gyldighed (Hannah)

Under specialeprocessen har vi kontinuerligt forholdt os til afhandlingens *troværdighed* (Merrick 1999: 30). Det kommer til udtryk ved, at vi har ekspliciteret vores selvkritiske refleksioner i relation til metodegreb. Ligeledes har vi søgt at være gennemsigtige og eksplicite for at give læseren indblik i, hvorledes vi har forholdt os til analytiske tematiseringer, til- og fravalg, samt hvordan vi har fortolket. Vi forholder os systematisk kritiske til, om vi har undersøgt det, vi med problemstillingen havde til hensigt at undersøge (Kvale & Brinkmann 2009: 272). Et kriterium for gyldighed af specialets fund er, at det har relevans og stemmer overens med vores informanternes (brugernes) interesse. I den forbindelse må vi erkende, at det kan være vanskeligt at vurdere, om vores informanter eksempelvis svarer oprigtigt på det, vi spørger dem om, eller om særlige betingelser – eksempelvis interviewsituationen, uklarheder i vores spørgemåder, etc. – kan have indflydelse på de udsagn, som ligger til grund for vores analyse. For at foregribe dette, kunne vi i højere grad have drøftet vores fortolkninger med vores informanter for at

validere vores fortolkninger yderligere. Dette ville ydermere kunne sikre vores tolkninger troværdighed for vor informanter.

Merrick udtaler at: *“trustworthiness is more than a set of procedures... it is a personal belief system that shapes the procedures in process”* (1999: 30). Med disse ord har vi været bevidste om, at vores forskersubjektivitet og ontologiske forståelse uundgåeligt har influeret på alle dele og processer i specialets tilblivelse. Velvidende om det har vi forsøgt at skabe *transparens* ved at sætte læseren ind i, hvordan vores forskersubjektivitet får betydning for vores produkt.

## 8.2 Et selvkritisk blik på den frembragte viden - Et spørgsmål om subjektiv relativisme? (Maja)

Vi finder det relevant at forholde os kritisk til, hvilken viden vores gennemgående valg i specialet har bidraget til. Det er her nærliggende, at vi forholder os til, om de to videnskabsteoretiske positioner og analysestrategier har bidraget efter hensigten; netop at skabe forståelse for brugeres meningsperspektiver i relation til deres recoveryprocesser og sociale aspekter, der uundgåeligt influerer herpå. Med et blik på vores analyser er vi af den overbevisning, at disse kan ses i lyset af det anlagte eklektiske videnskabsteoretiske perspektiv. Dels har den hermeneutiske ontologi og fortolkning nemlig gjort det muligt for os at skabe forståelse for brugernes meningsperspektiver. Dels har vi i vores inddragelse af Foucaults socialkonstruktivistiske begrebsapparat fået forståelse for, hvordan brugerne subjektiveres gennem styringsteknologier, der gør sig gældende i brugerens deltagelse i diskursive praksisser. Vi er af den opfattelse, at en udelukkende hermeneutisk indgangsvinkel til problemstillingen – til trods for at vi med denne ligeledes vil kunne forstå individet i sin socialitet – ikke tilstrækkeligt ville kunne bidrage til en forståelse af, hvorledes brugeren i sin subjektiveringsproces erfarer sine handlemuligheder influeret af sociale og diskursive processer.

Vi finder det ydermere relevant at diskutere, hvilken status vi tillægger den form for viden, vi har skabt med nærværende speciale. Som tidligere beskrevet, trækker vi på Foucaults socialkonstruktivisme samt Gadamer og Ricoeurs hermeneutiske sandhedsforståelser. Med de beskrevne ontologiske og epistemologiske antagelser, betragter vi viden som skabt



med afsæt i et bestemt perspektiv, hvormed vi giver den frembragte viden en pluralistisk sandhedsstatus (Stormhøj 2006). Denne vidensfrembringelse er *partiel, situeret og lokaliseret* – funderet i specifikke diskurser og fortolkningsperspektiver og dermed kun gyldig set i lyset af det iagttagelsesperspektiv, som vi placerer os i og betragter verden fra (Järvinen 2005: 29-30; Stormhøj 2006: 17-19; Højbjerg 2004: 310, 318, 331). Den virkelighed vil kunne anses som gyldig inden for den humanistiske, samt i dele af den social- og sundhedsvidenskabsteoretiske forskningstradition, vi indskriver os i. Vores analyser kan dermed hverken siges at være absolut empiriske eller subjektivt producerede, fordi sandheden opstår i meningskonstruktionen – mødet mellem os som forskere og informanterne (Højbjerg 2004: 309-310). Nogen vil rette kritik mod denne måde at skabe viden på, idet det muliggør et utal af fortolkninger.

Socialkonstruktivismen og hermeneutikken kritiseres sommetider for at ende i subjektivismen og relativisme, eftersom fortolkeren i kraft af sin forskersubjektivitet og forståelseshorisont er bestemmende for den meningskonstruktion, der skabes i den sociale relation. Kritikken retter sig dermed mod, at kvalitative analyser er ikke-videnskabelige (ibid.: 318). I vores optik er forskersubjektiviteten dog uundgåelig og påkrævet for at kunne anvende og udvikle begreber, gennem hvilke virkeligheden opfattes (Creswell 2013: 20, 22, 25; Hollway & Jefferson 2013: 4). I den forstand kan al viden siges at være relativ. Det er ikke vores påstand, at vores analyse af brugernes udsagn bringer én korrekt fortolkning, der kan replikeres. Men vi søger at efterkomme klare beskrivelser af det grundlag vores fortolkninger er frembragt på (Kvale & Brinkmann 2009: 236, Yardley 2008: 32). Med denne forståelse byder vi andre læsninger og fortolkninger af empiriens udsagn velkomne. Dog kan der altid rettes spørgsmål til, om vi alligevel kunne have ekspliciteret disse aspekter i højere grad. Nogen vil måske mene, at det havde været aktuelt at have udspecificeret vores individuelle forudsætninger og fx teoretiske præferencer fra eksempelvis tidligere projekter. Det kan tænkes, at der kan være noget tavs viden, der indgår i vore forforståelser, der udebliver fra den skriftlige fortolkning, netop fordi den er tavs.

## 8.3 Et kritisk blik på teoriens status (Signe)

Specialets analyser er skabt gennem vore fortolkninger og det udvalgte teoretiske begrebsapparat. Derfor finder vi det relevant, at vi også forholder os kritisk til den anvendte teoris status. Når vore forforståelser kontinuerligt er en del af vores forskersubjektivitet, ontologi og epistemologi, har de også været til stede i udformningen af specialets teoretiske begrebsapparat. Teorien sætter nogle særlige normer for, hvordan vi analyserer brugernes udsagn. Hensigten med at inddrage teorien er at ophøje subjektive fortolkninger til mere overordnede og dybere forståelser for de empiriske fænomener. Idet udvælgelsen og anvendelsen af teori hviler på vore subjektive forståelser, kan det alligevel diskuteres, om vore teoretiske forståelser kan anses som mere valide end andre. Ud fra denne kritiske betragtning kan specialets analytiske konklusioner siges at repræsentere den mening, vi har konstrueret gennem vores teoretiske og subjektive perspektiver - ikke alene, men som beskrevet i et samspil mellem os som fortolkere, brugeren og diskursive historiske forhold. Ved at tilstræbe en kontinuerlig transparens specialet igennem er det hensigten at gøre denne konstruktion af redegørelse, overvejelser og forforståelser tydelig for læseren, som dermed kan se sig enig eller uenig.

