

Maria Roost Dinesen, Simone Lærke Rieneck Albrechtsen
& Sofie Pedersen

En selvfølgelig succes

– en kritisk udforskning af patientuddannelsers subjektiveringspraksis

Resumé

Patientuddannelser bliver et stadig mere udbredt fænomen inden for sundhedssektorens virke, hvor patienter i stigende grad positioneres som (professionaliserede) samarbejdspartnere i et behandlingsforløb. Denne artikel tager konkret udgangspunkt i patientuddannelsen “LÆR AT TACKLE angst og depression”; et kursus, der rummer en bred vifte af anbefalinger til, hvordan man optimalt set håndterer sin tilværelse med angst og depression og bygger på en peer-to-peer tankegang. Med afsæt i kritisk psykologi, governmentality teori samt poststrukturalistiske begreber undersøges det, hvorledes kurset søger at forme deltagernes livsførelse og selvforståelse på måder, der er i overensstemmelse med kurssets evidensbase-rede forskrifter.

Artiklen er således en kritisk kommentar til den manglende refleksion over de betingelser for subjektiveringsprocesser, som naturaliseres i kursusrummet, hvor en individualisering af menneskelige problemstillinger og en tilpasningstankegang til et koncept sætter sig igennem – og hvor der gives klare dessiner for *hvem* og *hvordan* man bør være, hvis man vil ses som en, der succesfuldt tager ansvar for sin egen lidelse. Kursusrummet er således et særligt rum for forhandling; af positioner, selvforståelser og normalitet.

Nøgleord: Patientuddannelse, subjektivering, daglig livsførelse, styringsteknologier, normalisering, neoliberalisme, kommunal sundhedsfremme.

Introduktion: “Se dig selv med succes”

Instruktøren Ulla læser højt fra sin manual: “Her til sidst skal vi lave en kort visualiseringsøvelse for at forstærke den positive følelse af at have opnået noget de sidste 7 uger. Sæt jer godt til rette, luk øjnene, træk vejret dybt. Tænk over dine fremskridt og det du har opnået de sidste 7 uger ... Du har lært forskellige teknikker til at overvinde vanskelige følelser ... angst ... depression. Vi har lært at genkende triggere på tilbagefald og føre humørdagbog. Vi har fokuseret på det positive, som vi nogle gange glemmer ... Vi har identificeret værktøjer, vi kan bruge, hvis vi får det dårligt ... Hver uge har det lykkedes dig at gennemføre handleplaner og bruge dine færdigheder til at foretage forandringer for at opnå dine mål. Du har udforsket nye måder at bruge din hjerne på som muskelfspænding, positiv tænkning, fantasirejse, som kan hjælpe dig med at håndtere op- og nedture. Du har lært om at spise sundt ... øvet dig i bedre vejrtækning ... opdaget træningsmetoder ... du har fået flere gode vaner. Du har lært at kommunikere bedre med sundhedspersonale ... du har delt dine erfaringer og I har hjulpet hinanden på vejen frem ... Se dig selv med succes ... Du er fokuseret på at se fremad ... Du vil lykkes med dine målsætninger ... Dine erfaringer gør dig stærk ... Træk vejret dybt, og når I er klar, så åbn øjnene ...” (Feltnotat fra den kommunale patientuddannelse “LÆR AT TACKLE angst og depression”).)

I takt med en stigning i antallet af personer med psykiske vanskeligheder, fx i form af angst og depression, vinder patientuddannelser stadig større indpas herhjemme¹. Den stigende udvikling af psykiske lidelser verden over har de sidste 15-20 år, nationalt og internationalt, ført til en øget politisk interesse for befolkningens mentale sundhed set i lyset af den mentale sundheds betydning for befolkningens evne til at klare sig godt økonomisk, socialt, arbejds- og uddannelsesmæssigt – og ultimativt borgernes evne til at bidrage positivt til samfundet (Vidensråd for Forebyggelse, 2014). Det danske samfund har årligt udgifter svarende til 3,4 % af bruttonationalproduktet relateret til befolkningens mentale sundhed i form af øgede udgifter til sundhedsvæsenet, sociale ydelser og tabt produktivitet (OECD 2013 i Vidensråd for Forebyggelse, 2014). Angst og depression er kendt som de mest almindelige psykiske lidelser i Danmark og er blandt de lidelser, som oftest er skyld i at personer falder ud af arbejdsmarkedet (Sundhedsstyrelsen, 2015). I forlængelse heraf anses patientuddannelsen “LÆR AT TACKLE angst og depression” af Sundhedsstyrelsen “*som et værdifuldt supplement i indsatsen mod folkesygdommene angst og depression*” (Sundhedsstyrelsen, 2016a: 8). Kursets formål er:

[...] at styrke deltageres evne til at håndtere dagligdagen og symptomer på angst og/eller depression for dermed at opnå en forbedret helbreds-tilstand, sundhedsadfærd og livskvalitet. På kurset tilegner deltagerne sig redskaber til at mestre symptomer samt genkende triggere og håndtere tilbagefald. Desuden arbejdes der med at identificere og gennemføre livsstilsændringer, der kan forebygge eller lindre symptomer.” (Komiteen for Sundhedsoplysning & Sundhedsstyrelsen, 2016: 2).

Det er svært at modsætte sig indsætter, der potentielt hjælper mennesker, som kæmper med

angst og depression; både ud fra et samfundsøkonomisk og et etisk synspunkt. Men hvad er det egentlig, der foregår på patientuddannelserne, og hvad er det, der forventes at hjælpe?

Som feltnotatet i starten af artiklen illustrerer, forventes kursisterne på den konkrete patientuddannelse at have tilegnet sig et væld af nye færdigheder og en grundlæggende positiv indstilling til sig selv og egne evner. I visualiseringsøvelsen fokuseres på en positiv fortælling om den enkelte deltagers *succesfulde forandringer, fremskridt og villighed til at lære at overvinde* angst og depression. Trods kursusdeltageres forskellige ståsteder, livsvilkår og anliggender for at deltage på kurset, kommer fortællingen i feltnotatet til at fungere som en normativ og generisk forskrift for, hvorledes deltagerne på syv uger forventes at have forandret sig gennem specifikke værktøjer og kognitive teknikker. Den enkeltes forandring bliver en selvfølgelighed – *en selvfølgelig succes*. Dette fordrer spørgsmålet om, hvem der har ansvaret for denne selvfølgelige succes – og hvad denne forventning om selvfølgelig succesfuld forandring betyder for de deltagere, der *ikke* oplever at have det store udbytte.

I de følgende afsnit rammesættes og redegøres for artiklens formål, hvilket indebærer en problematisering af den neoliberale rationalitets indvirkning på patientuddannelsen, og de tilhørende subjektiveringsmuligheder dette fordrer. Efterfølgende stilles skarpt på patientuddannelsens indhold, samt hvordan konceptet risikerer at overse de respektive kursusdeltageres hverdagsliv, hvilket potentielt kan skabe dilemmaer i den enkelte kursusdeltagers livsførelse. Herefter ledes læseren videre til artiklens metode- samt teoriafsnit, hvorefter udvalgte observationer fra patientuddannelsen gøres til genstand for kritisk analyse. Slutteligt diskuteres væsentlige pointer fra analyseafsnittet; blandt andet diskuteres konsekvenserne af patientuddannelsens individualiserende og idealtypiske til-

¹ Siden 2012 er patientuddannelsen “LÆR AT TACKLE angst og depression” blevet udbredt til mere end 40 danske kommuner (Patientuddannelsen.info, 2018).

gang til “arbejdet” med angst og depression, samt hvordan patientuddannelsens prædefinerede logik og dets rigide rammer potentielt vil kunne udvides og overskrides.

Neoliberal rationalitet som betingelse i sundhedsfremmepraksis

Neoliberalismen er en dominerende diskurs i vores samtid, der gennemsyrrer vores tænkemåder og politiske økonomiske praksisser til et sådan punkt, at det er blevet en naturlig del af den måde vi fortolker, lever i og forstår verden på. De neoliberale styringsstrategier blev politisk ledet af Thatcher/Reagan revolutionerne i England og i USA i 1980’erne og blev senere implementeret i en dansk kontekst (Harvey, 2007; Pedersen, 2015). Ifølge Harvey (2007) er neoliberalismen en teori om politiske, økonomiske praksisser, der foreslår, at menneskets velbefindende avanceres bedst muligt ved en maksimering af iværksættelses-frihed inden for en institutionel ramme, som karakteriseres af individets frihed, det frie marked, frihandel og minimal statsintervention. Dette afspejler en tendens hen imod *individuel styringsmentalitet* og *økonomisk rationalitet* som grundlæggende principper i samfundet, hvor individets oplevede problematikker fortolkes som et anliggende den enkelte selv skal være ansvarlig for at løse (Pedersen, 2015). Netop borgerens ansvarlighed skal aktiveres som samfundsmæssig ressource under de neoliberalistiske styreform, hvor den statslige uddannelses- og sundhedspolitik skal aktivere og forme ansvarligt handlende borgere (Otto, u.å.). Med det neoliberale projekt skabes et rationale om, at subjektet alene pålægges ansvaret for sine handlinger og trivsel – individuel succes demonstrerer iværksætterdygtighed, mens individuel fiasko tolkes som individets fejlslagne forsøg på at investere i sin egen menneskelige kapital (gennem fx uddannelse), og hermed også individets manglende konkurrencedygtighed (Harvey, 2007). Når vi sætter denne fortolkningsramme over for patientuddannelsen fremtræder særlige be-

