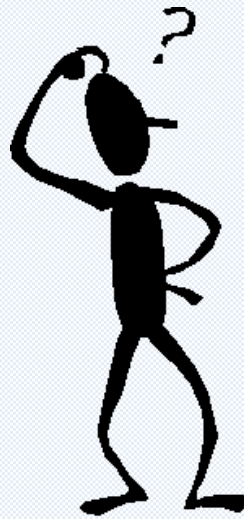


# En kritisk diskursanalyse af forskningsdiagnosen funktionelle lidelser



Syddansk Universitet Odense

International Virksomhedskommunikation

Vejleder: Cindie Aen Maagaard

Juni 2017

Af Stine Veilgaard

Sider/anslag: 73,8 / 177.050

# Indholdsfortegnelse

Abstract.....	4
1. Indledning .....	8
1.1 Problemformulering: .....	9
1.2 Baggrund og motivation for opgaven.....	9
2. Afgrænsning og specialets opbygning.....	12
2.1 Afgrænsning .....	12
2.2. Specialets opbygning.....	12
2.3 Funktionelle lidelsers historie .....	13
2.3.1 Sygdommen .....	13
2.3.2 Behandling .....	15
2.3.3 Modstanden imod diagnosen .....	16
3. Videnskabsteori .....	19
4. Metode.....	22
4.1 Valg af teori.....	22
4.2 Valg af analysemateriale.....	26
4.3 Styrker og svagheder ved teori og metode.....	30
5. Teori.....	33
5.1 Diskursanalyse .....	33
5.2 Den tredimensionelle diskursmodel .....	35
5.3 Tekst.....	36
5.3.1 Fairclough.....	36
5.3.2 Den systemisk funktionelle lingvistik og dens oprindelse .....	38
5.4 Diskursiv praksis.....	41
5.5 Social praksis.....	42
6. Analyse .....	47
6.1 Oplysning om funktionelle lidelser .....	48
6.1.1 Tekst.....	48
6.1.2 Diskursiv praksis.....	65
6.2 Analyse af evidensen bag 'diagnosen' funktionelle lidelser .....	72
6.2.1 Tekst.....	72
6.2.2 Diskursiv praksis.....	76
6.3 Social praksis.....	79
7. Diskussion.....	85
7.1 Komparativ analyse .....	85
7.2 Magt og social praksis.....	88
7.3 Magtens tredeling og mediernes rolle .....	89
7.4 Opgavens resultat.....	90
8. Konklusion .....	93
9. Bibliografi .....	95
10. Bilag.....	103
Bilag 1.....	103
Bilag 2.....	103
Bilag 3.....	103

Bilag 4..... 105  
Bilag 6..... 106  
Bilag 7..... 106  
Bilag 8..... 106  
Bilag 9..... 106  
Bilag 10 ..... 106  
Bilag 11 ..... 106  
Bilag 12 ..... 107  
Bilag 13 ..... 107  
Bilag 14 ..... 107  
Bilag 15 ..... 107  
Bilag 16 ..... 108

# Abstract

This Master's Thesis Project explores the coherence between the research in functional somatic symptoms and disorders known by the diagnosis Bodily Distress Syndrome, which stem from Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser in Aarhus, and what is being communicated for patients, relatives, and people with a general interest in the subject.

The theory of science that this thesis is built on is social constructivism. It is a social theory of knowledge according to which human development is socially situated. It understands knowledge as constructed throughout interaction with others, which means that society together invents the properties of the world. Within the social constructivism, I see an obvious link to the discourse analysis, since the role of language plays a big part in the construction of reality. The discourse analysis studies the social and human reality by analysing the discourse (the language) as described.

The theoretical and methodical starting point for the investigation is Fairclough's critical discourse analysis and the thesis is structured with basis in Fairclough's three-dimensional model. The analysis starts with the text dimension of Fairclough's three-dimensional model. I use different data for the two analyses. My thesis statement does not make me compile additional data, as I'm interested in the existing discourses found in the already existing material on the subject, and those found in the research results that form the basis of the guides and pamphlets that I analyse. I have chosen five texts as an expression of the communication on the diagnosis. With analytical tools from Fairclough and systemic functional linguistics, such as modality, wording and metaphors, I will analyse two pamphlets, one instruction, one webpage and extracts from a book, all about the diagnosis of Bodily Distress Syndrome. Afterwards, I use the text analysis to draw out the dominating discourses in the material. I use the same practice at the research material.

In my analysis of the information material, I was able to identify five dominating discourses that were present in almost all of the texts. All the texts were dominated by a disease discourse, since all the texts have implemented general sections, which are common in the field of diseases, such as symptoms, causes and treatments. All of the texts contain a diagnosis discourse as well as a research discourse. All this adds up to a group of texts that determine Bodily Distress Syndrome as

an actual diagnosis, supported by the research, and with general symptoms, established courses and the possibility of treatment.

I have picked out three research articles about the diagnosis Bodily Distress Syndrome, and three texts about treatment of Bodily Distress Syndrome for the analysis of the research material. I have been able to locate three dominating discourses on the basis of the text analysis of the six texts in the texts dimension. All of the research articles take part in the insecurity discourse, which manifests itself by a high degree of modality, where words such as *seem* and *may* are dominating. Five out of six results are also using a conclusive discourse, where they conclude on the basis of uncertain results. These two dominating discourses result in a research material that is insecure and doubtful.

My thesis shows that there are different discourses into play in the text dimension and discursive praxis. The uncertainty in the research is absent in the material that communicates the diagnosis. In the social practice, this high degree of interdiscursivity, usually is seen as a sign of a hegemonic struggle, which contributes, in varying degrees, to either reproduction or transformation of the existing order of discourse, as well as the existing social and power relations. But in this case, there is no sign in a hegemonic struggle because the researchers who have conducted the results are also the persons who are communicating about the diagnosis. Therefore, the hegemonic relationship between the two sides does not exist, and the dialectic way that social practice and discursive practices work will not take place. The power relation is here an important fact, and ideologies that are closely linked with power are located in structures, the orders of discourse, and in events themselves as they reproduce and transform their conditioning structures. The researchers in my thesis and the discourses that their communications present are ideological, and because they hold power, they are, therefore, in a position where they can communicate about Bodily Distress Syndrome in a more certain and trustworthy manner than their research results.

My thesis has shown that there is a lack of coherence between what the research in functional somatic symptoms and disorders expressed by the diagnosis Bodily Distress Syndrome show, and what is being communicated about the diagnosis. The research results are characterized by uncertainty and doubt, but the communication material is not affected by this same degree of

uncertainty, and the diagnosis and treatment are presented as scientifically founded, which is in stark contrast to the research.

# 1

Indledning

# 1. Indledning

Hvordan kan det være, at 'diagnosen' funktionelle lidelser oplever så megen modstand, når målet med 'diagnosen' er at hjælpe de syge mennesker, der er fanget i systemet, og som har været kasterbold imellem afdelinger, der enten tager sig af fysiske eller psykiske sygdomme. Hvorfor vil folk ikke henvises til klinikken? Hvorfor har formænd for 26 patientforeninger startet en indsamling imod 'diagnosen'? Hvorfor mener de, at den truer retssikkerheden? Dette er nogle af de spørgsmål, der har affødt undersøgelsen i dette speciale.

I 1999 blev afdelingen for funktionelle lidelser på Århus Universitetshospital åbnet. Klinikken skulle forske i 'diagnosen' funktionelle lidelser og behandlingen deraf. Det skulle gøre det muligt at behandle en lang række syge mennesker, der indtil da ikke havde kunnet få den rette behandling i sundhedssystemet. Deres symptomer var fysiske, men årsagen mentes på klinikken at være psykisk. Det var årsagen til, at patienterne havde været kasterbold imellem en lang række afdelinger og havde fået opbygget store tykke journaler, men stadig stod uden en diagnose.

I Danmark følger man WHO's liste over anerkendte sygdomme, hvor diagnoser som fibromyalgi, piskesmæld, irriteret tyktarm og kronisk træthedssyndrom blandt andet er på. Disse WHO-ankendte diagnoser har Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser med Sundhedsstyrelsens tilladelse indlemmet under 'diagnosen' funktionelle lidelser. Alle sygdomme har det tilfælles, at symptomerne er fysiske, men under 'diagnosen' funktionelle lidelser vil de blive behandlet som psykiske. Dette har mødt stor modstand blandt patienter, patientforeninger og visse læger, der mener, at det er helt urimeligt, at patienter skal have frataget deres WHO-ankendte diagnose for at deltage i et forskningsprojekt, der underkender deres allerede eksisterende diagnose.

Alt det fremgår dog ikke tydeligt, når man søger materiale om funktionelle lidelser. 'Diagnosen' præsenteres meget sjældent som en forskningsdiagnose. Ligeledes undervises nye læger i TERM, der er en vejledning til læger i, hvordan de skal opdage en funktionel lidelse, altså sygdomme med fysiske symptomer, hvor lægerne ikke har kunnet finde en årsag, da årsagen menes at være psykisk. Der er umiddelbart en uoverensstemmelse imellem det materiale, som det offentlige stiller til rådighed til patienter og pårørende, og den måde, man vælger at undervise i 'diagnosen' i form af TERM, og den videnskabelige evidens, der danner grundlag for 'diagnosen'.



De offentlige myndigheder og den lægefaglige verden, særligt Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Sundhedsstyrelsen, italesætter 'diagnosen' som værende alment gældende. Samtidig er der en stor skepsis blandt andre læger, patienter og patientforeninger og et brud med WHO's ICD-10-diagnoser, og problemerne med videnskabeligt at kunne dokumentere dens berettigelse. Dette skel mellem de to forskellige sider finder jeg interessant. Med det som udgangspunkt vil specialet undersøge området ved at besvare problemformuleringen:

## 1.1 Problemformulering:

*Undersøg om der er en sproglig og indholdsmæssig sammenhæng imellem resultaterne af forskningen omkring funktionelle lidelser og det, der formidles i oplysningsmaterialet, som er tilgængeligt for danske patienter, pårørende og alment interesserede, på baggrund af Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse.*

## 1.2 Baggrund og motivation for opgaven

Udgangspunktet for specialet startede med en underen over et begreb, jeg det seneste år er stødt på. Begrebet er *det postfaktuelle samfund*, som er et forholdsvist nyt begreb, der hverken er klart defineret eller fuldt udfoldet. Jeg er stødt på begrebet i forbindelse med debatten om den omdiskuterede HPV-vaccine, hvor mange har fravalgt vaccinen imod kræft på baggrund af følelsesbaseret evidens frem for videnskabeligt funderet fakta. Debatten har raset, og Sundhedsstyrelsen er gået ind i kampen om at få flere til at vaccinere sig. Jeg havde inden dette et mindre kendskab til funktionelle lidelser og opdagede, at bivirkningerne fra HPV-vaccinen skulle indlemmes under 'diagnosen' funktionelle lidelser, hvilket vakte min undren. For hvordan kunne man fra offentlig side affærdige kritikken af HPV-vaccinens bivirkninger på grund af manglende beviser for dem, men samtidig anerkende bivirkningerne som en funktionel lidelse? Kritikken fra Sundhedsstyrelsen og dem, der er pro HPV-vaccinen, går blandt andet på de udokumenterede påstande om, at vaccinen skal være skadelig, og at man lyttede til ens mavefornemmelse frem for videnskabelig evidens. Men hvordan hænger det sammen med, at bivirkningen i stedet skal

diagnosticeres som en funktionel lidelse, en 'diagnose', der er under lige så skarp kritik, og som ikke er anerkendt af WHO, men kritiseret for dens mangelfulde evidens. Dette skærpede min nysgerrighed omkring funktionelle lidelser og evidensen for disse, og dermed var grundlaget for opgaven lagt.

# 2

Afgrænsning og specialets  
opbygning

## 2. Afgrænsning og specialets opbygning

### 2.1 Afgrænsning

Funktionelle lidelser er en udbredt diagnose, der forskes i verden over, og som skaber stor debat. For at få en mere fokuseret analyse har jeg valgt at afgrænse analysen til Danmark. På forskningsklinikken i funktionelle lidelser i Århus har man lavet forskningsforsøg siden 1999, og en stor del af det materiale, de bygger deres diagnose, forskning, udredning og behandling op omkring, er forskningen fra klinikken. Derfor vil det også være udgangspunktet for analysen af evidensen, da det i høj grad er deres forskning, der ligger til grund for behandlingen, de forsker i, og fordi klinikken er den første og eneste i Danmark, der forsker i området.

I specialet sætter jeg ordet 'diagnose' i situationstegn, når det forbindes med funktionelle lidelser. Det gør jeg, fordi at den måde, Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser bruger ordet på, ikke er i overensstemmelse med den diagnose, der også hedder funktionelle lidelser, og som er at finde på WHO's ICD-10-liste over anerkendte diagnoser. 'Diagnosen' funktionelle lidelser anvendes i høj grad som en anerkendt diagnose af og på Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, men helt korrekt er det en forskningsdiagnose eller et psykiatrisk forskningsbegreb, der anvendes i forbindelse med forsøgene, der udføres i forbindelse med sygdommen, patienterne på forskningsklinikken antageligt lider under. Da vi i Danmark har valgt at anvende WHO's ICD-10-liste, mener jeg derfor ikke, at det er korrekt at bruge ordet diagnose, og derfor vil det i opgaven stå i situationstegn for at gøre dette tydeligt. Andre diagnoser, som er anført på WHO's ICD-10-liste, vil ikke være anført i situationstegn.

### 2.2. Specialets opbygning

Specialet består af otte overordnede kapitler. I **de første to kapitler** skitserer specialet indledende præmisser, hvor jeg kommer ind på problemformulering, afgrænsning og denne gennemgang af opgavens struktur. I **kapitel tre** redegør jeg for, hvordan socialkonstruktivismen ligger videnskabssteoretisk til grund for specialets undersøgelse. I **kapitel fire** redegør jeg for valg af teori og metode samt valg af analysemateriale. **Kapitel fem** omhandler specialets teoretiske grundlag. Her skaber jeg det brede teoretiske fundament for specialets videre undersøgelse. Det indebærer en redegørelse for Faircloughs kritiske diskursanalyse samt den systemisk funktionelle lingvistik. I

**kapitel seks** analyserer jeg mit materiale i tre dele i overensstemmelse med Faircloughs tredelte analysemodel. Jeg starter med en sproglig analyse i dimensionen tekst, herefter analyserer jeg den diskursive praksis, og til sidst foretager jeg en analyse af den sociale praksis, som er fælles for begge diskursanalyser. I **kapitel syv** diskuterer jeg forskelle og ligheder i dimensionerne tekst og diskursiv praksis samt den sociale praksis i forhold til magt og ideologi. **Kapitel otte**, som udgør specialets konklusion, besvarer min problemformulering.