# 9. KONKLUSION & PERSPEKTIVERING

## 9.1 Konklusion (Fælles)

Nærværende speciale tager afsæt i empiriske problemstillinger omkring brugeres recoveryprocesser, som det italesættes af dem selv. Sigtet har været at skabe kvalitativ viden om følgende empiriske problemformulering: *Hvordan kan brugeres narrative udsagn om deres recoveryprocesser forstås som et udtryk for selvforståelsen i deres subjektiveringsproces? Hvilke mulighedsbetingelser skabes for brugeres valg af behandling og handlinger rettet mod at komme sig? Hvorledes kan vi på den baggrund forstå, at brugere oplever mening i deres recovery?*

Kernen for besvarelsen af specialets problemformulering er at udvide forståelsen for brugernes fortællinger om, hvordan de kommer sig. Vores metodologiske udgangspunkt for analysen åbner muligheden for at indfange forskellige aspekter i brugernes udsagn om,

hvordan deres selvforståelse og meningshorisont præges af de mulighedsbetingelser, de agerer under. Den empiriske viden er primært produceret gennem interviewsamtaler med brugere, der efter egne udsagn befinder sig i en recoveryproces. Brugernes narrative udsagn forstås som et udtryk for deres selvforståelse.

Problemstillingen gør det relevant at arbejde abduktivt med inddragelse af to analysestrategier; en socialkonstruktivistisk og en filosofisk, kritisk hermeneutisk. I vores analytiske bearbejdning af de empiriske udsagn giver Foucaults subjektforståelse (*subjektivering*) og andre teoretiske bidrag os anledning til at forstå brugernes individuelle recoveryprocesser set i lyset af de *betingelser*, som fremtræder i brugernes italesættelser. Den socialkonstruktivistiske fremgangsmåde markerer perspektiver på, hvordan brugerne kan skabe sig selv ved at magte selvskabelsen – recoveryprocessen. Tilgangen gør det muligt at belyse brugernes forståelser af sig selv, som skabes gennem de sociale meningstilskrivelser i de pågældende diskursive kontekster, som brugerne selv fremhæver. Vores anvendte hermeneutiske analysestrategi giver os dertil muligheden for at kunne fortolke brugernes subjektive *meningsperspektiver*, som de udtrykker i deres fortællinger. Det viser sig, at de to perspektiver er afgørende for, at vi kan forstå, hvordan brugerne finder mening i deres recovery. Meningen, der italesættes, bliver på denne vis hverken udelukkende subjektiv eller socialt konstrueret. Det vil sige, at meningen skal forstås som skabt i det sociale møde mellem på den ene side brugeren og de sociale betingelser og på den anden side os som forskere og vores fortolkninger af det italesatte.

Med udgangspunkt i problemformuleringens første spørgsmål omhandler det første analytiske tema, hvordan brugerne skaber og situerer sig selv i deres recoveryprocesser. Vi har belyst brugernes narrative selvfortællinger ud fra teoretiske forståelser af subjektiveringsprocessen.

Udsagnene viser, at selvfortællingen i høj grad udspringer af andres italesættelser af brugerne; det er i samspillet med deres omgivelser, at subjektiveringen tager form. Brugere trækker på de fortolkningsrepertoarer, der stilles til rådighed for dem. Det viser sig som flertydigheder i brugernes udsagn, hvilket vi vurderer som en konsekvens af forskellige sundhedsforståelser og modstridende vidensgrundlag for sundhed og sygdom i de sociale omgivelser. Diagnosticeringer og andre lignende patogenetiske og objektiverende kategoriseringer præger særligt brugernes selvforståelser. Når brugerne

positioneres inden for særlige kategorier, tilknytter omgivelserne bestemte forventninger til brugernes adfærd, der får betydning for, hvordan de forstår sig selv og håndterer deres psykiske udfordringer. På den baggrund konkluderer vi, at brugernes udsagn udtrykker både patogenetiske og salutogenetiske orienteringer, der har betydning for, hvordan de skaber sig selv i recoveryprocessen.

I analysens andet tema diskuterer vi de flertydigheder, der læses i brugernes udsagn. Vi forstår flertydighederne som udtryk for dilemmaer, der opstår i subjektiveringsprocessen. Brugere oplever ambivalenser i, hvorvidt de på den ene side skal følge, hvad de forstår som samfundsmæssige krav og forventninger til, hvordan man håndterer og tager ansvar for sin recovery, og på den anden side hvad de subjektivt finder meningsfuldt i deres vej til recovery. Brugere forvalter ansvaret for at komme sig ved at inkorporere følelser, der italesættes som skyld, skam og lyst. Det vidner om, at de evaluerer deres egen livsførelse ud fra socialt konstruerede normer, de ser sig selv i risiko for at afvige fra. Dette udmunder i en usikkerhed, der medvirker til, at flere af brugerne tillidsfuldt overlader ansvaret for deres recovery til fagprofessionelle. Idet brugere herigennem fortsat betragtes og skaber deres selvforståelse ud fra en forestilling om, at de er afvigende fra normen, bliver konsekvensen, at brugere fastholdes i en økonomisk og medicinsk afhængighed af sociostrukturelle systemer. På den baggrund bliver det vanskeligt for brugere at leve op til definitionen af klinisk recovery. Endvidere konkluderes det at få konsekvenser for brugernes handlemuligheder i forhold til at udleve en personlig recovery. Brugernes narrative udsagn om, at det er svært at finde retning i deres vej til recovery, synliggør netop en paradoks problematik. På den ene side forventes brugere at stå til ansvar for deres recovery, men samtidig begrænser deres sygdomsorienterede selvforståelser brugernes opfattelser af at have handlemuligheder, således at det bliver vanskeligt for dem at leve op til kravet om selvstændighed.

Analysens tredje tema besvarer problemformuleringens andet spørgsmål. Brugere sætter ord på deres refleksioner om, hvordan de mestrer deres recovery gennem konventionel behandling og/eller personlige handlinger – to begreber vi har konstrueret for at definere differentieringen mellem brugernes meningstilskrivelser i deres valg af handlinger. Det vurderes, at nogle brugere tilskriver den konventionelle behandling en social konstrueret

mening ud fra den forståelse af, at man kommer sig, når man er *stabil*, ikke er i livsfare, og vurderes symptomfri. Brugere afvejer konsekvenserne af behandlingen, som de følger, selvom de også udtrykker tvivl omkring de medicinske bivirkninger. For eksempel italesættes det, at: “*Det er en meget lille pris [bivirkninger af elektrochok], mod at være ved at dø*”. Men det italesættes også, at det ikke er de konventionelle behandlinger, der gør, at brugere tillægger en subjektiv mening i deres recovery – det gør derimod de personlige handlinger. Som en bruger udtaler findes meningen uden for *systemet*. Det vurderes, at brugernes muligheder for at finde subjektiv mening, der netop ikke er en del af det konventionelle system, er vanskelig.

