DET SAMFUNDSVIDENSKABELIGE FAKULTET
KØBENHAVNS UNIVERSITET

Sammenstød mellem to forståelser af psykiske lidelser?

En diskursanalyse af hospitalspsykiatriens og recovery-perspektivets italesættelse af psykiske lidelser

Julie Eva Kruse Castella

Nr. 273/2010

Projekt- & Karrierevejledningens Rapportserie
Nr. 273/2010

Sammenstød mellem to forståelser af psykiske lidelser?

Julie Eva Kruse Castella

ISSN: 1339-5367
ISBN: 9788791903991

Se øvrige udgivelser i rapportserien og foretag bestillinger direkte på Projekt- & Karrierevejledningens hjemmeside.

Projekt- & Karrierevejledningen
Det Samfundsvidenskabelige Fakultet
Københavns Universitet

Center for Sundhed og Samfund
Øster Farimagsgade 5
1014 København K
35 32 30 99
www.samf.ku.dk/pkv
pkv@samf.ku.dk

Abstract

Within the last 30 years, a new perspective on mental illness has come into being in international psychiatry. The central idea is that it is possible to recover from even severe and persistent mental illness. The perspective was introduced in Danish psychiatry in 2000, yet its application is still limited. In particular, the hospital psychiatry seems to be dismissive of the perspective, possibly due to a different understanding of and approach to mental illness. Using Michel Foucault's archaeological analytical strategy as inspiration, this paper examines if there are discursive barriers to the application of the recovery-perspective in Danish hospital psychiatry. The research point of origin is the hospital psychiatry in Region Hovedstaden and scientific articles about the subject. The analysis confirms that there are discursive barriers as the psychiatric discourse thematizes mental illness as physical and usually chronic diseases, which should be subject to medical treatment. Thus, the discourse is characterized by a biomedical truth regime in which only knowledge and methods based on natural science and objective principles are valid. The recovery discourse thematizes mental illness as diseases which are not necessarily chronic, and where medical treatment is only one perspective on mental illness. As such, psychiatric knowledge is acknowledged, yet it doesn't have a particular validity. Thus, the discourse is characterized by a multidimensional truth regime in which valid knowledge and methods do not necessarily have to be based on nature scientific and objective principles. This divergence as to what constitutes valid knowledge further deepens the gap between the discourses' definitions of objects and positions of subjects and the relation between these. It also deepens the gap in their praxis, which is based on the relation between object and subject.

However, the barriers do not seem to be insurmountable, as the recovery-perspective rather varies than break with the psychiatric thematising of mental illness. Likewise, many of the core elements in the perspective do not seem to clash with the psychiatric discourse though these are incorporated in medical concepts. Thus, it is possible that the psychiatric discourse is under transformation.

Abstract **1**

1. Indledning **4**

1. 1 Problemformulering: *4*

1. 1. 1 Forskningsspørgsmål: 5

1. 2 Læsevejledning *5*

2. Introduktion til felt **6**

2. 1 Dansk Psykiatris historie 1800 - 2008 ..... *6*

2. 2 Recovery *8*

3. Teoretisk ramme **11**

3. 1 Videnskabsteori *11*

3. 1. 1 Ontologi 11

3. 1. 2 Epistemologi 12

3. 2 Analysestrategi *15*

4. Metodeafsnit **18**

4. 1 Empiri *18*

4. 1. 1 Valg af informanter 18

4. 1. 2 Adgang til felt 20

4. 1. 3 Det Kvalitative interview 20

4. 2 Etiske overvejelser *21*

4. 2. 1 Informeret samtykke 22

4. 2. 2 Fortrolighed 22

4. 2. 3 Konsekvenser 22

4. 2. 4 Interviewmetoden 23

5. Analyse **24**

5. 1 Psykiatriens diskurs: Et biomedicinsk perspektiv *24*

5. 2 Recovery-perspektivets diskurs: Et flerdimensionalt perspektiv *30*

5. 3 Sammenstød mellem to diskurser? *33*

5. 3. 1 Tematisering: Biomedicinsk forståelse kontra en flerdimensional forståelse? 33

5. 3. 2 Recovery: Et begreb uden indhold? 34

5. 3. 3 Praksis: Behandling - helbredelse kontra udvikling? 35

5. 3. 4 Relationer: Objekt-subjekt kontra subjekt-subjekt? 37

5. 4 Institutionelle barrierer *38*

5. 4. 1 Psykiatriens organisering 38

5. 4. 2 Psykiatriens rammebetingelser 39

6. Metodeovervejelser ***41***

7. Konklusion ***43***

8. Perspektivering ***45***

9. Diskussion ***46***

10. Litteraturliste ***48***

1. Indledning

Psykiatrien er et omstridt felt, der siden sin etablering jævnligt har været genstand for debat (Møllerhøj 2008: 116; Rosenberg 2008b: 312). Centralt i debatterne har været, psykiatriens forståelse af og tilgang til sit genstandsfelt samt om lidelserne er kroniske eller ej? Mange vil sandsynligvis svare bekræftende på dette, idet det 20. århundredes psykiatri i høj grad er kendetegnet ved en opfattelse af psykiske lidelser som kroniske tilstande, hvis årsager især er genetisk og biologisk funderet og derfor fordrer lægefaglig behandling. Kronicitetsparadigmet udfordres imidlertid af et nyt perspektiv, *recovery-perspektivet*, der har vundet bred accept i international psykiatri. Perspektivet gør op med opfattelsen af psykiske lidelser som kroniske samt betoner, at behandlingen skal tage udgangspunkt i det enkelte individ og dets sociale og kulturelle sammenhænge (Jensen 2006: 25; Jensen 2008: 91).

I Danmark blev recovery-perspektivet introduceret i 2000, men det har endnu kun vundet begrænset accept i dansk psykiatri, hvor mange psykiatere betegner det som *"gammel vin på nye flasker"* (Eplov et al. 2005a). Det synes især at være hospitalspsykiatrien, som er afvisende over for perspektivet, mens socialpsykiatrien og distriktspsykiatrien synes mere positive (Jensen 2008: 88; Andersen 2008: 6). Hvad kan ligge til grund for dansk psykiatris og i særdeleshed hospitalspsykiatriens modvillighed over for perspektivet? Kan det tænkes, at der er en modsætning mellem psykiatriens og recovery-perspektivets forståelse af og tilgang til psykiske lidelser, som udgør en barriere for perspektivets anvendelse i dansk hospitalspsykiatri?

Michel Foucault har i sine videnskarkæologiske analysestrategier (Foucault 2005), beskæftiget sig med diskurser, sandhedsregimer og acceptregler for sand og gyldig viden. Det synes således relevant at inddrage Foucault i forhold til den konkrete problematik. Dermed bliver min problemformulering og forskningsspørgsmål:

1. 1 Problemformulering:

Hvordan italesættes psykiske lidelser inden for henholdsvis dansk hospitalspsykiatri og recovery-perspektivet og hvordan indvirker dette på anvendelse af recovery-perspektivet i dansk hospitalspsykiatri?

1. 1. 1 Forskningsspørgsmål:

1) Hvordan tematiseres psykiske lidelser inden for henholdsvis psykiatrien og recovery-perspektivet?
2) Hvad opfattes som sand og gyldig viden inden for henholdsvis psykiatrien og recovery-perspektivet?
3) Er der på baggrund af ovenstående tale om sammenstød mellem to sandhedsregimer?

Således vil jeg med afsæt i Foucaults vidensarkæologiske analysestrategier lave en diskursanalyse af henholdsvis psykiatriens og recovery-perspektivets diskurs for at undersøge, om der er tale om to modstridende sandhedsregimer, som danner grundlag for barrierer for perspektivets anvendelse i dansk hospitalspsykiatri. Formålet med projektet er ikke at vurdere, om recovery-perspektivets forståelse af og tilgang til psykiske lidelser er adækvat eller ej. Undersøgelsen er baseret på interviews med behandlere inden for hospitalspsykiatrien i Region Hovedstaden samt med en bruger, en pårørende og en politiker, der også er tilknyttet regionen.

1. 2 Læsevejledning

I afsnit 2 gives en introduktion til feltet for projektets problematik, idet jeg kort skitserer dansk psykiatris historie (2.1) samt redegøre for recovery-perspektivet og dets modtagelse i Danmark (2.2). Dernæst vil jeg i afsnit 3 redegøre for mit videnskabsteoretiske perspektiv (3.1) samt min analysestrategi (3.2), der tilsammen udgør projektets teoretiske ramme. Afsnit 4 omhandler min metodologiske strategi, hvor jeg præsenterer og begrunder valg af metode og empiri (4. 1), efterfulgt af etiske refleksioner i forhold til den metodologiske strategi (4.2.) Derefter følger analysen, hvor jeg med afsæt i min teori og empiri vil analysere henholdsvis psykiatriens diskurs (5.1) og recovery-perspektivets diskurs (5.2). Disse sammenstilles derefter for at undersøge, hvorvidt der er diskursive barrierer for recovery-perspektivets anvendelse (5.3). Endelig retter jeg fokus på institutionelle faktorer som mulige ikke-diskursive barrierer (5.4). I afsnit 6 følger metodologiske overvejelser om undersøgelsens validitet og generaliserbarhed, hvilket er af betydning for konklusionen i afsnit 7. I afsnit 8 følger en perspektivering, hvor jeg retter et kritisk blik på recovery-perspektivet. Endelig afsluttes i afsnit 9 med en diskussion af recovery-perspektivets fremtid i dansk hospitalspsykiatri.

2. Introduktion til felt

2. 1 Dansk Psykiatris historie 1800 - 2008

Danmark får med indvielsen af Sct. Hans hospital i 1816 sit første psykiatriske hospital. Hermed er nye teorier om galskabens årsager og behandling, som opstår i Europa i midten af 1700-tallet og foreskriver, at sindssyge skal behandles af læger på særligt indrettede anstalter, også slået an i Danmark.[1] Man er især inspireret af den *psykiske* skole, der anser galskab for at være *funktionelle* beskadigelser af sjælen og forfægter *psykiske kurmetoder*[2] (Nielsen 2008: 59, 62).

I 1830'erne og 1840'erne opstår der blandt politikere og læger debat om det danske dårevæsen, hvor mange tager afstand fra den psykiske skole.[3] Debatten leder til et skifte i forståelsen af og tilgangen til psykiske lidelser, idet man nu anser disse for at være uforskyldte *fysiske* sygdomme, der som andre somatiske sygdomme, hovedsageligt skal behandles medikamentelt (ibid.: 73-75). Det synspunkt lå til grund for opførelsen og driften af de sindssygeanstalter, der opføres i resten af 1800-tallet og ind i 1900-tallet (Nielsen 2008: 84-85; Møllerhøj 2008: 88).[4]

På de nye anstalter arbejder psykiaterne på at forankre psykiatrien som et lægevidenskabeligt speciale ved at betone, at også sindssygdomme kan årsagsforklares ud fra konkrete fund, hvorudfra de kan klassificeres og behandling igangsættes. Der er fokus på arvelige og degenerative dispositioner som mulige årsager, men det lykkes ikke at identificere og påvise kognitive forandringer. Det bevirker, til stor frustration for psykiaterne, at det er svært at udvikle et nogenlunde ensartet og konsistent klassifikationssystem (Møllerhøj 2008: 91-93, 98).

Behandlingen er koncentreret om anstaltsopholdet, der betragtes som en effektiv behandling i sig selv (ibid.: 100-103). Imidlertid falder antallet af helbredte patienter frem mod århundredeskiftet, og man må erkende, at der er lidelser, som man endnu

---

[1] Hidtil er galskab ikke blevet opfattet som sygdomme, der skal under lægelig behandling. De fleste sindssyge blev passet af familien, og det offentlige var kun ansvarlig for de farligste sindssyge (Nielsen 2008: 59,62).

[2] De psykiske kurmetoder havde et stærkt moralsk islæt, og var, set med nutidens øjne meget voldsomme (Nielsen 2004: 64).

[3] Det er de nytænkende og fremtrædende læger Jens Rasmussen Hübertz (1794-1855) og Harald Selmer (1814-1879), der leder an i debatten. Som de første læger i Danmark udgiver de større fremstillinger om psykiatrien (Nielsen 2008: 70).

[4] Der opføres asyler i Vordingborg (1858), Viborg (1877), Middelfart (1888) og Nykøbing Sjælland (1915). Desuden åbner i 1875 Kommunehospitalets (København)sjette afdeling for nerve- og sindssygdomme (Møllerhøj 2008: 88).

ikke kan behandle fx den ofte dødelige dementia paralytica og dementia præcox (senere skizofreni) (ibid.: 105, 110-112).[5]

Det er generelt begrænset med effektive behandlingsmetoder i årtierne før og efter århundredeskiftet, og de manglende beviser på kognitive forandringer betyder, at datidens debatter om sindssygdommes årsager og behandling mest er filosofisk-spekulative.[6] Man søger dels tilbage til de tidligere psykiske forklaringer, dels efter inspiration i andre dele af lægevidenskaben, men med blandede resultater. Det lykkes dog at påvise en sammenhæng mellem syfilisinfektion og dementia paralytica (Mellergård 2008: 148, 154, 169-171).

I 1922 bliver *malariabehandling*[7] taget i brug i behandlingen af syfilispatienterne. Resultaterne var relativt gode[8], og det styrker psykiaterne i deres biomedicinske sygdomsforståelse, og giver dem tro på flere fremskridt i nær fremtid (Kragh 2008a: 175-177, 190, 195). Det er dog først i slutningen af 1930'erne, at der sker nye behandlingsmæssige fremskridt, idet *chokbehandlinger*[9] med insulin eller cardiozol introduceres. Der er store forventninger til deres effekt over for skizofreni, men effekten er begrænset og tillige er der mange bivirkninger forbundet med behandlingerne.[10] Prognoserne er bedre for patienter med bipolære affektive sygdomme, og man fortsætter derfor med behandlingerne (Kragh 2008b: 198, 211-214).

I 1940'erne indføres lobotomi og elektrochok (ECT), hvilket sammen med udviklingen af psykofarmaka i 1950'erne befæster den biomedicinske forståelse af og tilgang til psykiske lidelser. Ligeledes lykkes det, formelt, at få ligestillet psykiatrien med de somatiske discipliner, idet politikerne i samme periode beslutter, at fremtidige

---

[5] Det giver anledning til debat blandt psykiaterne om, hvorvidt psykiatriens kun skal behandle og helbrede eller om man også skal varetage pleje af de uhelbredelige. Resultatet bliver, at behandling og pleje ikke kan adskille (Møllerhøj 2008: 110-112).

[6] Freud fremkom i 1882 med sin teori om psykoanalysen. Freud og hans teori har dog kun haft begrænset indflydelse i dansk psykiatri, idet man forkastede teorien med henvisning til, at det seksuelle blev tillagt for meget vægt. Efter 2. verdenskrig blev der taget initiativ til at etablere en psykoanalytisk uddannelse, men der kom aldrig en analytisk bølge som man så andre steder i verden fx i USA (Møllerhøj 2008: 96-97; Mellergård 2008: 166-168).

[7] Man fremkalder feberanfald hos patienten ved injektion med malariainficeret blod. Der er uenighed om, hvorvidt det er øgningen af kropstemperaturen eller dannelsen af antistoffer, som er årsag til behandlingens effekt. Først i 1944 med indførslen af hypertemalbehandling opgiver man teorien om antistoffer. Behandling bliver overflødig med udviklingen af penicilinen i 1950'erne (Kragh 2008a: 175, 189).