tingelser for kursusdeltagerne: På patientuddannelsen sættes den enkelte kursusdeltager i centrum med henblik på at skabe sin egen positive udvikling, hvilket er kendetegnende for sundhedsfremmepolitikker i vestlige neoliberale samfund. Her placeres enkeltindivider i centrum for sundhedsstrategier og betragtes som både årsagen og løsningen til potentielle sundhedsproblemer (Ayo, 2012). Denne neoliberale rationalitet afspejles ligeledes i Sundhedsstyrelsens kvalitative evaluering af den pågældende patientuddannelse², hvor det konkluderes, at udbyttet af kurset forudsættes af kursusdeltagerens *villighed* til selv at tage ansvar og yde en aktiv indsats i arbejdet med symptomhåndtering samt en accept af kursets form og de præsenterede selvhjælpsværktøjer (Sundhedsstyrelsen, 2016b). Efter vores mening bidrager evalueringen ikke til en kritisk refleksion over kursets rammer, teknikker og målsætninger, som potentielt kunne være med til at udvikle kurset – i stedet rettes fokus mod deltagerens *personlige egenskaber og kvaliteter*, der betragtes som årsagen til henholdsvis manglende eller profiterende udbytte af kurset. Herved kan man anføre, at både patientuddannelse og evaluering kan anskues som et udtryk for en neoliberal rationalitet og dermed et system, hvor ansvaret for både *personlig succes* og *fiasko* forankres i det enkelte individ (Harvey, 2005). Dette fremskriver en dobbeltthed, hvor borgerens problemer individualiseres samtidig med, at vedkommende (som en god borger) forventes at handle kontrolleret og ansvarsfuldt og i forlængelse heraf erkende sin hovedrolle i løsningen af sine problemer (Mik-Meyer & Villadsen, 2007).

2 Evalueringen er gennemført af EPOS, Århus Universitetshospital og Aarhus Universitet og bygger på kvalitative interviews med 9 “utilfredse” og 16 “profiterende” kursister, som blev sammenlignet med det formål at identificere barrierer i forhold til at kunne profitere af kurset. Hensigten med evalueringen var at undersøge deltagerens oplevelser af kursets effekt og kursets virkningsmekanismer (Sundhedsstyrelsen, 2016b).

I denne artikel er vi optagede af, hvad der sker i det handlerum, som patientuddannelsen udgør, når bestemte forståelses- og handlemuligheder i forhold til at håndtere angst og depression stilles til rådighed for deltagerne. Og følgelig hvad der sker i den konkrete handlesammenhæng, når deltagerne af forskellige årsager *ikke* imødekommer eller finder de subjektiverings-tilbud de mødes af meningsfulde – når den *selvfølgelige succes*, som tilbuddet forventes at skabe, ikke opleves så selvfølgelig igen. Bag denne interesse ligger også en bekymring om, hvorvidt patientuddannelsen, på trods af gode intentioner og med et vist fagligt belæg, *også* kan komme til at ekskludere eller yderligere marginalisere borgere, der ikke synes at respondere på patientuddannelsens grundforståelser af problemernes konstitution. Det er denne diskrepans mellem en individualisering af problemerne på den ene side og en generaliseret one-size-fits-all forståelse på den anden, der fordrer vores (kritiske) nysgerrighed på, hvilken rolle det subjektive perspektiv kan få på en patientuddannelse, der først og fremmest er til for at understøtte borgerens mestring af egen livssituation.

Således vil vi stille skarpt på den *subjektiveringspraksis*, som patientuddannelsen iscenesætter og rette blikket mod de *forhandlinger*, der sker i mødet mellem kursusedtagerne og patientuddannelsens anbefalinger og målsætninger. *Hvem og hvordan* bør man være i en patientuddannelsessammenhæng for at profitere af det, som uddannelsen tilbyder – eller med andre ord, hvilken selvforståelse må man acceptere (eller tillægge sig), såfremt man vil se sig selv som en selvfølgelig succes efter syv ugers kursus?

Patientuddannelser – hjælpetiltag og selvoptimering i det 21. århundrede

Patientuddannelser anses som en del af den patientrettede forebyggelse, der sigter mod at optimere behandling og “*sætte den enkelte person i stand til at tage bedst mulig vare på sig*

selv” (Sundhedsstyrelsen, 2009: 51). De første patientuddannelser, blev i en dansk kontekst, introduceret omkring år 1990 og henvendte sig til personer med nyresygdomme, gigt, eksem og astma. I dag findes der patientuddannelser inden for flere lidelser såsom kræft, ryglidelser, psykiske lidelser, hjertesygdomme samt patientuddannelser, som ikke henvender sig til en specifik og afgrænset sygdomsgruppe (Sundhedsstyrelsen, 2009). De nutidige patientuddannelser er rettet mod at udvikle generelle handlekompetencer hos deltagerne:

“Målet med undervisningen er ikke længere for eksempel at lære at tage en bestemt medicin korrekt eller at følge et bestemt sæt regler for sund ernæring. Målet er i højere grad, at deltagerne skal tilegne sig kompetencer til, i alle livets forhold, at reproducere sig selv som sunde borgere.” (Forchhammer, 2010: 91).

Patientuddannelseskonceptet har historisk set udviklet sig fra ideologien om compliance, hvor patienten “*føjer sig*” og efterlever de sundhedsprofessionelles råd og vejledning, til empowerment-ideologien, hvor målet er, at patienten i overensstemmelse med egne ønsker og værdier håndterer lidelsen i hverdagen og vedligeholder en ændring i adfærden (Schnoor, 2013). Det kan dog diskuteres, om patientuddannelser ikke også i dag er præget af compliance-tænkning, idet opgaven for de kommunale patientuddannelser er at give deltagerne en oplevelse af frie rammer, mens statens overordnede målsætninger om sundhedsfremme og forebyggelse samtidig må fastholdes (Olesen, 2010).

Patientuddannelser er i dag et voksende fænomen inden for sundhedssektorens virke, hvilket blandt andet kan ses i lyset af en ændring i synet på borgerens rolle i behandlingsforløbet samt et stigende fokus på sundhed gennem selvoptimering. Den aktuelle orientering betyder, at den enkelte ikke længere anses som et passivt offer for sygdom, som kun den sundhedsprofessionelle kan helbrede; den

sundhedspolitiske retorik italesætter nemlig borgeren som en kompetent og ansvarlig aktør i forbindelse med behandling og forebyggelse (Nielsen, 2009). Patientuddannelser er således hjælpetiltag, der sigter mod i højere grad at involvere borgerne i deres egen sygdomsbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2009). Den enkelte forventes som kompetent og ansvarlig aktør i behandlingsforløbet at kunne "mestre" eget liv og indrette det på optimal vis. Selvudviklingsarbejdet på patientuddannelser kan således sættes i forbindelse med nutidens tanker om selvudvikling og selvoptimering (også jf. førnævnte neoliberale rationalitet), hvor den enkelte konstant må udvikle sig selv gennem en evne til fremadrettet tænkning. Patientuddannelser må derfor anskues som en del af en bevægelse, hvor borgeren professionaliseres, og hvor den enkelte i større omfang pålægges at forvalte, overvåge og tage ansvar for sin egen sundhed³ (Rose 2009 i Brinkmann, 2010).

LÆR AT TACKLE angst og depression

Patientuddannelsen "LÆR AT TACKLE angst og depression" har eksisteret siden 2012 og udbydes i to ud af tre kommuner. Kurset er videreudviklet efter det amerikanske selvhjælpskoncept "*Chronic Disease Self-Management Program*" (CDSMP) og bygger på Albert Banduras socialkognitive teori om *self-efficacy*⁴, som er et udtryk for en persons tiltro

til sine egne evner til at handle. Styrkelsen af deltageres mestringsevner er en central tænkhorisont på kurset, der skal betragtes som et supplement til den professionelle behandling af angst- og depressionsramte borgere (Sundhedsstyrelsen, 2016a). Kurset forløber en gang om ugen over en periode på syv uger og er et gratis tilbud til alle over 18 år, der oplever symptomer på angst og/eller depression (Komiteen for Sundhedsoplysning & Sundhedsstyrelsen, 2016). Undervisningen er struktureret ud fra en detaljeret og standardiseret manual, der er udarbejdet af Komiteen for Sundhedsoplysning, og kurset varetages af to frivillige instruktører, der selv tidligere har deltaget på kurset og har erfaringer med angst og/eller depression. Kursusformen bygger således på peer-to-peer princippet, hvor det forventes at instruktørerne "*kan fungere som inspiration og rollemodel for deltagerne*" (Sundhedsstyrelsen, 2016a: 5). Undervisningen understøttes af en kursusbog, som deltagerne får udleveret ved første undervisningsgang. Kursusbogen udgør 140 sider med en bred vifte af anbefalinger, der spænder fra at liste symptomer på angst og depression til et program for styrketræning, valg af korrekt fodtøj, positiv tænkning, visualiseringsøvelser, viden om intimitet og kærlighedsliv, KRAM-faktorer⁵, valg af tallerkenstørrelse, indeklima samt kommunikationsråd, og med bogen følger en CD med afspændingsøvelser. Det omfattende indhold i kursusbogen indikerer, at enhver afkrog af kursusdeltagerens hverdagsliv er åben for intervention. Dog er det især KRAM-faktorerne, der har fået en forrangspads i kursusbogen ved, at hver faktor har fået tildelt et særskilt

3 Det aktuelle LÆR AT TACKLE-kursus er en del af en længere tradition af patientuddannelses tilbud, der oprindeligt dækker somatiske områder og retter sig mod fx "Kronisk sygdom", "Kroniske smerter", "Job og Sygdom", og "Hverdagen som pårørende". Det er således et koncept, der er funderet i somatikken, og denne artikels forehavende er at undersøge og forholde sig (kritisk) til LÆR AT TACKLE konceptet helt konkret. Det indebærer, at vi ikke har fokus på de patientuddannelsesstraditioner, der er at finde indenfor det psykiatriske felt mere specifikt, hvor fokus kan række udover det somatiske som udgangspunkt. Vi takker den ene reviewer for at gøre os opmærksom på, at der er forskellige traditioner i spil her.