Af disse pointer udspringer endnu en paradoksals konsekvens. Ved at brugere tager medicin, der holder dem ‘raske’ og ‘stabile’ fastholdes de i en forståelse af, at de er syge, og reproducerer en sygdomsadfærd. Som det eksempelvis udtrykkes af en bruger: “*Man kan ikke blive rask, så længe man tager medicin, det er jeg jo godt klar over*”. Det konflikturerer med muligheden for udlevelse af personlig recovery.

Analysens fjerde tema besvarer problemformuleringens sidste del om, hvordan vi kan forstå, at brugere finder mening i deres recovery. I analysen problematiseres brugernes frie valg og muligheder for at komme sig. Recoveryprocessen handler om, at kunne magte tilværelsen efter at have været afmægtiggjort som syg. Med inddragelse fra teorien samt udsagn fra en underviser og en recoverykonsulent angives viden for at være afgørende for, at brugere kan magte og tage ejerskab for deres recoveryproces. Men i analysen sættes der spørgsmålstegn ved, hvorvidt det er muligt for brugere at være refleksive om deres egen situation.

På baggrund af de pointer der drages gennem analysen, vurderer vi, hvordan brugere selv oplever, at recoveryprocessen giver mening på trods af de paradoksale og modstridende betingelser, som subjektiveringsprocessen indebærer. De valg og handlemuligheder, brugere stilles i det konventionelle behandlingssystem, stemmer ikke altid overens med, hvad brugere tillægger subjektiv mening. Nogle brugere ser sig selv som mere og andet end det, de konstrueres som. Derfor forstår vi, at nogle brugere forhandler deres positioner og de tilknyttede muligheder ud fra en subjektiv meningshorisont for, hvordan de forstår sig selv og deres recovery. Brugere italesætter forestillinger om andre måder at udfolde livet på end de forestillinger og forventninger, der pådattes

gennem andre. Det vurderes med udgangspunkt heri, at nogle brugere formår at mægtiggøre sig igen (efter afmagten), så de kan mestre (*pouvoir*) deres recoveryproces og udleve den i overensstemmelse med deres egne meningshorisonter. I denne akt hvor brugeren løsriver sig fra sociale kategoriseringer ved at italesætte sig selv på ny, ser vi, at der opstår nye muligheder for, at brugerne kan opnå frihed til selv at kunne vælge, i hvilken retning recoveryprocessen skal tage. Men en præmis for subjektivering er, at brugerne er fanget midt imellem alle de normalitetskriterier, der stilles i de forskellige diskursive praksisser; den biomedicinske psykiske (diagnose, medicin), recoveryorienteringen (selvansvar og initiativ) og den samfundsmæssige (arbejd og vær uafhængig). Brugernes recoveryprocesser udspiller sig på tværs af diskursive kontekster, der influerer på deres selvforståelser. Frigørelse fra en diskurs medfører blot en tilpasning til en anden diskurs. Den egentlige modmagt sker, hvis brugerne finder deres egen subjektive mening med deres recovery. På den baggrund kan man håbe, at brugere fortsat søger deres egne veje til at komme sig, selvom disse ligger uden for de autoriserede og definerede retningslinjer for recovery.

Analysen giver også et billede af, at betingelserne i subjektivering selv åbner for handlemuligheder, som ligger udenfor de eksisterende praksissers forståelsesramme. Når brugerne formår at udvide deres handlemuligheder, gøres det muligt for dem at skabe et selv, der endnu ikke eksisterer. Dette er essensen af personlig recovery.

Opsummerende kan det konkluderes, at processen om at komme sig over psykiske udfordringer ikke alene kan beskrives ud fra objektive, målbare størrelser, men at det er altafgørende, at den subjektive oplevelse inkluderes – da vigtige elementer i oplevelsen af at komme sig ellers overses. Med specialets konklusioner opnår vi nye erkendelser af, at brugernes selvmodsigende narrativer netop viser meningsperspektivets flertydigheder, som en del af tilværelsens konstante forandring.

Vi er kommet til den forståelse, at det at komme sig over psykiske udfordringer måske netop vanskeligt kan beskrives, fordi det som begreb kontinuerligt er i forandring - både i teoretisk, akademisk og praktisk forstand og ikke mindst ud fra en subjektiv sammenhæng. Det vil sige, at der i vores perspektiv ikke kan være tale om et 1:1 forhold mellem på den ene side de definerede forståelser af recovery og på den anden side, hvordan recovery subjektivt erfares, opleves og tilskrives mening. Omvendt rækker det

ikke at beskrive subjektive oplevelser alene, hvorfor det netop bliver relevant at fokusere på de subjektive beskrivelser i sammenhæng med de sociale kontekster, der indrammer fortællingen. På denne vis kan det konkluderes, at brugeren og dennes meningsperspektiv altid må ses i lyset af sociale forhold, da det netop er i samspillet mellem menneskets selvfortælling, omgivelserne og ikke mindst forskerens egen forståelseshorisont, hvormed meningen skabes, og nye indsigter gøres mulige.

## 9.2 Perspektiverende konklusion - Implikationer for praksis & samfund (Fælles)

Med et tværfagligt blik på brugeres receptioner af sundhedsfremmetiltag- og forståelser, har vi frembragt viden om psykologiske implikationer, der kan forekomme, når nye sundhedsorienteringer som recovery forsøges integreret i praksis. For at specialets fund får mulighed for at vinde indpas i forskningsfeltet, forholder vi os til spørgsmålet om overførbare af konklusionerne til praksisorienterede og samfundsmæssige kontekster. Vi har med specialet forsøgt at frembringe kvalitativ viden om psykologiske og sundhedsmæssige problemstillinger til det recoveryorienterede praksisfelt.