[8] 50 % af patienterne får det fra moderat til meget bedre (Kragh 2008a: 175-177).

[9] Her injicerer man med insulin eller cardiazol for at fremkalde krampeanfald med efterfølgende koma (Kragh 2008b: 198-199, 200, 203).

[10] Således viser en undersøgelse fra 1941, at der kun er *fire* fulde remissioner ud af 162 skizofrenipatienter behandlet med insulin og *ni* ud af 782 skizofrenipatienter behandlet med cardiazol. Bivirkningerne er voldsomme krampeanfald, der ofte giver forvridninger og knoglebrud. Der er også observeret dødsfald (Kragh 2008b: 209, 212).

psykiatriske afdelinger skal placeres i relation til de almindelige sygehuse (Kragh 2008b: 214; Bjerrum 2008: 238-240).

Inden for de sidste 50 år er forskning inden for genetik, biologi og neurologi øget betydeligt.[11] I dag betegnes psykiatrien som en *neuropsykiatri*, og psykiske sygdomme belyses på et biologisk og psykologisk fundament. Samtidig anerkendes sociale forholds betydning for udviklingen af en psykisk lidelse. Forståelsen af og tilgangen til psykiske lidelser er således i dag funderet i en "bio-psyko-social model" (Rosenberg 2008a: 263, 285-286; Rosenberg 2008b: 327-331).

2. 2 Recovery

Recovery oversættes på dansk med at komme sig" og er dels et *fænomen*, som finder sted i den virkelige verden, dels et *begreb* med mange forskellige definitioner og endelig en *tilgang*, der dækker over behandlings- og støttemæssige indsatser, der skal fremme mulighederne for at komme sig efter svære psykiske lidelser. Det centrale i perspektivet er et opgør med opfattelsen af, at psykiske lidelser er kroniske tilstande (Jensen 2006: 21, 25).

Recovery-perspektivet introduceres i Danmark i 2000, men har i international psykiatri været kendt i mindst 30 år. Flere internationale undersøgelser har således vist, at mellem 1/2 - 2/3 af mennesker med en skizofrenidiagnose oplever *fuldstændig* recovery eller *social* recovery (se tabel 1). Fuldstændig recovery defineres oftest som, at individet ingen sygdomstegn har, at det har et normalt funktionsniveau og ikke modtager nogen form for behandling eller støtte. Med social recovery kan man derimod godt have symptomer og fx stadig tage medicin, hvis blot dette ikke forhindrer individet i at leve et uafhængigt og tilfredsstillende liv (Jensen 2008: 91-92).

[11] Der forskes fx i kromosomafvigelsers betydning for børns psykiske udvikling og hjernepatologisk institut oprettes i 1945 ved Psykiatrisk Hospital i Århus, hvor der forskes i hjernevæv fra afdøde psykiatriske patienter for at belyse dødsårsager og andre relevante sygdomme (Rosenberg 2008A: 281).

Tabel 1

Longitudinelle studier	Antal personer	Fuldstændig recovery (%)	Social Recovery (%)	Samlet andel recovery (%)
Bleuler 1968, Zürich, Schweiz	208	23	43	66
Tsuang et al. 1979, Iowa, USA	289	27	22	49
Ciompi & Muller 1980, Schweiz	186	20	26	46
Huber et al. 1980, Tyskland	502	26	31	57
Ogawa et al. 1987, Japan	140	31	26	57
Harding et al, 1987, Vermont, USA	269	34	34	68

(Harding & Zahniser (1994) i Andersen 2008: 7)

Som *begreb* er recovery komplekst, idet det tager udgangspunkt i beskrivelser af de erfaringer mennesker med svære psykiske lidelser har gjort sig i forhold til det at komme sig. Der er dog efterhånden enighed om, at det er en individuel proces, der foregår i samspil med individets sociale og kulturelle sammenhænge, idet individet i processen lærer at leve med evt. funktionsbegrænsninger og genopbygger følelsen af integritet inden for og uden for disse begrænsninger. Recovery handler derfor ikke kun om at komme sig fra lidelsen, men også om at overvinde de følger den har haft for ens liv (ibid.: 89).

Perspektivet er ikke en behandlingsform, og det forfægter ikke eller afviser bestemte metoder. Det centrale er derimod, at man i en recovery-orienteret *tilgang* fokuserer på håb og dialog og tager udgangspunkt i det enkelte individs erfaringer (Jensen 2008: 100; Jensen 2006: 24, 269).

Som sagt er perspektivet relativt nyt i Danmark, og der har været en del debat om perspektivet og dets relevans inden for dansk psykiatri (Hemmingsen og Parnas 2005; Eplov et al 2005 b; Ulrichsen og Ulrichsen 2005 og 2006, Larsen 2005 a og 2005 b; Colding 2005).[12] I 2002 besluttede Folketinget, at der skulle laves forsøg med recovery-perspektivet i centrum (Eplov et al. 2005a). Det førte bl.a. til Projekt Recovery - Orientering, der satte fokus på recovery i et bruger- og pårørendeperspektiv (Jensen 2006).

[12] Flere psykiatere har således i Ugeskrift for Læger kritiseret begrebet for at være et "pseudobegreb" uden lægeligt indhold, og som det vil være misvisende og skadeligt at anvende inden for psykiatrien (Hemmingsen og Parnas 2005; Ulrichsen og Ulrichsen 2005 og 2006, Larsen 2005 a og 2005 b).

I dag er perspektivet indskrevet i regionernes psykiatriplan fra 2007, hvilket Dansk Selskab for Distriktspsykiatri har bakket op om. Ligeledes arbejder flere kommuner på at indrette socialpsykiatrien ud fra en recovery-orienteret tilgang (Jensen 2008: 88; Andersen 2008: 6). Hospitalspsykiatrien synes derimod stadig at afvise perspektivet.

3. Teoretisk ramme

I det følgende vil jeg fremlægge mit videnskabsteoretiske perspektiv samt min analysestrategi, og tilsammen danner disse projektets teoretiske ramme. Jeg tager her afsæt i Michel Foucaults Vidensarkoælogi[13] (Foucault 2005), hvor han reflekterer over, hvordan man kan afgrænse en *diskurs*[14] inden for forskellige vidensområder. Den arkæologiske analysestrategi er ikke en teori eller en bestemt metode, men rettere en særlig analytik. Foucault betoner således, at metode og analysestrategi nøje skal afstemmes den konkrete problematik (Andersen 1999: 41, 30; Foucault 2005: 7-8, 23). Jeg laver dermed ikke en foucaultsk diskursanalyse, men tager afsæt i hans arkæologiske analysestrategi og afstemmer den i forhold til denne undersøgelses problematik (jf. 3.2). Idet den konkrete problematik er nutidig, taler jeg derfor, imodsætning til Foucault, om diskurs*erne* i det psykiatriske rum, idet der synes at være to stridende diskurser i det psykiatriske rum.

3. 1 Videnskabsteori

3. 1. 1 Ontologi

Givet undersøgelsens problematik er mit ontologiske perspektiv, at sproget er en meningsfuld og konstituerende komponent i den sociale verden (Mason 2006: 14-15). Dermed knytter jeg an til en socialkonstruktivistisk filosofi, idet det er gennem sproget vi får adgang til den sociale verden. Med vores begreber og kategoriseringer skaber vi repræsentationer, der aldrig kun er en spejling af en allerede eksisterende verden, men som også er med til at skabe denne (Collin 2003: 20; Andersen 1999: 29-30). Således betoner Foucault, at forestillingen om en uafhængigt eksisterende verden er en illusion, idet den frembringes i samspil med diskursive praksisser, diskurser. Dermed består den sociale verden ikke kun af diskurser, men også af *ikke*-diskursive praksisser, såsom

---

[13]Med termen ”arkæologi” understreger Foucault, at der er tale om et *arkiv*-arbejde, hvori man søger at afdække en systematik, som de enkelte ytringer, dokumenter lader sig ordne i, og som sætter dem i relation til hinanden. *Arkivet* betegner Foucault som hele den *verbale* masse, som er blevet dannet af menneskene og er sammenvævet med deres eksistens og historie (Raffnsøe et al. 2008: 186).

[14] Foucaults begreber har ofte flere forskellige og/eller overlappende betydninger. Således også begrebet ”diskurs”, der for det første betegner en ”diskursiv formation”, for det andet betegner de formations- og dannelsesregler som en række ytringer følger, hvormed de tilhører samme diskurs og endelig på et mere overordnet niveau betegner ”diskursen” det felt, som alle ytringer tilhører alene i kraft af at de er ytringer (Raffnsøe et al. 2008: 188). Jeg anvender i denne opgave begrebet ”diskurs” i betydningen af en diskursiv formation.

institutioner og politiske processer, som diskurserne dels er formet af, dels reflekterer tilbage på. Vores tale og det vi taler *om* er dybt indfældet i hinanden, hvilket udelukker muligheden for en objektiv målestok. Således kan man kun forstå det, som ligger *uden for* diskursen *inden for* diskursen, idet vi ikke kan ytre os uden for diskurserne (Foucault 2005: 14-15). Dermed har hverken individ eller samfund en naturgiven essens, og forestillingen om et suverænt og handlekraftigt subjekt er således en illusion, da dets *handlinger* altid er indlejret i diskurser. Menneskelige handlinger kan derfor heller ikke udgøre et objektivt referencepunkt i en analyse (Andersen: 12-13,19; Foucault 2005: 59).

Med denne forståelse bliver det ontologiske begreb *tomt*[15], idet det er meningsløst at spørge til, *hvad* en meningsfuldhed (fx diskurs) er og *hvorfor* den er til. Derved ontologiserer man meningsfuldheden og gør den til en genstand i sig selv. I stedet skal man spørge til, *hvordan* den er blevet til, *hvordan* tager sig ud og virker (Andersen 1999: 13-14, 19, 44; Foucault 2005: 165). Foucaults videnskabsteoretiske afsæt er således epistemologisk orienteret, hvor ontologien underordnes epistemologien.

3. 1. 2 Epistemologi

Eftersom vi kun kan forstå den sociale verden og de ikke-diskursive praksisser *inden for* diskursen, er mit epistemologiske perspektiv, at det er gennem en analyse af diskursen inden for det rum, hvortil en bestemt meningsfuldhed er tilknyttet, at jeg kan få viden om, hvordan den tager sig ud og virker (Andersen 1999: 13-14; Foucault 2005: 14-15). Således er det gennem en analyse af henholdsvis psykiatriens og recovery-perspektivets italesættelse af psykiske lidelser, at jeg kan få viden om barrierer for recovery-perspektivets anvendelse i dansk psykiatri.

Ifølge Foucault skal diskurser indkredses ud fra det endelige korpus af faktisk formulerede ytringer i en given epoke, *arkivet.*[16] Foucaults analyser har derved alle været retrospektive, hvorfor han i sine analyser har anvendt dokumenter som kilder (Hansen 2004: 407). Her adskiller jeg mig fra Foucault, idet jeg har indkredset diskurserne dels ud fra kvalitative interviews med individer inden for det psykiatriske rum (behandlere, en pårørende, en bruger og en politiker), dels ud fra videnskabelige

---

[15] Ifølge N. Å. Andersen har socialkonstruktivistiske filosofier slet ingen ontologi (Andersen 1999: 12-13). Dette er der dog flere samfundsforskere som er uenige i (jf. Hansen 2004:397; Collin 2004: 23-25; Bredsdorff 2003: 117ff)

[16] ”Arkivet” er en teknisk betegnelse for en systematik, der på et overordnet niveau binder de enkelte diskurser sammen i en given epoke. Således er det system for dannelse og omdannelse af udsagn, dvs. arkivet betegner det som samler, idet det transformeres i tid og rum (Raffnsøe et al. 2008: 185).

artikler. Om det er i modstrid med Foucault er uklart, da vidensarkæologi som sagt ikke er en bestemt metode. Der er dog generelt uenighed om, hvorvidt kvalitative interviews er adækvate kilder til en diskursanalyse (ibid.: 407). Det er da heller ikke uproblematisk at anvende denne metode, da betingelserne for udsagnene i interviewsituationen er anderledes end i situationer, hvor diskurserne ellers ville finde sted fx på en behandlerkonference. Således kan udsagnene ikke abstraheres fra den kontekst, hvori de er opstået (Mason 2006: 65). Dermed er det ikke diskursen i sine rene form, som jeg har fået frem gennem mine interviews. Det er naturligvis et generelt problem for det kvalitative interview, men det er af særlig betydning for diskursanalysen, hvor fokus netop er på udsagn (Hansen 2004: 407-408). Jeg har dog valgt at anvende kvalitative interviews, idet materialet ellers ville være meget begrænset pga. recovery-perspektivet korte eksistens i en dansk kontekst. I forhold til dette skal artiklerne bidrage til at styrke analysens validitet, idet jeg, såfremt der synes at være en systematik mellem interviewenes og artiklernes ytringer, antager, at analysen og dermed den genererede viden for valid (se også afsnit 6).

Foucault tager som nævnt (jf. 3.1.1) afstand fra forståelsen af viden som en objektiv sandhed, hvor vi gradvist nærmer os et mere sandt og fuldstændigt billede af den sociale verden. Vidensbegrebet er således utvetydigt tømt for dets sædvanlige normative indhold, hvor viden er lig med *sand* erkendelse. Viden er derimod historisk og kulturelt kontingent og finder altid sted inden for en bestemt (videnskabelig) diskurs, hvor individerne opbyggger fælles (sproglige) sandheder og kæmper om, hvad der er sandt eller falskt – både inden for diskursen og i forhold til andre diskurser (Collin 2003: 81-82; Foucault 2005: 249-250). Den enkelte diskurs etablerer sandhedsregimer, der ikke blot udelukker temaer, argumenter og talepositioner, men som også stempler grupper af mennesker som fx syge, unormale eller ufornuftige, og som andre tildeles ret til at ytre sig om (Andersen 1999: 31-32; Foucault 2005: 173). Al tale og viden er således påhæftet bestemte regler for acceptabilitet. Derfor problematiserer Foucault forestillingen om det suveæne subjekt med en individuel fornuft og vilje (jf. 3.1.1).

Eftersom viden altid skabes inden for en bestemt diskurs i tråd med dets sandhedsregime, er det meningsløst at stille spørgsmålstegn til videns *gyldighed* og *sandhed*. Såfremt den producerede viden lever op til det gældende regimes acceptregler, vil den producerede viden blive regnet for gyldig og sand. Således skal man gennem diskursanalysen fremdrage, hvad og hvordan viden *godtages* som gyldig og sand inden for en bestemt diskurs (Collin 2003: 82; Andersen 1999: 43, 48-49). Ligeledes findes der ingen neutral position, hvorfra man kan forholde sig til en diskurs

og dens viden, idet vi alle indgår i en fælles videnshorisont – epistemet[17] (Foucault 2005: 15). Dermed vil det aldrig være muligt at finde frem til *Sandheden*. Enhver sandhed (inklusiv en diskursanalyse) hviler således på en uretfærdighed, idet den enkelte analyse er fæstnet i en bestemt problematik og et bestemt perspektiv, der bestemmer, hvilken "sandhed" man finder frem til (Andersen 1999: 61-62). Den viden jeg genererer med dette projekt, skal således ikke forstås som en endegyldig sand viden om psykiatriens eller recovery-perspektivets forståelse af og tilgang til psykiske lidelser.