## 2.3 Funktionelle lidelsers historie

### 2.3.1 Sygdommen

I 1998 blev der bevilliget 3,5 millioner kroner årligt til at forske i, hvad de 6000 patienter, der i årevis har belastet sygehusene i Århus Amt med stribevis af undersøgelser og langvarige indlæggelser – såkaldte hypokondere – fejler (se bilag 16). Patienterne har alle det fællestræk, at de oplever smerter, der ikke kan gives en medicinsk forklaring på, deraf betegnelsen hypokonder. Man håber dermed at kunne behandle patienterne bedre og samtidig opnå stor besparelser indenfor blot få år (Jyllands-Posten 5. maj 1998 ¶ Klapjagt på 6000 hospitalshypokondere).

En funktionel lidelse er ifølge Lene H. S. Toscano (2015) en sygdom, hvor patienterne oplever kropslige symptomer, uden at man kan forklare symptomerne med en anden veldefineret sygdom. Tilstanden skyldes, at kroppen har oplevet en overbelastning og ikke er i stand til at fungere normalt, da den er i en form for alarmberedskab. Hun forklarer, at alle mennesker kan opleve forbigående symptomer, der forsvinder igen, uden at man tænker særligt over dem eller føler behov for at søge hjælp. Nogle oplever, at kroppen reagerer på situationer, hvor man er under pres, og hvor symptomerne forsvinder, når arbejdsopgaven er overstået. Hos nogle mennesker forsvinder symptomerne dog ikke. De bliver voldsommere og begynder at påvirke patienten i et sådant omfang, at de ikke kan opretholde deres almindelige dagligdag, og symptomerne begynder at påvirke patientens funktionsniveau. Symptomerne kan udvikle sig til længerevarende kroniske funktionelle lidelser, hvor patienten invalideres (Lene H.S. Toscano, 2015, s. 18-19). Betegnelsen funktionelle lidelser siger ikke noget om årsagen til symptomerne, og den præcise årsag til funktionelle lidelser er ikke kendt (Per Fink, 2005, s. 7). Sundhedsvæsenet er skarpt opdelt imellem den kropslige (somatiske) og den psykiatriske del, hvor funktionelle lidelser er en 'diagnose', der ligger i grænselandet mellem den psykiske og kropslige behandlingsverden (Fink, 2015, s. 9).

Patienterne med svære funktionelle lidelser lider af Bodily Distress Syndrome (BDS), der ikke har nogen dansk betegnelse, men kan oversættes til en ”kropslig stresstilstand”, og den nye diagnose er et resultat af en undersøgelse af 978 patienter med karakteristiske symptomsmønstre, der faldt i fire kategorier værende: almene symptomer, symptomer fra bevægeapparatet, symptomer fra hjerte og lunger samt symptomer fra mave og tarm (Toscano, 2015, s. 20-21). Årsagen til, at patienter udvikler funktionelle lidelser, er ikke kendt, og man mener, at der er flere forskellige faktorer, der spiller ind. For at forstå sygdommen skal man se på både det psykiske og fysiske, og sygdomsforløbet kan inddeles i tre forskellige grupper: de *grundlæggende*, de *udløsende* og de *vedligeholdende faktorer* (Toscano, 2015, s. 24).

*De grundlæggende faktorer* omhandler sårbarhed. Nogle mennesker er helt grundlæggende mere sårbare end andre, hvor det i nogle tilfælde handler om generne, og sårbarheden er blandt visse personer en medfødt faktor. Den kan også være erhvervet i den tidlige barndom eller under opvæksten, hvis en patient er vokset op i et belastet hjem, og nogle udvikler allerede funktionelle lidelser i barndommen, tyder nyere undersøgelser på (Toscano, 2015, s. 24).

*Den udløsende faktor* handler om symptomernes udbrud. Den funktionelle lidelse kan komme gradvist hos nogle patienter, men hos andre er det en bestemt begivenhed, der har udløst symptomerne. Begivenheden, der har udløst symptomerne, kan hos nogle patienter blive pålagt en stor betydning og ses som den udløsende årsag til symptomerne og den eneste årsag til sygdommen. Det kan både være stressende begivenheder, der udløser den funktionelle lidelse, men det kan lige så vel være en fysisk påvirkning, der er årsagen til sygdomsudbruddet (Toscano, 2015, s. 25).

*De vedligeholdende faktorer* vedligeholder eller forværrer sygdommen. Mange af de patienter, der har en funktionel lidelse, udvikler en ”boom and burst-adfærd”. Det betyder, at patienten skiftevis overpræsterer og overbelaster sig for efterfølgende at få ekstra dårlige dage, hvor man risikerer at blive sengeliggende. At handle sådan er i sig selv vedligeholdende og kan forværre sygdommen, men der eksisterer vedligeholdende faktorer, som man ikke kan fjerne, som eksempelvis en dårlig økonomi. Sundhedsvæsenet og kommunen kan også være en vedligeholdende faktor. Patienten kan blive overbelastet ud over sine grænser igennem arbejdsprøvning og aktivering, og sammen med den usikkerhed, der også er forbundet med et forløb, kan det gå ind og medvirke til, at sygdommen bliver kronisk (Toscano, 2015, s. 26).

### 2.3.2 Behandling

Behandlingen af funktionelle lidelser sker i form af *kognitiv adfærdsterapi*, *graderet genoptræning*, *mindfulness* og *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)* for unge (Toscano, 2015, s. 35).

*Kognitiv adfærdsterapi* foregår i grupper på Forskningscenteret for Funktionelle Lidelser. Her mødes patienterne med andre, der har det på samme måde som dem. Ud over de 9 gruppemøder er der også hjemmearbejde, hvor patienterne udfører aftalte øvelser eller registrerer symptomer. En del af behandlingen er undervisning i sygdommen, for en stor del af helbredelsen er, at patienten forstår sygdommen. Den centrale del af behandlingen er at arbejde med sammenhængen mellem tanker, følelser, handlinger og kropslige signaler (Emma Rehfelt, 2015, s. 38.41).

*Den graderede genoptræning* henvender sig primært til de patienter, der døjer med kroniske smerter i bevægeapparatet. Den graderede genoptræning er en meget langsom genoptræningsform, hvor man forsøger at undgå en ”boom and burst-reaktion”. Derfor øges belastningen kun med 10-15 %, og man øger altid kun træningsbelastning eller træningslængden. I forbindelse med genoptræningen arbejdes der også med det psykiske. Nogle patienter kan ikke blive smertefri, og en del af behandlingen går på at lære dem at acceptere deres smerter (Maria Galve Villa, 2015, s. 44-47).

*ACT*-behandlingen er et tilbud tilrettet de unge med en funktionel lidelse. Her foregår behandlingen i grupper med 7-8 unge, som mødes én gang om ugen af tre timer i en periode på otte uger. Her arbejder de blandt andet med at se på, hvilke ressourcer og belastninger de har. Her handler det om at få indarbejdet flere ressourcer og færre belastninger. De arbejder med værdiarbejde, hvor den unge skal finde ud af, hvad der er vigtigt for vedkommende som person. Der arbejdes i terapien med følelserne igennem vekslende øvelser og kropslige oplevelser, og terapiformen er aktiv med kropskontakt som omdrejningspunkt (Charlotte Rask, 2015, s. 50-54).

I *mindfulness* arbejder man med kropskontakt, hvor man arbejder med kroppen og lærer at være til stede. Det kombineres også med yogaøvelser (Lone Fjorback, 2015, s. 58).

### 2.3.3 Modstanden imod diagnosen

Diagnosen har mødt stor modstand, og Toscano (2015) forklarer, hvordan hun må veje hvert et ord på en guldvægt og gå forsigtigt frem, når hun skriver eller taler om emnet. Nogle mennesker bryder sig ikke om begrebet funktionelle lidelser, hvor andre mener, at forskningen i funktionelle lidelser helt skal stoppes, og så er der dem, der mener, at funktionelle lidelser slet ikke eksisterer (Toscano, 2015, s. 12).

Diagnosen møder i høj grad modstand, fordi at den inddrager i forvejen WHO-anerkendte sygdomme. Diagnoser og sygdomme, som patienter kan have, men som ifølge 'diagnosen' funktionelle lidelser ikke er en reel sygdom i sig selv, men i stedet skal ses som udtryk for en funktionel lidelse. 'Diagnosen' funktionel lidelse underkender derved de i forvejen anerkendte sygdomme, og derfor har en lang række patientforeninger startet en underskriftindsamling imod funktionelle lidelser. Her forsøger patientforeningerne at kæmpe for, at patienternes diagnoser tages alvorligt og ikke konverteres til en funktionel lidelse, så de dermed bliver fejlbehandlet (Vaccineinfo, december 2016 ¶ underskriftindsamling imod funktionelle lidelser). Blandt foreningen og dens medlemmer er der et klart ønske om, at man tager WHO's diagnoser alvorligt, da vi i Danmark har forpligtet os til at følge ICD-10's diagnostiske retningslinjer, eftersom at den er ratificeret og implementeret her i landet. WHO har også en diagnose kaldet funktionelle lidelser, der er en diagnose, der hører under den psykiske 'afdeling', men diagnosen funktionelle lidelser, der er anerkendt af WHO, indeholder ikke nogen af de sygdomme, som forskningsklinikken i Århus med godkendelse fra Sundhedsstyrelsen har transformeret til funktionelle lidelser (Vaccineinfo, december 2016 ¶ underskriftindsamling imod funktionelle lidelser), (Arbejderen 27. maj 2014 ¶ Danmark er et underligt lille land...).

Et andet element, der ligeledes møder stor kritik og modstand, er behandlingen med kognitiv terapi og gradueret genoptræning. Forskningsklinikkenes forsøg med denne behandlingsform bygger på et engelsk forsøg kaldet PACE (*Pacing, Activity, and Cognitive behavioural therapy, a randomised Evaluation*). Et forsøg, hvor der er blevet afsløret svindel med resultaterne. Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser bruger resultaterne herfra som udgangspunkt for at anvende metoderne til behandling af en funktionel lidelse (Mynewsdesc, 26. september 2016 ¶ Forskningsfusk i stor



ME/CFS-studie), (Virology, 21. oktober 2015 ¶ TRIAL BY ERROR: The Troubling Case of the PACE Chronic Fatigue Syndrome Study).

Evidensen for diagnosen er også ifølge mange modstandere mangelfuld, hvor modaliteten i sproget viser en stor usikkerhed i forskningsresultaterne. Man kan eksempelvis læse, at der behandles med mindfulness terapi, og behandlingen bygger på forskningsresultater med en konklusion, der lyder: ”Mindfulness Terapi *kan* have et *potentiale* til signifikant at *forbedre* funktion, livskvalitet og symptomer, forebygge social nedgang samt reducere samfundsudgifterne” (Funktionelle lidelser, 4. juni 2012 ¶ Ny videnskabelig undersøgelse viser positiv effekt af Mindfulness Terapi). I citatet har jeg markeret de ord med kursiv, som jeg og kritikere finder problematiske at bruge som grundlag for en behandling med mindfulness. Sprogbrug med en høj grad af modalitet, som i eksemplet ovenfor, går ifølge mange kritikere og modstandere af ’diagnosen’ igen i deres forskning i funktionelle lidelser, og derfor finder mange det dermed problematisk at anvende en ’diagnose’ ud fra evidens, der ikke fremstår sikkert og entydigt (Betterwing, 18. november 2016 ¶ Funktionel lidelse – en farlig modediagnose?).

# 3

Videnskabsteori

### 3. Videnskabsteori

Specialet befinder sig videnskabsteoretisk inden for socialkonstruktivismen, hvor den videnskabsteoretiske tilgang udgør fundamentet for analysen, der tager udgangspunkt i Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse. I det følgende afsnit vil jeg redegøre for den videnskabsteoretiske retning og brugen af den i mit speciale.

Socialkonstruktivismen er en videnskabsteoretisk tankegang, som argumenterer for, at virkeligheden er socialt konstrueret (Holm, A.B., 2012, s. 121). Man kan med afsæt i den socialkonstruktivistiske tankegang skabe og definere fænomener gennem sprogbrug. Man opfatter her virkeligheden subjektivt, og forståelsen af virkeligheden anses som socialt funderet. Det betyder, at man ikke kan finde frem til et fænomens objektive sandhed, da mennesker opfatter fænomenet subjektivt (Holm, 2012, s. 137). Dette gør sig også gældende i diskursanalysen: ”Diskursive praksisser - hvorigennem man producerer (skaber) tekster og konsumerer (modtager og fortolker) dem – ses som en vigtig form for social praksis, der bidrager til at *konstituere* den sociale verden og herunder sociale identiteter og sociale relationer” (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 73). Diskursanalysen er også et udtryk for en social konstruktion. Formålet med socialkonstruktivismen er at undersøge og analysere den meningsdannelse, som vi mennesker samarbejder om at skabe. I mit speciale kæder jeg dette sammen med Faircloughs kritiske diskursanalyse. Diskursanalysen beskæftiger sig med det sociale som et område, der formes af menneskelig kommunikation og er åbent for forhandling, og som altså ikke blot er givet på forhånd (Horsbøl, A. & Raudaskoski, P, 2016, s. 14). Faircloughs kritiske diskursanalyse ser ikke kun sproget som et grammatisk system, men som et medium, hvor der konstrueres forskellige sociale virkeligheder (Horsbøl & Raudaskoski, 2016, s. 22). Fænomener er altså menneskeskabte, når de ses igennem socialkonstruktivistiske briller, og fænomenerne eksisterer kun i vores virkelighed, i kraft af at vi mennesker giver dem betydning i virkeligheden, når vi italesætter dem i vores interaktion med hinanden (Holm, 2012, s. 121). Med socialkonstruktivismen ser jeg en oplagt kobling til diskursanalysen, som Collin således forklarer: ”Ofte fremhæves den rolle sproget spiller i konstruktionen af virkeligheden; det tjener til at strukturere og konstituere virkeligheden, idet dets semantiske struktur lægges ned over amorf virkelighed, der først får fast form i kraft af denne semiotiske proces. Dette tema spiller en stor rolle i den videnskabelige skole, der betegner *diskursanalyse* som ligger på grænsen imellem humaniora og samfundsvidenskab, og som studerer den sociale og menneskelige virkelighed ved analyse af den >>diskurs<< (det sprog), hvilket den

beskrives” (Collin, F., 2014, s. 424). Socialkonstruktivismens klassiske idé i det humanistiske fag forklarer Collin (2014) som værende at forholde sig kritisk til de rådende samfundsforhold (Collin, 2014, s. 421). Socialkonstruktivismen er et interessant og spændende udgangspunkt for at undersøge forholdet mellem den officielle vejledning og information om behandling af funktionelle lidelser og at sammenholde det med evidensen, der danner grundlaget, da socialkonstruktivismens synspunkt ser meningsdannelse som subjektiv og social. En af karakteristikaene ved sagen er netop, at der er stor uenighed om ’diagnosens’ oprigtighed, og en lang række patienter, patientforeninger, pårørende og læger forholder sig kritisk til materialet og forskningen, og man er kritisk overfor dem, der har rollen som eksperterne, nemlig forskerne på klinikken for funktionelle lidelser. Folk lytter mere til deres subjektive holdninger, end de lytter og retter sig efter de resultater, som forskningsklinikken fremfører.