Vi finder specialets vidensfrembringelse – både den tværfaglige og eklektiske tilgang til problemstillingen – anvendelig, når der ønskes et dobbeltperspektiv på problemstillinger, rettet mod processer *i* og *mellem* mennesker. I både socialkonstruktivistisk og hermeneutisk forskning spørges der ofte til, hvad denne form for viden kan bidrage til i andre sammenhænge. Ofte problematiseres det, at kvalitativ forskning ikke kan overføres til andre kontekster. Vi anser vore empiriske analyser som situeret viden frembragt i overensstemmelse med disse forskningstraditioner. I den forbindelse advokerer Flyvbjerg (2006) for, at konkret kontekstafhængig viden om menneskelig virksomhed altid er situeret i lokale praksiskontekster - derfor giver det ikke mening at søge en universel gyldig viden. Vi anser specialets fund som overførbare ud fra præmissen om at: *“The key issue is not to capture the informant’s voice, but to elucidate the experience that is implicated by the subjects in the context of their activities as they perform them, and as they are understood by the researcher”* (Altheide & Johnson 1994 I: Yardley 2008: 33). Vores påstande om overførbare af specialets fund hviler altså på en grundlæggende idé om, at vi ved at se



de subjektive erfaringer i sammenhæng med konteksten kan argumentere for, at specialets konkrete fund rummer almene træk til andre lignende situationer. Med udgangspunkt heri er det vores forhåbning, at specialets fund kan skabe indsigt i, overføres og anvendes inden for praksisfeltet - det vil sige i praksisser, hvor der arbejdes med mennesker i recoveryprocesser samt for mennesker i igangværende recoveryprocesser.

Vores konklusion peger på, at der kan forekomme konfliktuerende sundhedsorienteringer inden for samme praksis. Det kan medføre potentielle problematikker med henhold til, hvordan man så helt konkret skal indrette og organisere recoveryarbejdet, både for de professionelle og for brugerne. Dels kan recovery blive et udefrakommende krav, som medfører et særligt pres om at komme sig. At komme sig kan på den måde udvikle sig til et individuelt projekt om, hvordan man normaliseres (Jensen, Olsen & Sørensen 2004: 54). Dette medfører tillige en risiko for, at der er særlige professioner, der med særlige definitioner af recovery kommer til at præge udviklingen af recoveryorienteringen, frem for brugeren selv. Dels kan en opfattelse af, at recovery er et individuelt anliggende, medføre et individorienteret fokus på den enkeltes egen indsats, der overser betydningen af individets vilkår, strukturer og magtforhold – individets samfundsmæssige forankring (Andersen 2012; 175; Hansen 2008: 76).

Frem for at opfatte brugeren som ansvarlig for den personlige recoveryproces, kan der ligge betingelser i adgang til sociale netværk (Niedel 2011: 26). De materielle betingelser og forudsætninger hos individet kan være afgørende faktorer for, om brugeren får mulighed for at benytte sig af potentialet for at udvide sine handlemuligheder. Det er således centralt, at der for at arbejde mod personlig recovery åbnes blik for, hvad der understøtter og hindrer den personlige recoveryproces. Det er afgørende, at individet ikke blot myndiggøres i forhold til at se muligheder for sig selv, men også mægtiggøres i forståelsen af, at der også skabes strukturelle betingelser og rammer, der kan støtte udlevelsen af den personlige recoveryproces (Andersen 2012: 167, 174). Men når de strukturelle betingelser er så essentielle for recoveryprocessen, er det nærliggende at tænke, at nogle mennesker får bedre chancer eller stilles bedre muligheder for at komme sig end andre. Vi dristes derfor til at spørge til, hvilke muligheder der så er for, at brugeren kan blive centrum i sin egen recoveryproces? Vi er i den forbindelse opmærksomme på, at der selv i Danmark er en bred kløft i den sociale og sundhedsmæssige ulighed, som må forsøges reduceret, hvis alle mennesker med psykiske udfordringer skal have en chance for

at komme sig på lige fod med andre. Den hjælp, der tilbydes, må også nå ud til brugere med få ressourcer.

Disse socioøkonomiske materielle rammer er dog ikke ét og alt: Vores undersøgelse peger også på, at de symbolske kategoriseringsteknikker i psykiatrien – diagnosesystemet – har stor betydning for, hvordan brugere opfatter deres egne muligheder for at komme sig. Flere begrænses i deres valg- og handlemuligheder og indordner sig de medicinske behandlinger, der tilbydes; et problem der blandt andet stammer fra standardiserede praksisformer og den evidensbaserede orientering i sundhedssystemet (Pedersen 2012a: 77). Derudover har vi også fået forståelsen af, at nogle brugere fastholdes indenfor kategorier, hvor en “sygdomsadfærd” reproduceres i deres daglige praksis.

I dag ser vi ofte, at det mentalt og subjektivt anliggende forsøges konverteret til målbare størrelser, så recovery kan politiseres ud fra *new public management*-strategier, hvor man tror, at en sådan målrationalitet kan effektivisere borgeres recovery (Wackerhausen 2005: 2015). Med vores studie får vi dog opfattelsen af, at de diagnostiske kategorier er kompleksitetsreducerende og at de begrænser menneskets muligheder for udfoldelse. I tråd med specialeafhandlingens metodologi og måde at frembringe viden på samt vores konklusion af de samlede fund, opfordrer vi til, at der fremtidigt skabes mere kvalitativ forskning, som kan indfange menneskers førstepersonsperspektiver - uanset om forskningen drejer sig om recovery eller om andre psykologiske og sundhedsmæssige problemstillinger. Men her må vi fra brugerens egen mund høre, hvad der virker på vejen mod at komme sig i individuelle recoveryprocesser. Når omdrejningspunktet for hele recoveryorienteringen er, at brugere skal opleve recovery (at komme sig), så handler det vel om at spørge brugerne selv, om de så oplever recovery!

# 10. LITTERATUR

## 10.1 Bøger

American Psychological Association (2010): *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington DC: American Psychological Association.

Antonovsky, A. (2000): *Helbredets mysterium - At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag.

Brinkmann, S. (2013): *Kvalitativ udforskning af hverdagslivet*. (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Coulter, J. (1979): *The Social Construction of Mind*. London: MacMillan.

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

Den danske ordbog (2016): Lokaliseret d. 27.05.2016 på:  
<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=konventionel>

Dreyfus, H. & Rabinow, P. (1984): *Michel Foucault - Un parcours philosophique*. Éditions Gallimard.

Egholm, L. (2014): *Videnskabsteori*. København: Hans Reitzels Forlag.

Elias, N. (1936/1976): *Über den Prozess der Zivilisation: Soziologische und psychogentische Untersuchungen*. Bind 2.. Frankfurt: Suhrkamp.

Fogh Jensen, A. (2005): *Mellem ting. Foucaults filosofi*. Frederiksberg: Det Lille Forlag.

Foucault, M. (1954/2005): *Sindssygdom og Psykologi*. (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Foucault, M. (1966): *Les Mots et les Choses. Une Archéologie des Sciences Humaines*. Paris: Gallimard.

Foucault, M. (1969): *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard.

Foucault, M. (1971): *L'ordre du discours*. Paris: Gallimard.

Foucault, M. (1972): *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.

Foucault, M. (1975/2012): *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.

Foucault, M. (1976): *La volonté de savoir: Histoire de la sexualité I*. Paris: Gallimard.

Foucault, M. (1979/2009): *Biomedicinens fødsel: Forelæsninger på Collège de France 1978-1979*. (1. udg.) København: Hans Reitzels Forlag.