4 Udviklerne bag CDSMP, som LÆR AT TACKLE-kurset er baseret på, har hentet inspiration fra Banduras begreb om self-efficacy, og i denne sammenhæng

er det væsentligt at pointere, at patientuddannelsen abonnerer på en særlig fortolkning af begrebet i den forstand, at begrebet er blevet oversat og tilpasset konceptet ud fra en forståelse af, at kapaciteten til forandring ligger hos den enkelte (Nielsen, 2010).

5 Akronymet KRAM står for kost, rygning, alkohol og motion og bruges som national kampagne for at forbedre danskernes sundhed (Holen, 2011).

kapitel og fremstår som livsstilsændrende værktøjer til at tackle den psykiske lidelse. Eksempler på dette findes i kapitlet “*At spise og drikke sundt*”, hvor det beskrives, at sund mad giver “*et større velvære, styrker immunforsvaret og mindsker risikoen for visse helbredsproblemer*”, samt at maden har “*direkte betydning for hjernens funktion og dermed for vores følelses- og tankeliv.*” (Kursusbogen, 2014: 81). Gennem kosten opmuntres kursusdeltagerne til at blive aktive medspillere i deres sygdomsforløb: “*Mad og drikke er altså endnu et område, hvor du har mulighed for at være en aktiv medspiller i din egen behandling.*” (Ibid.: 81). Ligesom kosten beskrives den fysiske aktivitets gavnlige effekt for psyken i et af kursusbogens længste kapitler “*Fysisk aktivitet – for krop og sind*”:

“*Når man bevæger sig, vil aktiviteten af signalstofferne adrenalin, noradrenalin og serotonin samt endorfiner i hjernen nemlig øges, og det er netop denne øgede aktivitet, der stimulerer vores humør og medfører en følelse af glæde.*” (Kursusbogen, 2014: 99).

Personens biologi og kødelighed kædes sammen med psykisk velvære og KRAM-faktorerne bliver et indsatsområde (ud af flere) i kursusforløbet, hvor den enkelte deltager selv har mulighed for at spille en aktiv rolle i håndteringen af sin lidelse, hvilket kalder på subjektets aktive handlen.

Tilpasning til hverdagen eller tilpasning af hverdagen

Som kommunalt tilbud er patientuddannelsen et særligt rum, der bliver skabt væk fra deltagerens øvrige hverdagsliv. Da patientuddannelsen følges som et psykoedukativt tilbud, der er tilrettelagt ud fra en universel præmis om, hvad der hjælper på hhv. angst og depression, er det således generelle anvisninger, der udgør kursets indhold. Det er derfor den enkelte deltagers opgave at overføre kursets indhold til hverdagen og få det til at give mening. Pa-

tientuddannelsens indhold skal således indgå i et hverdagsliv, der hverken er strømlinet eller ens for alle, og det kan skabe dilemmaer i den enkeltes livsførelse:

“*[...] det [er] velkendt at der kan opstå dilemmaer, når personer skal forandre deres livsstil og adfærd, fordi ønsket om og forpligtelsen til at leve sundt, kan være i konflikt med normer og rutiner i hverdagslivet.*” (Hybholt, 2014:14).

Følger vi Finn Olesen (2010) kan vi argumentere for, at deltagerne på kurset myndiggøres ud fra en sundhedsfaglig koreografi, der ikke nødvendigvis stemmer overens med deltagerens personlige behov. Patientuddannelsen er en *institutionel deltagerbane* (Dreier, 2003) med et bestemt formål, der danner ramme for statens interesse om at skabe den gode borger, som handler ansvarligt og selv kan håndtere sin lidelse i dagligdagen. Menneskets evner og handlemuligheder skabes dog ikke i autonome processer, men formes derimod i sociale relationer (Otto, u.å.), og det er derfor ikke givet på forhånd, hvordan deltagerne tager imod de subjektiveringstilbud, de mødes af på kurset. Dog virker der til at være en forventning om, at kursets indhold overføres til et hverdagsliv, der tilpasses og indrettes på nye måder – snarere end at kursets indhold tilpasses et hverdagsliv. Heri ligger der potentielle konflikter med deltagerens respektive *daglige livsførelse* og deres selvforståelse i øvrigt. På denne baggrund mener vi, at det er interessant at undersøge, hvordan deltagerne på kurset forhandler om måden de ledes til at tackle deres psykiske lidelser, og hermed hvem de forventes at være og blive til i denne sammenhæng.

Feltobservationer på patientuddannelsen

I nærværende artikel tages udgangspunkt i to af forfatterens feltobservationer, som er foretaget i forbindelse med deres specialeafhandling (Albrechtsen & Dinesen, 2018). Den konkrete empiri udgøres af observationer fra vores deltagelse på patientuddannelsen i to

forskellige kommuner på Sjælland. Grundet feltets rammer, vilkår og etiske overvejelser vedrørende vores deltagelse har det ikke været muligt at observere det totale sammenhængende kursusforløb, og vores deltagelse kan derfor beskrives som partiel (Kristiansen & Krogstrup, 1999). På trods af dette forbehold fik vi mulighed for at deltage i tre forskellige undervisningsgange i hver af de to kommuner, og vi fik således indblik i seks ud af kurssets syv undervisningstemaer.

Styringsteknologier, positionering og handlesammenhænge – undersøgelsens teoretiske forankring

I en analyse af det handle- og mulighedsrum som patientuddannelsen udgør, og hvorledes forhandlingsprocesser udspilles ift. hvem og hvordan man skal være for at få et udbytte af uddannelsen, finder vi det frugtbart at anlægge et tværvideenskabeligt blik og således trække på begreber fra hhv. kritisk psykologisk og poststrukturalistisk teori. Kombinationen af disse teoretiske perspektiver kan bidrage til en forståelse af patientuddannelsens subtilt indlejrede styringsmekanismer samt de subjektiveringsprocesser, der finder sted i den givne handlesammenhæng – og hvorledes de forskellige positioner og betydninger forhandles mellem deltagerne.

Governmentality – Det styrede og selvstyrende subjekt

Governmentality betegner en særlig magtanalyse, der er inspireret af den sene Foucault og hans tanker om magtens former i det moderne samfund (Villadsen i Dean, 2006). Governmentality defineres af Foucault som den moderne liberale styringsmentalitet, hvor styringen foregår ved at rette sig mod individets selvstyring (Foucault 1988 i Mik-Meyer & Villadsen, 2007): “*To govern, in this sense, is to structure the possible field of action of others.*” (Foucault, 1982: 790). Styringen forudsættes af individets frihed

og netop installationen af det “frie” subjekt er essentielt for magtformens måde at styre på, hvor subjektet anspores til at opfatte sig selv som frit ved at stå over for forskellige handlemuligheder. Dermed påtager subjektet sig frivilligt forskellige operationer: regulerer sin kost, laver handleplaner, tilegner sig viden for at realisere og udvikle sig selv, dog åbnes der med subjektets frihed også op for subjektets mulighed for at yde modstand (Foucault, 1982; Otto, u.å.; Stormhøj, 2006).

Governmentality karakteriseres som en magtform, der styrer subjektet gennem **styringsteknologier**, som former den sociale praksis ved at forme menneskets handlerum og etiske selvforhold, og herved søger magtformen at fremelske bestemte evner hos borgeren (Otto, u.å.; Mik-Meyer & Villadsen, 2007). I en governmentality-optik kan patientuddannelsen anses som en styringsteknologi, der er sat i værk over for en særlig målgruppe, der identificeres som værende i en bestemt risikogruppe grundet deres psykiske lidelse (Dean, 2006); her søger patientuddannelsen gennem anbefalinger om den sunde livsstil og promovning af selvhjælpsværktøjer at installere *øget selvansvar, handling og selvstyring* hos kursusedtagerne. Denne selvstyring forventes at ske gennem **selvteknologier**, hvormed subjektet kan transformere sig med henblik på at opnå en særlig tilstand af lykke, perfektion, renhed eller udødelighed (Foucault 1988 i Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Processen, hvor noget ‘ydre’ (statens normer og værdier) gøres til noget ‘indre’⁶, benævnes i denne sammenhæng **subjektivering** og henviser til en dobbeltsidet proces, hvor subjektet på den ene side er konstituerende og på den anden side formes af forskellige objektgørelser (Møller, 2014; Otto, u.å.). Det etiske arbejde med selvet er derfor

6 Benævnelsen ‘ydre’ og ‘indre’ er hentet fra Møller 2014, og vi er bevidste om, at Foucault med sit perspektiv netop forsøger at ophæve denne dikotomisering.

ikke uafhængigt af samfundet, og styrings-teknologierne er ofte forankret i videnskaber som psykologi og medicin. Bestemte måder at gøre tingene på begrundes i disse praksisser, der skaber former for sandheder i positive, objektive og videnskabelige diskurser (Otto, u.å.). Ved at introducere governmentality som et analytisk greb kan vi *“stille skarpt på det rum, som de til enhver tid styrende stiller til rådighed for selv-styring”* (Hunich 2008 i Rose, 2009:10). Med blikket på patientuddannelsen som en governmental styringsteknologi kan vi se nærmere på de subjektiveringstilbud, deltagerne tilbydes på kurset og undersøge, hvordan patientuddannelsen søger at forme deltagerne til at være bestemte subjekter, hvilket har betydning for de forhandlingsprocesser, der udspiller sig mellem deltagerne i kursusrummet; med andre ord kan vi se på den subjektiveringspraksis, som patientuddannelsen kommer til at udgøre, og hvilke dynamikker der udspiller sig heri.