Mit teoretiske og metodiske udgangspunkt i Faircloughs kritiske diskursanalyse ligger i tråd med min videnskabsteoretiske placering indenfor socialkonstruktivismen. Hans metode er overvejende socialkonstruktivistisk, hvor samfundskonstrueret viden eller overbevisning virker tilbage på samfundet og dermed tilbage på den virkelighed, der i første omgang skabte den (Collin, 2014, s. 423). Fairclough forstår også diskursen som både konstituerende og konstitueret, det vil sige, at en diskurs er en social praksis, der står i et dialektisk forhold til andre sociale praksisser. Den konstituerer den sociale verden og konstitueres af andre sociale praksisser (Jørgensen og Phillips, 1999, s.74). Fairclough trækker samtidig på dele af strukturalismen i form af den sprogteori, som strukturalismen præsenterer.

I Faircloughs tredimensionelle model vil jeg arbejde socialkonstruktivistisk i arbejdet med dimensionerne *social praksis* og *diskursiv praksis*. I arbejdet med dimensionen *tekst* vil mit arbejde trække på den systemiske funktionelle lingvistik, som har rødder i strukturalismen.

4

Metode

## 4. Metode

For at besvare min problemformulering vil jeg udføre to kritiske diskursanalyser. Jeg vil udføre én diskursanalyse, hvor jeg tager udgangspunkt i, hvad der eksisterer af materiale, der oplyser om funktionelle lidelser og henvender sig til den almene dansker. Her vil jeg helt konkret se på materiale, der henvender sig til patienter, pårørende og interesserede i emnet. Herefter vil jeg udføre endnu en kritisk diskursanalyse, hvor jeg ser på resultaterne af den forskning, der foreligger indenfor området og danner grundlag for oplysningsmaterialet i den første opgave. Begge analyser vil tage udgangspunkt i Normann Faircloughs kritiske diskursanalyse, der har fokus på at undersøge forandringer. Jeg finder hans tilgang til kritisk diskursanalyse relevant i min opgave, da analysen tager udgangspunkt i en problematik med to lejre, der er uenige om, hvad funktionelle lidelser er, og der er en diskussion om 'diagnosens' berettigelse. De to diskursanalyser skal udarbejdes for at finde frem til, hvilke diskurser der er på spil i materialet. Resultaterne fra de to diskursanalyser sproglige dimension, tekst, vil jeg afslutningsvist holde op imod hinanden i en komparativ analyse og diskussion. Hvor den de kritiske diskursanalyser vil være analyser i klassisk forstand, vil den komparative analyse tage form som en diskussion.

Jeg vil i dette afsnit først beskrive opgavens fremgangsmåde og argumentere for til- og fravalg af teori og metode til besvarelse af min problemformulering. Derefter vil jeg præsentere og argumentere for mit valg af analysemateriale.

### 4.1 Valg af teori

For at besvare min problemformulering har jeg valgt at udføre to analyser. De to kritiske diskursanalyser udføres selvstændigt med udgangspunkt i hver deres materiale. Den første del er en analyse af materiale om funktionelle lidelser. Materialet består af uddrag af den oplysning, der er tilgængelig for personer, der ønsker at sætte sig ind i 'diagnosen' funktionelle lidelser. Jeg ser derfor på materiale henvendt til patienter, pårørende og interesserede i emnet. Dette supplerer jeg med en guideline til, hvordan læger i den almene praksis skal sætte sig ind i diagnosticering og behandling af patienter med funktionelle lidelser. Den anden del af analysen vil være en analyse af den evidens, der danner grundlag for de foregående oplysninger om 'diagnosen' i Danmark. Til sidst vil jeg foretage en komparativ analyse, hvor jeg diskuterer resultatet af de to diskursanalyser.

Her vil jeg se på ligheder og forskelle imellem dimensionerne tekst og diskursiv praksis i de to analyser.

For at besvare problemformuleringen har jeg valgt diskursanalysen som metode. Jeg finder metoden velegnet, da det, jeg er interesseret i, er at undersøge de diskurser, der eksisterer indenfor området, der beskæftiger sig med forskning i og vejledning om funktionelle lidelser. Der eksisterer en lang række af diskursanalyser, og blandt de adskillige tilgange indenfor diskursanalysen skelner Normann Fairclough mellem to grupper, værende de: ”’non- critical’ and ‘critical’ approaches” (Fairclough, 1992, s. 12). Adskillelsen er ikke absolut. Her adskiller de kritiske diskursanalyser sig fra de ikkekritiske diskursanalyser, ved at de ikke udelukkende beskriver den diskursive praksis, men de forholder sig også til og viser, hvordan relationer indenfor ideologier og magt er med til at forme diskurser. De kritiske diskursanalyser forholder sig derudover til de effekter, som diskurser har på sociale identiteter, sociale relationer samt systemer af viden og tro (Fairclough, 1992, s. 12). Den kritiske diskursanalyse arbejder også ud fra forestillingen om, at sproget og andre tegnsystemer ikke er uskyldige, men derimod bærer på et magtforhold. Den kritiske diskursanalyse er præget af en grundlæggende skepsis, hvor analysen skal afdække og synliggøre den magt, der finder sted, og de interesser, noget tjener (Horsbøl & Raudaskoski, 2016, s. 63). Derfor er en kritisk diskursanalyse i højere grad egnet til at besvare min problemformulering, da den kan belyse det magtforhold, der kan eksistere indenfor formidlingen af oplysninger om funktionelle lidelser til den almene dansker.

Michael Foucault er en helt central person indenfor diskursanalysen, og hans teori er stadig helt aktuel indenfor feltet, da langt de fleste diskursanalyser tager udgangspunkt i hans teori (Fairclough, 1992, s. 37). Foucault ser sandheden som en diskursiv konstruktion, og han anser ikke viden som blot en afspejling af virkeligheden, og han placerer sig derved indenfor socialkonstruktivismen (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 23). Foucaults teori har et særligt blik på magt, men meget af det skrevne om ham rummer mere en gennemgang af hans teori frem for et indblik i, hvordan man udfører en diskursanalyse a la Foucault (Horsbøl & Raudaskoski, 2016, s. 3). Foucaults analyse er i høj grad tekstbaseret, hvor analyser med udgangspunkt i Foucault går meget i bredden med et omfattende tekstkorpus, der som konsekvens giver en lavere detaljeringsgrad (Horsbøl & Raudaskoski, 2016, s. 18). For at besvare min problemformulering kræver det en højere detaljeringsgrad. Den højere detaljeringsgrad finder man hos Norman Fairclough, der placerer sig midt imellem en høj og en lav detaljeringsgrad, da hans kritiske diskursanalyse lægger op til en

kombination af at gå i bredden og i dybden. Foucaults diskursanalyse lægger ikke op til nogen tværfaglighed eller interdisciplinaritet, og i diskursanalysen inddrages ikke andre teorier. Faircloughs kritiske diskursanalyse er derimod i høj grad tværfaglig, hvor der lægges vægt på at integrere forskellige discipliner i analysen (Horsbøl & Raudaskoski, 2016, s. 19), hvor dimensionen *social praksis* også beskæftiger sig med inddragelse af relevant social teori (Fairclough, 1992, s. 65). Besvarelsen af min problemformulering fordrer inddragelse af anden teori for at kunne få en forståelse af det genstandsfelt, diskurserne befinder sig i, altså en detaljeret beskrivelse af teksternes kontekst så at sige, hvilket gør Foucaults diskursanalyse mindre egnet til at besvare min problemformulering.

En anden relevant teori er Laclau og Mouffes diskursteori, hvor nøgleordene er 'diskursiv kamp'. Her kæmper forskellige diskurser, der hver for sig repræsenterer en bestemt måde at tale om og forstå den sociale verden på, indbyrdes, for at få fastlåst sprogets betydning på netop deres måde og dermed opnå hegemoni (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 15), (Fairclough, 1992, s. 43). En sådan kamp kan man også argumentere for sker imellem tilhængere og modstandere af funktionelle lidelser om, hvorvidt indlemmelsen af eksisterende diagnoser under funktionelle lidelser som en fælles 'diagnose' er videnskabeligt korrekt. Hver side har hver sin måde at forstå funktionelle lidelser på, og de kæmper indbyrdes om at fastlåse sprogets betydning i overensstemmelse med deres forståelse af 'diagnosen'. Laclau og Mouffes diskursanalytiske retning er mere poststrukturalistisk end Fairclough kritiske diskursanalyse. Deres diskursteori tager sit udgangspunkt i, at "diskurs konstruerer den sociale verden i betydning, og at betydning aldrig kan fastlåses på grund af sprogets grundlæggende ustabilitet" (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 15). Fairclough mener dog i modsætning til Laclau og Mouffe ikke, at man kan analysere den sociale praksis udelukkende ved hjælp af diskurser, og diskurser kun er ét af flere aspekter af en hver social praksis. "Social practise has various orientations – economic, political, cultural, ideological – and discourse may be implicated in all of these without any of them reducible to discourse" (Fairclough, 1992, s. 65). Målet med analysen af den sociale praksis er at fastlægge karakteren af den sociale praksis, som den diskursive praksis indgår i, da det er baggrunden for at kunne forklare den diskursive praksis' natur, og den betydning, den diskursive praksis har for den sociale praksis (Fairclough, 1992, s. 237). Man må altså derfor, ifølge Fairclough, inddrage anden teori for at kunne beskrive den sociale praksis.



I måden, hvorpå de to forskellige teorier forstår ideologi, adskiller de sig også fra hinanden. Med inspiration i Foucault tager Laclau og Mouffe afstand fra begrebet og mener, at "Ideologi forvrænger de reelle relationer, og hvis vi frigjorde os fra ideologien, ville vi nå frem til de reelle relationer og til sandheden" (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 27). Fairclough er derimod mere interesseret i de ideologiske virkninger, der sker i de diskursive praksisser, og han forstår: "Ideologies to be significations/constructions of reality (the physical world, social relations, social identities), which are build into various dimensions of the forms/meanings of discursive practices, and which contributes to the production, reproduction or transformation of domination" (Fairclough, 1992, s. 87). Ideologi er også et omdrejningspunkt i debatten om funktionelle lidelser, i og med at Sundhedsstyrelsen og andre offentlige instanser spiller ind, og det hele tager afsæt i et ønske om, at man fra Århus Kommunes side har et ønske om at kunne skære i udgifterne til såkaldte hypokondere (Jyllands-Posten 5. maj 1998 ¶ Klapjagt på 6000 hospitalshypokondere).

Laclau og Mouffe adskiller sig også på et andet centralt punkt fra Fairclough, ved at de opfatter "individet som determineret af strukturerne" (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 27). Fairclough ser mere dialektisk på forholdet mellem individet og sproget, hvor sproget både bliver konstitueret og konstituerende. Måden, jeg anskuer mit problemfelt, er også dialektisk. Jeg forstår debatten om og sprogliggørelsen af funktionelle lidelser som en påvirkning af individet, samtidig med at debatten om 'diagnosen', både blandt fortalere såvel som kritikere, er et forsøg på at påvirke forståelsen af funktionelle lidelser.

Med afsæt i dette finder jeg Faircloughs kritiske diskursanalyse velegnet til at besvare min problemformulering, da hans hovedinteresse ligger i at undersøge forandringer (Fairclough, 1992, s. 99), samtidig med at hans analyse både går i bredden og dybden, hvor jeg finder begge dele relevante for at kunne besvare problemformuleringen. Det er vigtigt at kunne gå i dybden i teksterne for at finde frem til den måde, magten kommer til udtryk igennem sproget, men samtidig er det også vigtigt at have et bredere analysemateriale, for at det kan give et mere generelt billede. Ydermere er Faircloughs kritiske diskursanalyse velegnet, da den ligger op til at inddrage anden teori, som jeg mener er relevant for at kunne forstå de diskurser, som materialet om funktionelle lidelser fungerer i. Den anden teori, jeg vil inddrage i min kritiske diskursanalyse, er videnskabelig praksis, som handler om, hvornår noget er videnskab, og hvornår noget ikke er.

## 4.2 Valg af analysemateriale

For at besvare min problemformulering anvender jeg forskelligt data til de to analyser. Min problemformulering lægger ikke op til, at jeg selv indsamler supplerende data, da det, jeg interesserer mig i, er de eksisterende diskurser, der findes i det allerede eksisterende materiale om emnet og i de forskningsresultater, der danner grundlag for de vejledninger og pjecer, jeg analyserer.

Den første analyse skal belyse det materiale, der ligger tilgængeligt for primært patienter og pårørende. I min dataindsamling har jeg valgt søgemaskinen Google, da Google er den søgemaskine, der anvendes af flest (Computerworld, 30. marts 2017 ¶ Ingen konkurrence kan ryste Googles søgemaskine: Derfor slår Google alle de andre). Jeg har valgt at udføre en søgning på 'funktionelle lidelser' for at se, hvad der dukker op. De første fire hjemmesider er Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelsers egen hjemmeside. Mange af de hjemmesider, der også dukker op, rummer forskellige artikler. Jeg tror dog ikke, at folk vil opsøge oplysningsmateriale i aviser. Jeg er opmærksom på, at det ikke er sikkert, at en person vil vælge de første sider som det materiale, der tages udgangspunkt i, men sandsynligheden er større for de første sider på Google end siderne længere omme. Jeg er derfor opmærksom på, at mit valg af materiale ikke med sikkerhed afspejler det, som de fleste vil kigge på. Jeg mener dog, at mange vil finde frem til dette materiale, da det går igen på mange af de andre efterfølgende hjemmesider og artikler, hvor der linkes til det.

På forskningsklinikken hjemmeside har jeg fundet frem til informationsmateriale for patienter og pårørende, hvor pjecen Når kroppen siger fra ligger (se bilag 1). Den er udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning og ligger samtidig også rundt omkring på en lang række sygehuse, hvor jeg selv er stødt på den, og jeg mener derfor, at den er relevant at analysere som et udtryk for materiale om oplysning og vejledning til patienter og pårørende.

Ydermere findes der en pjeces om Bodily Distress Syndrome, der omhandler den svære og kroniske form for funktionelle lidelser, og jeg har også valgt at analysere den (se bilag 2). Den er udarbejdet af forskningsklinikken, der støttes af Sundhedsstyrelsen, og jeg ser den derfor som et udtryk for den almene offentlige vejledning indenfor emnet. Sundhed.dk henviser også til begge pjecer som vejledninger indenfor området. Sundhed.dk er en oplysende side om sygdomme, hvilket

understøtter mit valg om at analysere begge pjecer (sundhed.dk, 30. marts 2017 ¶ Funktionelle lidelser (Bodily Distress Syndrome og Helbredsangst)).

Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelsers hjemmeside har jeg også valgt at analysere (se bilag 3). Her er det fanen Om funktionelle lidelser, jeg vil tage fat i, samt de faner i sidebjælke menuen, der hører ind under det emne. Det er forskningsklinikken i Århus, der står for behandling af patienterne, og jeg har en forventning om, at man som patient eller pårørende vil søge oplysning hos dem og læse materialet om sygdommen på deres hjemmeside.

Jeg har valgt at inddrage et uddrag fra bogen Funktionelle lidelser – viden, sygdom og sygehistorie af Lene H. S. Toscano, der er en af de nyeste bøger om emnet fra 2015. Bogen dukker op som den første bog, når man Googler bøger om emnet. Toscano arbejder selv på forskningsklinikken i Århus og har udarbejdet en bog, der henvender sig til sundhedsprofessionelle såvel som patienter, pårørende og andre interesserede. Jeg mener også, at det er relevant at inddrage en bog, da en del af dem, der søger information, vil finde den i litteratur, der er tilgængelig på biblioteket.

Jeg har også valgt at inddrage vejledningen på Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), som ikke er materiale henvendt til patienter og pårørende (se bilag 4). Målgruppen for vejledningen er speciallæger i almen medicin, og vejledningen handler blandt andet om, hvordan de skal diagnosticere, udrede og behandle patienter med en funktionel lidelse. Jeg synes, det er relevant også at belyse sproget i foreningens oplysende materiale til medlemmer. Foreningen består af speciallæger i almen medicin samt yngre læger under uddannelse indenfor almen medicin (DSAM, 30.03.17 ¶ om selskabet). Jeg finder vejledningen væsentlig, da både praktiserende og fremtidigt praktiserende læger indenfor almen medicin skal diagnosticere patienter ude i den almene praksis og får en del af deres viden om emnet ud fra netop denne vejledning. Dermed tager den vejledning, man kan få ved lægen, udgangspunkt i blandt andet denne tekst.

I den anden kritiske diskursanalyse skal jeg finde frem til de diskurser, der eksisterer i materialet, der udgør evidensen bag det oplysningsmateriale og den vejledning, jeg starter med at analysere. Jeg tager her fat i noget af den forskning, som den første analyse bygger på. Det er helt konkret forskning, der stammer fra Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser i Århus. Meget af deres arbejde i at vejlede patienter og pårørende såvel som fagfæller baserer sig på forskning udført på

klinikken, og derfor finder jeg deres forskning relevant. På Forskningsklinikken's hjemmeside har de også en fane for 'Fagfolk og forskere', hvor man kan se deres publikationer. Jeg har valgt at tage udgangspunkt i et udvalg af de publikationer, der ligger tilgængeligt derinde. Da opgavens sigte ikke er at bedømme dem ud fra videnskabelig evidens, men er en diskursanalyse, vil jeg ikke tage udgangspunkt i validiteten i forhold til metoden i deres forsøg, men i stedet tage afsæt i den sproglige del. Her finder jeg forskningskonklusionerne relevante, da det er her, resultatet af undersøgelsen fremhæves, og jeg vil derfor udelukkende analysere disse. Jeg er klar over risikoen ved, at jeg kan miste oplysninger ved udelukkende at se på resultaterne, men det ligger udenfor mine kompetencer at analysere hele forskningsartikler indenfor medicin. Samtidig vurderer jeg også, at det giver et bedre samlet billede, da jeg kan nå igennem en større mængde data ved udelukkende at fokusere på resultaterne af forskningen.

Den sociale praksis, jeg vil analysere med afsæt i videnskabelig praksis, er ens for begge analyser. Det er den, da teksterne fra begge analyser fungerer i en social praksis, der har afsæt i forskning og sundhedsvidenskab, og da den sociale praksis er der, hvor jeg beskæftiger mig med de forskellige fremanalyserede diskurser. Forskningen stammer fra Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser i Århus, hvor en stor del af vejledningsmaterialet om 'diagnosen' ligeledes stammer fra. Jeg finder derfor en fælles videnskabelig praksis egnet for opgaven. Det materiale, jeg vil bygge analysen på, er materiale om god etik indenfor forskning og vejledning og guides til, hvordan man overholder en god videnskabelig praksis indenfor forskning.

Jeg vil tage udgangspunkt i Dansk kodeks for integritet i forskning fra 2014 (se bilag 6), der er udarbejdet for at give en ramme til forskningssamfundet i Danmark, der skal fremme fælles principper og standarder og understøtte en fælles kultur om og forståelse for integritet i forskning (Uddannelses- og forskningsministeriet, 4. december 2015 ¶ Det danske kodeks for integritet i forskning). Vejledningen er gældende i hele landet, og jeg finder den relevant, da den forskning, der udføres på Forskningsklinikken i Århus, skal leve op til kodekset. Dansk kodeks for integritet for forskning er bygget på en række udenlandske dokumenter, som ligger til grund for de danske guidelines. De udenlandske Statement on Research Integrity vedtages til verdenskonferencer om integritet i forskning og er derfor grundlag for en stor del af de guidelines, der udarbejdes i de enkelte lande verden over. Derfor har jeg også valgt at inddrage dem.

Jeg vil derfor kigge på Singapore Statement on Research Integrity, der blev vedtaget på en konference i Singapore den 21.-24. juli 2010 (se bilag 7). Her mødtes 340 deltagere fra 51 lande, herunder forskere, sponsorer, repræsentanter fra forskningsinstitutioner (universiteter og forskningsinstitutter) og forskningsforlæggere for at diskutere forskellige aspekter og problemer relateret til ansvarlig adfærd i forskning. Under konferencen udarbejdede deltagerne sammen et fælles dokument, der fungerer som en global guideline for ansvarlig adfærd indenfor forskning (Ncbi Pubmed, 2010 ¶ The Singapore Statement on Research Integrity). Da den bruges verden over, og danske guidelines er inspireret heraf, mener jeg, at den er relevant at kigge på i forbindelse med den videnskabelige praksis.

Jeg vil også kigge på Montreal Statement on Research Integrity in Cross-Boundary Research Collaborations (se bilag 8). Den 5.-8. maj 2013 afholdtes der i Montreal den 3. verdenskonference i forskningsintegritet. Erklæringen tilbyder en guideline til integritet i forskning på tværs af lande, discipliner og sektorer. Forskningsamarbejde, der krydser lande, institutioner, discipliner og sektorer, er helt centralt i udviklingen af viden verden over. Sådant samarbejde medfører specielle udfordringer for den ansvarlige håndtering af forskning, da det kan involvere betydelige forskelle i regler og lovgivningssystemer, organisations- og støttestrukturer, forskningskulturer og tilgange til uddannelse. Det er derfor meget vigtigt, at forskere er opmærksomme på og i stand til at adressere sådanne forskelle såvel som problemer relateret til integritet, der kan opstå i forskningssamarbejde på tværs af lande. Forskere skal overholde den professionelle ansvarlighed beskrevet i Singapore Statement on Research Integrity, og Montreal Statement on Research Integrity in Cross-Boundary Research Collaborations tilføjer særlige relevante forpligtigelser til samarbejdspartnere, der skal sikre integriteten i forskningssamarbejde (The Norwegian National Research Ethics Committees, 31. juli 2015 ¶ Montreal Statement on Research Integrity in Cross-Boundary Research Collaborations). Selvom jeg har afgrænset mig til Danmark, finder jeg alligevel dette dokument relevant, da den forskning, der udføres på Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, også deles internationalt, og en del af deres samarbejde involverer læger fra udlandet, der kommer til Århus for at deltage i forskningen og behandlingen og tage erfaringerne fra klinikken med tilbage til deres hjemland.

Det sidste dokument, jeg kigger på, er European Code og Conduct for Research Integrity, der bestræber sig på at fremme en ansvarlig adfærd indenfor forskning og hjælpe med at forbedre dens kvalitet og pålidelighed (se bilag 9). Den er udviklet af paraplyorganisationen All European Academies (ALLEA) i tæt samarbejde med den europæiske kommission. Det nye kodeks kan bedre møde kravene til samtidens forskningspraksis og giver emnet forskningsintegritet meget større synlighed. Det er en referenceramme, som de enkelte lande kan udvikle deres eget kodeks ud fra (European Commission, 24. marts 2017 ¶ European Code og Conduct for Research Integrity).

Alt det analyserede data i forbindelse med dimensionen tekst stammer fra Danmark, og jeg er opmærksom på, at der er risiko for, at jeg derved udelukker relevant materiale fra udlandet. Forskningsklinikens forskning ligger i høj grad til grund for vejledningen i Danmark, og jeg vurderer derfor, at problemformuleringen kan besvares indenfor disse rammer.

### 4.3 Styrker og svagheder ved teori og metode

Ved at jeg har valgt at bygge opgaven op omkring én teoretiker, foretager jeg samtidig et fravalg af en lang række andre teoretikere, der alle har noget at bidrage med. Fairclough tilbyder en samlet metode og teori til diskursanalysen, som jeg har argumenteret for, hvorfor jeg finder den egnet til at besvare min problemformulering. Selvom Faircloughs kritiske diskursanalyse har styrker jf. afsnittet ovenfor, kan det også have sine svagheder blot at vælge én teoretiker. Ved blot at tage udgangspunkt i én teori, hvor jeg tager én brille på, der præger den måde, jeg anskuer mit materiale på, risikerer jeg at blive ensopret i min måde at arbejde med materialet. Da teorier og metoder ikke er objektive og værdifrie, men blot én bestemt måde at anskue verden på og en udlægning af virkeligheden, vil man kunne risikere at blive fastlåst i én bestemt måde at anskue verden på, som man er ubevidst om. Det er altså ikke muligt at være helt objektiv, når man tager udgangspunkt i én teori. Man kan derfor overse centrale elementer, der kan være gavnlige for opgaven, og man risikerer at overse vigtige forhold eller elementer, hvis de afviger fra den valgte teori. Flere teorier kan bidrage til et mere nuanceret billede, hvor svagheder ved én metode kan opvejes af styrkerne fra en anden. Der er dog også en risiko ved at anvende flere teorier, hvor teoretikere ofte definerer deres begreber helt unikt. Det er derfor ikke sikkert, at de forskellige teoretikere mener det samme, selvom de bruger de samme ord, og man risikerer at sammenligne teorier og sætte teorier sammen, der ikke 'taler samme sprog'.

Ved at tage et socialkonstruktivistisk udgangspunkt bliver jeg uundgåeligt også en del af opgaven, da jeg er med til at tolke mit materiale. Jeg kan ikke stille mig udenfor opgaven, da jeg er medskaber. Jeg forsøger at arbejde så objektivt som muligt, hvor jeg vil lade analysen af mit materiale tage udgangspunkt i teorien og metoden. Ved at jeg inden opgavens begyndelse har et lille kendskab til emnet, og hele opgaven er affødt af en overvejelse om eventuelle uoverensstemmelser mellem forskning og formidling, starter jeg ikke på bar bund. Derfor er jeg opmærksom på risikoen, der ligger i mit udgangspunkt, hvor mit arbejde kan risikere at fremstå deduktivt, hvor jeg vil efterprøve min hypotese. Men jeg forsøger at lade min fremgang være inspireret af hermeneutikken, hvor jeg er opmærksom på min forforståelse, når jeg tolker. Men fremfor den deduktive metode er målet ikke at be- eller afkræfte en hypotese, men i stedet at finde frem til diskurserne og lade mine nye tolkninger blive en del af min forforståelse. Fortolkning er et element, der går igen i både hermeneutikken og i socialkonstruktivismen. Ligesom vi ifølge hermeneutikken har vores forforståelse, har vi ifølge socialkonstruktivismen en forståelsesramme, der er socialt konstrueret, og jeg mener derfor godt, at dette kan forenes i mit arbejde.

5

Teori



## 5. Teori

Jeg har valgt at besvare min problemformulering med udgangspunkt i Faircloughs kritiske diskursanalyse. Analysen består af tre dimensioner værende: *tekst*, *social praksis* og *diskursiv praksis*. I tekstdimensionen beskæftiger jeg mig med en sproglig analyse af min konkrete tekst, hvor jeg både tager udgangspunkt i nogle af de redskaber, Fairclough præsenterer, og trækker på dele af den systemiske funktionelle lingvistiske analyse. I den diskursive praksis tager jeg et lingvistisk udgangspunkt i de konkrete tekster og ser på, hvilke diskurser teksterne trækker på, og hvordan teksterne trækker på andre tekster. I den sociale praksis analyserer jeg de elementer i samfundet, der ses som ikkediskursive sociale relationer og strukturer, altså det, der omgiver den diskursive praksis, samt hegemoni og ideologi. Jeg har valgt at kigge på videnskabelig praksis, hvor mit fokus er på, hvordan videnskabelig praksis er indenfor konklusioner og formidling af forskning.

### 5.1 Diskursanalyse

Mit teori afsnit vil vise, hvordan jeg bruger Faircloughs kritiske diskursanalyse i mit speciale. Normann Fairclough beskriver i introduktionen til sin bog *Discourse and Social Change* (1992) kritisk diskursanalyse som: “an approach which will be particularly useful for investigating change in language, and will be usable in studies of social and cultural change” (Fairclough, 1992, s. 1). På side 2 forklarer han, at tidligere beskæftigelse med magtrelationer som statiske, og: “Little attention is paid to struggle and transformation in power relations and the role of language therein” (Fairclough, 1992, s. 2). Jeg vil bruge den kritiske diskursanalyse til at undersøge, hvordan man igennem sprogbrugen om funktionelle lidelser ændrer på eksisterende diagnoser, og hvordan det er med til at skabe en debat, der kan opfattes som en debat om kulturelle og sociale forandringer. Samtidig er magtforholdet centralt i debatten, hvor forandringen, som Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser har en stor del af æren for, kan ses som et eksempel på, hvordan sproget spiller en rolle i forandringer.

#### **Begrebet ‘diskurs’**

Diskursanalysen er ifølge Jørgensen og Phillips (1999) ikke blot én tilgang, men diskursanalysen dækker i stedet over en række tværfaglige og multidisciplinære tilgange, og selve begrebet diskurs kan defineres på mange måder (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 9). Jørgensen og Phillips definerer

diskurs som værende “en bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på” (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 9). For Fairclough, der har sit fokus på sproget, forstås diskurs med afsæt i lingvisters brug af begrebet sprogbrug (Fairclough, 1992, s. 62). Det betyder, at den måde, vi taler om vores omverden på, ikke blot afspejler omverden, men også er direkte med til at forme og ændre den. Dette er helt i tråd med opgavens socialkonstruktivistiske verdensopfattelse. Fairclough opfatter altså diskurs som både konstituerende for og konstitueret af den sociale verden (Fairclough, 1992, s. 64), og for Fairclough er diskurs “ (...) a mode of action, one form in which people may act upon the world and especially upon each other, as well as a mode of representation” (Fairclough, 1992, s. 63). Diskurs er både en bestemt måde at handle på og agere socialt, men er samtidig også en bestemt måde at repræsentere verden på.