- Foucault, M. (1984): *Le souci de soi: Histoire de la sexualité III*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2001a): *Dits et écrit II, 1976-1988*. Paris: Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (2004a): *Sécurité, territoire, population: Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2004b): *Naissance de la biopolitique: Cours au Collège de France. 1978-1979*. Paris: Gallimard.
- Gadamer, H. G. (1960/1975): *Wahrheit und Methode*, Tübingen: Mohr.
- Gadamer, H. G. (2007): *Sandhed og metode - Grundtræk i en filosofisk hermeneutik*. (2. udg.) København: Academica.
- Goffman, E. (1962): *Stigma. Notes on spoiled identity*. London: Penguin.
- Habermas, J. (1968): *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt A.M.: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung*, Band 1. Frankfurt A.M.: Suhrkamp. (s. 152-172)
- Jensen, K. B., Olsen, E. & Sørensen, D. (2004): *Recovery på dansk. At overvinde psykosociale handicap*. Jensen, P (red). (1. udg.). Systime Academic.
- Kemp, P. (1972): *Sprogets dimensioner*. (1. udg.). København: Berlingske Forlag.
- Kristiansen, S. & Krogstrup, H. K. (2015): *Deltagende observation*. (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale S. & Brinkmann, S. (2009): *Interview. Introduktion til et håndværk*. (2.udg.). København: Hans Reitzels forlag.
- Kögler, H. H. (1996): *The Power of Dialogue: Critical Hermeneutics after Gadamer and Foucault*. The MIT Press: Cambridge.
- Lemke, T. (2009): *Biopolitik – En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. (1985): *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Madsen, O. J. (2015): *Optimizing the Self: Social representations of self-help*. New York: Routledge.
- Nilsson, R. (2009): *Michel Foucault - En introduktion*. (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Otto, L. (1998): *Rask eller lykkelig? Sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede*. Udgivet af Institut for Europæisk Folkelivsforskning, Københavns Universitet.
- Ricoeur, P. (1979a). *Fortolkningsteori*. (1. udg.). København: Vintens Forlag.
- Ricoeur, P. (1979b). *Sprogfilosofi*. (2. udg.). København: Vintens Forlag.

Rose, N. (1999): *Governing the Soul - The Shaping of the Private Self*. London & New York: Free Association Books.

Rose, N. (2009): *Livets politik: Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Stormhøj, C. (2006): *Postrukturalismer - videnskabsteori, analysestrategi, kritik*. (1. udg.) 2006. Forlaget samfundslitteratur.

Thornquist, E. (2006): *Videnskabsfilosofi og videnskabsteori for sundhedsfagene*. København: Gads Forlag.

Thyssen, O. (2012): *Det filosofiske blik*. København: Informations Forlag.

Topor, A. (2003): *Recovery. At komme sig efter psykiske lidelser*. Hans Reitzels Forlag.

Weber, M. (2003a): *Udvalgte tekster*. Bind 1. København: Hans Reitzels Forlag.

Weber, M. (2003b): *Udvalgte tekster*. Bind 2. København: Hans Reitzels Forlag.

Åkerstrøm, N. (1999): *Diskursive analysestrategier - Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. Nyt Fra Samfundsvidenskaberne (s. 7-63). København: Institut for Organisation og Arbejdssociologi.

## 10.2 Kapitler i bøger

Alvesson, M. & Kärreman, D. (2005): At arbejde med mysterier og sammenbrud: Empirisk materiale som kritisk samtalepartner i teoriudvikling. I: Järvinen, M & Mik-Meyer, N (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. (s. 121-144, 1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Andersen, J. (2012): Sundhedsstrategier i et empowerment perspektiv. I: Dybbroe, B; Land, B; Nielsen, S. B.: *Sundhedsfremme – et kritisk perspektiv*. (s. 165-176, 1. udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Ashworth, P. (2011): Conceptual foundations of qualitative psychology. I: Smith, J. A. (Red.): *Qualitative Psychology. A practical Guide to Research Methods*. (s. 4-25). London: Sage.

Brinkmann, S. & Kvale, S. (2008): Ethics in Qualitative Psychological Research. I: Willig, C. & Stainton-Rogers, W. (Eds.) *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. (s. 263-279) London: Sage.

Brinkmann, S. (2010): Etik i en kvalitativ verden. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.): *Kvalitative metoder, en grundbog*. (s. 429-445). København: Hans Reitzels Forlag.

Brinkmann, S. (2015): Skyld - følelsen af moral. I: Glavind Bo, I. & Hviid Jacobsen, M. (red.): *Hverdagslivets følelser*. (s. 71-92). København: Hans Reitzels Forlag.

- Collin, F. (2003): Socialkonstruktivisme i humaniora. I: Collin, F. & Køppe, S. (red): *Humanistisk videnskabsteori*. (s. 247-275). DR Multimedie.
- Creswell, J. W. (2013): Philosophical Assumptions and Interpretative Frameworks. I: *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches*. (s. 15-41, 3. udg.). London: Sage.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2013): Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. I: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (red.): *The Landscape of Qualitative Research*. (s. 1-41). (4. udg.). London: Sage.
- Durkheim, E. (1985/2000): Regler angående forskellen mellem det normale og det patologiske. I: *Den sociologiske metodes regler*. (s. 86-109). København: Hans Reitzels Forlag.
- Edley, N. (2001): Analyzing Masculinity. Interpretative Repertoires, Ideological Dilemmas and Subject Positions. I: Wetherell, M., Taylor, S. & Yates, S. (red.): *Discourse as Data. A guide for analysis*. (s. 189-228). London, Thousand Oaks & New Dehli: Sage.
- Esmark, A., Laustsen, C. B. & Åkerstrøm, N. A. (2005a): Socialkonstruktivistiske analysestrategier - en introduktion. I: Esmark, A., Laustsen, C. B. & Åkerstrøm Andersen, N. (red.): *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. (s. 7-30, 1. udg.). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Foucault, M. (1964/2008): Introduction à L'Anthropologie. Forord i Kant: *Anthropologie du point de vue pragmatique*. (s. 11-79). Paris: Vrin.
- Foucault, M. (1991): Governmentality. Power and Rule in Modern Society. I: Burchell, G. m.fl. (red.): *The Foucault Effect*. Harvester Wheatsheaf, London/The University of Chicago Press, Hemel Hemstead.
- Glavind Bo, I. (2015): Skam - når personligheden står for skud. I: Glavind Bo, I. & Hviid Jacobsen, M. (red.): *Hverdagslivets følelser*. (s. 93-114) København: Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, A. D. (2004): Diskursteori i et videnskabsteoretisk perspektiv. I: Fuglsang, L & Olsen, P. B. (red.): *Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne: På tværs af fagkulturer og paradigmer*. (s. 389-416, 2. udg.) Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Hansen, T. (2008): Selvudviklingens opkomst i psykiatrien. I: Brinkmann, S. & Triantafillou, P. (red.): *Psykens historier i Danmark - om forståelsen og styringen af sjælelivet*. (s. 71- 96, 1. udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hastrup, K. (2010): Feltarbejde. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red): *Kvalitative Metoder. En grundbog*. (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hollway, W. & Jefferson, T. (2013): Analyzing Data Produced With Defending Subjects. I: *Doing qualitative analysis differently* (s. 55-82).. London, Thousand Oaks & New Dehli: Sage.
- Holstein, B. (2003): Triangulering – metoderedskab og validitetsinstrument. I: Lunde, I. M. & Ramhøj, P. (red): *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. (s. 329- 338, 1. udg.). København: Akademisk Forlag.