Positionering – Det forhandlende subjekt

I Davies & Harrés teoretisering af det bevægelige positioneringsbegreb er fokus på de dynamiske aspekter af interaktionssituationer, og positionering defineres som *“[...] den diskursive proces, hvorved selver lokaliseres i samtaler som observerbart og subjektivt kohærente deltagere i historier, der produceres i fællesskab.”* (Davies og Harré, 2014: 31). En position kan anses som en “lokalisering”, hvorfra personen får adgang til at forstå sig selv, sin omverden og sine relationer (Holen, 2011). Positioner er ikke fastlagt, men skabes i og med sproglige udvekslinger, hvor vi med vores kommunikationshandlinger konstant positionerer og repositionerer os selv og hinanden (Davies og Harré, 2014). Der kan tales om interaktiv positionering, hvor det, en person siger, positionerer den anden, og reflektiv positionering, hvor personen positionerer sig selv. Positionering kan forstås som en fælles forhandling om positioner, som både kan

foregå verbalt og nonverbalt gennem symboler, kropssprog og signaler (Davies og Harré, 2014). Dog kan subjektet ikke positionere sig “frit”, da konteksten påvirker positioneringsmulighederne og skaber bestemte subjektpositioner (Holen, 2011; Davies & Harré, 2014).

Analytisk åbner denne teoretisering op for at studere de konkrete forhandlinger, der udspiller sig mellem deltagerne på patientuddannelsen, hvormed deltagerne positionerer hinanden og sig selv. Vi kan samtidig stille skarpt på de forskellige subjektpositioner, der bliver muliggjort i den konkrete handlesammenhæng – og hvilke der bliver *umuliggjort*, og det bidrager til en yderligere nuancering af de subjektiveringsprocesser, der finder sted.

Kritisk psykologi – det handlende subjekt

Kritisk psykologi er en teoridannelse, der centrerer om subjektets mulighed for at yde indflydelse på sine livsforhold (Dreier, 2002). Fokus er på subjektets handling og deltagelse i det samfundsmæssige liv og dermed på forholdet mellem subjektiv bestemmelse og objektiv samfundsmæssig betingethed (Holzkamp 1979 i Dreier, 2002). Subjekter befinder sig et særligt sted i det samfundsmæssige liv og handler i samspil med deres ydre betingelser, der må forstås i form af både lokale samfundsforhold og overordnede samfundsstrukturer. Følger vi Dreier kan *“subjekterne [...] derfor kun studeres på en adækvat måde i forhold til en særlig handlesammenhæng, hvor de befinder sig, og deres handlinger finder sted.”* (Dreier i Christensen, 2014: 213). En **handlesammenhæng** defineres som en særlig samfundsmæssig arrangeret enhed på en afgrænset lokalitet for bestemte medlemmers deltagelse i samfundslivet (Dreier, 1999). Patientuddannelsen kan betragtes som en handlesammenhæng, hvor kursets deltagere, teknikker og formål gensidigt betinger hinanden (Nissen, 1996), hvilket betyder, at undervisningen og kursets form er i spil mellem kursets deltagere. Handlesammenhænge implicerer forskellige spillerum af

handlemuligheder og handlebegrænsninger, og subjektet har derfor forskellige deltagelsesmuligheder i forskelligartede samfundsmæssige handlesammenhænge. Yderligere deltager personer i samfundsmæssige praksisser på forskellig vis ud fra deres særlige ståsted (Dreier, 1999). Deltagerne på patientuddannelsen må derfor anskues ud fra deres forskellige deltagelsespræmisser og deltagermåder, der er afhængig af, *“hvordan de vurderer muligheder, interesser og relevans de steder, de deltager”* (Højholt, 1996: 66).

Med begrebet **daglig livsførelse** rettes blikket mod personers daglige liv gennem daglige aktiviteter, vaner og rutiner, der konstant produceres og reproduceres (Holzkamp, 1998; Schraube & Højholt, 2016). Ifølge Holzkamp møder vi alle ydre krav fra forskellige livsområder, som vi må gøre noget særligt for at integrere i vores daglige livsførelse. Vi indgår i forskellige arrangementer med forskellige livsområder, og derfor betegner Holzkamp organisationen af livsførelsen som et *“arrangement af arrangementerne”* (Holzkamp, 1998: 9). Udviklingen af en daglig livsførelse kræver, at subjektet samtidig udvikler en **selvforståelse**, der indebærer en forståelse af egne grunde til at føre sin tilværelse, som hun eller han nu engang gør, eller vedkommendes grunde til at ville ændre sin livsførelse. Subjektets selvforståelse bliver således afgørende for organiseringen af den daglige livsførelse (Holzkamp, 1998).

Med inddragelse af begreber fra den kritiske psykologi bliver det muligt at studere patientuddannelsen som en *konkret handlesammenhæng*, der implicerer forskellige handlemuligheder og -begrænsninger for deltagerne. Samtidig muliggøres et analytisk blik på, hvorledes deltagerne forhandler og møder patientuddannelsens subjektiveringstilbud ud fra deres *personlige ståsteder*, hvormed deltagerens forhandlinger må betragtes som dynamiske i en vekselvirkning mellem deltagerne og den konkrete handlesammenhæng.

Velkommen på kurset – *“det er videnskabeligt bevist”*

Patientuddannelsen danner ramme om en subjektiveringspraksis, hvor kursUSDeltagerne inviteres til at lære at tackle deres lidelser på bestemte måder, som deltagerne indgår i forhandlinger om. For at illustrere, at der tidligt i kursusforløbet skabes bestemte subjektpositioner og et særligt handlerum, der har betydning for deltagerens forhandlingsprocesser, præsenterer vi som det første et feltnotat fra introduktionen til kurset.

Instruktørerne Kaj og Ulla sidder ved et bord foran et powerpoint-show, roder rundt i forskellige papirer og gør sig klar til at præsentere kurset for deltagerne. Ulla siger smilende til deltagerne: *“Vi mangler bare et rødt æble heroppe.”* Ulla forklarer om baggrunden for kurset, der er *“videnskabeligt bevist”*, og lægger vægt på, at Kaj og hende er frivillige instruktører: *“Vi får ikke penge for det, det her er frivilligt arbejde.”* Ulla læser højt fra et stykke papir: *“Sundhedsstyrelsen skriver, at folk der har gået på det her kursus oplever mindre angst og depression, har større tiltro på egne evner og tiltro til at kunne håndtere deres symptomer i hverdagen, og kan kommunikere bedre med sundhedsvæsenet. Det her kursus virker altså. Det er rigtig godt.”* Herefter fortæller instruktørerne om deres egne positive erfaringer med kurset. Kaj fortæller om dengang, han selv var deltager på kurset: *“Da jeg startede på kurset var jeg sådan lidt [sænker skuldrene og afspejler en opgivende kropsholdning], men da jeg begyndte at tage værktøjerne til mig og forlod kurset, var det med løftede skuldre [viser en ret kropsholdning]. Jeg har lært at tackle mine symptomer meget bedre.”* En kursUSDeltager rækker hånden op og spørger instruktørerne: *“Hvordan hænger det sammen, det her med angst og depression? Er der forskelle?”* Hertil svarer Laura (kursuskoordinator), at *“det er de samme problematikker, man har og skal arbejde med.”* Kaj støtter op om Lauras forklaring og fortæller, at *“det er mange af de samme triggere, der udløser det ene eller det andet.”*

Feltnotatet afspejler, at der i handlesammenhængen opstår en særlig forståelse omkring kursets beskaffenhed, samt instruktørernes og deltagerens positioner i konteksten, hvilket er med til at forme et særligt spillerum af hand-

lemuligheder for deltagerne. Den magtfulde diskurs “*det [kurset] er videnskabeligt bevist*” bliver rammesættende for handlesammenhængen, idet diskursen medvirker til at legitimere kurset, dets styringsrationaler og fremgangsmåder. Kursets videnskabelige status er med til at skabe et sandhedsregime i kursusrummet, der betyder, at deltagerne kan se sig selv i en bedre fremtids navn, hvis de melder sig til kurset. Samtidig antages det som en selvfølge, at kursets deltagere oplever de samme problematikker i hverdagslivet grundet deres psykiske lidelser, og at kursets effekter vil gøre sig gældende for alle deltagerne. Denne generiske forståelse af angst- og depressionsproblematikker fører til en homogenisering i synet på deltagerne livsverdener, skønt deltagerne lever forskellige liv og har forskellige lidelser.