Denne forståelse af viden kritiseres ofte for at føre til relativisme, hvor enhver fremstilling af den sociale verden antages for sand (Bredsdorff 2003: 14). Men for det første er den enkelte analyse altid fæstnet i et perspektiv, hvormed det ikke er åbent, hvilken diskurs der afdækkes i analysen. For det andet så betyder afvisningen af vidensbegrebets sædvanlige normative konnotation ikke, at den arkæologiske analyse ikke kan have kritiske implikationer. Formålet med analysen er, at afdække det som *ikke* ytres, de positioner som ikke kan ytre sig etc. i en given diskurs, hvilke usynliggøres i takt med diskursens etablering. Det kritiske ligger således i at fremdrage, at diskursen hverken er naturgiven eller har universel gyldighed. Dermed ikke sagt, at den undersøgte diskurs nødvendigvis bør opgives, men den *kan* opgives eller modificeres (Foucault 2005: 30-31, 179).

Endvidere er der det såkaldte refleksivitetsproblem - om jeg kan indkredse en diskurs, når denne er en del af et overordnet episteme, som jeg selv er "fanget" i (Collin 2004: 88). Foucault kommer ikke med en løsning på dette, men erkender, at analysen ikke kan besvare, hvorvidt den selv er berettiget eller adækvat. Men ved at fastholde, at analysen er en *beskrivelse* af diskursen, som den umiddelbart fremtræder, og at den tager udgangspunkt i veldefinerede kriterier for, hvordan en diskurs skal afgrænses er der dog skabt gennemsigtbarhed for læseren. Derved kan denne vurdere, om analysen synes adækvat. I det følgende vil jeg kort skitsere de grundlæggende elementer i den arkæologiske analysestrategi og eksplicitere, hvordan jeg har anvendt denne i forhold til den konkrete problematik.

[17] Et "episteme" er en bestemt epokes fælles videnshorisont, der binder de forskellige diskurser sammen i tværgående mønstre. Epistemet er således et overordnet og samlende begreb i forhold til diskurserne, mens det er underordnet det meget omfattende arkiv (se fodnote 16) (Raffnsøe et al. 2008: 185).

3. 2 Analysestrategi

I den arkæologiske analysestrategi skelner Foucault mellem *udsagn, ytringer, diskurs* og *diskursformation*, der tilsammen danner fundamentet for diskursanalysen.[18] Udsagnet er diskursens mindste enhed, ytringen den begivenhed som gør, at udsagnet er mere end blot en række tegn, diskursen det endelige faktisk afgrænsede korpus af formulerede (mundtligt eller skriftligt) ytringer og diskursformationen et spredningssystem[19] for ytringer. Den vidensarkæologiske analyse er således kendetegnet ved den grundlæggende ledeforskel[20] *regularitet/spredning* af ytringer, dvs. hvilken systematik er der i en specifik diskurs' spredning af ytringer. Ledeforskellen rummer en ontologisk asymmetri, idet ytringerne *positivt* eksisterer, mens formationen er en konstruktion, der bliver til gennem analysen. Således er det ytringerne, som er analytikerens umiddelbare genstand i diskursanalysen (Andersen 1999: 41).

Foucault afgrænser ikke endegyldigt ytringen, men fremhæver at den er kendetegnet ved sin *eksistensfunktion*, hvormed den i det øjeblik den indtræder i diskursen frembringer et rum af *objekter*; en række mulige *subjektpositioner*; et *begrebsnetværk*, der gennem et associationsfelt etablerer et begrebshierarki samt et *tematisk* rum, hvori ytringen anvendes, gentages og modificeres (Andersen: 44; Foucault 2005: 146). De fire elementer indgår i et vertikalt netværk, men er gensidigt afhængige af hinanden. Dvs. man kan ikke forstå en diskurs' subjektpositioner uden at se på, hvilke objekter de ytrer, og hvilke begreber og temaer de relateres til (Andersen 1999: 44-46; Foucault 2005: 123, 162-163). Jeg har vedlagt en skitse over formationssystemet (jf. bilag A).

Ytringerne skal analyseres i deres positivitet, som de træder frem i det diskursive rum. Således skal man *beskrive* de diskursive kendsgerninger og fremlægge deres

---

[18] N. Å. anvender ikke begrebet "ytring", men kun "udsagn" (Andersen 1999: 41). Der en betydningsforskel mellem "udsagn" og "ytring". Således påpeger Foucault, at ytringen er en bestemt dimension ved den sproglige praksis, hvor mødet mellem udsagnets logik og syntaks mødes med udsagnets mål og fundering. Ytringen er det sted, hvor mødet mellem tegn og betegnet er positivt og uadskilleligt givet (Foucault 2005: 15-16; Raffnsøe et al. 2008: 184).

[19] Begrebet "spredningssystem" rummer en spænding, hvor "spredning" peger mod diversitet, mens "system" peger mod sammenhæng. Dermed indikerer begrebet, at, at tænkningen nødvendigvis befinder sig i et spændingsfelt mellem på den ene side at forholde sig til en mangfoldig verden, og på den anden side at bringe denne mangfoldighed på system – til en enhed. Afgrænsningen af diskursen fremviser kun sammenhængen, hvor den arkæologiske analyse retter fokus på den anden side (Foucault 2005: 24-25).

[20] Ifølge N. Å. Andersen (1999) er en "ledeforskel": " *den forskel der kan sætte rammen for iagttagelser af anden orden*" (Andersen 1999:152), dvs. ledeforskellen sætter betingelserne for, hvordan omverden kan iagttages. Begrebet "anden orden" henviser til en konstruktivistisk videnskabsteori, som er en *epistemologisk* orienteret videnskabsteori, hvor fokus er på tilblivelse (ibid.: 13-14, 152).

relationer for at afdække regulariteten i deres spredning.[21] Man skal ikke kommentere på ytringerne og reducere dem til udtryk for andet end sig selv eller søge efter latente strukturer, der i det skjulte ansporer ytringerne. Derved giver man diskursen en ontologisk status (Andersen 1999: 43-44; Foucault 2005: 71). I stedet skal man, ved at definere ytringens grænser, etablere dens forbindelser med andre ytringer og vise, hvilke andre udsagnskategorier den udelukker, undersøge, hvordan diskursen *fremstår* som en enhed ud fra en flerhed af mulige ytringer. Dvs. man skal finde reglerne for, hvornår en ytring med dens tilhørende eksistensfunktion accepteres som fornuftigt inden for diskursen. Her spørger man til reglerne for dannelse af de førnævnte eksistensniveauer, dvs. hvordan dannes og klassificeres *objekter*; hvorfra kan der *ytres* og *iagttages*, og hvem kan træde ind i disse pladser; hvordan dannes, omdannes og modificeres *begreber*, og hvordan er de relateret til andre diskurser, samt hvilken *strategi/tema* ligger bag de øvrige niveauers udfyldning (Andersen 1999: 48-51; Foucault 2005: 165ff, 186-187). Dermed rummer diskursen et iboende forandringsmoment, idet ytringen og dens eksistensfunktion anvendes, genanvendes og modificeres inden for det specifikke diskursive rum, i forhold til sig selv, andre diskursive rum samt ikke-diskursive praksisser. Det sker dog ikke uden kamp (jf. 3.1.2).

Den arkæologiske analyse fokuserer ikke på diskursens tilblivelseshistorie, men kun på hvordan den tager sig ud og virker (Foucault 2005: 33). I stedet må man inddrage den genealogiske analyse, der fokuserer på kontinuitet og diskontinuitet og dermed på de kampe og beherskelsesstrategier, hvorunder viden, diskurser og sandhedsregimer er konstitueret (Andersen 1999: 56).[22] Jeg har derfor valgt at inddrage en ”genealogisk” analyse, hvor jeg kort opridser henholdsvis den psykiatriske diskurs’ og recovery-perspektivets diskurs’ tilblivelseshistorie. Jeg har ikke søgt at afdække alle deres slægtskabslinier (ibid.: 57), hvilket ikke har været muligt inden for projektets rammer.

I forhold til analysestrategien for dette projekt har første trin været med afsæt i den arkæologiske analysestrategi at afgrænse henholdsvis psykiatriens diskurs og recovery-perspektivets diskurs. Således har jeg analyseret, hvilken *tematisering* af psykiske lidelser der fremtræder i deres respektive ytringer, hvilke *begreber* ytringerne

[21] Det betyder ikke, at man skal give en fuld optegnelse over de anvendte begreber i diskursen, men at man fremdrager de centrale begreber og det netværk, de indgår i og hvormed de får deres status (Foucault 2005: 71).

[22] N. Å. Andersen betegner den genealogiske analyse som den arkæologiske analyses historiske dimension og fastslår ligefrem, at man ikke kan lave en arkæologisk analyse uden at koble den med en genealogisk analyse (Andersen 1999: 52).

anvender og hvordan, hvilke *subjektpositioner* samt *objekter* ytringerne frembringer for derved at afdække, om der synes at være en systematik i deres respektive spredning af ytringerne (jf. 5.1, 5.2). Den genealogiske analyse har fundet sted samtidig med afgrænsningen af de to diskurser. Imidlertid indleder den genealogiske analyse de to analyseafsnit, idet den naturligt leder over til de nutidige diskurser, som fremdrages gennem den arkæologiske analyse. Derefter har jeg sammenstillet diskurserne for at undersøge, hvordan de konvergerer/divergerer (jf. 5.3) og dermed, om der er diskursive barrierer for recovery-perspektivets anvendelse i dansk hospitalspsykiatri. Jeg har i bilag vedlagt en skematisk oversigt over de to diskursers fire eksistensniveauer samt sammenstødene mellem disse (jf. bilag B). Idet diskurserne indgår i et komplekst samspil med ikke-diskursive praksisser, må det forventes, at også andre forhold er af betydning for perspektivets anvendelse. Derfor har jeg i afsnit 5.4 endvidere analyseret, hvordan psykiatriens organisering og rammebetingelser indvirker på perspektivets anvendelse. Inden jeg går over til analysen vil jeg redegøre for projektets empiriske og metodiske grundlag.

4. Metodeafsnit

I det følgende redegøres for projektets design, som er funderet i mit videnskabsteoretiske perspektiv og i min analysestrategi (Mason 2006: 30). Afsnittet indledes med en præsentation af og begrundelse for valg af kilder samt metode og afsluttes med etiske refleksioner i forhold til projektets design og forskning generelt.

4. 1 Empiri

Min empiri er genereret ud fra kvalitative interviews, som er primære kilder samt videnskabelige artikler, der er sekundære kilder. Som nævnt (jf. 3. 1. 2) er der uenighed om, hvorvidt interviews er adækvate kilder til en diskursanalyse. Den diskussion tages op i afsnit 4.1.3.

4. 1. 1 Valg af informanter

Jeg har interviewet syv behandlere (psykiatere og psykologer), heraf var et interview én pilot og to behandlere deltog i et fællesinterview, samt en bruger, en pårørende og en politiker fra Region Hovedstadens psykiatriudvalg. Behandlerne er mine primære informanter, da de ud fra deres forståelse af psykiske lidelser samt recovery-perspektivet vælger/fravælger en recovery-orienteret tilgang i behandlingen. De øvrige informanter er sekundære informanter, der skal give et indblik i diskurserne set fra deres respektive positioner i det psykiatriske rum og derved øge analysens validitet. Da undersøgelsen tager afsæt i hospitalspsykiatrien i Region Hovedstaden, skulle alle informanter være tilknyttet denne. Derudover skulle behandlerne ikke være ansat samme sted[23] og gerne have forskellige holdninger til recovery-perspektivet, så jeg kunne få et bredt udsnit af synspunkter på perspektivet (Mason 2006: 189, 192; Kvale 2004: 228). Det har dog været svært at få psykiatere ansat på sygehusene til at deltage, og størstedelen af behandlerne er derfor ansat i distriktspsykiatrien. Ligeledes er alle på nær én overvejende positive over for recovery-perspektivet. Dermed er der en skævhed i materialet, som kan påvirke analysen af den psykiatriske diskurs (Mason 2006: 192,

[23]To af informanterne er dog ansat på samme hospital. Den ene arbejder på selve hospitalet, mens den anden arbejder i distriktspsykiatrien. Da der i praksis oftest er stor forskel på hospitals- og distriktspsykiatrien både arbejdsmæssigt og i forhold til forståelsen af og tilgange til psykiske sygdomme (jf. Be 4: 43ff), mener jeg, at det er acceptabelt og ikke ændrer nævneværdigt på behandlernes repræsentativitet.

195). Alle behandlere er selvfølgelig en del af den denne diskurs, men det må forventes at de recovery-orienterede behandleres diskurs er påvirket af recovery-perspektivets diskurs (jf. 3. 2). De sekundære kilder skal bidrage til at rette op på denne skævhed. Det har dog givet mulighed for, at jeg kan få mere nuanceret indblik i recovery-perspektivets diskurs.

Alle informanter er anonymiseret og lovet fortrolighed, dog er politikeren blevet gjort opmærksom på, at hun ikke kunne garanteres fuld anonymisering og fortrolighed eftersom udvalget kun består af syv medlemmer. Nedenfor følger tabeller over informanterne:

Tabel 2: Behandlere

Informant	**Be 1 (pilot)**	**Be 2**	**Be 2**	**Be3**
Uddannelse	Psykiater	Psykiater	Psykolog	Psykolog
Stilling	Klinikchef	Overlæge	Psykolog	Psykolog
Arbejdsplads	Hospital	Distrikts-psykiatrien	Distrikts-psykiatrien	Distrikts-psykiatrien
Interviewtype	Enkelt	Fælles	Fælles	Enkelt

Tabel 3: Behandlere

Informant	**Be 4**	**Be 5**	**Be 6**
Uddannelse	Psykiater	Psykiater	Psykiater
Stilling	Overlæge	Overlæge	Overlæge
Arbejdsplads	Distriktspsykiatrien	Distriktspsykiatrien	Hospital
Interviewtype	Enkelt	Enkelt	Enkelt

Tabel 4: Ikke-professionelle

Informant	**Pårørende (På)**	**Politiker (Po)**	**Bruger (Br)**
	Far til en 30-årig datter, som lider af skizofreni	Politiker i Region Hovedstaden	44 år Lider af skizofreni Bor i et psykiatrisk bofællesskab
Interviewtype	Enkeltinterview	Enkeltinterview	Enkeltinterview

4. 1. 2 Adgang til felt

Det har ikke været let at få adgang til feltet, og særligt psykiatere på sygehusene har været svære at få til at deltage i projektet. Landsforeningen Bedre Psykiatri (LBP) har skaffet mig kontakt til piloten og den pårørende. Ellers har jeg forsøgt mig med en ”gatekeeper”, idet en psykiater i mit netværk forsøgte at skaffe mig kontakter på sit arbejde, men uden succes. Hun informerede bl.a. sine kolleger om, at ideen til projektet stammede fra LBP. Dernæst kontaktede jeg Direktionen for Hovedstadens Psykiatri, som skaffede mig tre informanter. Endelig henvendte jeg mig pr. mail til klinikcheferne på regionens psykiatriske hospitaler og bad dem videresende mailen til behandlerne på de respektive hospitaler. Jeg valgte, efter grundige overvejelser, at udelade information om LBP, dels pga. erfaringerne med gatekeeperen, dels da nogle informanter påpegede, at det kunne være en hindring for at få behandlere, særligt kritikere, til at deltage i projektet (jf. Be 2). Jeg fik begrænset respons på disse mails, idet kun to psykiatere svarede tilbage, her skaffede den ene mig yderligere en informant. Den begrænsede respons skyldes formentlig projektets tema – barrierer for anvendelse af recovery-perspektivet.