- Hunt, A. (2003): Risk and moralization in everyday life. I: Ericson, R. & Doyle, A. (Red). *Risk and Morality*. (s. 165- 192). Toronto: University of Toronto Press.
- Højbjerg, H. (2004): Hermeneutik. I: Fuglsang, L & Olsen, P. B. (red.): *Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne: På tværs af fagkulturer og paradigmer*. (s. 309-348, 2. udg.). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Jonasson, C. (2012): På vej ind i felten. I: Pedersen, M., Klitmøller, J. & Nielsen, K. (red.): *Deltagerobservation. En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener*. (s. 61-76). København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2005): Observationer i en interaktionistisk begrebsramme. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. (s. 97-120, 1. udg.). København: Hans Reitzels forlag.
- Järvinen, M. (2005): Interview i en interaktionistisk begrebsramme. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. (s.27-48, 1. udg.). København: Hans Reitzels forlag.
- Kickbush, I. (2007): The Health Society. I: McQueen et al.: *Health and Modernity, the Role of Theory in Health Promotion*. (s.144-161). Berlin: Springer.
- Kjørup, S. (2008): Hermeneutikken. I: *Menneskevidenskaberne. Humanistiske forskningstraditioner*. Bind 2. (s. 63-84) (2. udg.) Roskilde Universitetsforlag.
- Krøjer, J. (2007): Relationel Subjektivering - socialkonstruktionistisk teori om relationer. I: Ritchie, T. (Red.): *Relationer i Psykologien*. (2. udg., s.174-195) 2. Værløse: Billesø og Baltzer.
- Kvale, S. (1984): Det kvalitative interview. I: Endlund, H. (red.): *Hvad er organisations-sociologisk metode? Den 3die Bølge i metodelæren*. (s. 153-179). Bind 2. (2. Udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Larsen, B. (2005): Fra blikket til stemmen: Om Foucaults sidste arbejder og synspunkter. I: Andersen, J. (red.): *Konstruktioner af virkeligheder - Samfundskritik - Foucault*. (s. 70-93). Nr. 74. Århus: 64 Tidsskriftet GRUS & Systime Academic.
- Lupton, D. (1999): Risk and Governmentality. I: Lupton, D.: *Risk*. (s. 85-193). London & New York: Routledge.
- Lübcke, P. et al. (1983): "Descartes, René", "Solipsisme". I Lübcke, P. et al. (red.): *Politikens Filosofi Leksikon*. (s. 82-87). København: Politikens Forlag.
- McDermott, R. P. (1996): Hvordan indlæringsvanskeligheder skabes for børn. I: Højholt, C. & Witt, G. (red.): *Skolelivets socialpsykologi: Nyere socialpædagogiske teorier og perspektiver*. (s. 81-115). København: Forlaget Unge Pædagoger.
- Merrick, E. (1999): An Exploration of Quality in Qualitative Research: Are "Reliability" and "Validity" Relevant? In Mary Kopala & Lisa A. Suzuki (Eds.) *Using Qualitative Methods in Psychology*. (s. 25-36). London: Sage.



- Mik-Meyer, N. & Järvinen, M. (2005): Indledning. Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. (s. 9-26, 1. udg.). København: Hans Reitzels forlag.
- Mik-Meyer, N. & Obling, A. R. (2012): The negotiation of the sick role: general practitioners' classification of patients with medically unexplained symptoms. I: *Sociology of Health & Illness*. (s. 1025-1038). Vol. 34(7.). Department of Organisation, Copenhagen Business School, Frederiksberg.
- Olsson, U. (2009): Sundhedsoplysning - frigørelse eller manipulation? I: Glasdam, S (red.): *Folkesundhed i et kritisk perspektiv* (s. 144-164). Dansk sygeplejeråd 2009.
- Pahuus, M. (2003/2012): Hermeneutik. I: Collin, F. & Køppe, S. (red): *Humanistisk videnskabsteori*. (s. 139- 169). (1. udg./2. udg.). DR Multimedie.
- Pedersen, A. R. (2005): Fortælling som analysestrategi – en polyfonisk tilgang. I: Esmark, A., Laustsen, C. B. & Åkerstrøm Andersen, N. (red.): *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. (s. 235. 257, 1. udg.). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Pedersen, B. (2012a): Sundhedsfremme eller sygeliggørelse. I: Dybbroe, B; Land, B; Nielsen, S. B.: *-Sundhedsfremme – et kritisk perspektiv*. (s. 68-79, 1.udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Pedersen, M. (2012b): Triangulær validering. I: Pedersen, M., Klitmøller, J. & Nielsen, K. (red.): *Deltagerobservation. En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener*. (s. 121-134). København: Hans Reitzels Forlag.
- Rasborg, K. (2004/2013): Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi. I: Fuglsang, L., Olsen, P. B., Rasborg, K. (red): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. På tværs af fagkulturer og paradigmer*. (s. 349-388, 2./3. udg). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Rendtorff, J. D. (2003): Socialkonstruktivisme og hermeneutik. I: Hansen, A. D. & Sehested, K. (red.): *Konstruktive bidrag om teori og metode i konstruktivistisk videnskab*.(s. 99-131) Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Schultz, I. (2005): Kampen om at definere virkeligheden: Journalisten, forskeren og interviewet som et møde mellem to felter. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. (s. 73-96, 1.udg.). København: Hans Reitzels forlag.
- Staanæs, D. & Søndergaard, D. M. (2005): Interview i en tangotid. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. (s. 49-72, 1.udg.). København: Hans Reitzels forlag.
- Tanggaard, L., Thuesen, F. & Vitus, K. (2014): Magt og konflikter som forskningspotentiale. I: Tanggaard, L., Thuesen, F. & Vitus, K. (red.): *Konflikt i kvalitative studier*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Topor, A. (2004): Forord. I: Jensen, P. (red). *Recovery på dansk. At overvinde psykosociale handicap*. (1. udg.). Systime Academic.

Wackerhausen, S. (2005): Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme. I: Jensen, U. J. et al. (red.): *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*. Århus: Filosofia.

Warming, H. (2005): Erkendelse gennem oplevelse: Når indlevelse ikke er mulig. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. (s. 145-167, 1.udg.). København: Hans Reitzels forlag.