Faircloughs hovedfokus er på sproget (Fairclough, 1992, s. 62), og han henviser i sin redegørelse for sprogets struktur til Ferdinand de Saussures strukturalistiske tilgang. Saussure arbejder med begreberne *langue* og *parole* – som forstås som sprogsystem og sprogbrug. I Faircloughs kritiske diskursanalyse bruger han begrebet diskurs som *parole*, altså sprogbrug. Saussure repræsenterer en strukturalistisk tilgang til sproget. Dette hænger godt sammen med Faircloughs opfattelse af diskurser som både konstituerende og konstituerede, hvor Fairclough beskriver det strukturalistiske syn på diskurs således:

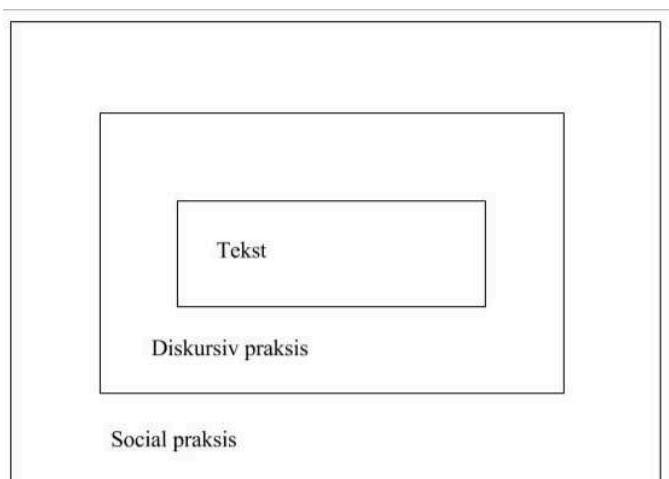
I have already alluded to the structuralist view that there are well-defined sets of conventions or codes which are merely instantiated in discursive events. This extends into a view of sociolinguistic domains as constituted by a set of such codes in complementary distribution, such that each has its own functions and situations and conditions of appropriacy which are sharply demarcated from those of others. (Fairclough, 1992, s. 68)

Da Fairclough som sagt har sit fokus på *parole* og ikke på *langue*, anser han derved sprogbrug som værende en social praksis. Han arbejder ud fra, at diskurs og sociale strukturer samt sociale praksisser og sociale strukturer står i et dialektisk forhold til hinanden (Fairclough, 1992, s. 64).

Fairclough præsenterer en tredimensionel model, der danner udgangspunkt for hans diskursanalyse (Fairclough 1992, s. 73), som jeg vil redegøre for i det følgende afsnit.

## 5.2 Den tredimensionelle diskursmodel

Faircloughs kritiske diskursanalyse fokuserer på en kommunikativ begivenhed og på diskursordenen. Den kommunikative begivenhed betegner et tilfælde af sprogbrug. Det kan være alt fra en hjemmesidetekst til en film, en avisartikel, en videoproduktion, et interview eller en politisk tale. Diskursordenen betegner de diskurstyper, der er repræsenteret indenfor en socialt domæne eller en social institution (Fairclough, 1992, s. 66). Når den kommunikative begivenhed analyseres, anvender Fairclough tre dimensioner, der alle skal inddrages i analysen, værende tekst, diskursiv praksis og social praksis, som er illustreret i figur 1. De tre dimensioner udgør tilsammen Faircloughs tredimensionelle model for kritisk diskursanalyse (Fairclough 1992, s. 72). De tre trin i modellen er tæt forbundet, og de skal alle indgå i en fuld analyse.



Figur 1: *Normann Faircloughs tredimensionelle kritiske diskursanalyse-model*

### **Mikro- og makroanalyse**

Ifølge Fairclough bør man indenfor den kritiske diskursanalyse både udføre en mikro- og en makroanalyse (Fairclough, 1992, s. 85). Mikroanalysen fokuserer på de diskurser, der eksisterer i en samtale eller en tekst: "the explication of precisely how participants produce and interpret texts on the basis of their members' resources" (Fairclough, 1992, s. 85). Men en mikroanalyse kan ikke stå alene, og Fairclough pointerer, at den skal suppleres af en makroanalyse, der tager højde for samfundets bagvedliggende strukturer. Det betyder i praksis, at jeg i tekstdimensionen kan analysere mig frem til de diskurser, der er repræsenteret i de udvalgte tekster, men at jeg samtidig også må inddrage en analyse af omkringliggende samfund for at kunne forstå de diskurser, der er repræsenteret i teksten. Forholdet mellem modellens dimensioner er som tidligere nævnt dialektisk,

og diskurser er både konstituerende for samfundet men er samtidig også konstitueret af samfundet. Ved at kombinere en mikroanalyse og en makroanalyse vil jeg derfor kunne analysere mig frem til den dominerende diskursorden.

Jeg har valgt at lade min analyse af formidlingen om funktionelle lidelser og analysen af evidensen for funktionelle lidelser være adskilte. Dette er for at gøre analyserne mere overskuelige, og for at eventuelle forskelle vil træde tydeligere frem. Begge analyser vil starte på mikroniveau med den dybdegående tekstanalyse i dimensionen tekst, hvor fokus vil være på den konkrete sprogbrug i, hvad der er offentligt tilgængelig oplysning om funktionelle lidelser, og hvilken evidens disse anbefalinger bygger på. Her vil jeg anvende den systemiske funktionelle lingvistik som analyseramme. Herefter vil jeg analysere den diskursive praksis, hvor selve analysen af diskurserne finder sted. Til sidst vil jeg bevæge mig op på makroniveau med den sociale praksis, hvor jeg fokuserer på videnskabelig praksis indenfor sundhedsvidenskab, og diskutere hegemoni og ideologi. Jeg har valgt at analysere de tre dimensioner i denne rækkefølge, som Fairclough beskriver i hans tretrinsmodel, da jeg vil få en analyse af teksterne, der ikke er forudindtaget, hvilket kan være en risiko ved at starte med dimensionen social praksis.

### 5.3 Tekst

Under tekstdimension i modellen vil jeg foretage en sproglig analyse af mine udvalgte tekster. Analysen af teksterne har til formål at undersøge, hvordan henholdsvis oplysningen om funktionelle lidelser og evidensen for denne offentlige oplysning sprogligt konstitueres, og hvilke sproglige virkemidler der anvendes. Jeg finder dog ikke Faircloughs sproglige begrebsapparat fyldestgørende til formålet og har derfor valgt at udbygge analysen ved også at inddrage relevante elementer fra den systemiske funktionelle lingvistik. Fairclough nævner Halliday som værende særligt brugbar i diskursanalyser (Fairclough, 1992, s. 76), hvilket støtter mit valg om inddragelse af Hallidays systemiske funktionelle lingvistik. Jeg vil i det følgende afsnit redegøre for de elementer af Faircloughs tekstanalyse, jeg finder relevante for min analyse, samt den systemiske funktionelle lingvistik og anvendelsen af den i specialet.

### 5.3.1 Fairclough

#### **Ordvalg**

Ordvalg (wording) er valget af ét ord frem for et andet. Faircloughs kritiske diskursanalyse adskiller sig fra det ordbogsorienterede ordforråd, der er et led i at standardisere og kodificere sproget, og som har en tendens til at præsentere den dominerende 'wording' og 'word meaning', som de eneste (Fairclough, 1992, s. 1990). Ordvalg handler i analysen altså om ord, og hvordan nogle ord anvendes og italesættes frem for deres alternativer. Valget kan både være politisk og ideologisk, hvor en "terrorist" eksempelvis også benævnes som "frihedskæmper" (Fairclough, 1992, s. 77). Det valg, der træffes, når man vælger ét ord, begreb eller en handling frem for et andet, har betydning for teksten.

#### **Metafor**

En metafor er i Faircloughs kritiske diskursanalyse en måde at beskrive og strukturere virkeligheden. Metaforer eksisterer i alle typer af sprog og i alle diskurser, lige fra videnskabelig til teknisk diskurs. Metaforer er ikke blot en overfladisk stilistisk diskursiv udsmykning, men kan ses som et udtryk for, hvordan virkeligheden opfattes og struktureres af en afsender. De strukturerer hele måden, hvorpå vi tænker og handler (Fairclough, 1992, s. 194). Et eksempel er den militarisering af diskurser, der sker, når krigstermer ofte benyttes i metaforer. "Du kan ikke forsvare dine krav", "han angreb hvert et svagt punkt af min argumentation" og "hans kritik rammer plet", hvor mange af de handlinger, der sker i diskussionen, sammenlignes med krigshandlinger. Denne militarisering af diskursen er også en militarisering af tanker og praksis (Fairclough, 1992, s. 195).

#### **Modalitet**

Modaliteten beskriver usikkerheden i en tekst, og modalitet er en del af dimensionen tekst i Faircloughs kritiske diskursanalyse. Jeg har valgt at gennemgå den i forbindelse med gennemgangen af SFL, da begrebsapparatet præsenteret her er mere detaljeret, og jeg mener derfor, at det er gavnligt for analysen at tage udgangspunkt i afsnittet præsenteret i bogen: Teksten i grammatikken (2015), som beskrives i det følgende afsnit.

### 5.3.2 Den systemisk funktionelle lingvistik og dens oprindelse

M.A.K. Halliday er ophavsmand til den systemiske funktionelle lingvistik, og jeg har valgt at bruge Teksten i grammatikken (Andersen & Holsting, 2015), der bygger på Hallidays teori som teoretisk fundament for den sproglige analyse i specialet. Hvor Halliday beskæftiger sig med sproget på engelsk, tilbyder Teksten i grammatikken en model for analyse af det danske sprogs grammatik, og jeg har derfor fundet denne bog egnet som supplement til Faircloughs analyseredskaber til dimensionen tekst, da den største del af mit analysemateriale i dimensionen er på dansk.

I Teksten i grammatikken (2015) beskriver Andersen & Holsting med udgangspunkt i Halliday den systemiske funktionelle lingvistik. Her betragtes ”sproget som en abstraktion over konkret tekst” (Holsting & Andersen, 2015, s. 402), hvor sproget opfattes som et abstrakt potentiale, som ligger bag enhver tekst. Her er det abstrakte potentiale et system, som vi kender fra Ferdinand de Saussures langue, altså sproget, og hvor teksten er manifestationen og det mest specifikke tilfældet af systemets potentiale, altså parole, og sprogbrugen (Andersen & Holsting, 2015, s. 402). Som jeg argumenterede for i mit videnskabsteoriafsnit, befinder jeg mig indenfor den socialkonstruktivistiske virkelighedsopfattelse. I citatet fra Andersen & Holsting (2015) ser jeg dog vigtigheden i strukturalismen i arbejdet med sproget med udgangspunkt i den systemiske funktionelle lingvistik. Forståelsen af sproget som værende et potentiale bag enhver tekst understøtter strukturalismens forståelse af bagvedliggende strukturer og systemer.

Systemisk funktionel lingvistik udspringer som sagt af en strukturalistisk tilgang til sproget og tilbyder forskellige modeller og et omfattende begrebsapparat, som jeg kan bruge i arbejdet med at analysere teksterne (Jørgensen og Phillips, 1999, s. 79). Strukturalismen tager udgangspunkt i sproget ligesom socialkonstruktivismen (Jørgensen og Phillips, 1999, s. 16). Strukturalismen har til formål at gøre forskellige fænomener forståelige ved at afdække deres struktur. Alle de tegn, som vores sprog består af, har ikke mening i sig selv. De får derimod sin betydning og sin funktion i sproget, netop fordi de er forskellige fra de andre ord. De får altså deres mening i kraft af deres forskellighed fra andre tegn, og deres betydning er derfor afhængig af deres forhold til de andre enheder i strukturen (Holm, 2012, s. 105). Strukturen skabes i den relation, som en eller flere enheder står i relation til hinanden i, og forskerens opgave er at finde frem til de grundlæggende strukturer (Holm, 2012, s. 104). Man arbejder sig i strukturalismen derfor frem til en objektiv forståelse af et givent fænomen, hvilket forankrer strukturalismens virkelighedsopfattelse i

objektiviteten (Holm, 2012, s. 101). Selvom jeg arbejder socialkonstruktivistisk, er strukturalismen dog central for arbejdet med SFL, der udspringer heraf.

### **Fravalg af SFL som grundlæggende analysemetode**

Jeg har valgt at inddrage SFL som en del af arbejdet med tekstdimensionen i Faircloughs kritiske diskursanalyse. Jeg kunne også have valgt SFL som specialets grundlæggende teori og analysemetode. Jeg har dog fravalgt dette, da SFL er en meget specifik analysemetode, der indeholder en omfattende analyse af de tekster, man arbejder med. En sådan analyse vil derfor også indeholde en række mindre relevante elementer, der naturligvis har en betydning for teksten, men der i forhold til min problemformulering er mindre relevant. Derfor har jeg valgt kun at inddrage de analyseredskaber, som SFL præsenterer, som jeg finder interessante og særligt relevante for min analyse og for at kunne besvare min problemformulering. En anden grund er, at SFL-analyse ikke tilbyder det særlige fokus på det magtpotentiale, der ligger i sproget, og som Faircloughs kritiske diskursanalyse har.

#### **5.3.2.1 Analyseredskaber fra SFL**

I det følgende afsnit vil jeg uddybe og forklare de redskaber, som jeg primært anvender til analysen af mine tekster.

#### **Ståsted**

Andersen & Holsting (2015) definerer ståsted som en ”samlebetegnelse for de sproglige ressourcer, dansk rummer til interpersonelt at farve og nuancere den eller de begivenheder, som vi argumenterer om; ståsted markerer afsenders ståsted og attitude i forhold til begivenheden” (Andersen & Holsting, 2015, s. 214). Ståsted rummer ressourcerne *polaritet*, *modalitet* og *intensitet* (Andersen & Holsting, 2015, s. 214), som jeg vil uddybe nærmere her.

*Polaritet* er en sproglig ressource, der giver os muligheden for at udtrykke os enten bekræftende eller benægtende, altså om noget ”er” eller ”ikke er”. På dansk markerer vi ikke positiv polaritet, men negativ polaritet markeres med negationer ”ikke” eller ”ej”. I analysen kan jeg anvende dette til at belyse, hvor entydigt afsender fremstiller sine udsagn og argumenter, hvilket er afgørende for, hvor sikker afsender fremstår.