Kursets instruktører, Ulla og Kaj, positionerer sig gennem sproglige udvekslinger ved deres personlige fortællinger, hvor de fremstår som rollemodeller. Når Ulla hentyder til, at op-sætningen i lokalet minder om en skoleklasse, hvor hun bare mangler et rødt æble ved sit bord, er hun med til at positionere deltagerne som elever, der skal lære, og instruktørerne som lærerne foran katederet, der skal dele ud af deres viden. Hermed opstår en asymmetrisk magtbalance mellem deltagerne og instruktørerne på kurset, og der bliver således ikke lagt op til fx en fælles udforskning af, hvad der virker, men snarere understreges det, at nogen *allerede ved*, hvad der virker – og andre ikke gør. Ullas understregning af, at hun og Kaj er frivillige instruktører, der ikke får løn, er med til at styrke fortællingen om instruktørerne som efterstræbelsesværdige rollemodeller, der udstråler overskud og engagement. Instruktørerne, der har transformeret sig gennem kursets værktøjer, er levende beviser på kursets effekt, som de er med til at kropsliggøre. Gennem Kajs personlige fortælling ledes deltagerne til, at de kan opnå en positiv forandring, hvis de melder sig til kurset og tager dets værktøjer til sig. De kan ligesom Kaj blive aktive og selv-

styrende borgere med rette kropsholdninger, der kan tackle deres symptomer i hverdagen.

Da instruktørerne selv lever med angst og/eller depression, og tidligere selv har deltaget på kurset, taler de fra en særlig subjektposition. På den ene side kan de tale til deltagerne som én kursUSDeltager til en anden, hvorved de omfavner peer-to-peer tankegangen, mens de på den anden side samtidig taler fra en ophøjet position, hvor de iscenesættes som personificeringer af kursets succesfuldhed. Denne særlige subjektposition medvirker til at understøtte og validere den styringsteknologi, som kurset i sig selv udgør, fordi instruktørerne gennem en kropsliggørelse af kursets effekt er med til at lede deltagerne i en særlig retning og mod bestemte handlinger – *bliv som os og få succes*.

At blive den gode og beslutsomme selvhjælper

Med følgende feltnotat ønsker vi at eksemplificere forhandlingsprocesser på kurset og demonstrere, hvorledes kursets videnskabelige dokumentation, ensliggørelsen af deltagerne oplevede problematikker og den asymmetriske magtbalance mellem instruktørerne og deltagerne har betydning herfor. Samtidig tydeliggør feltnotatet, hvordan kursUSDeltagerne tilskyndes at blive aktive “*selvhjælpere*” – en vellidt subjektposition, som deltagerne forventes at internalisere som en del af deres selvforståelse og hermed deres daglige livsførelse.

Ulla (instruktør) læser højt fra sin manual: “*Det at træffe beslutninger er en vigtig del af det at være menneske. Det kan være svært at træffe beslutninger, når man har angst eller depression, og derfor er det godt at kende til en teknik, der kan hjælpe på dette. Det at træffe beslutninger er et andet vigtigt værktøj i vores værktøjskasse til selvhjælp, og vi kan bruge det for at se, om vi har været en god og aktiv selvhjælper.*” Ulla forklarer teknikken på tavlen. “*Afprøv teknikken to og to og hjælp hinanden med at træffe en beslutning.*”

Kursusdeltagerne Bo og Jens sidder ved siden af hinanden og kigger lidt på noterne på tavlen. Bo kigger ned på sin mobil.

Jens spørger Bo: *“Har du nogle [problemstillinger]?”*

Bo: *“Nej ikke rigtigt – har du?”*

Jens: *“Nej.”*

Da Bo og Jens ikke er de eneste, som har svært ved at løse opgaven ud fra teknikken, spørger Ulla ud i lokalet, om deltagerne har svært ved opgaven?

Jens: *“Det er besværligt at proppe ind i et skema. Når jeg træffer beslutninger, er det for det meste fornuftbaseret og ikke følelsesbaseret.”*

Ulla: *“Ja det kan være svært at sætte i skema.”*

Jens puster ud og siger: *“Det er svært at skulle give det point.”* De andre kursister nikker.

Ulla: *“Men det er jo videnskabeligt bevist, at det virker – så selvom det er svært, er det godt til at man kan danne sig et overblik. Hvad gør I andre?”*

Kia (kursusdeltager): *“Lader være med at træffe beslutninger [Alle griner]. Ej mine beslutninger træffer jeg ofte ud fra, hvad andre syntes om mig.”*

Kaj (instruktør) afslutter samtalen med at sige: *“Det har været et godt værktøj for mig. Jeg bruger det stadig. Det at træffe beslutninger og bruge det her værktøj er vigtigt at have med sig i værktøjskassen til selvhjælp.”*

Gennem kursets selvhjælpsværktøjer, der i en foucauldiansk optik kan anses som selvteknologier, fremelskes subjektpositionen “den gode selvhjælper”. Subjektpositionen afspejler neoliberale strømninger, der særligt træder frem i kursets grundlæggende selvhjælpstankegang, hvor det ønskede subjekt på kurset er den deltager, som aktivt og ansvarligt kan håndtere sin lidelse i dagligdagen og hermed kan anse sig selv som en god selvhjælper. En modpol hertil bliver den “uansvarlige” kursusdeltager, der ikke handler i overensstemmelse med kursets anbefalinger.

I feltnotatet lægger instruktøren Ulla vægt på fortællingen om, at deltagerne ved at tage værktøjet til sig kan blive gode og aktive selvhjælpere, der med brug af værktøjet kan træffe beslutninger i hverdagslivet. Deltagerne kategoriseres som nogle, der har svært ved at træffe beslutninger grundet deres lidelse. Denne kategorisering, hvor den psykiske lidelse manifesterer sig som en personlig manglende

egenskab hos deltagerne, er dog ikke en del af hverken Bo eller Jens’ selvforståelse, og de gør begge modstand overfor selvhjælpsteknikken. De andre kursusdeltagere tilkendegiver deres enighed, og i fællesskab opstår en polyfoni mod selvhjælpsværktøjet. Deltagerne forhandler om selvhjælpsværktøjets anvendelighed og relevans, og de går hermed imod kurssets ramme for, hvordan den gode kursusdeltager handler, og et kort øjeblik rokkes der ved kursusdeltagernes elevpositioner i handlesammenhængen. Dog destabiliseres deltagerens stemmer, idet den magtfulde diskurs, om at kurset er videnskabeligt bevist, sættes i spil og sætter en grænse for, hvad deltagerne meningsfuldt kan sige. Selvom kursusdeltagerne Kia og Jens inddrager deres personlige handlegrunde som argumentation for, hvorfor selvhjælpsværktøjet ikke er meningsfuldt for dem, overskygges dette af instruktøren Kaj, der understreger, hvor godt værktøjet har været for ham, og hvor vigtigt det er at have med sig i *“værktøjskassen til selvhjælp”*. Hermed understreges det gennem kurssets videnskabelige dokumentation og instruktørernes livsfortælling, at værktøjerne udgør den *rigtige* måde at tackle sin lidelse på, og der efterlades ikke meget rum til forhandling i kurssets handlesammenhæng. Qua patientuddannelsens videnskabelige dokumentation præsenteres selvhjælpsværktøjerne som objektive sandheder, der ikke stilles spørgsmålstegn ved. Med det næste feltnotat vil vi fokusere på den forhandling, som udspiller sig på kurset, når en kursusdeltager ikke oplever en umiddelbar effekt af et selvhjælpsværktøj.

Fantasirejsen og dybe indåndinger

I følgende feltobservation præsenteres deltagerne for fantasirejsen, som er en kognitiv visualiseringsøvelse og et værktøj i værktøjskassen til selvhjælp. I kursusbogen står det beskrevet, at øvelsen kan mindske fysiske og psykiske symptomer, og at *“det er dokumenteret videnskabeligt, at visualisering kan gøre mennesker bedre til at tackle stress, udføre op-*

gaver og nå deres mål.” (Kursusbogen, 2013: 66). Øvelsen bygger således på en forståelse af, at deltageren gennem ændring i sin kognitive tilgang kan blive i stand til bedre at tage hånd om sine udfordringer.

Ulla (instruktør): *“Nu skal vi på fantasirejse.”*
 Alex (kursusdeltager): *“Hvor skal vi hen?”*
 Ulla: *“Fantasirejse. Nu skal vi aflede vores tanker med kognitiv terapi – det er rigtig godt.”* Ulla læser højt fra sin manual: *“Luk øjnene og sæt jer godt tilrette i stolen. Vær opmærksom på jeres åndedræt, og hvordan I synker mere ned i stolen.”* Vi får beskrevet det smukkeste og mest fredfyldte landskab på vores rejse. På et tidspunkt går vi på en smuk landevej, hvor der ligger en stor og rummelig kasse, som *“er det perfekte sted at lægge alle dine bekymringer og stress fra dig”*, og vi bliver instrueret i at lukke kassen omhyggeligt. Vi kommer til en tilgroet have med blomster, slyngplanter og vi lytter til fuglene, insekterne og den stille brise. *“Sollyset filtreres mellem bladene”*, der er et vandfald, og vi nyder varmen og ensomheden. Efter et par minutter er det tid til at vende tilbage. *“Vi skal nu til at forlade dette tilflugtssted – roligt og udhvilet. Vende tilbage og få ny energi. Tag nogle dybe indåndinger, når du er klar til at vende tilbage.”*
 Alex bryder stilheden og siger: *“Jeg kunne ikke få dig ned i den kasse Ulla. Den var ikke stor nok.”* [Alle griner].
 Ulla: *“Jeg tænkte på, om der var nogle med smerter, som fik dem væk?”*
 Helen (kursusdeltager): *“Nej ikke rigtigt og det irriterer mig. Jeg kan ikke komme helt derned og det irriterer mig, at jeg ikke kan. Jeg vil så gerne...”*
 Ulla: *“Nej det er lige det, man skal lære det.”*
 Helen: *“Jeg vil bare så gerne have dem [smerterne] væk. Men tankerne er der stadig. Jeg kan ikke samle mig...”*
 Ulla: *“Det kræver øvelse – vi skal også huske, at vi skal lære at trække vejret ordentligt.”*
 Søren (kursusdeltager) henvender sig til Helen: *“Jeg har læst noget om, at man bare skal indkapsle tankerne i en boble og acceptere dem, før det vil virke. Men jeg tror, at du bliver nødt til at acceptere, at de er der.”*
 Helen: *“Ja, det er nok lige det jeg skal lære.”*
 Søren: *“De må godt være der.”*