Brugeren fik jeg kontakt til via en ”kontaktannonce” på Sinds chatforum og endelig sendte jeg en mail til Regionens psykiatriudvalgs syv medlemmer, som internt fandt ud af, hvem der skulle deltage i undersøgelsen. Alle mailhenvendelser er vedlagt i bilag (jf. bilag C).

4. 1. 3 Det Kvalitative interview

Min primære empiri har jeg genereret ud fra kvalitative enkeltinterviews, da jeg derved kan få et indblik i den interviewedes sprog og begrebsverden. Dermed kan jeg få viden om dennes forståelse af og syn på et fænomen (Kvale 2004: 27). Der er dog uenighed om, hvorvidt interviews kan sikre en valid diskursanalyse. Interviewet er en unik, personlig interaktion mellem to personer, og udsagnene kan derfor ikke abstraheres fra den kontekst, hvori de er opstået (jf. 3.1.2). Foucault anvendte heller ikke interviews i sine analyser, der dog også alle var retrospektive. I forhold til dette tager jeg som sagt kun afsæt i Foucaults analysestrategi, og desuden har han påpeget, at metode og empiri altid må afstemmes til den konkrete problematik (ibid.). Da projektets problematik er nutidig med endnu begrænset materiale, vil min empiri blive stærkt begrænset såfremt jeg kun skulle anvende dokumenter som kilder. Endvidere kan individerne i et diskursivt rum i min optik ikke undsige sig rummets diskurs, men er i større eller

mindre grad underlagt denne (jf. 3.1.1, 3.1.2). Dermed mener jeg, at interviews er adækvate kilder til at frembringe diskurserne, om end udsagnene modificeres og nuanceres i det enkelte interview. Det sekundære kildemateriale, skal som sagt bidrage til at understøtte analysen og dermed øge validiteten. Jeg har dertil fundet det frugtbart at inddrage et fællesinterview med to behandlere. Det gav mulighed for et mere direkte indblik i diskurserne, idet der opstod faglige og mere "naturlige" diskussioner mellem de to behandlere om psykiatriens og recovery-perspektivets forståelse af og tilgang til psykiske lidelser (Mason 2006: 189).

Jeg har anvendt semistrukturerede interviewguides, hvilket har været nyttigt i forhold til den konkrete problematik. Det har dels givet en fleksibilitet, hvormed diskurserne har kunnet fremtræde i deres umiddelbarhed, dels har det givet en struktur, hvormed jeg er kommet igennem de relevante temaer (Kvale 2004: 129). Den grundlæggende guide er behandlerguiden, som guiderne til bruger/pårørende og politikeren har taget afsæt i. Behandlerguiden blev testet med en pilot og efterfølgende rettet til.[24] De overordnede temaer samt guides er vedlagt i bilag (jf. bilag D).

Alle interviews er optaget og efterfølgende transskriberet ordret, da det er en forudsætning for en valid analyse, at jeg har informanternes egne artikulationer. Udskrifterne er dog *ikke* er selve datamaterialet, men er i sig selv en fortolkning, idet man går fra en kommunikationsform til en anden (Mason 2006: 75-76; Kvale 2004: 163-165). Transskriberede interviews og transskriptionsmanual er også vedlagt i bilag (jf. bilag E).

Behandlerne blev interviewet på deres respektive arbejdsplads, mens politikeren blev interviewet på Sociologisk Institut. Brugeren og den pårørende blev interviewet henholdsvis hjemme hos sig selv og på min bopæl. I interviewet med brugeren deltog også brugerens kontaktperson, men hun indgår ikke som en informant.

4. 2 Etiske overvejelser

I en forskningsproces genereres viden, som kan påvirke, dem som bliver undersøgt samt vores generelle forståelse af menneskers situation. Det er derfor vigtigt at reflektere over mulige etiske problematikker forbundet med den konkrete undersøgelse (Kvale 2004: 115; Mason 2006: 41).

---

[24] Jeg valgte at teste behandlerguiden, eftersom behandlerne er mine primære informanter. Derudover var det vigtigt, at jeg var særlig velforberedt til disse "ekspertinterview". Piloten fungerede godt og gav kun anledning til få justeringer og tilføjelser i de enkelte guides. Interviewet indgår derfor også som empiri.

4. 2. 1 Informeret samtykke

En grundlæggende etisk retningslinie i al samfundsvidenskabelig forskning er *informeret samtykke fra deltagerne* (Kvale 2004: 118; Mason 2006: 81). Jeg havde oprindeligt til hensigt at informere alle informanter om, at ideen til projektet stammede fra LBP. Men på baggrund af mine erfaringer med at skaffe behandlere, valgte jeg hurtigt at udelade det i min henvendelse til behandlerne (jf. 4.1.2). I stedet informerede jeg om dette ved interviewets begyndelse, da jeg mente, at sandsynligheden for at informanten ville springe ville være mindre. Fremgangsmåden kan synes uetisk, men jeg vurderede, at det var vigtigere at øge sandsynligheden for at få flere primære informanter til at deltage, og da alle informanter har fået fuld information inden selve interviewet, har ingen deltaget i projektet på mangelfuldt grundlag.

Om det er muligt at opnå fuldt *informeret* samtykke kan dog diskuteres, idet man ikke kan gennemskue hele processen og virkningerne af de hændelser, der sker undervejs i forskningen. Ligeså informerer man sjældent informanterne om forskningsspørgsmål og analysestrategi (Mason 2006: 81, 192;Kvale: 119). Jeg oplyste om den overordnede problemstilling, da oplysning om problemformulering og analysestrategi kunne påvirke informanterne i deres beskrivelser af deres forståelse af og tilgang til psykiske lidelser.

4. 2. 2 Fortrolighed

Fortrolighed er en anden central etisk retningslinie, der omhandler sikring af den interviewedes anonymitet fx ved at undlade rapportering af data, som kan identificere vedkommende. Da kvalitative data oftest er personlige og fyldige, kan det dog være svært at sikre deltagerne fuld anonymitet, og den interviewede, og andre som kender denne, vil som regel kunne genkende vedkommende (Kvale 2004: 120; Mason 2006: 80). Jeg har anonymiseret alle informanter og deres arbejdsplads/behandlingssted. Politikeren kan dog ikke sikres fuld anonymitet, hvilket hun er indforstået med. Hun påpegede dog, at hun udtalte sig som privatperson og ikke på vegne af udvalget eller sit parti.

4. 2. 3 Konsekvenser

Et tredje vigtigt tema er undersøgelsens *konsekvenser*. Det etiske princip ”at tilgodese” indebærer, at fordele ved at deltage i en undersøgelse og den genererede viden altid

skal opveje evt. ulemper forbundet med deltagelsen (Kvale 2004: 121). Projektets problematik antyder, at der er divergerende interesser og holdninger forbundet med perspektivet og dets anvendelse. Det må derfor forventes, uanset om undersøgelsen fører til en øget anvendelse af perspektivet eller ej, at nogle vil finde resultatet negativt. Jeg mener dog, at undersøgelsen overvejende er forbundet med positive konsekvenser, idet den netop skal skabe klarhed om barriererne for anvendelse af perspektivet. Derved kan undersøgelsen åbne op for en bredere diskussion af perspektivet, og den psykiatriske behandling generelt, således at et til-/fravalg af perspektivet vil ske på et oplyst grundlag.

4. 2. 4 Interviewmetoden

Endelig bør man i forhold til interviewmetoden reflektere over, om der er emner i undersøgelsen, der kan være forbundet med svære følelser hos informanterne, og som vil kunne fremkalde negative eftervirkninger hos vedkommende (Mason 2006: 79,80). Psykiske lidelser er for de pågældende og deres pårørende oftest forbundet med svære følelser, og det er sandsynligt, at interviewet har kunnet fremprovokere sådanne hos bruger og pårørende. Derfor gjorde jeg meget ud at briefe bruger og pårørende inden interviewets start samt understregede, at de kunne sige fra, hvis der var noget, de ikke ønskede at tale om. Hverken bruger eller pårørende (eller nogle af de andre informanter) har dog afvist at svare på nogle af spørgsmålene. Generelt oplevede jeg, at der var en behagelig og afslappet atmosfære i alle interviewene.

5. Analyse[25]

I det følgende vil jeg med afsæt i min analysestrategi (jf. 3.2), undersøge, hvorvidt der er diskursive barrierer for anvendelse af recovery-perspektivet i hospitalspsykiatrien. Således vil jeg indkredse diskurserne ved at afdække, hvordan henholdsvis psykiatrien og recovery-perspektivet i deres ytringer *tematiserer* psykiske lidelser, hvilke *subjektpositioner* de åbner op for, hvilke *objekter* de skaber og beskæftiger sig med, samt hvilke *begreber* de anvender til at relatere ytringens fire eksistensniveauer til hinanden (jf. 5.1, 5.2). Dernæst sammenstiller jeg de to diskurser og diskuterer, hvordan de konvergerer/divergerer (jf. 5.3). Jeg har som sagt vedlagt en skematisk oversigt over deres respektive eksistensniveauer (jf. bilag B). Endelig analyserer, jeg hvordan psykiatriens organisering og rammebetingelser indvirker på recovery-perspektivets anvendelse (jf. 5.4).

5. 1 Psykiatriens diskurs: Et biomedicinsk perspektiv

Som sagt opstår i første halvdel af 1800-tallet i Danmark en ny forståelse af ”gale” og ”galskab”, idet nye teorier om galskabens årsager, behandling og helbredelsesmuligheder langsomt får fodfæste blandt danske læger og politikere (jf. 2.1). I en foucaultsk optik opstår en ny diskurs, hvor galskab tematiseres som sygdomme, der skal under lægefaglig behandling (jf. 3.2). Tematiseringen skal ses i lyset af et samspil mellem 1700-tallets borgerlige idealer, der vægtede dyder som flid, moralsk levned og samfundssind samt en lægevidenskab i generel fremgang. Sammenføjningsleddet er den sunde og arbejdsduelige borger (Zalewaski 2008: 56). Den nye diskurs er således ikke arbitrær, idet den trækker på den borgerlige diskurs' tematisering af de internerede, som dovne og umoralske samt den lægevidenskabelige naturvidenskabelige forståelse af sygdomme og indføjer begreber fra disse diskurser i sit begrebsnetværk (jf. 3.2). Centrale begreber er ”sygdom”, ”degeneration”, ”moral” og ”disciplin”, der konnoterer en filosofisk-spekulativ forståelse af og tilgang til galskab. Dermed er diskursen kendetegnet ved et *moralsk-medicinsk* sandhedsregime, hvor galskab tematiseres som sygdomme, hvis årsager især bunder i umoralsk levned, men skal under lægefaglig behandling.

[25] I forhold til analysen har jeg ligeledes hentet inspiration i Stefan Hermanns analyse af udviklingslogikker i folkeskolen (Hermann 2003).

Det moralsk-medicinske sandhedsregime udfordres, efterhånden som flere læger italesætter galskab som uforskyldte fysiske sygdomme i sindet, hvis behandling bør være funderet i naturvidenskabelige metoder, og flere betoner derfor behovet for forskning i sindssygdomme og deres behandling (jf. 2.1; Nielsen 2008: 74). Dermed kæmpes der inden for diskursen om sandheden om sindssygdommes årsager og behandling samt stilles spørgsmålstegn til gyldigheden ved den hidtidige viden (jf. 3.2). Det fører til en modifikation af den filosofisk-spekulative tematisering af galskab, der nu kun tematiseres som fysiske sygdomme.[26] Objekt-subjekt relationen er den samme, men de mere filosofisk-spekulative begreber som ”moral” og ”disciplin” har fået lavere pladser i begrebshierarkiet. Begreber som ”hjernesygdom”, ”naturvidenskabeligt værksted” og ”medikamentel behandling”, der konnoterer en *medicinsk* forståelse af og tilgang til sindssygdomme har derimod fået fremtrædende pladser (Nielsen 2008: 71-72; Møllerhøj 2008: 90, 115). Begrebet ”degeneration” har fået en ny accent, idet det sættes i relation til den uforskyldte ”hjernesygdom”, hvor det tidligere blev relateret til manglende moral. Dermed er diskursen i midten af 1800-tallet kendetegnet ved et vordende *biomedicinsk* sandhedsregime. At der ikke er tale om et definitivt opgør med det moralsk-spekulative sandhedsregime ses ved, at disciplin stadig regnes for en vigtig del af behandlingen (Nielsen 2008: 72-73).

Den medicinske tematisering ligger til grund for opførelsen og driften af de nye anstalter, der opføres i resten af 1800-tallet (jf. 2.1). De får en central rolle i den videre etablering af det biomedicinske sandhedsregime og psykiatrien som en medicinsk videnskab, idet psykiaterne her får mulighed for, gennem observation af patienterne, at generere viden om sindssygdommene (Møllerhøj 2008: 88). Psykiaterne forsøger således at fastslå psykiatrien som et rent lægevidenskabeligt speciale, og i tråd med sandhedsregimet er fokus på genetiske og arvelige faktorer, mens psykologiske og subjektive faktorer nedtones (jf. 2.1; 3.2). Derved er anstalterne med til at institutionalisere psykiaterens forskellige subjektpositioner i diskursen, idet denne her indgår som henholdsvis *kliniker* og *behandler* af de sindssyge samt *forsker* og *underviser* af nye psykiatere (jf. 3.2).

I årtierne efter århundredeskiftet sker et skifte i diskursens begrebsnetværk. Manglende objektive fund fører til, at begreber som ”hjernesygdomme” og ”degeneration” nedtones væsentligt, mens et tidligere fremtrædende begreb

[26]Det cementeres i lægen H. Selmers udsagn i sit hovedværk (1846) *Almindelige Grundsætninger for Daarevæsenets Indretning*: ”At de Afsindige hverken ere mere eller mindre end Syge” (Nielsen 2008: 73).

”psykologiske faktorer” reaktiveres (jf. 2.1; 3.2).[27] Det skal dog ikke ses som en udfordring af sandhedsregimet, men snarere som en nuancering heraf, og man søger fortsat efter biomedicinske forklaringsmodeller og behandlingsmetoder. Påvisningen af sammenhængen mellem syflisbakterien og dementia paralytica og udviklingen af malariabehandlingen, styrker sandhedsregimet. Nye forskningsmetoder med inddragelse af statistik betyder desuden, at ”evidens” bliver et centralt begreb i diskursen med relationer til både diagnoser og behandlingsmetoder (jf. 2.1).

Efter 2. verdenskrig øges den biologiske forskning betydeligt, hvilket sammen med de nye behandlingsmetoder yderligere befæster sandhedsregimet. I 1970’erne opstår der dog brydninger inden for psykiatrien, idet antipsykiatriske bevægelser leder til en debat om sandhedsregimet. Det medfører et større skel mellem på den ene side biologiskorienterede psykiatere og på den anden side psykodynamisk orienterede psykiatere og psykiatere ansat i socialpsykiatrien. Det fører ikke til et opgør med sandhedsregimet, men den biomedicinske forståelse nuanceres, idet den suppleres med en psyko-social forståelse. I dag er den ”bio-psyko-sociale” model generelt anerkendt som grundlag for forklaring af og tilgang til psykiske lidelser (jf. 2.1).