*Modalitet* betegner den personlige stillingtagen, som afsender har til en begivenhed. Andersen & Holsting (2015) skelner mellem to typer af modalitet, *modalisation* og *modulation*.

- *Modalisation* markerer, om en begivenhed er en sand repræsentation af et forhold til verden. Sproget er ikke altid entydigt positivt eller negativt, modalisation forklarer denne graduering mellem ”ja” og ”nej”. De to typer modalisation er mulighed og vanlighed (Andersen & Holsting, 2015, s. 216).
- *Modulation* beskriver afsenders opfattelse af potentialet for, hvorvidt en handling udføres eller ej. Modulation findes i typerne vilje, evne, tilladelse og hæftelse (Andersen & Holsting, 2015, s. 216). Ved at analysere modaliteten i teksterne om evidens kan det kaste lys over ytringernes attitude. Hvis der eksempelvis benyttes adjunkter, som realiserer mulighed eller vanlighed frem for polaritet, udtrykker det en lavere grad af sikkerhed. Dette er særligt interessant, når jeg skal analysere evidensen for forskning og behandling af funktionelle lidelser.

*Intensitet* er en sproglig ressource, der markerer intensiteten i, hvilket omfang og/eller med hvilken selvfølgelighed noget skal gøres eller er. Intensiteten markeres ved intensitetstyperne forstærkning eller afsvækning, der forstærker eller afsvækker intensiteten af en begivenhed og dens udfoldelse. Intensitet afspejler afsenders opfattelse af intensiteten i en begivenhed (Andersen & Holsting, 2015, s. 221).

### **Eksperientielt netværk**

I arbejdet med at fremanalysere diskurserne i de udvalgte tekster vil jeg arbejde med teksternes eksperientielle kvaliteter ved at sætte dem ind i et eksperientielt netværk, der sammenfatter teksternes samlede eksperientielle betydning, der går ud over sætningsniveau (Andersen & Holsting, 2015, s. 317). Netværket kan sammenfatte en teksts samlede betydning, men der findes ikke et facit for et eksperientielt netværk, hvilket også betyder, at de fremanalyserede betydningsmønstre altid blot er én fremlægning og en hypotese. I arbejdet skelner Andersen & Holsting (2015) mellem fire forskellige typer af systemer, der vil være relevante at orientere sig imod i udarbejdelsen af det eksperientielle netværk:

- Systemer, der beskriver de aktiviteter, der beskrives i teksten
- Systemer, der beskriver de tilstande, der beskrives i teksten
- Systemer, der beskriver de partcipanter, der indgår i teksten



- Systemer, der beskriver de omstændigheder og miljøer, som tekstens tilstande eller aktiviteter udfolder sig i (Andersen & Holsting, 2015, s. 318).

I arbejdet med det eksperientielle netværk er det vigtigt, at man hverken bliver for specifik eller for generel i sit arbejde. Hvis man bliver for specifik, bliver netværket for komplekst og risikerer derved at blive uoverskueligt med den risiko, at overblikket over teksten forsvinder. Hvis man modsat bliver for generel, risikerer man, at netværket bliver intetsigende. Det er også vigtigt, at der om de enkelte valgmuligheder/begreber i de forskellige systemer anvendes termer, der er typiske for den tekst, de opstiller et eksperientielt netværk for. Hvis ikke man gør det, risikerer man at generalisere og skabe forvirring om, hvilken teksttype man har med at gøre (Andersen & Holsting, 2015, s. 318). Jeg har valgt udelukkende at benytte eksperientielt netværk til analysen af formidlingsmaterialet, da forskningsresultaterne ikke rummer den samme eksperientielle betydning.

## 5.4 Diskursiv praksis

I den diskursive praksis vil jeg fremanalysere og argumentere for de diskurser, som jeg har fundet frem til gennem analysen af tekstdimensionen. Diskursiv praksis er en dimension, der dækker over produktionsprocesser, distributionsprocesser og konsumptionsprocesser, og fokuserer her på, hvordan de sociale faktorer, der er involveret, påvirker de diskursive praksissers rolle (Fairclough, 1992, s. 78). Den diskursive praksis kan analyseres på flere forskellige måder, hvor Fairclough oftest tager et “mere lingvistisk udgangspunkt i de konkrete tekster og identificerer, hvilke diskurser de trækker på (*interdiskursivitet*), og hvordan teksterne *intertekstuel* trækker på andre tekster” (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 94). Jeg har med dette afsæt valgt at fokusere på begreberne interdiskursivitet og intertekstualitet.

Intertekstualitet er en betegnelse for det forhold, at enhver kommunikativ begivenhed trækker på tidligere kommunikative begivenheder. Det vil sige, at man aldrig begynder forfra, da det er uundgåeligt, at man benytter ord, der tidligere er brugt. På samme måde kan en tekst også trække på andre diskurser, der ikke er en del af den diskursorden, som teksten fungerer i. Der skelnes derfor mellem, om teksten trækker på andre tekster eller andre diskurser. Begrebet intertekstualitet dækker over, når en tekst trækker på andre diskurser og andre tekster. For at gøre det mere tydeligt, hvad der er tale om, bruger Fairclough begrebet *manifest intertekstualitet*, der betegner det forhold, at en

tekst åbenlyst trækker på en anden tekst ved eksempelvis at henvise direkte til den (Fairclough, 1992, s. 117). En tekst kan også trække på andre diskurser, hvor det er *interdiskursivitet*, som den benytter sig af. Her er det diskursive konventioner, der er fokus på, frem for andre tekster som konstituerende (Fairclough, 1992, s. 104). Når man trækker på eksisterende diskurser på en ny måde, skabes forandringer, men forandringerne er dog begrænset af magtrelationer, som jeg kommer ind på i næste afsnit om social praksis. Sproget er altså helt centralt for den kritiske diskursanalyse, da det er gennem sproget, at forandringer skabes: ”Fairclough ser intertekstualitet som udtryk for både stabilitet og ustabilitet, kontinuitet og forandring” (Jørgensen og Philips, 1999, s. 85), og forandringerne skabes, når der trækkes på de eksisterende diskurser på nye måder.

## 5.5 Social praksis

Den sociale praksis er den sidste dimension, som jeg beskæftiger mig med i dette speciale. Den sociale praksis beskæftiger sig med de sociale strukturer i det samfund, der omgiver den diskursive praksis: ”Discourse contributes to the constitution of all those dimensions of social structure which directly or indirectly shape and constrain it: its own norms and conventions, as well as the relations, identities and institutions which lie behind them” (Fairclough, 1992, s. 64). Det er derved en analyse af de elementer i et samfund, der kan anses som værende ikkediskursive sociale relationer og sociale strukturer. Det betyder, at diskurser og social praksis står i et dialektisk forhold til hinanden, da konventioner, adfærd, normer, institutioner m.m. i et samfund både er konstituerende for og konstitueret af diskurser (Fairclough, 1992, s. 64). Selvom den sociale praksis er en del af Faircloughs tredimensionelle model for en kritisk diskursanalyse, præsenterer han ikke en fremgangsmåde for analysen af dimensionen. Han nævner også, at analysen af den sociale praksis ikke ligger så fast som analysen af den diskursive praksis eller tekstanalysen (Fairclough, 1992, s. 237).

Analysen af den sociale praksis’ formål er at afdække ”the nature of the social practice of which the discourse practice is a part, which is the basis for explaining why the discourse practice is as it is; and the effects of the discourse practice upon the social practice” (Fairclough, 1992, s. 237). Den sociale praksis består både af diskursive og ikkediskursive elementer som beskrevet ovenfor (Fairclough, 1992, s. 71), og derfor argumenterer Jørgensen og Phillips (1999) for, at sociologisk teori og kulturteori er brugbart, når den sociale praksis skal analyseres, da diskursanalysen alene

ikke er tilstrækkelig (Jørgensen & Philips, 1999, s. 82). Med dette som afsæt har jeg valgt at inddrage en analyse af kulturen i videnskabelig praksis under den sociale praksis. Formålet med at analysere den videnskabelige praksis er at belyse den kontekst, som den diskursive praksis indgår i, og jeg vil derfor have fokus på videnskabelig praksis indenfor sundhedsvidenskab.

### **Videnskabelig praksis**

Videnskabelig praksis omhandler fremgangsmåden i forskning, hvor god videnskabelig praksis beskriver en proces, hvor der ikke er sket nogen tilfælde af uredelighed indenfor nogen dele af processen. Det handler altså om at undgå videnskabelig uredelighed, der er god videnskabelig praksis' antonym. Der er vedtaget en lang række regler og love, der skal sikre, at den gode videnskabelige praksis overholdes indenfor forskellige forskningsområder, så man arbejder forsvarligt, etisk og ærligt i hele forskningsprocessen og dermed undgår uredelighed. I arbejdet med den videnskabelige praksis vil jeg undersøge og redegøre for den videnskabelige praksis, der eksisterer, og som ligger til grund for den måde, vi udfører forskning på i Danmark, og det materiale, som den danske vejledning bygger på. Da videnskabelig praksis er et bredt felt, vil jeg derfor afgrænse mit arbejde til det, der omhandler konklusion og formidling. Det er de områder, der er relevante for mit arbejde, da mine diskursanalyser tager udgangspunkt i forskningens resultat, altså i deres konklusion.

### **Hegemoni og ideologi**

Fairclough fokuserer ud over sproget også på ideologi og magt i sin kritiske diskursanalyse. Ideologier forstår Fairclough som betydningskonstruktioner, der både bidrager til dominansrelationers produktion, reproduktion og transformation (Fairclough, 1992, s. 87). Ideologier skabes i samfund, hvor dominansrelationer eksisterer på baggrund af blandt andet klasser. Diskurser kan være mere eller mindre ideologiske, og det er svært at skelne mellem, hvad der er ideologi, og hvad der ikke er. De ideologiske diskurser er dem, der medvirker til enten at opretholde eller at transformere magtrelationer. Fairclough ser altså ideologi som indlejret i de diskursive praksisser, hvor han forstår ideologi som en praksis, der virker i betydningsproduktionsprocesser, hvorved betydninger mobiliseres for at opretholde en magtrelation. Han mener ikke, at folk mobiliserer sig inden for forskellige og konkurrerende ideologier, som kan medføre en usikkerhedsfølelse, som kan være medvirkende til at skabe bevidsthed om ideologiske virkninger (Fairclough, 1992, 91). Det betyder, at ideologierne ikke i analysen ses som ideologiske udtryk for

et bestemt værdisæt og en grundholdning, men relaterer sig til magt, hvor folk ikke nødvendigvis er bevidste om den ideologiske dimension indenfor deres praksis.

Man kan altså analysere sig frem til flere forskellige diskurser igennem en kritisk diskursanalyse, men det er ikke alle diskurser, der er lige. Fairclough bruger derfor et hegemonibegreb, der handler om at analysere de dominerende magtrelationer. Fairclough definerer hegemoni som: "leadership as much as domination across the economic, political, cultural and ideological dominans of a society" (Fairclough, 1992, s. 92). Hegemoni forstår han derfor som en forhandlingsproces, hvor den hegemoniske kamp både omfatter institutioner i civilsamfundet og samtidig også er med til at udligne ujævnheder mellem forskellige niveauer og domæner (Fairclough, 1992, s. 92). Hegemoni er aldrig stabilt, og den diskursive praksis ses som et element i den hegemoniske kamp. Det er derfor også her, at diskurser enten kan reproducere eller forandres:

The concept of hegemony helps us to do this, providing for discourse both a matrix – a way of analysing the social practice within which the discourse belongs in terms of power relations, in terms of whether they reproduce, restructure or challenge existing hegemonies - and a model – a way of analysing discourse practice itself as a mode of hegemonic struggle, reproducing, restructuring or challenging existing orders of discourse. (Fairclough, 1992, s. 95)

Analysen af den diskursive praksis og den sociale praksis vil derfor gøre mig i stand til at undersøge, hvilke diskurser der er dominerende i det materiale om funktionelle lidelser, der henvender sig til patienter og pårørende og i det materiale, der udgør evidensen bag. Her vil jeg se på forskelle og ligheder i brugen af diskurserne på tværs af de to analyser. Det er derudover interessant at finde ud af, i hvor høj grad interdiskursivitet anvendes, og om bestemte diskurser enten er med til at forandre eller at opretholde en diskursorden, og om der udspiller sig en hegemonisk kamp (Jørgensen & Philips, 1999, s. 98). Analysen vil derfor gøre mig i stand til at se på:

- Hvilke diskurser der trækkes på
- Hvilke diskurser der er dominerende
- Om der er drivkraft til opretholdelse eller forandring af den dominerende diskursorden (Jørgensen & Philips, 1999, s. 84, Fairclough, 1995, s. 61).

Da den diskursive praksis og den sociale praksis står i et dialektisk forhold, påvirkes de diskurser, som jeg fremanalyserer, af de omkringliggende samfund. Derfor er det i analysefeltet mellem den diskursive praksis og den sociale praksis, at jeg kan arbejde nærmere med specialets problemformulering og finde ud af, om der er forskellige diskurser i det materiale, der er til rådighed til patienter med en funktionel lidelse og deres pårørende, og den forskning, der danner grundlag for materialet.

6

Analyse

## 6. Analyse

Min analyse består af to analyser. Først vil jeg analysere oplysningsmaterialet om funktionelle lidelser. Det starter jeg med, for at jeg i analysen går til materialet fordomsfrit, da jeg ikke har analyseret forskningen lige inden, og jeg derfor ikke ved, hvad evidensen viser, og hvilke diskurser der her er på spil. Jeg starter med dimensionen tekst, hvor jeg vil analysere teksterne adskilt. Jeg vil i min analyse inddrage citater fra teksterne, jeg finder særligt relevante. Da alt er vigtigt i Faircloughs kritiske diskursanalyse, vil en analyse, hvor jeg har alt med, række langt ud over opgavens omfang, og jeg har derfor valgt at inddrage passager, som jeg synes fremhæver væsentlige og generelle pointer i teksterne. Herefter vil jeg analysere den diskursive praksis. Analysen af den sociale praksis vil komme efter den næste analyse.

I den anden analyse vil jeg analysere forskningsresultaterne. Her starter jeg med en analyse af resultaterne under dimensionen tekst. Jeg vil gennemgå ét resultat ad gangen, og jeg har valgt at dele dem op i to kategorier. Herefter vil jeg analysere den diskursive praksis. Jeg afslutter med at analysere den sociale praksis. Her er den sociale praksis fælles for begge analyser, da de begge er en del af den samme sociale praksis. Begge analyser af tekst og diskursive praksis er relevante at se på under én fælles social praksis, da jeg derved kan se, hvordan de forholder sig til hinanden omkring det samme emne, hvilket vil gøre mig i stand til at besvare min problemformulering. Under den sociale praksis starter jeg med den videnskabelige praksis for at sætte en ramme for den sociale praksis, som materialet indgår i. I analysen af den sociale praksis vil jeg finde frem til, hvilke diskurser der er dominerende, hvilke de trækker på, og hvorvidt der er drivkraft til at opretholde den eksisterende diskursorden under hegemoni- og ideologiafsnittet.