Feltnotatet afspejler, at der på kurset hersker en forståelse af, at fantasirejsen, der er videnskabeligt funderet i den kognitive psykologi,

er en form for universalmiddel, der både kan afhjælpe fysiske og psykiske smerter. Helen giver udtryk for, at øvelsen ikke er ligetil for hende, og øvelsen får ikke hendes smerter til at gå væk. Hertil svarer Ulla, at *“vi skal lære at trække vejret ordentligt”*, og Søren fortæller, at man skal acceptere sine tanker før det virker, hvortil Helen svarer, at hun har noget at lære. Disse interaktioner vidner om, at Helens problemer individualiseres, og fantasirejsen som kognitivt værktøj anfægtes ikke, selvom Helens smerter ikke forsvinder. Helens frustrationer bliver i interaktionen med Ulla og Søren til et spørgsmål om, at hun ikke trækker vejret på den rigtige måde under øvelsen, og at hun skal acceptere sine tanker, hvilket retter sig mod Helens selvforhold. Helen gives en subjektposition, hvor hun kan være hovedperson i løsningen af sine problemer, fordi *“løsningen”* findes i hende selv, hvilket også forpligter til en form for selvudvikling, hvis hun vil opnå succes. Helens smerteproblemer forsvinder ikke, men de har fået en anden form for tilgængelighed, hvor Helen gennem en selvteknologi (fantasirejsen) forventes at kunne gøre noget aktivt ved dem. Hermed kan man argumentere for, at der i de forskellige værktøjer, deltagerne præsenteres for, er indbygget et element af, at deltagerne både har ansvaret for egen succes, men også egen fiasko. Netop spørgsmålet om at være en succes eller fiasko på kurset efter syv ugers kursusforløb leder os til artiklens sidste feltnotat.

Tilbageblik med positiv tænkning

I artiklens sidste feltnotat er vi til afslutningen på kurset. Nogle deltagere roses af instruktørerne for deres personlige udvikling, dog er det ikke alle på kurset, der giver udtryk for, at de har lært at tackle deres lidelse. Feltobservationen giver indblik i *hvem og hvordan* man bør være i kursussammenhængen for at kunne se sig selv med succes – og ligeledes hvilken position, der ikke stemmer overens med kursets prædefinerede succesfulde narrativ.

Hira (instruktør): *“Vi skal kigge tilbage på, om I har lært noget. Vi har talt om angst og depression og symptomcirklen. Vi har set på, hvad vi har kunne gribe fra værktøjskassen.”*

Søren (kursusdeltager) fortæller, at han har haft glæde af at skifte fokus [tænke positivt] og spise sundere.

Ulla (instruktør): *“JA! Ændre tankerne.”*

Hira: *“Det er meget vigtigt.”*

Ulla: *“Selvom vi har lært teknikker her, så fortsæt med handleplanerne og humørdagbogen. [...] Hvis ikke vi holder det ved lige, er vi tilbage i symptomcirklen. Hold det ved lige.”*

Søren fortæller, at han har slugt mange kameler, og at kurset har hjulpet ham til at kommunikere bedre med sin omverden. Han er endda stoppet med at ryge hash.

Ulla: *“Meget flot Søren. Du er nået rigtig langt. Hatten af for dig.”*

[...]

Ulla: *“Symptomcirklen kan godt lukke sig og her skal man tænke, hvad man kan plukke ud fra værktøjskassen. Betragt den som en fiskedam.”*

Søren: *“Man skal have rigtig meget disciplin.”*

Karen (kursusdeltager): *“Den skal ikke styre mig den der angst.”*

Ulla: *“Giv den et navn ...”*

Karen: *“Jamen nogle gange føler jeg mig som to forskellige personer.”*

Ulla: *“Jeg kan få den [angsten] til at gå væk. Giv den et navn. Jeg har kaldt min Hans-Henrik. Jeg blev simpelthen mobbet så meget i skolen af Hans-Henrik, han var min smerte. Nu siger jeg, når jeg har angst “kan du SÅ gå væk Hans-Henrik!””*

Karen: *“Jeg prøver og prøver den skal bare gå væk, men det gør den ikke ...”*

Ulla: *“Det er så vigtigt også at have et godt netværk.”*

Søren: *“Det er som at ramme et dybt sort hul. Men jo mere du arbejder med det og accepterer det, så*

selvom du rammer hullet, så bliver hullet ikke lige så dybt.”

Karen: *“Ja det er nok også rigtigt.”*

Hira: *“Find ud af triggere og forarbejd det. Få sunde interesser, små hobbyer, strik, lav frivilligt arbejde, gå små ture, sammenhold ...”*

Feltnotatet illustrerer, hvordan kursusdeltageren Søren evner til at bruge kurssets selvhjælpsværktøjer sætter ham i en position, hvor han fremstår som den gode og disciplinerede elev – “den gode selvhjælper”. Søren fortæller, at han har kunne ændre sine spisevaner, tanker, kommunikationsform, hashmisbrug og han har hermed forandret sig. Gennem en disciplinering af kroppen og sindet har Søren subjektiveret sig i overensstemmelse med kurssets anbefalinger og målsætninger, hvilket han giver udtryk for kræver disciplin. Ud fra en governmentality-optik formår Søren at handle moralsk korrekt, fordi han er blevet selvhjælpen, hvilket fører til, at Søren bliver mødt med respekt og beundring af instruktørerne. Med til historien hører, at vi ved forrige kursusgang observerede, at Søren blev opfordret af instruktørerne til selv at blive instruktør, hvilket indikerer, at instruktørerne anser Søren som en succes og som en “ligemand”. I modsætning til Søren, der fremviser sin værdi gennem selvstyring og brug af kurssets værktøjer, kommer Karen til at stå i en sårbar position, fordi hun ikke har oplevet kurssets positive effekter i relation til sin angst, på trods af at hun gør en aktiv indsats for at ændre på dette. Ved at Karen giver udtryk for, hvor svært hun har det, modsætter hun sig samtidig kurssets grundforståelse af, at man skal tænke positivt og acceptere sin situation på vejen mod at lære at tackle sin lidelse. Når Karen ikke har haft succes på kurset, vendes kritikken ikke mod kurset, men mod hende selv, hvilket afspejles i en kommentar fra instruktøren Ulla under en uformel samtale: *“Karen? Hun har ikke fået noget ud af kurset”*. I feltnotatet opstår der et

skel mellem Søren, som mødes med anerkendelse og Karen, der affejes i hendes forsøg på at dele sine personlige erfaringer i et rum med "ligesindede". Under meningsudvekslingen mellem Karen, Søren og instruktørerne opfordres Karen til at handle ved at give angsten et navn, få et større netværk, kende til sine trigger samt arbejde med at acceptere angsten. På trods af Karens forsøg på at få angsten til at gå væk, mødes hun med en forståelse af, at hun har ansvaret for løsningen af sit problem, samtidig med at hun bliver nødt til at acceptere sin situation. Dette resulterer i en form for selvcensur, hvor Karen, i stedet for at give udtryk for sine problematikker, efterlades med et handleimperativ; hun bør gøre noget aktivt for at ændre på sin situation og sin selvforståelse.

Diskussion og afslutning

I artiklen har vi givet indblik i de forhandlinger, der udspiller sig på kurset, om *hvem man bør være*, og *hvad man bør gøre* for at lære at tackle sin psykiske lidelse – og reproducere kursets succes. Patientuddannelsen bliver en form for scene, hvor de deltagere der formår at tage kursets anbefalinger og selvhjælpsværktøjer til sig hyldest, mens de deltagere, der ikke evner eller ønsker at gøre dette, bedømmes negativt og kommer til at stå uden for interventionens rækkevidde, hvilket potentielt er ulighedsskabende. Hermed skabes succeser og fiaskoer på kurset, som bedømmes ud fra spørgsmål om den enkeltes *valg*, *indstilling* og *indsats*, hvilket overser nogle helt grundlæggende aspekter af tilværelsen; den enkelte deltagers daglige livsførelse og herunder de sociale og strukturelle vilkår, der er med til at mediere de valg, deltagerne træffer. Disse aspekter træder i baggrunden som en konsekvens af kursets individualiserede og samtidig idealtypiske tilgang til "arbejdet" med angst og depression. I forhold til deltagernes tilegnelse af kursets indhold, virker der til at være et overordnet fokus på, hvordan de respektive værktøjer, som deltagerne tilbydes, kan (og