De seneste år har styrket sandhedsregimet, idet nye forskningsmetoder har ført til øget viden om hjernen og dens funktion. Det er blevet påvist, at der er genetiske årsager bag mange psykiske lidelser, samt at der sker strukturelle ændringer i hjernen (Rosenberg 2008b: 330; www.psykiatri-regionh.dk). Begrebet ”hjernesygdom” er blevet reaktiveret, hvilket bl.a. fremgår af et interview med en overlæge i hospitalspsykiatrien. Han betegner skizofreni som en hjernesygdom, der som al anden fysisk sygdom, forringer den psykisk syges funktionalitet og stiller vedkommende ringere i ”overlevelseskampen” med andre individer (Be 6: 276ff)[28]. En overlæge i distriktspsykiatrien bekræfter, at man i stigende grad inden for hospitalspsykiatrien betegner skizofreni som hjernesygdomme (Be 5: 177ff).

Andre centrale begreber i den nuværende diskurs, hvoraf nogle er reaktiverede, er ”diagnose”, ”patogenese”, ”genetik”, ”degeneration”, ”kronisk” samt ”psykokirurgi” (Be 1: 116ff; Be 2: 436; Be 4: 237ff; Be 5: 426ff; Be 6: 248ff). Begreber der konnoterer en biomedicinsk forståelse af og tilgang til psykiske lidelser, som medfører varige kognitive forandringer, der kan lindres, evt. opereres bort. Ligeledes drages der

---

[27] Det skal fremhæves, at danske psykiatere generelt afviser Freud og hans teorier med henvisning til, at de er yderst spekulative og dermed ikke lever op til sandhedsregimets acceptregler (Møllerhøj 2008: 96-97; Mellergård 2008: 154-157). At psykiaterne er mere positive over for kollegernes genanvendelse af ”psykologiske faktorer” kan således ses som et udtryk for deres subjektpositioner i regimet (jf. 3.2).

[28] Jeg har valgt at anvende linjenumre i interviewene, således angiver fx 276ff at referencen starter ved linje 276. Ved citater angives præcise linjenumre.

analogier til andre lægevidenskabelige specialer, hvormed psykiaterne understreger psykiatriens videnskabelighed:

> ”Psykiatri er et medicinsk speciale på linje med forskellige kirurgiske specialer, kardiologi, onkologi, m.m. Inden for psykiatrien bruger vi samme terminologi som i andre lægevidenskabelige specialer (diagnose, differentialdiagnose, ætiologi, patogenese, epidemiologi, genetik) og forsøger at tilrettelægge en behandling, der bygger på systematiske studier af effekter og bivirkninger - det som Guze kalder »den medicinske model«” (Ulrichsen og Ulrichsen 2005)

Citatet er fra en artikel i tidsskriftet Ugeskrift for Læger, og forfatterne fremhæver, at psykiatrien er et medicinsk speciale, hvis objekt, som andre lægevidenskabelige specialers objekter, kan årsagsforklares, diagnosticeres og behandles ud fra en standardiseret model. At behandlingen skal være funderet i systematiske studier af effekter og bivirkninger, understreger ikke blot, at den skal være evidensbaseret, men også at den i høj grad er centreret om biomedicinske metoder som medicin.

Det er psykiaterens væsentligste opgave at stille den rette diagnose og derudfra igangsætte den rette behandling (Be 1: 116ff; Be 5: 218ff). Dermed er ”diagnostik” og ”behandling” kernebegreber i diskursen, idet de understreger sandhedsregimet og dets øvrige eksistensniveauer: tematiseringen af psykiske lidelser som sygdomme, der skal behandles af det psykiatriske subjekt, der har en privilegeret adgang til sandheden psykiske lidelser og mulighed for helbredelse samt patienten som et objekt. Således siger en overlæge i hospitalspsykiatrien:

> [Det] er en selvfølgelighed for mig, at man prøver at få patienten til at få det så godt som muligt på alle områder, men hvor vi [for lægernes vedkommende] først og fremmest arbejder med at stille diagnosen og finde ud af, hvad [...] patienten fejler og får sat relevant behandling i gang, altså den bedste behandling som vi kan tilbyde. [S]å er der selvfølgelig pleje af patienterne, som sygeplejerskerne tager sig af (Be 6: 39-44)

Udover at understrege objekt-subjekt relationen mellem patient og psykiater, fremhæver citatet ligeledes diskursens hierarki af subjektpositioner (jf. 3.2), idet psykiateren tager sig af problemstillingerne, mens omsorg og pleje er sygeplejerskernes opgave.

Diagnosesystemerne er inden for de sidste 20 år, blevet mere præcise og ensartede. Desuden er det blevet lettere at få stillet en diagnose, men det er også blevet lettere at komme af med den (Be 1: 144ff; Be 2: 148ff; Be 3: 301ff; Be 4: 285; Be 5: 218ff,

277-288; Be 6: 390ff). Dermed står ”diagnosebegrebet” i et spændingsforhold til diskursens tematisering og i særdeleshed begreberne ”hjernesygdom”, ”degeneration” og ”kronisk” (jf. 3.2), idet diagnosesystemet synes at stride med forståelsen af psykiske lidelser som kroniske hjernesygdomme. Behandlerne påpeger dog, at der er uenighed om denne tolkning. Således mener mange psykiatere, at systemet, fordi lidelserne er kroniske sygdomme, kun kan anvendes til at klassificere objekterne. Det sker ud fra svære symptomer, og ændres disse væsentligt, må objektet enten omklassificeres eller også må man fortsat antage, at patienten er syg (Be 2: 430ff; Be 6: 401). En overlæge i hospitalspsykiatrien påpeger således, at med sygdomme som skizofreni og bipolære sygdomme bør man antage, at patienten er syg, selvom denne synes symptomfri. Da diagnosen stilles ud fra udtalte psykotiske symptomer, er de formentlig ikke forsvundet, blot mindre fremtrædende. Han sammenligner med cancer, hvor kræftcellerne fortsat er i kroppen, selvom tumoren er fjernet. Ligeledes er de biologiske årsager og de kognitive forandringer endnu til stede hos patienten (Be 6: 381ff):

> [H]vis du laver en neuropsykologisk test, så kan du helt sikkert påvise, at de ikke tænker nær så skarpt som vi andre, der er masser af finere neurologiske deficit, som er til stede, det er der hos alle med skizofreni, hvis diagnosen altså er valid, og det er en meget vigtig del af det at være syg (Be 6: 426-430)

Derfor fastslår han, at patienter med disse sygdomme bør tænke på dem som kroniske sygdomme (Be 6: 354ff). Det synspunkt deles ikke af de andre behandlere. De anerkender, at der er kroniske tilfælde, men ikke at der er bestemte diagnoser som pr. definition er kroniske (Be 1: 165; Be 2: 144ff; Be 3: 100; Be 4: 262ff; Be 5: 245ff).

I tråd med sandhedsregimet er medicin helt centralt i behandlingen af psykiske sygdomme (Be 1: 91ff Be 2: 639; Be 3: 216; Be 4: 376; Be 5: 125ff; Be 6: 160ff). Psykologisk og social behandling er også vigtigt, men medicin er ofte en forudsætning for de andre metoders effekt. Ligeledes er medicin ofte livsvarig, da mange lidelser er kroniske. Det er især psykiatere inden for hospitalspsykiatrien, som synes at have denne opfattelse. En overlæge i distriktspsykiatrien fortæller således om patienter, der på sygehuset har fået at vide, at de skal have medicin resten af livet (Be 4: 109ff). Den pårørende, hvis datter i 2004, som 24 årig fik stillet diagnosen skizofreni, fortæller om en lignende oplevelse:

> [J]eg var med til en samtale, [...] hvor [psykiateren] sagde: ”[D]et her medicin det skal du have resten af dit liv, sådan er

> det, og du skal nok ikke tænke på at få børn og blive gift og sådan nogen ting (På: 168-172)

Citatet understreger diskursens tematisering af psykiske lidelser som kroniske sygdomme, idet patienten bør indstille sig på ikke blot at skulle tage medicin resten af sit liv, men også at familie og arbejde sandsynligvis ikke vil blive en del af hendes fremtid. Ligeledes understreger det diskursens objekt-subjekt relation, hvor psykiateren qua sin viden om psykiske lidelser kan ytre sig om patientens fremtid, mens patienten ikke synes at have nogen indflydelse derpå (jf. afsnit 3.2).

Objekt-subjekt relationen kommer også til udtryk i begrebet ”compliance”, hvormed psykiatere udtrykker patientens ”behandlingsvilje”. Dvs. dennes vilje til sygdomsforståelse og samarbejde. Således er der flere psykiatere, som mener, at patienten, eftersom denne er syg, må acceptere evt. bivirkninger ved medicin (Be 2: 685ff). Relationen kommer dog tydeligst til udtryk i tvangsbegrebet, hvor psykiateren, med henvisning til at patienten er til fare for sig selv og sine omgivelser, kan umyndiggøre patienten indtil denne ikke længere vurderes at være farlig/selvskadende. Patienten bliver således et objekt, der for at genvinde sin juridiske status som subjekt må tage imod psykiatrisk behandling. Behandlerne fastslår, at det skal begrænses, men at der er tilfælde, hvor det er umuligt at undgå (Be 2: 325ff; Be 3: 150ff; Be 4: 96ff; Be 5; 130). Således siger en overlæge i hospitalspsykiatrien:

> [S]elvfølgelig kan der være nogen, som er meget medicinafværgende og som er meget psykotiske [...] det er derfor vi kan tvangsbehandle folk (Be 6: 363-366)

Den psykiatriske diskurs er således kendetegnet ved et biomedicinsk sandhedsregime, hvor psykiske lidelser tematiseres som sygdomme, der skal under lægevidenskabelig behandling. Regimet er kendetegnet ved en hierarkisk objekt-subjekt relation, hvor psykiateren, qua sin standardiserede viden har autoritet til at diagnosticere og behandle patienten, som tager imod behandling. Viden om psykiske sygdomme og deres behandling skal således være funderet i (natur)videnskabelige principper om objektivitet og målbarhed for at leve op til regimets acceptregler for sand og gyldig viden.

5. 2 Recovery-perspektivets diskurs: Et flerdimensionalt perspektiv

Som nævnt (jf. 2.2) er der inden for de sidste 30 år i international psykiatri opstået et nyt perspektiv på psykiske lidelser, deres behandling og helbredelsesmuligheder – recovery-perspektivet. I en foucaultsk optik kan recovery-perspektivet betegnes som en vordende diskurs, hvor psykiske lidelser tematiseres som lidelser, der ikke nødvendigvis er kroniske, og hvis årsager især bunder i psyko-sociale faktorer. Ligeså betegnes personen med en psykisk lidelse som unik og ressourcefuld (jf. 3. 2). Tematiseringen kan ses i lyset af et samspil mellem forskellige politikker, ideer og generelle samfundsmæssige forandringer, hvor sammenføjningsleddet er det individuelle. Det drejer sig bl.a. om udviklingen af distrikts- og socialpsykiatrierne i 1950'erne og 1960'erne, der satte fokus på betydningen af patientens sociale og kulturelle miljø; 1970'ernes antipsykiatriske bevægelser og deres kritik af psykiatriens forståelse af og tilgang til psykiske lidelser samt det postmoderne samfunds kulturelle frigørelsesprocesser og opløsning af autoriteterne (jf. Giddens 1996; Beck 1997). Diskursen er således ikke arbitrær, idet den trækker på disse i sin tematisering af psykiske lidelser og indføjer centrale begreber fra disse i sit begrebsnetværk (jf. 3.2). Således er "håb", "dialog", "individ", "unik" og "personligt netværk", der konnoterer en mere *subjektiv* og *processuel* forståelse af psykiske lidelser, væsentlige begreber i diskursen (jf. 2.2). Diskursen bryder ikke med den psykiatriske diskurs, idet den ligeledes trækker på dens tematisering, begreber, subjektpositioner og objekter, men, som det vil fremgå, anvendes de med nye accenter (jf. 3.2).

I diskursen skal "at komme sig" ikke nødvendigvis forstås i en medicinsk forstand, hvor patienten ingen symptomer har. Det afgørende er derimod, om eventuelle symptomer forhindrer patienten i at have et for denne tilfredsstillende liv: Således definerer en psykolog i distriktspsykiatrien recovery:

> [R]ecovery handler om at man skal komme til et sted i ens liv, hvor man gør de ting som man gerne vil, og det er ikke så afgørende om man stadig har nogle symptomer indimellem, hvis man kan håndtere symptomerne, og det er ikke så afgørende om man tager medicin eller ej. Men det at kunne være og bo på en måde som man er tilfreds med og have de sociale relationer, som man gerne vil have og det at kunne arbejde eller studere (Be 3: 109-114)

Der er altså tale om en subjektiv oplevelse, hvor patienten selv skal finde frem til, hvad der for denne er et meningsfyldt og tilfredsstillende liv. Dermed får et begreb som

”behandling”, der i den psykiatriske diskurs konnoterer helbredelse eller lindring (jf. 5.1), i den vordende diskurs en ny accent: Behandling er en udviklingsproces mod et nyt selvbillede, hvor patienten lærer at leve med sine funktionsbegrænsninger og genopbygge følelsen af integritet inden for og uden for disse (jf. 2,2; 3.2). Behandlingen skal derfor tage udgangspunkt i den enkelte patients behov og erfaringer, hvormed denne bliver et aktivt subjekt, hvis viden og erfaringer indgår i behandlingen sammen med behandlerens videnskabelige viden. Diskursen er derved kendetegnet ved en *subjekt-subjekt* relation mellem patient og behandler, idet *sandheden* om recovery ikke er medicinsk, men subjektiv. Behandlerens viden anerkendes, men denne har ikke privilegeret faglig adgang til sandheden om recovery. Diskursens sandhedsregime er derfor *flerdimensionalt*, idet der ikke er bestemte subjektpositioner, hvis tale og viden har større gyldighed og sandhed. *Objektet* er ikke længere patienten, men alene den psykiske lidelse, som blot er en del af subjektet. Objektet er således forskudt en smule fra den psykiatriske diskurs' biomedicinske sandhedsregime (jf. 3.2; 5.1).

Et fremtrædende begreb i diskursen er ”samarbejde”, som forbinder de øvrige eksistensniveauer (jf. 3.2). Således understreger det diskursens tematisering af psykiske lidelser, hvor det gennem en personlig udviklingsproces er muligt at komme sig fra en psykisk lidelse; den subjektposition som patienten indtræder i samt at objektet ikke er patienten, men den psykiske lidelse. Flere af de recovery-orienterede behandlere påpeger således, at de betragter sig som en guide, der, qua sin faglige viden, kun kan rådgive patienten om, hvordan denne bedst muligt opnår sin recovery (Be 2: 128ff, 212ff; Be 4: 455ff; Be 5: 336ff). En psykolog i distriktspsykiatrien siger:

> Det kan godt være at vi er eksperter i sygdommen som sådan, men det er jo dem som er eksperter i deres eget liv, så man skal passe på med at gøre sig alt for klog på, hvad folk skal. Det kan godt være at man kan berige deres perspektiv ved at fortælle, hvordan andre har det, men dybest set så er det jo dem, der skal være i det (Be 3: 142-148)

Det er patienten selv, som i samarbejde med behandleren skal finde frem til, hvad der gavner. Hvordan andre har det og hvad der har hjulpet dem, kan være nyttig og opmuntrende viden, der giver håb om egen recovery, men det er ikke ensbetydende med, at samme metoder også vil være nyttige for vedkommende.