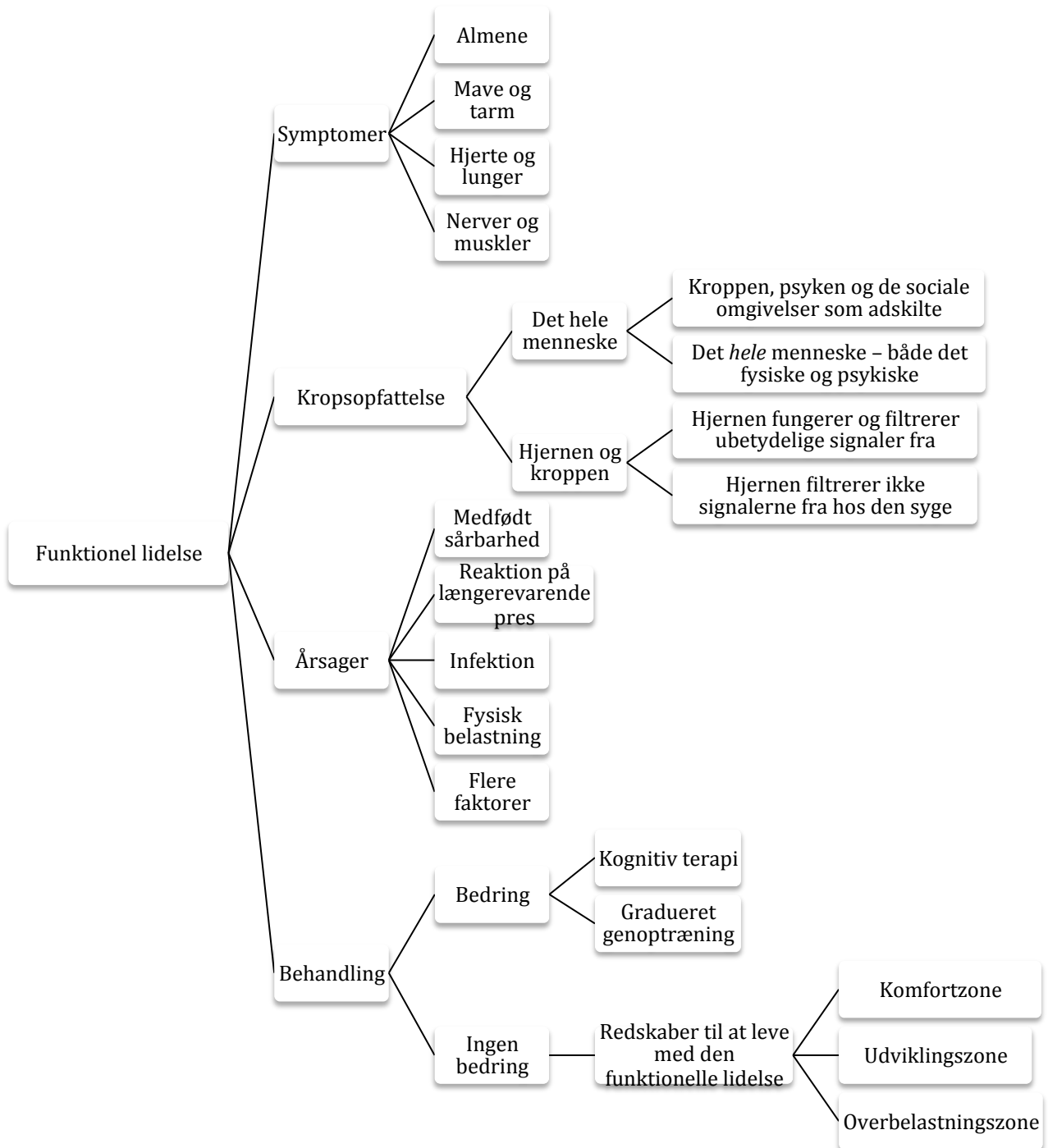
I Faircloughs model for kritisk diskursanalyse diskuterer man løbende, og derfor vil en del af min diskussion også finde sted i selve analyseafsnittet. I argumentationen i den diskursive praksis og sociale praksis diskuterer jeg også i min argumentation for de valg, jeg gør mig.

I analysen af dimensionen tekst vil ord eller dele af betydning for analysen blive fremhævet med kursiv, når de indgår i et citat, for at de hurtigt kan identificeres under læsningen.

## 6.1 Oplysning om funktionelle lidelser

### 6.1.2 Tekst

#### Når kroppen siger fra



Figur 2: Eksperientielt netværk over pjecen *Når kroppen siger fra*



I pjecen kan man læse om sygdommen funktionelle lidelser, der er en sygdom, som foregår i hele mennesket. Ved at se på det eksperientielle netværk i figur 2 kan man se, hvordan pjecen er opbygget omkring sygdommen, kropsopfattelse, sygdommens årsager og behandling af denne. Det er sygdommen, der står som det centrale i pjecen.

Det eksperientielle netværk viser også, hvordan pjecen er bygget op som et forløb, hvor man starter med at introducere sygdommen og dens symptomer. Herunder skildres opfattelsen af patienter med funktionelle lidelsers hjerne, og hvordan den ikke filtrerer signaler fra. Derefter beskrives årsager til sygdommen, og til sidst kan man læse om behandlingsmuligheder, og hvordan man lever med en funktionel lidelse. Det er en kronologisk gennemgang af en sygdom, meget lig gennemgange af andre sygdomme. Ud fra det eksperientielle netværk opfattes pjecen som en saglig pjece, der har et oplysende formål.

På side 3 står der: ”Man *mener*, at omkring 300.000 danskere har en funktionel lidelse. Det *betyder*, at funktionel lidelse, er lige så almindelig som *fx depression*. Alligevel er der mange, der ikke ved, hvad funktionelle lidelser er – det gælder både patienter, pårørende og læger” (Toscano, 2012, s. 3). Pjecen indledes med en beskrivelse af, hvor mange der lider af funktionelle lidelser. Der er dog en usikkerhed omkring antallet, der markeres med ordvalget *men*. Antallet indikerer altså, hvor mange afsender *mener*, der lider af denne. Når man *mener* noget, er det udtryk for en bestemt opfattelse eller mening om en ting og må derfor anses som subjektivt, hvilket gør ordvalget tvetydigt. Efterfølgende konkluderes der så, at det *betyder*, hvor der vælges at konkludere ud fra en *mening*. Resultatet bliver, at der er lige så mange, der lider af funktionelle lidelser, som der er folk, der lider af depressioner. Der er her usikkerhed om ordvalget *mene* i forhold til dets betydning, når hun ud fra ordet konkluderer. Hun vælger også at sammenligne antallet af patienter med funktionelle lidelser med antallet, der lider af depression. Derved taler hun ind i en medicinsk diskurs, når hun laver den sammenligning og gør brug af den terminologi. Igennem ordvalget og diskursen skabes der hos modtageren et billede af en forholdsvis udpræget sygdom. Psykiatrifonden beskriver depression som: ”en af de almindeligste psykiske sygdomme” (Psykiatrifonden, 6. december 2016 ¶ Depression), og 300.000 virker øjensynligt som et forholdsvis stort tal. Det udgør også 5,29 % af befolkningen afrundet. Det vil sige, at godt og vel hver 20. person lider af sygdommen. Man kan derfor argumentere for, at det er et tal, der både lyder som meget og er ret højt. På side 19 vælger de ligeledes en sådan sammenligning: ”de mennesker, som ikke bliver raske, kan lære at leve med den

funktionelle lidelse, på samme måde som man kan lære at leve med *fx astma*.” (Toscano, 2012, s. 19). Her skabes der igennem ordvalget en sammenligning med en almen kendt sygdom, hvor det at leve med *astma* sidestilles med at leve med en funktionel lidelse. Ved at bruge disse sammenligninger med sygdomme, som er kendt blandt mange mennesker, bliver funktionelle lidelser fremhævet som forholdsvis almindelige som depression og astma og udprægede i samme grad som depressioner. Terminologien er igen her indenfor en sundhedsfaglig diskurs om diagnoser og sygdom, hvor der trækkes på kendskabet til allerede kendte sygdomme.

Symptomer og behandling er to områder, der, som det kan ses i det eksperientielle netværk i figur 2, fylder meget i pjecen. Ordene indgår også begge som overskrifter, hvor symptomer er overskrift på side 5, og behandling er overskrift på side 13. De har valgt at lave et kapitel om symptomer, der forstås som fysiske eller psykiske træk ved en bestemt sygdomstilstand samt behandling. I begge tilfælde er ordvalget hentet i den sundhedsfaglige terminologi. På side 5 er der indsat en boks, hvor man kan se: ”*Typiske symptomer ved funktionelle lidelser: (...)*” (Toscano, 2012, s. 5). Ved at bruge ordet typisk sættes der fokus på, at de forekommer ofte og i særligt høj grad. Ved at karakterisere symptomerne som typiske, kan det ses som et udtryk for, at sygdommen er veldefineret, da man kender de tegn, der oftest forekommer. Ordet *typisk* bekræfter derved sygdommen ved hjælp af modalisationen vanlighed.

I pjecen er der en høj grad af positiv polaritet, der er markeret i citatet: ”Ved funktionelle lidelser opstår der symptomer med en sværhedsgrad, som *gør*, at de *medfører* bekymring eller *påvirker* personen i det daglige. Symptomerne *er* blevet en sygdom” (Toscano, 2012, s. 5). I citatet ses der en høj grad af sikkerhed omkring udsagnet. Her er fokus på, hvordan en funktionel lidelse *er* en sygdom, der sker på baggrund af symptomer, der *medfører* eller *påvirker* en person, således af denne bliver syg. Det samme ses på side 9, hvor der igen ikke er nogen modalitet at tyde i sproget: ”Ved en funktionel lidelse *befinder* kroppen sig i en form for alarm-tilstand” (Toscano, 2012, s. 9). Her hersker der igen ingen tvivl om, at sygdommen er til stede i kroppen, og den positive polaritet kommer til udtryk ved ordet *befinder*.

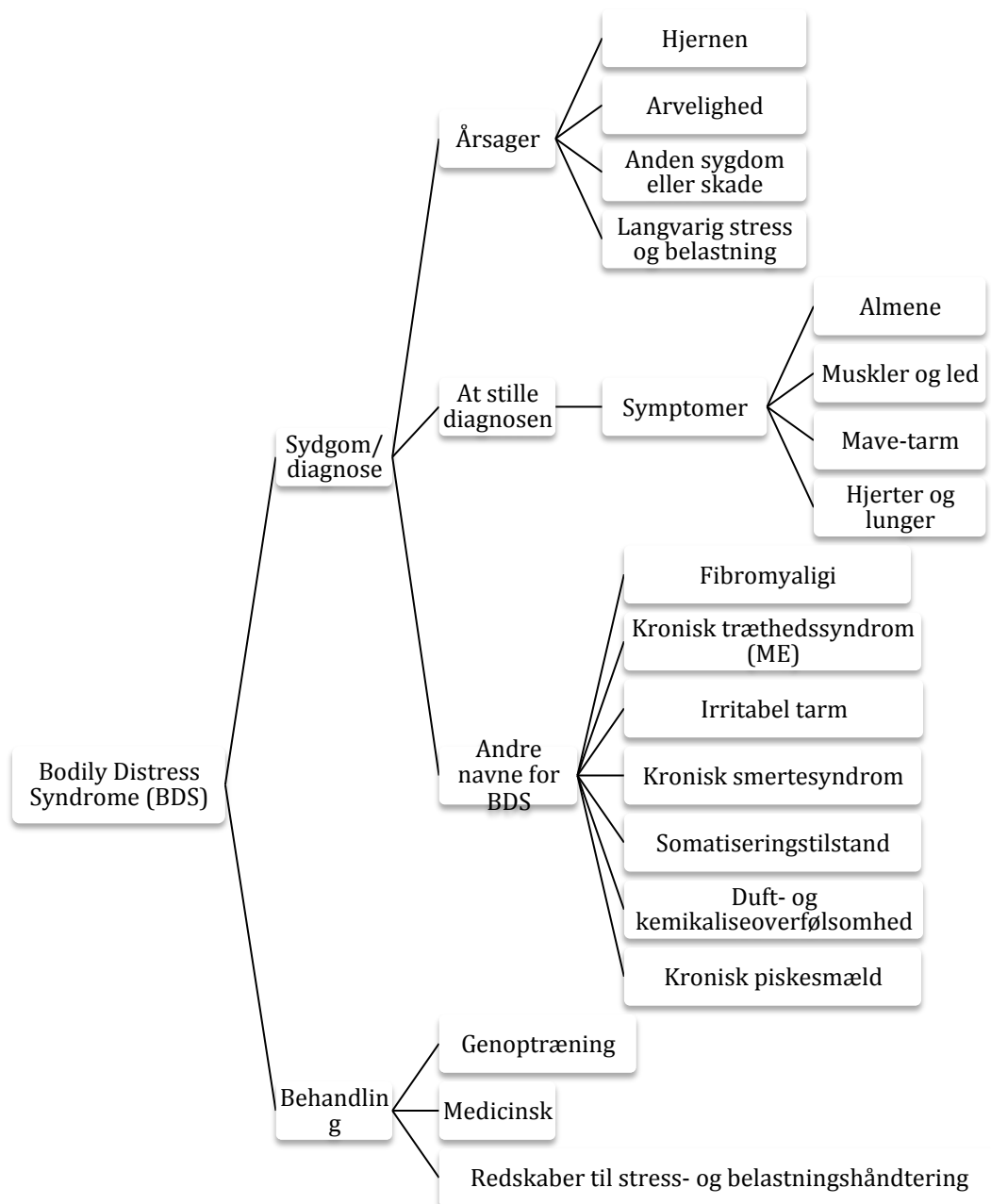
”Nogle mennesker har en medført sårbarhed. Det ligger *altså* i deres gener, at de *nemmere* vil *kunne få* en funktionel lidelse end andre.” (Toscano, 2012, s. 11). Her forstærker ordene *altså* og *nemmere* den risiko for funktionelle lidelser, der ligger i generne hos folk med medfødt sårbarhed. Altså

fungerer både som intensitetstypen forstærkning, men samtidig er ordvalget også konkluderende. Altså er med til at understrege dette forhold. *Nemmere* fungerer også som intensitetstypen forstærkning i sætningen, hvor ordet er bøjet i komparativ, altså i 2. grad. *Kunne få* angiver derimod en mulighed, formet af et modalverbum. Ved at kæde muligheden *kunne få* sammen med forstærkningen *nemmere* får det samtidig usikkerheden i, at det er en mulighed, til at træde i baggrunden, fordi *nemmere* forstærker udsagnet, der fremstår mere sikkert, end hvis man blot havde anvendt modalverbet 'kan'. Det samme gør sig gældende i sætningen: ”Den behandling der har vist sig *mest effektiv*, er en kombination af: gradueret genoptræning, kognitiv terapi” (Toscano, 2012, s. 13). Her bruges ordet *mest* som forstærkende af udsagnet om *effektiv* behandling. Hvis man havde udeladt forstærkningen, havde behandlingstyperne blot været fremhævet som *effektiv*, men forstærkningen er med til at gradbøje omfanget af behandlingens effekt, der ikke kan forstås som værende uomtvistelig effektiv. Ordvalget, hvor de har valgt at indsætte en forstærkning, gør sætningens betydning mere utydelig for læseren.