forventes at) bruges til at foretage relevante ændringer og tilpasninger af hverdagen, således at hverdagen modelleres efter en idealtypisk tilværelsesform, som kurset synes at have patent på. Det, der gøres usynligt i denne særlige fremhævelse af det idealtypiske eller de forskellige fragmenter, der kan være virkningsfulde i deres egen ret (fx motion), er *den oversættelse*, som hver enkelt deltager må foretage for at få kursets indhold til at give mening ift. deres respektive hverdagsliv. Med mindre det falder direkte inden for kursets rammer, bliver kursusdeltagernes daglige livsførelse således ikke udgangspunkt for en afsøgning af optimeringsmuligheder, særligt udfordrende situationer eller områder af tilværelsen, som kurset ville kunne byde relevant ind på med førnævnte værktøjskasse. Snarere sættes parentes om den daglige livsførelse, som noget der forstyrrer kurset og dets magtfulde diskurs om succes. På den ene side kan man argumentere for, at dette er efter hensigten, eftersom det netop er et kursus, hvor deltagerne selv forventes at forvalte og oversætte indholdet efter relevans. Omvendt kan man problematisere, hvorledes kurset synes at introducere en forkerthed ift. nogle af deltagernes livsførelser; især i de tilfælde, hvor den daglige livsførelse ikke straks omtænkes og tilrettes efter kursets anvisninger. Det er fx det, vi ser med Karen, hvor kursets instruktører får cementeret, at der er elementer i Karens livsførelse og selvforståelse, der må laves om, hvis hun vil have det bedre – og at det er hendes ansvar at få gjort. Her undrer vi os over det manglende blik for det netværk af meningstilskrivninger og betydninger, som udgør deltagernes hverdagsliv, og de relevante måder, hvorpå de forsøger at oversætte kursets værktøjer. Fremhævelsen af det idealtypiske bliver således på bekostning af deltagernes konkrete livsførelse og de betingelser, som gør sig gældende for dem hver især – oversættelses- og overførselsopgaven strander hos den enkelte deltager, der muligvis formår at implementere dele af kurset succes-

fuldt i hverdagslivets konkrete betingelser og muligvis ikke gør. Ultimativt indebærer en eventuelt manglende kobling på den rationalitet, og dermed indbyggede magt, som kurset repræsenterer, en risiko for eksklusion fra fællesskabet; hvilket bliver paradoksalt, da kurset i sig selv er funderet på en præmis om fællesskabets positive indvirkning på livsførelsen.

Den governmentale styringsteknologi, som kurset i sig selv udgør, i en foucauldiansk optik, skaber med andre ord et snævert mulighedsrum for måden, hvorpå deltagerne ledes og inviteres til at subjektivere sig for at lære at tackle deres respektive lidelse. Med patientuddannelsens videnskabelige dokumentation og idealiseringen af den selvstyrende kursUSDeltager, der handler *aktivt, rationelt, ansvarsfuldt* og i overensstemmelse med kursets anbefalinger, fremstår kurset umiddelbart som en garanti for succes og dermed øgede mestringssevner hos deltagerne, hvis blot de tilegner sig kursets forskrifter og prædefinerede problemstillinger og hermed tilpasser sig et samfundsmæssigt normaliseringsprojekt af hverdagslivet. Vel at mærke kun hvis deltagerne accepterer at vælge mellem de allerede givne udviklingsstier, som kurset udstikker. Således kan kursets magtudøvelse ses som en manipulation af deltageres valg ved kun at anerkende bestemte former for handlinger og valg, og dermed understøtte særlige subjektiveringsbevægelser (og besværliggøre andre).

Dog peger vores analyser på, at der i det konkrete møde mellem kursUSDeltagerne og kursets anbefalinger og teknikker udspiller sig forhandlinger om, *hvem og hvordan man bør være*, men at denne forhandling på kurset præges af en tendens til, at deltagerne objektgøres ud fra en præmis om, at de skal validere kurset og dets effekt – og ikke omvendt, at man ønsker at sætte fokus på deltagerne og i fællesskab udvikle kursets indhold og relevans. Hvis vi vil fange denne forhandling, og de mulige åbninger, der kunne eller måske *burde* skabes

i det aktuelle kursusrum, kan den foucauldianske analyse med fordel suppleres med andre teoretiske blikke. Hvad Foucault især hjælper os med at tydeliggøre her er magtens manipulative rum, hvor deltagerne på forskellige – og ret insisterende – måder inviteres til at koble sig på de subjektpositioner, som kursets prædefinerede logik rammesætter; dette muliggør en analyse af, at den enkelte deltagers frihed består i at vælge mellem det, der allerede er udvalgt og godkendt som virkningsfuldt. Dette ville være i tråd med en legitim, men endog relativt deterministisk læsning af Foucault. Hvad der også ligger som potentiale i Foucaults (1978; 1982) forståelse af magt er, at modstand ikke kan begrænses til en afvisning af de teknologier, som magten udøves igennem, men også samtidig udgør et mulighedsrum for forandring af disse. En sådan læsning af Foucault, som bla. Pultz (2017)⁷ uddyber og argumenterer for, er med til at understøtte et analytisk blik for det mulighedsrum for nyskabelse, der også ligger i kursets set-up, men som i praksis forbliver i dvale.

Man kunne argumentere for, at det snævre mulighedsrum, der opsættes på kurset, er med til at muliggøre, at kurset kan reproducere sin egen succesfuldhed og kommer til at fremstå som en objektiv sandhed for, hvordan deltagerne *bør* handle, hvilket der i praksis ikke sættes spørgsmålstegn ved. Magtudøvelsen i kursusrummet er således subtil og usynliggøres ved at rette sig mod deltageres selvforhold og selvstyring – hvormed modstand over for kurset hurtigt bliver transformeret til et spørgsmål om individets manglende evner og færdigheder. Det efterlader et spørgsmål om, hvem evt. modstand eller kritik af kurset kan rettes mod? Denne uklarhed understøttes af det forhold, at instruktørerne selv repræsenterer eller har in-

7 Pultz (2017) uddyber nuancerne i læsningen af Foucault og præsenterer nogle nuancerede analyser af måden, hvorpå unge arbejdsløse netop aktivt udvider, bøjer og gør modstand mod de subjektiveringer, de møder i arbejdsløshedssystemet.

derliggjort de teknikker, som kurset forsøger at formidle betydningen af. På den måde kan man anføre, at de til dels allerede har underkastet sig magten i form af at tænke sig selv med dens teknikker, og samtidig bliver de et redskab for magtudøvelsen.

Med andre ord kan vores analyse strande i en konstatering af det restriktive udviklingsrum, som opstilles; og dermed udebliver det analytiske blik for det *kollektivt udvidende*, som kurset rummer potentiale for – men som ikke artikuleres i praksis. Med det kollektivt udvidende henviser vi til deltagerens fælles kobling med hinanden omkring afsøgning af nye muligheder, der rækker *ud over* kursets prædefinerede logik. Her kunne man med fordel hente inspiration fra praksisforskning (Højholt & Kousholt, 2011; Kousholt, 2016; Nissen, 2000; Chimirri, 2015) eller Stetsenkos *Transformative Activist Stance* (Stetsenko, 2008; 2012; 2013, Vianna & Stetsenko, 2011), der netop omhandler, hvordan mennesker kollektivt udvider ikke blot deres problemforståelse gennem perspektivudveksling, men samtidig samarbejder omkring fælles problemløsninger og udvidelse af et kollektivt råderum; en kollektiv rettethed omkring at skabe gode betingelser for og med hinanden.

En af de faldgruber, der ligger i et set-up, hvor nogle deltagere (her kursets undervisere) er positioneret som *bedre-vidende* i forhold til andre, qua deres erfaringer med kursets konkrete værktøjer og selvforståelsesoptioner, er, at positioner fastlåses og de mulige fælles udviklingsstier, hvor *alle deltagere* (inklusive kursets undervisere) udvikles, kan være svære at få øje på. Med inspiration fra netop praksisforskningstraditionen samt Transformative Activism kunne man pege på, at patientuddannelsen med fordel kunne anlægge en mere åben og nysgerrig undersøgende vinkel, der inviterede deltagerne til en *fælles* problemsætning, afsøgning af muligheder og udveksling af erfaringer. Ikke alene ville det positionere deltagerne som

mere handlekraftige subjekter, det ville samtidig dyrke det emancipatoriske potentiale, der kan opstå i menneskers fælles engagement i fælles eller delte problemstillinger. Her ville deltagerens konkrete hverdagslivsbetingelser og respektive daglige livsførelse kunne blive et udgangspunkt for fælles udforskning og ikke mindst *fælles udvikling* af nye handlemuligheder og betydninger; således bliver det kollektivt udvidende eller emancipatoriske potentiale et spørgsmål om ikke blot at indrette sig (bedst muligt), men snarere og samtidigt et spørgsmål om at *samskabe* samfundsmæssige betingelser som både tilgodeser og understøtter ens eget og andres velbefindende (se Chimirri, 2015; Chimirri & Pedersen, in press).

Se dig selv med succes ...

Patientuddannelser er på mange måder et fornuftigt supplement til den behandling, der ellers tilbydes i det offentlige sundhedssystem; hvad enten dette vedrører somatiske eller psykiske lidelser. Man må dog ikke være blind for den særlige rationalitet om selvstyring og det normaliseringsprojekt, som patientuddannelser også rummer. De mere eller mindre subtile subjektiveringsdynamikker, der udspiller sig på kurset, er med til at sætte rammer for, *hvem* og *hvordan* man bør tænke sig selv, hvis man gerne vil ses som et velfungerende menneske i den forstand, at man tager ansvar for sin lidelse; dette risikerer i sig selv at blive et særligt imperativ, der er svært at anfægte, og som samtidig rummer kimen til yderligere marginalisering eller manglende tiltro til egen handleevne og dømmekraft. Det, det handler om, er tilsyneladende simpelt:

“Se dig selv med succes ... Du er fokuseret på at se fremad ... Du vil lykkes med dine målsætninger ... Dine erfaringer gør dig stærk ... Træk vejret dybt, og når I er klar, så åbn øjnene ...” (Feltnotat fra “*LÆR AT TACKLE angst og depression*”).