Yardley, L. (2008): Demonstrating validity in qualitative psychology. I: Jonathan A. S. (red.): *Qualitative Psychology. A practical guide to Research Methods*. (s. 235-251). London: Sage.

Østergaard, M. (2005): Den patologiske normalitet. I: Willig, R. & Østergaard, M.: *Sociale patologier*. (s. 153-178). København: Hans Reitzels Forlag.

Åkerstrøm, N. & Asmund W. Born (2005): Selvet mellem undersøgelse og bekendelse – En inklusions og eksklusionsmekanisme. I: Andersen, J. (red.): *Konstruktioner af virkeligheder - Samfundskritik - Foucault*. (s. 94-114). Nr. 74. Århus: 64 Tidsskriftet GRUS & Systime Academic.

### 10.3 Artikler i tidsskrifter

Barber, M. E. (2005): Recovery as the New Medical Model for Psychiatry. I: *PSYCHIATRIC SERVICES*. Vol. 63(3) (s. 277-279). Lokaliseret d. 26.02.2016 på: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.201100248>

Bertelsen et al. (2011): Social og Personlig Recovery. I: *Psykologi nyt* nr. 16. (s. 10-13). Lokaliseret 12.06.2016 på: <http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/17183.pdf>

Biringer, E.; Davidson, L.; Sundfør, B.; Lier, H.; Borg, M. (2015): Coping with mental health issues: subjective experiences of self-help and helpful contextual factors at the start of mental health treatment. I: *Journal of mental Health*. 25(1) (s. 23-7). Lokaliseret d. 12.06.2016 på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26484831>

Bukdahl, J. K. (1977): Hermeneutisk rationalitet. *Philosophia: Tidsskrift for filosofi*. Temanr. Humanistisk Videnskabsteori, Årg. 7, (Nr. 1. dec. 1977). Århus: Århus Universitet, Institut for Filosofi. (s. 13-18)

Busch-Jensen, P. (2004): Det (måske knap så) frie autonome subjekt? I: *Psyke & Logos. Dømt til autonomi* (s. 420-447). København: Dansk psykologisk Forlag.

Dahlqvist Jönsson, P.; Schön, U.K.; Rosenberg, D.; Sandlund, M.; Svedberg, P. (2015): Service users' experiences of participation in decision making in mental health services. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 22 (s. 688-697). Lokaliseret d. 12.06.2016: <http://onlinelibrary.wiley.com.molly.ruc.dk/doi/10.1111/jpm.12246/epdf>

Deegan, P. & Drake, R. (2006): Shared Decision Making and Medication Management in the Recovery Process. I: *PSYCHIATRIC SERVICES*. Vol. 57(11) (s. 1636-1639).

Lokaliseret d. 12.06.2016 på:

<http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2006.57.11.1636>

Deegan, P (2005): The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. I: *Scandinavian Journal of Public Health*, 33 (Suppl 66). (s.29–35). Lokaliseret d. 26.02.2016 på:

[http://sjp.sagepub.com/content/33/66\\_suppl/29.full.pdf](http://sjp.sagepub.com/content/33/66_suppl/29.full.pdf)

Deegan, P. (2013): *Personal medicine, power statements and other distributive innovations in healthcare technology*. Udgivet af Scottish Recovery Network. Lokaliseret d.

26.01.2016: <http://www.scottishrecovery.net/latest-news/personal-medicine-power-statements-and-other-disruptive-innovations-in-healthcare-technology.html>

Flyvbjerg, B. (2006): Making Social Science Matter.(s.38-42). *Foresight Europe*.

Lokaliseret d. 20.06.2012

på:<http://flyvbjerg.plan.aau.dk/Publications2006/ForesightNo2PRINT.pdf>

Foucault, M. (1982): The Subject and Power. *Critical Inquiry*. Vol. 8(4).

Foucault, M. (1982/2001b): *L'Hermeneutique du sujet*: Lokaliseret d. 27.05.2016 på:

[http://www.arianesud.com/biblio/aa\\_auteurs/foucault\\_michel](http://www.arianesud.com/biblio/aa_auteurs/foucault_michel)

Frank, M. (2004): *Das Subjekt kommt zurück*. Die Zeit. Lokaliseret 17.06.2016

på: <http://www.zeit.de/2004/29/ST-Foucault>

Guba, E (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries.

*Educational Communication and Technology*. Vol. 29(2) (s. 75-91). Lokaliseret d. 27.05.2016 på <http://www.clemson.edu/ces/cedar/images/1/1a/3-Guba-Trustworthiness-1981.pdf>

Jansbøl, K. & Johansen, K. S. (2009): Symptomer og socialitet. Interview med Dorte Effersøe Gannik. *Tidsskriftet Antropologi*, nr. 58.

Karpatschof, B. & Prætorius, N. (2004): Dømt til Autonomi. I: *Psyke & Logos. Tema: Dømt til autonomi* (s. 413-419). København: Dansk psykologisk Forlag.

Køppe, S. (2008): En moderat eklekticisme. *Psyke & Logos. Psykologiens videnskabelighed til debat*. (s. 15-35) Årg. 29, nr. 1. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Otto, L. (u.å.): *Foucaults "governmentalitetsteori"*. *Styringsteknologi og subjektivitet*.

Arbejdsrapport 1. udkast. Lokaliseret d. 16.06.2016 på:

<http://etnologi.ku.dk/upload/application/pdf/f51d6748/Governmentality.pdf>

Richter, J. (2011): Magt og afmagt i individets liv. I: *Psyke & Logos. Traume, Lidelse, Resiliens*. (s. 418-431). Årg. 32(2). Dansk Psykologisk Forlag.

Ringer, A. (2013). Researcher-participant positioning and the discursive work of categories: Experiences from fieldwork in the mental health services. *Qualitative Studies*. 4(1): (s. 1-20).

Sowers, W.; Primm, A.; Cohen, D.; Pettis, J.; Thompson, K. (2015): Transforming Psychiatry: A Curriculum on Recovery-Oriented Care. I: *Academic Psychiatry*. Lokaliseret

d. 12.06.2016 på:

<http://www.wpic.pitt.edu/education/CPSP/Transforming%20Psychiatry.pdf>

Wackerhausen S. (2015): *En trojansk hest i sundhedssektoren*. I: Information. Debat sektion. København. (11.09.2015. findes på hjemmesiden:

<https://www.information.dk/debat/2015/09/trojansk-hest-sundhedssektoren>

## 10.4 Rapporter & projekter

Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013): *Recovery Orienterede Praksisser. En systematisk vidensopsamling*. (s. 1-62). Rapport nr. 4. Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering. Lokaliseret d. 26.02.2016 på:

[http://socialstyrelsen.dk/filer/handicap/psykiske-vanskeligheder/recoveryorienterede-praksisser-en-systematisk-vidensopsamling/napha\\_dk\\_v2\\_web.pdf](http://socialstyrelsen.dk/filer/handicap/psykiske-vanskeligheder/recoveryorienterede-praksisser-en-systematisk-vidensopsamling/napha_dk_v2_web.pdf)

Dybbroe, B. & Ringer, A. (2014): *Recovery - håb, umulighed eller fancy ord? En kvalitativ evaluering af recovery-undervisning i Region Hovedstadens Psykiatri - med fokus på læring blandt medarbejdere og i underviser teams*. Center for Sundhedsfremmeforskning Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning Roskilde Universitet.