Begrebet ”håb” er derfor også et essentielt begreb i diskursen, og relaterer ikke kun til individet som et subjektivt ønske om at komme videre, men også til praksis, idet det er afgørende for processen, at behandlingen tager afsæt i håbet og understøtter det. En klinikchef på et psykiatrisk hospital siger:

> Hvis man fokuserer på det kroniske, så anlægger man en behandlingsstrategi, hvor man arbejder med en indordning i den kroniske skæbne. Hvis du har en strategi, der hedder at du arbejder med håbet om at blive rask på et eller andet tidspunkt, så har du en helt anden tilgang og meget mere energi og en anden kontakt med patienterne (Be 1: 171-174)

Diskursen bryder altså ikke definitivt med begrebet ”kronisk”, men ved at arbejde med håbet underordner man sig ikke en kronisk skæbne, men arbejder væk fra den. Han understreger, at mange inden for psykiatrien arbejder med positive incitamenter og med målet om, at patienten får det så godt som muligt (Be 1: 185ff). Recovery-perspektivet har det dog som en særlig bevidst strategi og her spiller sproget en vigtig rolle:

> [J]eg fik en aha-oplevelse i Australien [...] at de fx snakkede om en psykotisk episode, som man så sammen med patienten og pårørende skulle arbejde mod recovery. Der kunne jeg godt se en forskel i, hvis man sagde, at nu har du fået et tilbagefald, så er det som om, at så går det ned (Be 1: 179-183)

Hvor ”tilbagefald” konnoterer, at patienten kommer længere væk fra sin recovery, så konnoterer ”episode”, at der snarere er tale om en midlertidig pause i processen med at komme sig. I relation til dette fremhæver flere af behandlere ligeledes, at de aldrig taler om den ”skizofrene” patient, men om en ressourcefuld mand/kvinde der lider af skizofreni (Be 2: 427ff; Be 3: 241ff; Be 4: 98ff). Med *skizofren* bliver patienten et objekt, denne er synonym med sin diagnose, hvorimod en patient der *lider af* skizofreni, fortsat er et subjekt.

Diskursen gør således ikke op med den psykiatriske diskurs, men dens flerdimensionale sandhedsregime udfordrer det biomedicinske sandhedsregime, idet det biomedicinske perspektiv ikke tildeles en særlig gyldighed eller sandhed. Derimod bryder diskursen med begrebet ”compliance”, idet de recovery-orienterede behandlere betoner, at patienten ikke behøver at anerkende den biomedicinske sygdomsforståelse for at være i behandling. Det er muligt at have forskellige teorier, forskellige forståelser, og alligevel have et frugtbart samarbejde. Det giver netop grundlag for samarbejde, hvorimod forventning om en bestemt sygdomsforståelse giver modstand. De påpeger derfor, at sygdoms*indsigt*, ikke sygdoms*forståelse*, er vigtigt i processen med at komme sig (Be 1: 113; Be 2: 78ff; Be3: 219ff; Be 4: 357ff; Be 5: 343ff).

Medicinsk behandling er derfor heller ikke en særlig gyldig metode, men indgår på lige fod med andre behandlingsmetoder. Behandlerne vil som regel anbefale medicin, i hvert fald for en periode, da den ofte er en forudsætning for de andre behandlingsmetoders effekt. De understreger, at medicinen skal gives i samarbejde med patienten og med respekt for dennes individuelle behov og oplevelse af medicinens effekt kontra bivirkninger. Det befæstes med begrebet ”personlig medicin”, som en overlæge i distriktspsykiatrien fremhæver:

> ”[P]ersonal medicine”, [...], altså det [...] at lytte til patienten [...] det kan godt være at patienten siger: ” jeg kan ikke leve med den bivirkning, men jeg kan godt leve med den anden”, så er det jo det du skal gå efter. Grundlæggende så må man jo indse, at [...] medicin har bivirkninger (Be 2: 692-696)

Recovery-perspektivets diskurs er således kendetegnet ved et flerdimensionalt sandhedsregime, hvor psykiske lidelser tematiseres som lidelser, der ikke nødvendigvis er kroniske, og hvor patienten opfattes som unik og ressourcefuld. Således er der i regimet en subjekt-subjekt relation mellem patient og behandler, hvor patientens sygdomsforståelse og erfaringer indgår i behandlingen sammen med behandlerens videnskabelige viden. Viden om psykiske lidelser og deres behandling skal derfor ikke nødvendigvis være funderet i (natur)videnskabelige principper for at leve op til regimets acceptregler for *sand* og *gyldig* viden.

5. 3 Sammenstød mellem to diskurser?

5. 3. 1 Tematisering: Biomedicinsk forståelse kontra en flerdimensional forståelse?

I den psykiatriske diskurs tematiseres psykiske lidelser inden for en *biomedicinsk* forståelse, idet de betegnes som fysiske sygdomme, hjernesygdomme, der oftest er kroniske. Årsager og behandling er funderet i den bio-psyko-sociale model, men det biologiske tillægges særlig vægt. Centrale begreber er ”genetik”, ”diagnostik” og ”behandling”, der konnoterer en biomedicinsk forståelse af og tilgang til psykiske lidelser. Her er patienten et *objekt* for det psykiatriske *subjekts* videnskabelige blik og viden, og sandheden om psykiske lidelser og deres helbredelse er behandlerens (jf. 5.1).

I recovery-perspektivets diskurs tematiseres psykiske lidelser derimod inden for en *subjektiv* og *social* forståelse, hvor psykiske lidelser ikke nødvendigvis er kroniske. Årsager og behandling er også funderet i den bio-psyko-sociale model, men det psyko-sociale tillægges særlig vægt. Centrale begreber er ”udvikling”, ”individualitet” og ”dialog”, der konnoterer en subjektiv og processuel forståelse af og tilgang til psykiske lidelser. Patienten er dermed et aktivt subjekt, der i samarbejde med behandleren finder frem til sin recovery. Dvs. sandheden om recovery er subjektiv (jf. 5.2).

Recovery-perspektivets diskurs bryder således ikke med den psykiatriske diskurs' tematisering, men modificerer denne og forskyder vægten fra en biologisk til en mere psyko-social forståelse af og tilgang til psykiske lidelser. Den modificerede tematisering betyder dog (jf. 3.2), at perspektivet gør op med den psykiatriske diskurs' acceptregler for gyldig og sand viden, det *biomedicinske* sandhedsregime, idet gyldig viden og metode ikke nødvendigvis skal være funderet i naturvidenskabelig og objektive principper for at leve op til recovery-perspektivets *flerdimensionale* sandhedsregime. Derved bryder perspektivet ikke med det psykiatriske subjekt, men med dets monopol på sand og gyldig viden. Det danner grundlag for sammenstød mellem de øvrige eksistensniveauer (jf. 3.2), dvs. i diskursernes definition af objekt og subjektpositioner og *relationen* mellem disse, i deres respektive *praksis*, som er funderet er relationen mellem objekt og subjekt samt i deres *begrebsnetværk*, som forbinder eksistensniveauerne.

5. 3. 2 Recovery: Et begreb uden indhold?

Den psykiatriske diskurs' centrale begreber er forankret i en medicinsk terminologi (jf. 5.1), hvormed de konnoterer, at viden om psykiske lidelser og deres behandling skal funderes i objektive og naturvidenskabelige principper. Dermed skal viden og behandling ikke være funderet i normative principper. Begreberne er klart afgrænsede og deres betydning ligger fast. Der kan måske være tvivl om, hvorvidt en diagnose er korrekt, men der er ikke tvivl om selve diagnosebegrebets betydning (jf. 5.1). Dermed ses et sammenstød med recovery-perspektivet og dets centrale begreber, der oftest er forankret i det sociale (jf. 5.2). Særligt ”recovery-begrebet” synes uforeneligt med den psykiatriske diskurs' begrebsnetværk. For det første er det som *tilgang* et normativt begreb, som mange psykiatere relaterer til antipsykiatrien (B6: 76ff; Hemmingsen & Parnas 2005). En relation, som ifølge de recovery-orienterede behandlere er forståelig, idet perspektivet i sin tid blev fremført med en stærk antipsykiatrisk vinkel (Be 1: 10ff; B2. 35ff; Be 4: 214ff). I tråd med det biomedicinske sandhedsregime (jf. 3.2) synes

begrebet dog især at blive defineret som ”malignt”, når det fremføres af folk *uden for* psykiatrien, fx sociologer, mens det defineres som ”benignt”, når det fremføres af folk *inden for* psykiatrien, især psykiatere (Ulrichsen & Ulrichsen 2006). Det er dog ytringen og dets subjekt der accepteres, idet forfatterne anbefaler begreberne ”remission”, ”behandling” og ”rehabilitering” i stedet for ”recovery”.

Som *begreb* udspringer det for det andet af subjektive erfaringer med at komme sig, hvormed det har mange betydninger. Det betragtes i perspektivets diskurs som en fordel (Larsen 2005a), men synes at være en ubetinget svaghed i den psykiatriske diskurs (Be 6: 134ff). Problemet for mange behandlere synes dog ikke at være begrebets indhold om håb og positive incitamenter, men hvordan man på et objektivt og sammenligneligt grundlag kan måle subjektive oplevelser med at komme sig (jf.5.2; Be 5: 78-80; Be 6: 76ff; Hemmingsen & Parnas 2005; Ulrichsen & Ulrichsen 2005 og 2006). Således siger en overlæge i distriktspsykiatrien:

> [D]et er ikke foreneligt med et medicinsk begreb, fordi det er et socialt begreb. [R]emission, det er det medicinske begreb og det kan du rate dig til, dvs. der er forskellige symptomer der skal være under fx 3 eller 2, og det kan recovery-begrebet ikke. Det er sådan lidt, hvad synes du og hvad synes jeg? (Be 5: 183-186)

Begrebet forkastes således af det biomedicinske sandhedsregime, da det ikke lever op til regimets begrebsnetværks naturvidenskabelige og objektive struktur, og dermed ikke kan sikre gyldig viden (jf. 3.2). Således synes de centrale elementer i begrebet, bortset fra værdiindholdet, ikke at være uforenelige med den psykiatriske diskurs. Men for at de kan anvendes, reformuleres de og indlemmes i allerede anerkendte begreber. Dermed anvendes de med en mere medicinsk accent.

5. 3. 3 Praksis: Behandling - helbredelse kontra udvikling?

Behandling konnoterer i den psykiatriske diskurs i bedste fald helbredelse af biologiske defekter og ellers lindring af symptomerne derpå. Den relevante praksis er derfor *lægebaseret*, idet behandling er funderet i behandlerens faglige viden om psykiske lidelser (jf. 5.1). Recovery-perspektivet bryder ikke med behandlingsbegrebet, men tillægger det en ny accent, hvormed det konnoterer personlig udvikling (jf. 5.2). Den relevante praksis er dermed *dialogbaseret*, idet behandlingen er funderet i patientens personlige behov og erfaringer samt behandlerens faglige viden.

Dermed synes de to diskurser at støde sammen i deres respektive praksis (jf. 3.2). I den lægestyrede praksis er behandleren subjekt og patienten objekt, idet behandleren, qua sin viden, træffer beslutning om og igangsætter relevant behandling, som patienten tager imod. Behandleren har privilegeret adgang til sandheden om psykiske lidelser og dermed til sandheden om recovery. I den dialogbaserede praksis er patienten derimod et aktivt subjekt, der i samarbejde med behandleren træffer beslutning om relevant behandling. Behandlerens faglige viden anerkendes, men denne har ikke en privilegeret adgang til sandheden om recovery, som er patientens. Behandlingen er centreret om håb og rettet mod at udvikle og styrke patienten og dennes ressourcer, så denne kan komme *udover* sygdommen og opnå et tilfredsstillende liv (jf. 5.2). Den lægebaserede praksis er ligeledes rettet mod, at patienten får det så godt som muligt (jf. 5.1, 5.2), men eftersom sygdommene opfattes som kroniske, synes behandling i denne praksis at være baseret på, at patienten skal opnå sygdomserkendelse og lære at leve *med* sygdommen. Dvs. man underordner sig en kronisk skæbne. Diskurserne divergerer dermed ikke i *målet* for behandlingen, men der en betydningsforskel i behandlingsbegrebet, som synes at udmønte sig i praksis.

Derimod støder diskurserne sammen i deres vægtning af, hvorvidt viden og dermed metoder skal være funderet i objektive og naturvidenskabelige principper. I tråd med sit flerdimensionale sandhedsregime tildeles evidensbaserede metoder i recovery-perspektivet ikke en særlig gyldighed (jf. 5.2). Det strider med det biomedicinske sandhedsregimes acceptregler for gyldig viden. En overlæge i hospitalspsykiatrien siger:

> Jeg har [...] hørt mange der siger, at de fik en hund og så gik det rigtig godt [...] og så tænker jeg bare, so what[?] Det er jo fint nok for den enkelte, men [...] hvis du kunne vise i større opgørelser, at det at få en hund fx, det batter for 80 % af skizofrene. [J]eg synes, at det ville klæde bevægelsen, hvis man prøvede at systematisere det. [D]et er jo meget uvidenskabeligt og det gør, at man ikke kan bruge det til så meget. (Be 6: 113-127)

Således sker der et sammenstød mellem deres respektive praksis. Det omhandler ikke selve målet, selvom betydningsforskellen i behandlingsbegrebet synes at medføre forskellige tilgange til lidelsen, men kravet til viden og metoders gyldighed. Dette medfører et sammenstød mellem deres respektive relation mellem patient og behandler.

5. 3. 4 Relationer: Objekt-subjekt kontra subjekt-subjekt?

Med behandling som en dialogbaseret praksis reformulerer recovery-perspektivets diskurs den psykiatriske diskurs hierarkiske autoritetsrelation mellem patient og behandler til en mere ligeværdig relation (jf. 3.2), hvor patienten er et aktivt subjekt, der i samarbejde med behandleren skal finde frem til sin recovery. Perspektivet bryder dermed ikke med det psykiatriske subjekt, men dets viden tildeles ikke en særlig gyldighed i det flerdimensionale sandhedsregime. Derimod bryder perspektivet med den psykiatriske diskurs' objektivering af patienten, hvormed perspektivet alligevel synes at udfordre det biomedicinske sandhedsregimes subjektposition. En overlæge i distriktspsykiatrien siger:

> Hvis vi skal se patienten som en ligeværdig medspiller, en der skal være aktivt deltagende i sin sygdom og har ret til at beslutte behandlingsform osv. så udfordrer det jo vores autoritet (Be 2: 379-281)

Flere behandlere kritiserer da også recovery-perspektivet for, at dets subjektive tilgang og manglende objektive kriterier for recovery vil underminere psykiatriens videnskabelighed og dermed psykiaternes faglige autoritet (jf. 5.3.2, 5.3.3). Kritikken synes dog at være møntet på perspektivets betoning af patienten som et *aktivt* subjekt, og ikke som et subjekt som sådan. Flere udtrykker således bekymring for, at patienten tillægges et ansvar som denne ikke kan leve op til – et ansvar der ikke alene omhandler aktiv deltagelse i behandlingen, men i yderste konsekvens også ansvar for behandlingens succes. De fremhæver, at fx skizofreni udspiller sig i selvet og hvor patienten i visse perioder er "*et fænomenologisk spaltet subjekt*", der ikke kan tage vare på sig selv (Hemmingsen og Parnas 2005; Ulrichsen & Ulrichsen 2005 og 2006). Flere af de recovery-orienterede behandlere anerkender kritikken og fastholder da også, at man ikke må glemme, at der er patienter, som ikke kommer sig og derfor har brug for livsvarig behandling og støtte (Be 2: 471ff; B 5: 270).