Referencer

- Albrechtsen, S. L.R. & Dinesen, M.R. (2018): *Vejen til det gode liv med angst og depression – et speciale om styringsteknologier og forhandlinger på patientuddannelsen Lær at tackle angst og depression*. Specialeafhandling ved Roskilde Universitet.
- Ayo, N. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, 22(1), s. 99-105.
- Brinkmann, S. (2010). *Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser*. Århus: Klim.
- Chimirri, N. A. (2015). Designing psychological co-research of emancipatory-technical relevance across age thresholds. *Outlines*, 16(2), s. 26-51.
- Chimirri, N. & Pedersen, S. (in press). Toward a transformative-activist co-exploration of the world? Emancipatory co-research in Psychology from the Standpoint of the Subject. *Annual Review of Critical Psychology*, 2019
- Christensen, G. (2014). *Psykologiens videnskabs-teori – en introduktion*. 2. udg. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Davies, B. & Harré, R. (2014). *Positionering: diskursiv produktion af selver*. København: Forlaget Mindspace.
- Dean, M. (2006). *Governmentality – Magt & styring i det moderne samfund*. Frederiksberg C: Forlaget Sociologi.
- Dreier, O. (1999). Læring som ændring af personlige deltagelse i sociale kontekster. I: Nielsen, K. & Kvale S., red., *Mesterlære – læring som social praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Dreier, O. (2002). *Psykosocial behandling – En teori om et praksisområde*, 2. udg. København Ø: Dansk psykolog Forlag.
- Dreier, O. (2003). Learning in personal trajectories of participation. I: Stephenson, N., red., *Theoretical psychology: critical contributions*. Concord, Ontario: Captus University Publications.
- Forchhammer, H. (2010). Viden, der helbreder. I: Thorsgaard, K., Nissen, M. og Jensen, U. J., red., *Viden, virkning og virke*, 1. udg. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag, s. 83-106.
- Foucault, M. (1978): *The history of sexuality*. Pantheon.
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. *Chicago Journals*, 8(4), s. 777-795.
- Hacking, I. (1996): *The looping effects of human kinds*. Oxford University Press.
- Harvey, D (2005). *A Brief History of Neoliberalism*. New York: Oxford University Press.
- Harvey, D. (2007). Neoliberalism as Creative Destruction. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 610(1), s. 22-44.
- Holen, M. (2011). *Medinddragelse og lighed – en god idé? En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital*. Ph.d.-afhandling. Roskilde Universitet.
- Holzcamp, K. (1998). Daglig livsførelse som subjektvidenskabeligt grundkoncept. *Nordiske udkast*. 26(2), s. 3-31.
- Højholt, C., & Kousholt, D. (2011). Forsknings-samarbejde og gensidige læreprocesser: Om at udvikle viden gennem samarbejde og deltagelse. I: Højholt, C., red., *Børn i vanskeligheder: Samarbejde på tværs*. København: Dansk Psykologisk Forlag, s. 207--237
- Hybholt, L. (2014). *Patientuddannelse i hverdagsliv*. Ph.d.-afhandling. Aarhus Universitet.
- Højholt, C (1996). Udvikling gennem deltagelse. I: Højholt, C. & Witt, G., red., *Skolelivets socialpsykologi – nyere socialpsykologiske teorier og perspektiver*. København: Unge Pædagoger
- Komiteen for Sundhedsoplysning & Sundhedsstyrelsen, (2016). *LÆR AT TACKLE angst og depression – beslutningstagere*. [online] Patientuddannelse.info. Available at: http://www.patientuddannelse.info/media/72283/a5_angst_beslutnings_2016.pdf [Accessed 22.19.18].
- Kousholt, D. (2016). Collaborative research with children: Exploring contradictory conditions of the conduct of everyday life. I: E. Schraube & C. Højholt. red., *Psychology and the conduct of everyday life*, London: Routledge, s. 241-258
- Kristiansen, S. & Krogstrup, H. K. (1999). *Delta-gende observation – Introduktion til en forskningsmetodik*, København: Hans Reitzels Forlag
- Kursusbogen (2013): Komiteen for Sundhedsoplysning (2013). *LÆR AT TACKLE angst og depression*, København: Komiteen for Sundhedsoplysning

- Kursusbogen (2014): Komiteen for Sundhedsoplysning (2014). *LÆR AT TACKLE angst og depression*, 2. udg., København: Komiteen for Sundhedsoplysning, s. 5-136.
- Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2007), *Magtens former – Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Møller, J. E. (2014). Selvteknologier i sundhedspraksis. I: Huniche, L. & Olesen, F., red., *Teknologi i sundhedspraksis*, Forlaget Munksgaard: København, s. 105-127.
- Nielsen, A. J. (2010). *Traveling technologies and transformations in health care*. Ph.d.-afhandling. Copenhagen Business School
- Nielsen, A. J. (2009). Kompetent eller kombattant? Patientuddannelse som styringsudfordring i sundhedsvæsenet. *Økonomi og politik*, (82)4, s. 51-59.
- Nissen, M. (1996). Undervisning som handle-sammenhæng. I: Højholt, C. & Witt, G., red., *Skolelivets Socialpsykologi – Nyere socialpsykologiske teorier og perspektiver*, 1. udg. København: Unge Pædagoger
- Nissen, M. (2000). Practice research: Critical psychology in and through practices. *Annual Review of Critical Psychology*, 2, s. 145--179.
- Olesen, F. (2010). Den forstærkede patient. I: Thorsgaard, K., Nissen, M. og Jensen, U. J., red., *Viden, virkning og virke*, 1. udg. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag, s. 307-332.
- Otto, L. (u.å.). *Foucaults "Governmentalitetsteori"*. *Styringsteknologi og subjektivitet*. Arbejds-papir 1. udkast. Available at: <http://etnologi.ku.dk/upload/application/pdf/f51d6748/Governmentality.pdf> [Accessed 6.10.18]
- Patientuddannelse.info. (2018). *ONLINE – LÆR AT TACKLE ANGST OG DEPRESSION*. [online] Available at: <http://sundhedsformidling.dk/3826.aspx> [Accessed 2.12.18].
- Pedersen, S. (2015). *The Ought To Be, How To Be, Or Not To Be – A study of standards and subjectification processes in high school*. Ph.d. afhandling. Københavns Universitet.
- Pultz, S. (2017). *It's Not You, It's Me: Governing the Unemployed Self in the Danish Welfare State: Ph. d. Dissertation*. Københavns Universitet, Det Samfundsvidenskabelige Fakultet.
- Rose, N. (2009). *Livets politik. Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Schraube, E. & Højholt, C. (2016). *Psychology and the conduct of everyday life*. New York: Routledge
- Schnor, H. (2013). Patientskoler og patientuddannelse. I: Martinsen, B., Norlyk, A. og Dreyer, P., red., *Patientperspektivet – En kilde til viden*, 1. udg. København: Munksgaard, s. 213-224.
- Stetsenko, A. (2008). From relational ontology to transformative activist stance on development and learning: Expanding Vygotsky's (CHAT) project. *Cultural Studies of Science Education*, 3(2), 471-491
- Stetsenko, A. (2012). Personhood: An activist project of historical becoming through collaborative pursuits of social transformation. *New Ideas in Psychology*, 30(1), 144-153.
- Stetsenko, A. (2013). The challenge of individuality in cultural-historical activity theory: "Collective" dialectics from a transformative activist stance. *Outlines*, 14(2), 7-28.
- Stormhøj, C. (2006). *Poststrukturalismer – Videnskabsteori, Analysestrategi, Kritik*. Frederiksberg C: Forlaget Samfundslitteratur.
- Sundhedsstyrelsen (2009). *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering*. [online] Sundhedsstyrelsen. Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/18179EAADCF74DDEB2DF77AC334C705A.ashx> [Accessed 25.10.18].
- Sundhedsstyrelsen (2015). *Sygdomsbyrden i Danmark*. [online] Sundhedsstyrelsen. Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/~media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx> [Accessed 16/1.18].
- Sundhedsstyrelsen (2016a). *Evaluering af satspuljeprojektet: Lær at tackle angst og depression – En randomiseret kontrolleret undersøgelse*. [online] Sundhedsstyrelsen. Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~media/6AEB3DB181F341A195EEDD24836EEAB3.ashx> [Accessed 22.10.18].
- Sundhedsstyrelsen (2016b). *Evaluering af satspuljeprojektet: Lær at tackle angst og depression delrapport – En kvalitativ undersøgelse*. [online] Sundhedsstyrelsen. Available at: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~media/993>

1038E87394672B3527A1DCAD50D30.ashx

[Accessed 22.10.18]

Vianna, E., & Stetsenko, A. (2011). Connecting learning and identity development through a transformative activist stance: Application in adolescent development in a child welfare program. *Human Development*, 54(5), 313-338.

Vidensråd for Forebyggelse (2014). *Børn og unges mentale helbred – forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. [online] Vidensråd for Forebyggelse. Available at: http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensraadforforebyggelse_boern-og-unges-mentale-helbred_digital_01_0.pdf [Accessed 22.10.18].