Hansson, B. (2015): *Bare skør-normal - En analyse af en brugerstøttepraksis i psykiatrien*. Forskerskolen i Livslang Læring. Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning. Ph.d.-afhandling

Jensen, P. (2002): *Recovery. Videnscenter for Socialpsykiatri*. (s. 1-66). Lokaliseret d. 15.06.2016 på: <http://www.bedrepsykiatri.dk/media/11817/Pernillejensen.pdf>

Jensen, P. (2006): *En helt anden hjælp. Recovery i et bruger- og pårørende perspektiv*. København: Akademisk Forlag. Ph.d. afhandling.

Niedel, A (2011): *På vej? Kritiske analyser af recovery - orienteringen af det social-psykiatriske arbejde*. (1.udg.). Forskerskolen i livslang læring, Roskilde Universitet. Ph.d. afhandling. Lokaliseret d. 26.02.2016 på:

<http://www.slvidensbank.dk/da/Articles/Adults/Psykiatri/Paa%20vej.aspx>

Region Nordjylland (2015): *Psykiatriplan 2015-2020. Sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum*. Region Nordjylland. (s. 1-77). Lokaliseret d. 15.06.2016 på:

[http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Planer-paa-sundhedsomraadet/Psykiatriplan-2015-2020/~media/Rn\\_dk/Sundhed/Til%20sundhedsfaglige%20og%20samarbejdspartnere/Planer%20politikker%20og%20servicem%C3%A5l/Sundhedsplan/Psykiatriplan%202015-2020.ashx](http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Planer-paa-sundhedsomraadet/Psykiatriplan-2015-2020/~media/Rn_dk/Sundhed/Til%20sundhedsfaglige%20og%20samarbejdspartnere/Planer%20politikker%20og%20servicem%C3%A5l/Sundhedsplan/Psykiatriplan%202015-2020.ashx)

Regeringens Psykiatriudvalg (2013): *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Lokaliseret d. 15.06.2016 på:

<http://www.bedrepsykiatri.dk/media/11261/Hovedrapport.pdf>

Region Sjælland (2014): *Politik for recovery*. Psykiatridelelsen. (s. 1-3). Lokaliseret d. 15.06.2016 på:

[http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om\\_psykiatrien/nogletal-politikker-og-planer/politikker/Documents/Recoverypolitik.pdf](http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/nogletal-politikker-og-planer/politikker/Documents/Recoverypolitik.pdf)

Sundhedsstyrelsen (2009): *National Strategi for Psykiatri*. (s. 1-29). Lokaliseret d. 12.06.2016 på:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/EE63F63540B4423989EB160335398B84.ashx>

WHO (2005): *Mental health: facing the challenges, building solutions: Report from the WHO European Ministerial Conference*. (s. 1-195). Lokaliseret d. 20.06.2016

På:[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)

WHO (2013): *Mental Health Action Plan 2013-2020*. (s. 1-45). Lokaliseret d. 12.06.2016

på: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)

## 10.5 Internetsider

Fogh Jensen, A. (2009)

Lokaliseret d. 17.06.2016 på: <http://filosoffen.dk/2009/01/foucault-faenomenologi-og-hermeneutik/>

Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery (2016)

Lokaliseret d. 17.06.2016 på: <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Sider/default.aspx>

Projekt vendepunkter (2016)

Lokaliseret d. 27.05.2016 på: <http://www.vendepunkter.dk/node/3> (<https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/skolen-for-recovery/Sider/default.aspx>, <http://www.vendepunkter.dk/>)

Region Hovedstadens Psykiatri (2016)

Lokaliseret d. 15.06.2016 på: <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Om-rehabilitering-og-recovery/Sider/Recovery.aspx>

Skolen for Recovery (2016)

Lokaliseret d. 27.05.2016 på: [https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/skolen-for-recovery/skolen\\_for\\_recovery/Sider/default.aspx](https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/skolen-for-recovery/skolen_for_recovery/Sider/default.aspx)

Studieordningen for Psykologi (2006)

Lokaliseret d. 18.06.2016 på:

[https://intra.ruc.dk/fileadmin/assets/paes/Uddannelser/Psykologi/Formalia/2006\\_studieordning\\_sammenskrevet.pdf](https://intra.ruc.dk/fileadmin/assets/paes/Uddannelser/Psykologi/Formalia/2006_studieordning_sammenskrevet.pdf)

Studieordningen for Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier (2006)

Lokaliseret d.18.06.2016 på:

[https://www.ruc.dk/fileadmin/assets/enspac/Sundhedsfremme/Downloads\\_-\\_pdf/Studieordning.pdf](https://www.ruc.dk/fileadmin/assets/enspac/Sundhedsfremme/Downloads_-_pdf/Studieordning.pdf)

Studieordningen for Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier og Psykologi (2016)

Lokaliseret d.18.06.2016 på: <https://www.ruc.dk/uddannelse/kandidat/alle-kandidatuddannelser/psykologi-sundhedsfremme-og-sundhedsstrategier/studieordning/>

WHO (2016)

Lokaliseret d.14.06.2016 på: [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/)



# 11. BILAGSFORTEGNELSE

- BILAG 1: Interviewguide – Recovery konsulent
- BILAG 2: Interviewguide – Underviser fra Skolen for Recovery
- BILAG 3: Interviewguide – Undervisere fra Projekt Vendepunkter
- BILAG 4: Interviewguide – Skolen for Recovery (Brugere)
- BILAG 5: Interviewguide – Projekt Vendepunkter (Brugere)
- BILAG 6: Det empiriske materiale – En oversigt
- BILAG 7: Interview transskription – Recovery konsulent
- BILAG 8: Interview transskription – Underviser fra Skolen for Recovery
- BILAG 9: Interview transskription - Undervisere Projekt Vendepunkter
- BILAG 10: Interview transskription - Kim
- BILAG 11: Interview transskription – Laura
- BILAG 12: Interview transskription - Bent
- BILAG 13: Interview transskription - Mette
- BILAG 14: Interview transskription - Vera
- BILAG 15: Interview transskription – Susanne
- BILAG 16: Feltnoter - Skolen for Recovery
- BILAG 17: Feltnoter - Projekt Vendepunkter
- BILAG 18: Studieforløbsbeskrivelse – Maja B. G. Jensen
- BILAG 19: Studieforløbsbeskrivelse – Hannah Lou Harste
- BILAG 20: Studieforløbsbeskrivelse – Signe Hansen
- BILAG 21: Ønske om skriftlig specialeudtalelse
- BILAG 22: Speciale design – En illustration





ROSKILDE UNIVERSITET 2016