De to diskursers sandhedsregimer støder således sammen i deres definition af objekt og subjektpositioner samt i relationen mellem disse. Sammenstødet synes dog især at omhandle recovery-perspektivets betoning af patienten som et aktivt subjekt, ikke forståelsen af patienten som et subjekt, et individ.

5. 4 Institutionelle barrierer

5. 4. 1 Psykiatriens organisering

Kommunalreformen af 2007 har medført store strukturelle ændringer i psykiatrien, og de psykiatriske hospitaler og distriktspsykiatrier[29] er nu samlet i fælles regionale enheder, som i samarbejde med regionspolitikerne sætter de overordnede rammer, både økonomisk og værdimæssigt, for regionernes psykiatriske behandling (Psykiatriplan23oktober2007.pdf). I Region Hovedstaden har reformen betydet sammenlægning af flere hospitalsafdelinger og distriktspsykiatrier, og der er blevet færre, men større, afdelinger/distriktspsykiatrier (ibid.). Der er således tale om væsentlige forandringer, både administrativt og ude på de enkelte afdelinger/distriktspsykiatrier, hvor mange har fået nye kolleger og ændrede arbejdsgange. Det har været ressourcekrævende og har derfor også påvirket kontakten til patienterne (Be 1: 268-269, 290ff; Be 5: 5ff, 526ff).

Umiddelbart har reformen altså ikke bidraget til at fremme recovery-perspektivets anvendelse, men på sigt kan den vise sig at have en positiv effekt derpå. Den fælles administration betyder formelt en ensartet behandling i regionen, og indlemmer Direktionen for Hovedstadens Psykiatri recovery-perspektivet i sit værdisæt, hvilket er sandsynligt set i lyset af, at det indgår i regionens psykiatripolitiske hensigtserklæringer Psykiatriplan23oktober2007.pdf), så bør det fremme perspektivet. Flere af informanterne påpeger dog, at værdierne skal forankres ude på de respektive hospitaler/distriktspsykiatrier. Således er et overordnet værdisæt vigtigt, men det afgørende er, hvordan disse værdier udmønter sig i praksis, i relationen mellem patient og behandler. Det er derfor en forudsætning, at perspektivet fremmes i samarbejde med behandlerne (Be 1: 276ff; Be 2: 947ff; Po: 102ff).

Den administrative og arbejdsmæssige opdeling mellem hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien synes derimod at være et større problem, ikke blot for perspektivets anvendelse, men for behandlingen generelt. Flere af behandlerne taler om faglige skel og mytedannelser, hvor man til tider dæmoniserer hinandens respektive forståelse af og tilgang til psykiske lidelser. Mange steder er samarbejdet derfor nærmest ikke-eksisterende til gene for patienterne og deres pårørende (Be 2: 55ff; Be 4: 42ff, 599ff; Be 5: 80ff). Arbejdsdelingen og det manglende samarbejde synes ligeledes at fastholde hospitalspsykiatrien i opfattelsen af psykiske lidelser som kroniske, idet den er møntet

[29] Det er regionerne som administrerer hospitalspsykiatrien, hvortil distriktspsykiatrien er tilknyttet, mens kommunerne administrerer de sociale opgaver, herunder socialpsykiatrien (Psykiatriplan23oktober2007.pdf).

på akutbehandling. Dermed ser ansatte her kun gengangerne, og ikke alle dem som faktisk kommer sig – også kaldet ”klinikerens illusion” (Be 2: 268ff). Ifølge en overlæge i distriktspsykiatrien, vil en samlet psykiatri være befordrende ikke blot for recovery-perspektivet, men for psykiatrisk behandling generelt (Be 4: 599ff).

5. 4. 2 Psykiatriens rammebetingelser

Rammebetingelserne for psykiatrien er mildest talt dårlige. Behandlerne fortæller om en nedslidt og underbemandet psykiatri, der gang på gang er udsat for besparelser og rationaliseringer. Senest i forbindelse med reformen, hvor flere ikke fik ekstrabevillinger til flytteomkostninger, men måtte finansiere det via de almindelige driftsomkostninger. Ligeledes er de generelle bevillinger ikke blevet øget til trods for et større patientgrundlag som følge af sammenlægningerne, og nogle har endda skullet spare yderligere (Be 1: 290ff; Be 2: 592ff; Be 3: 483ff; Be 4: 526ff; Be 5: 526ff). Behandlerne giver udtryk for stor frustration over de begrænsede ressourcer og påpeger, at de gentagne rationaliseringer ikke kan undgå at forringe behandlingens kvalitet. Således fortæller en klinikchef i hospitalspsykiatrien, at de har måtte nattelukke deres skadestue, skære ned på samtalerne og afslutte patienter tidligere end de ellers ville have gjort (Be 1: 290ff). De begrænsede ressourcer betyder også, at mange psykiatriske patienter kommer alt for sent i behandling, hvorved deres prognose forringes (Be 1: 194ff; Be 3: 54ff, 494ff; Be 5; 412ff; Be 6: 198ff). En overlæge i hospitalspsykiatrien mener dog, at det ikke kun skyldes manglende ressourcer, men også en forkert anvendelse af de eksisterende ressourcer (Be 6: 198ff).

De begrænsede ressourcer får også betydning for anvendelsen af recovery-perspektivet, selvom ændrede værdier umiddelbart er omkostningsfrie. Men set i lyset af, at perspektivet forfægter en dialogbaseret behandling med afsæt i et bredt spektrum af metoder, så vil begrænsede ressourcer hæmme anvendelse af perspektivet. Dialog og anderledes anvendelse af medicin fordrer jævnlig kontakt mellem behandler og patient, men flere steder skærer netop i denne pga. besparelser. Dermed synes det sandsynligt, at dialogen i en travl hverdag nedprioriteres samt at medicinen vil spille en større rolle end nødvendigt i behandlingen, fordi den holder symptomerne nede (Be 2: 814ff).

Endvidere er der sjældent ressourcer til erfaringsudveksling hverken internt i og på tværs af regionerne eller mellem de forskellige dele af psykiatrien (Be 4: 504ff). Det er derfor sandsynligt, at et perspektiv, der synes selvfølgeligt, uvidenskabeligt og måske endda antipsykiatrisk afvises i en travl hverdag (jf.5.3.2, 5.3.3). Endelig betyder den sene behandling af mange psykiatriske patienter som nævnt en dårligere prognose,

hvormed psykiatriens tematisering af psykiske lidelser som kroniske bliver en selvopfyldende profeti. De begrænsede ressourcer må således betragtes som en barriere for anvendelse af recovery-perspektivet.

6. Metodeovervejelser

I det følgende vil jeg kort diskutere projektets validitet og generaliserbarhed, dvs. hvad jeg på baggrund af min analysestrategi, empiri og metode kan udtale mig om (Mason 2006: 188).

For det første kan man stille spørgsmålstegn ved definitionen og anvendelsen af "diskursbegrebet" og dermed ved projektets *teoretiske* validitet (Maxwell 2002: 51). Begrebet diskurs er omstridt og flertydigt, som mange, ifølge kritikere, anvender uden refleksion over begrebets tilknytning til konstruktivisme og konsekvenserne af dette (Bredsdorff 2002: 14, 21). Jeg har dog, med afsæt i Foucaults vidensarkæologiske analysestrategi, ekspliciteret, hvordan jeg har defineret og anvendt "diskurs" i betydningen af en *diskursiv formation* (jf. 3.1.2; bilag A). Ligeledes har jeg i min analysestrategi redegjort for, at diskurserne er indkredset med afsæt i denne definition og i forhold til den konkrete problematik. Dermed er det heller ikke arbitrært, hvilke diskurser der træder frem, idet det afhænger af den konkrete problematik (Andersen 1999: 61; 3.2). Det kan diskuteres, om jeg ukritisk anvender Foucaults diskursbegreb og arkæologiske analysestrategi (Raffnsøe et al. 2008: 181-182).[30] Det mener jeg dog ikke, idet jeg dels har understreget, at der ikke er tale om en universel metodologi, dels at jeg har taget afsæt i hans vidensarkæologiske overvejelser om definition og indkredsning af en diskurs til udvikling af min analysestrategi (jf. 3.1.2, 3.2, 4.1). Således er analysestrategi, metode og empiri nøje afstemt til projektets problematik.

Idet jeg har argumenteret for projektets teoretiske og metodologiske validitet, mener jeg dermed, at der er grundlag for en valid analyse. Eftersom denne er funderet i beskrivelser af ytringer som de *positivt* fremtræder, er analysen desuden sikret gennemsigtbarhed (Mason 2006: 191-192; Maxwell 2002: 45), idet læseren kan følge, hvordan jeg har fremdraget de to diskurser (jf. 5.1, 5.2, bilag C). Om ytringerne fremtræder i deres positivitet afhænger dog af den enkelte interviewsituation, idet ytringerne ikke kan abstraheres fra deres kontekst. Jeg har andetsteds argumenteret for, at selvom disse modificeres, er det dog muligt at få et validt indblik i diskurserne (jf. 3.1.2, 4.1.3). Derimod må jeg tage et forbehold i forhold til analysen af diskursernes respektive samspil med det ikke-diskursive niveau, dvs. diskursernes respektive betydning for praksis i behandlingen samt relationen mellem patient og behandler (jf. 5.3.3, 5.3.4). Selvom det diskursive og ikke-diskursive i min optik er indfældet i

[30] Raffnsøe et al stiller spørgsmålstegn ved, hvorvidt Foucault overhovedet har bedrevet diskursanalyse. De fremhæver således, at Foucault med sin analytik tog udgangspunkt i, at diskursanalysen synes at være blevet en selvfølgelig og uomgængelig horisont, men at han faktisk ønskede at vise, at dens selvfølgelighed netop var historisk betinget (Raffnsøe et al. 2008: 181-182).

hinanden (jf. 3.1), kan jeg kun fremsætte en formodning om, hvordan diskurserne reelt udmønter sig i praksis. Men set i lyset af, at handlinger ikke kan forstås uafhængigt af diskursen i det rum, hvortil handlingen er tilknyttet, synes det plausibelt at antage, at diskurserne udmønter sig som antaget i analysen. I forhold til dette ville det have været relevant at inddrage feltarbejde, idet jeg derved kunne have fået konkret adgang til, hvordan deres respektive praksis. Det har dog ikke har været muligt inden for rammerne af projektet.

Hvad angår projektets *generaliserbarhed*, mener jeg, at der er grundlag for at antage, at de i projektet fundne barrierer for anvendelse af recovery-perspektivet i dansk hospitalspsykiatri også er gældende for de andre regioner. (Maxwell 2002: 52-53). En diskursanalyse synes, forudsat at analysen er valid, at sikre intern generaliserbarhed, idet det ikke er muligt at ytre sig uden for diskursen i det pågældende rum (jf. 3.1). Som sagt så finder jeg analysen valid, idet der synes at være en systematik i spredningen af ytringerne, hvormed disse synes underlagt to overordnede formationer, diskurser. Selvom jeg kun har syv primære informanter, hvoraf én er kritisk, er der alligevel, idet de arbejder på forskellige hospitaler/distriktspsykiatrier, en bredde i empirien, hvormed jeg mener at have fået et validt indblik i diskurserne. Det understøttes tillige af de sekundære informanter samt de videnskabelige artikler. Dermed mener jeg, at den generede viden, bortset fra ovennævnte forbehold, er valid, samt at denne er generaliserbar til de andre regioner.

7. Konklusion

Formålet med projektet har været at undersøge, hvorvidt der er diskursive barrierer for recovery-perspektivets anvendelse i dansk hospitalspsykiatri. Med afsæt i Foucaults arkæologiske analysestrategi har jeg analyseret henholdsvis psykiatriens og recovery-perspektivets diskurs og sammenstillet disse for at undersøge, om og hvordan de divergerer.

Analysen viser, at der er væsentlige diskursive barrierer, men også at disse ikke synes uoverkommelige. Således er den psykiatriske diskurs kendetegnet ved et *biomedicinsk* sandhedsregime, hvor psykiske lidelser tematiseres som fysiske, oftest kroniske, sygdomme, der skal under lægevidenskabelig behandling. Dermed skal viden om psykiske lidelser og deres behandling funderes i (natur)videnskabelige principper for at have gyldighed. Recovery-perspektivets diskurs er derimod kendetegnet ved et *flerdimensionalt* sandhedsregime, hvor psykiske lidelser tematiseres som lidelser, der ikke nødvendigvis er kroniske, og hvor der biomedicinske perspektiv blot er én forståelse af og tilgang til psykiske lidelser. Viden om psykiske lidelser og deres behandling skal således ikke nødvendigvis funderes i (natur)videnskabelige principper for at have gyldighed. Recovery-perspektivet bryder således ikke med den psykiatriske diskurs tematisering af psykiske lidelser, men det gør op med det biomedicinske sandhedsregimes acceptregler for *gyldig* og *sand* viden. Det danner grundlag for sammenstød mellem diskursernes definition af objekter og subjektpositioner og *relationen* mellem disse samt i deres respektive *praksis*.

Analysen viser dog også, at diskurserne, trods sammenstødene, synes at nærme sig hinanden. Således nuancerer recovery-perspektivet rettere psykiatriens forståelse af og tilgang til psykiske lidelser end bryder dermed. Ligeså synes mange centrale elementer i recovery-perspektivet, som håb, gode relationer og individualitet at være en del af den psykiatriske diskurs. Mange psykiatere afviser dog selve begrebet *recovery*, dels fordi det konnoterer antipsykiatri, dels fordi det er subjektivt og flydende. De foretrækker at anvende de i den psykiatriske diskurs allerede anerkendte begreber som behandling, remission og rehabilitering. Dog er der en betydningsforskel i de to diskursers behandlingsbegreb, som synes at udmønte sig i praksis. Således synes behandlingsbegrebet i den psykiatriske diskurs at konnotere, at man *underordner* sig en kronisk skæbne, mens det i recovery-perspektivet synes at konnotere, at man arbejder sig *væk* fra sygdommen.

Derudover er der i analysen også fremdraget ikke-diskursive barrierer. Kommunalreformens administrative og arbejdsmæssige forandringer har været ressourcekrævende, men synes på sigt synes, at kunne medvirke til at fremme perspektivet. Den administrative opdeling mellem hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien er derimod et problem, ikke blot for recovery-perspektivets anvendelse, men for psykiatrisk behandling generelt. Ligeledes må psykiatriens begrænsede ressourcer anses for at være en barriere for perspektivets anvendelse, idet perspektivets grundprincipper synes svære at praktisere i en psykiatri, der i stigende grad må skæres ned på kontakten med patienterne grundet manglende ressourcer.

Der er altså barrierer, både diskursive og ikke-diskursive, for perspektivets anvendelse i hospitalspsykiatrien, men disse synes ikke uoverkommelige. Om der er tale om en reel forandring af den psykiatriske diskurs eller denne blot er genstand for en midlertidig udfordring er dog svært at give et endegyldigt svar på. Men set i lyset af perspektivets accept i international psykiatri samt at flere danske psykiatere har taget perspektivet til sig, synes det sandsynligt, at den er under forandring.

8. Perspektivering

I det følgende vil jeg kort rette et kritisk blik på recovery-perspektivet og dets tematisering af psykiske lidelser, som umiddelbart kun synes at være forbundet med positive konsekvenser. Med afsæt i Foucaults refleksioner over etik og individuel frihed (Foucault 1997), kan man dog stille spørgsmål til, om tematiseringen af patienten som et aktivt og ressourcefuldt individ udelukkende er af det gode? Således synes forståelsen af recovery som en immanent og subjektiv sandhed, som patienten skal finde frem til gennem personlig udvikling at antyde en *etisk* og *æstetisk* problematisering af patienten, hvor behandlingen ikke blot omhandler lidelsen, men også patientens *eksistensforhold* (identitet og personlighed). Patienten skal i en vis forstand ikke kun forholde sig til sin lidelse, men også til sig selv og sin levemåde for at kunne finde frem til sin recovery og opretholde denne. Dermed synes perspektivet at konstituere patienten som et autonomt subjekt med ansvar for egne handlinger og dermed også sin egen recovery (Foucault 1997: 263, 278, 290-291). Men hvis psykiske lidelser er genetisk funderede og skaber voldsomme symptomer hos patienten, som denne i større eller mindre grad er underlagt, kan man med rette spørge, om vedkommende er et autonomt subjekt, der altid evner at tage vare på sig selv og tage aktivt del i behandlingen? Som flere kritikere har påpeget (jf. 5.3.4), synes der at være en risiko for, at perspektivet tillægger patienten et ansvar, som denne ikke altid magter og yderste konsekvens gør denne ansvarlig for sin egen recovery.

I forlængelse deraf kan man endvidere påpege, at perspektiveret rummer en risiko for at være elitært, idet aktiv deltagelse og medbestemmelse fordrer både kulturelle og sociale ressourcer. Således viser en undersøgelse, at praktiserende læger utilsigtet giver veluddannede patienter den bedste behandling, idet de er bedre til at forklare sig og indgå i en dialog med lægen (Kaae 2009: 6). Det synes sandsynligt, at det også vil gøre sig gældende i en psykiatrisk behandling, hvor kernebegreberne er ”dialog” og ”medbestemmelse”, idet psykiske lidelser er meget komplekse. Derved er der en risiko for, at især ressourcestærke patienter vil drage nytte af perspektivet, mens mindre ressourcestærke patienter måske vil have sværere ved at drage nytte af perspektivet, og i værste fald blive tabt og overset i behandlingen.

9. Diskussion

Set i lyset af undersøgelsen, hvordan ser muligheden ud for en øget anvendelse af recovery-perspektivet i dansk hospitalspsykiatri, og hvordan kan man understøtte en øget anvendelse?

Der er som sagt væsentlige barrierer, både diskursive og ikke-diskursive, for perspektivets anvendelse, men betyder det, at perspektivet ingen fremtid har i dansk hospitalspsykiatri? Nej, undersøgelsen viser også, at trods sammenstødene mellem diskurserne, så synes afstanden mellem disse ikke uoverkommelig. Recovery-perspektivet bryder således ikke med psykiatriens tematisering af psykiske lidelser eller dens viden eller metoder, men nuancerer disse og modificerer dens krav til viden og metoders gyldighed. Ligeledes synes mange af de centrale elementer i perspektivet ikke at være uforenelige med den psykiatriske diskurs. Alligevel har mange psykiatere en opfattelse af, at perspektivet bryder med psykiatrien, dens viden og metoder, hvilket bl.a. skyldes den vinkel perspektivet fik, da det blev lanceret i Danmark. Spørgsmålet er derfor om det overhovedet er muligt at fjerne recovery-begrebets antipsykiatriske konnotation, eller om man, som en af informanterne foreslår, bør udvikle en ny term (Be 5: 604)? Det kan jeg ikke give et endegyldigt svar på, men umiddelbart mener jeg ikke, at man skal udvikle et nyt begreb. Derved flytter man blot diskussionen over på selve begrebet i stedet for at diskutere det væsentlige - dets indhold. Begrebet vil sandsynligvis enten blive tomt og irrelevant eller også vil det fortsat blive afvist. I stedet bør man imødekomme psykiatriens kritikpunkter og indgå i en dialog om begrebet og perspektivet. Således må man arbejde med at præcisere begrebet og finde frem til, hvordan man kan leve op til psykiatriens krav om evidens uden at gøre op med grundprincippet om, at recovery er en subjektiv oplevelse. Ligeledes må man eksplicitere, at det flerdimensionale sandhedsregime netop er *fler*dimensionalt og også anerkender psykiatriens viden og metoder. Man skal fremhæve, at perspektivet ikke er antipsykiatri, og at mange af dets centrale elementer ikke synes fremmede for psykiatrien. Samtidig skal man dog også fremhæve, at perspektivet er relevant, og ikke blot gammel vin på nye flasker. Her kan man henvise til nuanceringen af psykiatriens tematisering og behandlingsbegreb, hvormed praksis ændres en smule, idet man ikke underordner sig en kronisk skæbne. I forhold til dette er det essentielt, at recovery-orienterede psykiatere deltager i debatten, idet deres tale har større accept blandt psykiaterne. Endvidere synes det at være relevant, at give begrebet ”personlig medicin”

en mere central position i recovery-perspektivets diskurs, idet det netop sammenføjer essentielle begreber fra de to diskurser.

I forhold til dette må man anerkende skeptikernes frygt for, at perspektivet tildeler patienten et ansvar, som denne ikke magter, samt at det virker elitært. En frygt som synes reel set i lyset af perspektiveringen i det foregående afsnit. Dertil kan dog indvendes, at samme risiko er til stede i en psykiatri, som ikke anvender recovery-perspektivet. Imidlertid har perspektivet den subjektive tilgang som en særlig værdi, hvormed risikoen for ansvarsforflygtigelse synes større. I den forstand kan det, som synes at være perspektivets force, også være dets største svaghed. Derfor må man i samarbejde med psykiatrien diskutere, hvordan man dels kan sikre en afbalanceret praksis, hvor patientens behov og erfaringer inddrages uden denne gøres ansvarlig for behandlingens succes, dels hvordan man vil sikre at perspektivet ikke kun er anvendeligt over for ressourcestærke patienter eller fører til negligering af ressourcesvage patientgrupper.

Imidlertid må man også forholde sig til de ikke-diskursive barrierer, som dog ikke løses uden politiske tiltag. Kommunalreformen synes at kunne få en fremmende effekt, men det er vigtigt at holde sig for øje at overordnede værdier ikke gør det alene. Således er det fundamentalt, at disse forankres ude på de respektive afdelinger, da man ellers risikerer, at det bliver et ”tomt perspektiv”, som folk officielt vedkender sig, men i det skjulte modarbejder (Be 2: 970ff). Det er derfor vigtigt at få skabt et samarbejde ikke blot med klinikchefer, overlæger og ledende sygeplejersker, men også med afdelingslæger, reservelæger og andet plejepersonale. Ligeledes bør man forholde sig til, hvordan man kan skabe bedre samarbejde og vidensdeling mellem hospitals- og socialpsykiatrien, og derved sikre mere sammenhæng i behandlingen.

Endelig er der psykiatriens rammebetingelser, som reelt hæmmer praktiseringen af perspektivet. Nok er dialog, positive incitamenter og en god tone i behandlingen gratis, men mere individuel behandling og anvendelse af et bredt spektrum af metoder fordrer regelmæssige samtaler, hvor der er tid til at komme i dybden med patientens problemer. Set i lyset af, at man flere steder har skåret ned i samtaler pga. begrænsede ressourcer, synes det centralt, at psykiatrien tilføjes flere ressourcer, ikke blot for at fremme recovery-perspektivet, men for at bedre kvaliteten af psykiatrisk behandling generelt. Som en overlæge i distriktspsykiatrien siger (Be 2: 600):

> ”Samfundet får den behandling af psykisk syge, samfundet har betalt for”.

10. Litteraturliste

- Andersen, Henriette 2008: *Balancen mellem nærhed og distance – Professionel praksis i en recovery-orienteret organisation*. Speciale i sociologi, Sociologisk Institut, Københavns Universitet
- Andersen, Niels Åkerstrøm 1999: *Diskursive analysestrategier*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne. Ss. 9-64, 150-186
- Beck, Ulrich 1997: *Risikosamfundet*. København: Hans Reitzels Forlag. Ss. 27-67
- Bjerrum, Merete 2008: ”Fra stat til amt. *Dansk hospitalspsykiatri 1930-1976*”, i Krag, Jesper Vaczy (red.): *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bredsdorff, Nils 2003: *Diskurs og konstruktion – En samfundsvidenskabelig kritik af diskursanalyser og socialkonstruktivismer*. København: Forlaget Sociologi. Ss. 9-17, 115-129
- Colding, Hanne 2005: ”Recovery - et spørgsmål om samspil”, i *Ugeskrift for Læger 2005*: 167 (49): 4669
- Collin, Finn 2003: *Konstruktivisme*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag. Ss. 11-32, 79-90
- Eplov, Lene, Kristen Riis Kistrup, Inger Mathilde Kurh Lajer, Dorrit Obel, Henrik Day Poulsen og Anne-Mette Bruun Svensen 2005 a: ”Recovery og rehabilitering i psykiatrien -gammel vin på nye flasker eller nyskabelse med indhold?”, i *Ugeskrift for Læger* 2005: 167(11): 1269
- Eplov, Lene, Kristen Riis Kistrup, Inger Mathilde Kurh Lajer, Dorrit Obel, Henrik Day Poulsen og Anne-Mette Bruun Svensen 2005 b: ”Svar”, i *Ugeskrift for Læger* 2005: 167(22): 2427
- Foucault, Michel 2005: *Vidensarkæologien*. Århus: Forlaget Philosophia.
- Foucault, Michel 1997: ”On the Geneaology of Ethics”, in *Essential Works of Michel Foucault, I*. (ed. Paul Rabinow), New York: The New Press. Pp.253-301
- Giddens, Anthony 1996: *Modernitet og selvidentitet*. København: Hans Reitzels Forlag. Ss. 21-48
- Hansen, Allan Dreyer 2004: ”Diskursteori i et videnskabsteoretisk perspektiv”, i Fuglsang, Lars og Poul Bitsch-Olsen (red.): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne – På tværs af fagkultur og paradigmer*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

- Hemmingsen, Ralf og Josef Parnas 2005: ”Lægevidenskabelige begreber fordrer indhold”, i *Ugerskrift for Læger* 2005: 167 (22): 2426
- Hermann, Stefan 2003: ”Fra folkeskole til kompetencemiljø – tendenser i vidensamfundets kapitallogik”, i Borch, Christian og Lars Thorup Hansen: *Perspektiv, magt og styring – Luhmann og Foucault til diskussion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jensen, Pernille 2006: *En helt anden hjælp – recovery i bruger- og pårørende perspektiv*. København: Akademisk Forlag. Ss. 21 -46, 266-288.
- Jensen, Pernille 2008: ”Recovery – perspektiv og udfordring til socialpsykiatrien”, i Lihme, Benny (red.): *Invitation til socialpsykiatri*. København: Akademisk Forlag.
- Kaae, Martin 2009: “Læger behandler kloge patienter bedst”, *Politiken*, d. 18. juli 2009: 6
- Kvale, Steinar 2004: *Interview - en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag. Ss. 17-31, 49-68, 115-129, 161-176, 225-231
- Krag, Jesper Vaczy 2008 a: ”Feberdrømme. *Malariabehandling og andre psykiatriske terapier 1922-1937*”, i Krag, Jesper Vaczy (red.): *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Krag, Jesper Vaczy 2008 b: ”Det er som et mirakel. *Chokbehandling med insulin og cardiazol 1937-1954*”, i Krag, Jesper Vaczy (red.): *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, Aggergaard John og Hanne Colding 2006: ”Recovery og den nødvendige dialog om sindslidendes tarv”, i *Ugeskrift for Læger 2006*: 168 (7): 709
- Larsen, Aggergaard John 2005 a: ”Recovery: Et pseudobegreb eller symbolsk virkelighed i et paradigmeskifte”, i *Ugeskrift for Læger 2005*: 167 (33): 3073
- Larsen, Aggergaard John 2005 b: ”Recovery: Medicinske og sociokulturelle faktorer”, i *Ugeskrift for Læger 2005*: 167 (49): 4669
- Mason, Jennifer 2006: *Qualitative Researching*. London: Sage Publications. Chapters: 1, 2, 4 and 9.
- Maxwell, Joseph 2002: ”Understanding and Validity in Qualitative Research”, in Huberman, A. Michael & Miles. Matthew B (eds.): *The Qualitative Researcher's Companion*. London: Sage Publications.

- Mellergaard, Mogens 2008: ”Nye svar på gamle spørgsmål. *Psykiatriske trosretninger 1880-1930”*, i Krag, Jesper Vaczy (red.): *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Møllerhøj, Jette 2008: ”Sindssygdom, dårevæsen og videnskab. *Asyltiden 1850-1920*”, i Krag, Jesper Vaczy (red.): *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nielsen, Trine Fastrup 2008: ”Fra dårekiste til terapeutisk anstalt. *Dansk psykiatri 1800-1850*”, i Krag, Jesper Vaczy (red.): *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kaae, Martin 2009: ”Læger behandler kloge patienter bedst ”, i *Politiken* 18/07 2009: 6.
- Raffnsøe, Sverre, Marius Gudmand-Høyer og Morten Thaning 2008: *Foucault*. København: Samfundslitteratur. Ss. 181-188
- Rosenberg, Raben 2008 a: ”Den psykofarmakologiske udvikling 1950-1970”, i Krag, Jesper Vaczy (red.): *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rosenberg; Raben 2008 b: ”Fra biologisk psykiatri til neuropsykiatri. *Psykiatrien fra 197o til i dag”*, i Krag, Jesper Vaczy (red.): *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ulrichsen, Jakob og Michelle Ulrichsen 2006: ”Den gode og den onde recovery”, i *Ugeskrift for Læger* 2006; 168 (3): 299
- Ulrichsen, Jakob og Michelle Ulrichsen 2005: ”Recovery – en modpol til den lægevidenskabelige tilgang i psykisk sygdom”, i *Ugeskrift for Læger* 2005; 167 (40): 3801

Internetsider

- http://www.psykiatri-regionh.dk/topmenu/Nyheder/Nyheder+og+pressemeddelelser/Aktuelle+nyheder/Pressemeddelelse.htm (3. juli 2009 kl. 15.50).
- http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/E452A1E1-AA85-42D1-8DA3-E4058866858C/0/Psykiatriplan23oktober2007.pdf

Projekt- & Karrierevejledningens Rapportserie

Denne rapport er udgivet af Projekt- & Karrierevejledningen, der formidler kontakt mellem universitetsstuderende og eksterne projektstillere. Gennem projektforslag i Projekt- & Karrierevejledningens projektkatalog kan studerende beskæftige sig med konkrete problemstillinger, der har relevans for organisationer, myndigheder og virksomheder udenfor universitetet. De færdige projekter udgives efterfølgende i Projekt- & Karrierevejledningens Rapportserie og kan bestilles direkte hos Projekt- & Karrierevejledningen eller via biblioteker og boghandlere. Har du som repræsentant for en organisation en idé til et nyt projekt, hører vi gerne fra dig.

Find ud af mere om Projekt- & Karrierevejledningen og se vores online projektkatalog på vores hjemmeside:

www.samf.ku.dk/pkv

PROJEKT- & KARRIEREVEJLEDNINGEN
DET SAMFUNDSVIDENSKABELIGE FAKULTET
KØBENHAVNS UNIVERSITET
ØSTER FARIMAGSGADE 5
1353 KØBENHAVN K