I pjecen anvender Toscano en maskinmetafor, hvor det at behandle en sygdom sammenlignes med at reparere en maskine. Denne tankegang fremhæves som forældet og meget forsimplet i forhold til funktionelle lidelser, der er langt mere komplekse. ”Det ville være nemt, hvis kroppen *bare* var en maskine...” (Toscano, 2012, s. 2), ”Jeg har altid tænkt, at når der er noget, der ikke fungerer, så skal man finde ud af, *hvor fejlen sidder*, og så skal man skynde sig at få det *repareret*, så man kan komme videre” (Toscano, 2012, s. 4) og ”Hjernen er vores *kontrolltårn*, som *styrer* og *overvåger* hele kroppen” (Toscano, 2012, s. 6). Som det fremgår af citaterne ovenfor, hentydes der til, at der er en bred opfattelse af, at kroppen *bare* er en maskine, hvor termer indenfor området anvendes. Ved *fejl* kan den *repareres*, og hjernen fungerer som et *kontrolltårn*, der er i stand til at *styre* og *overvåge* kroppen. Denne metafor er med til at gøre funktionelle lidelser meget komplekse ved at bruge metaforen om, hvordan de ikke kan sammenlignes med en maskine. Derved fremhæves feltet som svært at forstå. Ordvalget i citaterne, hvor *bare* og *hvor fejlen sidder*, er med til at sætte fokus på området som et felt, der kræver noget særligt svært at forstå. Derved fremhæves de, der arbejder med funktionelle lidelser, som fagfolk, der forstår noget, der er meget indviklet. Teksten taler samtidig også ned til dem, der beskæftiger sig ved specialer, der kan adskilles i det psykiske eller fysiske, hvilket maskinmetaforen er med til af fremhæve.

## Bodily Distress Syndrome (BDS)

Som det ses i det eksperimentielle netværk i figur 3, er pjecen opbygget næsten på samme måde som pjecen Når kroppen siger fra. Den er opbygget som en oplysende sundhedsfaglig pjece, hvor de to overordnede emner, den behandler, er selve sygdommen og behandlingen heraf. Under selve sygdommen kommer den ind på årsager, diagnose og andre navne for BDS. Den er simpel i opbygningen og henvender sig til alle, da den ikke kræver nogen særlige forudsætninger for at forstå indholdet. Den er ligesom Når kroppen siger fra en saglig oplysende pjece.



Figur 3: Eksperimentielt netværk over pjecen Bodily Distress Syndrome (BDS)

Pjecen indledes med sætningen ”Bodily Distress Syndrome *er* en ny diagnose der bruges i forskningen, så du har *formentlig* ikke hørt om den før” (Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, 2011, s. 2). Her er polariteten positiv i form af ordet *er*, og diagnosen forstås som en reel diagnose og ikke en forskningsdiagnose. I sætningen har man indsat en mulighed i form af ordet *formentligt* om muligheden for, at læseren har kendskab til diagnosen. Det ordvalg, der er taget ved at indsætte ordet *formentlig*, sætter afsender i en position, der ved mere end læseren. Man fremhæver egen viden, og antager, da *formentlig* betyder; efter alt at dømme/sandsynlighed (Ordnet, u.å. ¶ *formentlig*), at læseren ikke ved det. Derved taler man også ind i en ekspertdiskurs, hvor afsender fremhæves som eksperten, der ved mere. På side 2 fremhæves diagnosen igen som reel, ved at Toscano skriver ”Det *skal* understreges, at BDS *er* en reel sygdom, og at symptomerne *ikke* er indbildte” (Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, 2011, s. 2). Her er polariteten positiv, og der er ingen tvivl om diagnosens eksistens. Sygdommen *er* reel, og samtidig markeres symptomerne som *ikke* indbildte med en negativ polaritet. Udsagnet markeres indledningsvist med intensitetstypen forstærkning i form af ordet *skal*, der intensiverer udsagnet.

Fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom, irritable tyktarm, kronisk smertesyndrom, somatiseringstilstand, duft- og kemikalieoverfølsomhed og kronisk piskesmæld beskrives som diagnoser, der alle er en svær funktionel lidelse:

Mange afdelinger bruger deres *egne diagnoser* til patienter med funktionelle lidelser. Nogle mennesker med svær BDS oplever *derfor* at få stillet nedenstående diagnoser, og dette *kan* skabe forvirring. *Måske* har du fået stillet en eller flere af følgende diagnoser:

- Fibromyalgi
- Kronisk træthedssyndrom
- Irritable tyktarm
- Kronisk smertesyndrom
- Somatiseringstilstand
- Duft- og kemikalieoverfølsomhed
- Kronisk piskesmæld

Den nyeste forskning *tyder imidlertid* på, at de forskellige diagnoser alle *er* underformer af én sygdom, nemlig BDS. (Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, 2011, s. 5).

De ovenstående sygdomme betegnes i citatet ovenfor som afdelingers *egne diagnoser*, hvor ordvalget er med til at sætte de forskellige diagnoser i et lys, hvor de forstås som opfundne diagnoser, der opfindes omkring på afdelinger. De bruger dem, fordi at de ikke ved, at diagnoserne alle er en funktionel lidelse. Dette understreges af *derfor*, der bruges som cirkumstantialet > kausalitet > grund. Derved italesættes disse diagnoser som værende mindre korrekte diagnoser, der bruges rundt omkring på forskellige afdelinger. Der fremhæves dog, at de alle er forkerte, og de i stedet må ses som et udtryk for en svær funktionel lidelse, altså BDS. Sætningen fremstår positivt i polariteten og uden nogen brug af modalitet. Efterfølgende forklares der dog i pjecen, at den nyeste forskning *tyder* på, at diagnoserne er BDS, og her angives i ordvalget altså en usikkerhed, når den skriver, at forskningen *tyder* på det. Det betyder, at det ikke er sikkert. Dog konkluderes der i den efterfølgende sætning, at de *er* et udtryk for BDS. Her er valgt en positiv polaritet, og ordvalget mellem de to sætninger stemmer ikke overens. Konklusionen fremstår sikker, frem for et alternativ med et mere passende ordvalg, der ville markere en usikkerhed i form af modalverbet *kan*. Konklusionen er det, man læser sidst, hvor de oplistede sygdomme alle er BDS, og selvom hele udsagnet fremstår lettere forvirrende i detaljerne, er det resultatet, som fremstår stærkest. Transiviteten i sætningen lader også forskningen være den handlende aktør, der gør noget. Det er altså forskningen, der tyder på noget, hvilket fjerner forskeren, der principielt er vedkommende, der tolker resultaterne fra den relationelle proces. Det samme gør sig gældende i sætningen: ”Forskningen har vist, at der involveres andre hjerneområder til at registrere smerter hos personer med BDS” (Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, 2011, s. 6) og ”Forskningen peger på, at dette filter fungerer dårligere hos mennesker med BDS” (Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, 2011, s. 5). I begge relationelle processer er forskningen en aktør, som fjerner forskeren som fortolker af resultaterne og stiller ham udenfor processen. Ved at lade forskningen være en handlende aktør i pjecen, fremstår udsagnene mere sikre, da det spiller ind i en forskningsdiskurs, og samtidig træder elementet, at tolke, i baggrunden.

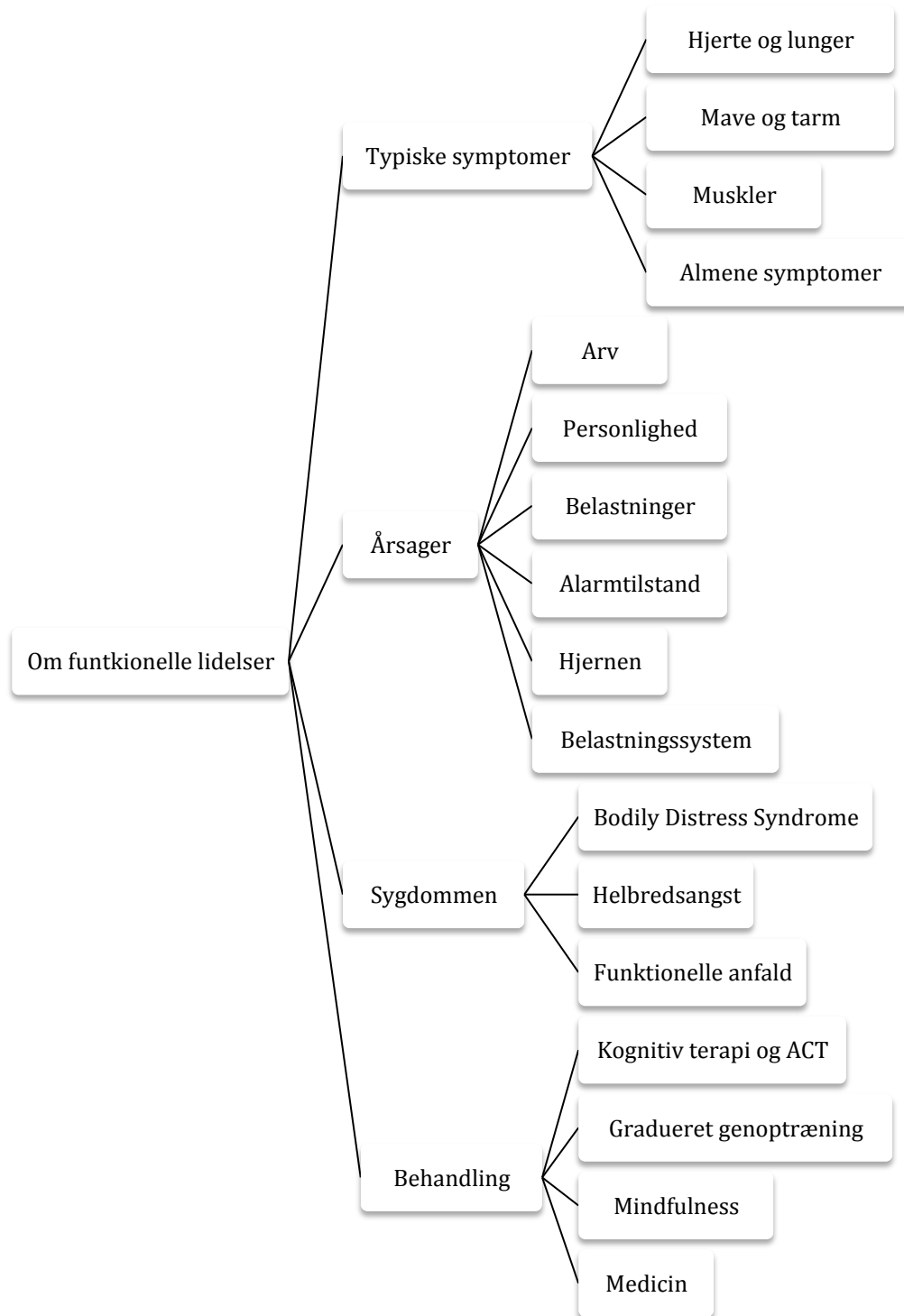
BDS er en ny *forskningsdiagnose*, og der er *derfor* mange læger, der *ikke* kender den. De fleste læger kender dog de forskellige diagnoser, der er nævnt i boksen, men er ikke klar over, at de *kan betragtes* i som underformer af én sygdom. (Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, 2011, s. 5).

I sætningen på side 5 beskrives BDS som en forskningsdiagnose for første gang i pjecen, hvor den tidligere er nævnt som en reel sygdom på side 2, og nævnt som en diagnose flere steder. Der

forklares ikke, hvad det betyder, men det bruges i stedet i sætningen som argument for, hvorfor mange læger ikke kender 'diagnosen', udtrykt ved cirkumstantiale > kausalitet > grund med ordet *derfor*. At lægerne ikke bruger 'diagnosen' forklares også med, at de ikke er *klar over*, at de sygdomme, der er nævnt i eksemplet ovenfor, også kan forstås som underformer af en svært funktionel lidelse, der er blevet til BDS. Lægerne, der bruger de andre diagnoser, fremstilles i de to sætninger som uvidende om BDS og som ikke opdaterede om, hvad der sker indenfor forskningen. Den sidste sætning sætter fokus på muligheden i at betragte diagnoserne som underformer af én sygdom i form af modalverbet *kan*. Denne italesættelse af lægerne, der ikke ved nær så meget, som man gør på Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, er med til at sætte de andre diagnoser i et mindre godt lys, ved at de italesættes som diagnoser, som bruges af læger, der ikke er opdaterede på den nyeste forskning. At afslutte med en mulighed realiseret ved *kan* er derved ikke det, der tager fokus i sætningen, men i stedet stjæler ordvalget om lægerne og deres manglende viden opmærksomheden.

### **Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelsers hjemmeside**

Som det fremgår af det eksperientielle netværk i figur 4, er hjemmesiden lavet af Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser en side, der behandler emnerne: symptomer, sygdoms behandling og årsager. De fire områder er sidens bærende elementer. De elementer spiller ind i en sygdoms- og medicinsk diskurs, hvor man typisk forbinder området medicin med sygdomme, der kommer til udtryk ved symptomer, som har en række årsager, og det er relevant, hvordan disse behandles korrekt. Hjemmesiden er saglig og oplysende, og de områder, den berører, er alle områder, der har noget med funktionelle lidelser at gøre.



Figur 4: Eksperientielt netværk over Forsningsklinikken for Funktionelle Lidelsers hjemmeside

Det første, der står på siden er: ”Omkring 6 % af befolkningen *har* en funktionel lidelse i en sådan grad, at det *påvirker* deres livskvalitet. Det svarer til ca. 300.000 danskere” (funktionellelidelser.dk, 2013 ¶ Om funktionelle lidelser), og materialet starter ud med at konstatere, hvor mange der lider af funktionelle lidelser. 6 % af befolkningen, svarende til 300.000 danskere, *har* en funktionel lidelse,



det fremstår som en sikker ting uden nogen form for tvivl, hvilket er markeret med positiv polaritet. Sygdommen fremhæves her som ret udpræget, da 6 % udgør en stor del af befolkningen, og flere end hver 20. person derfor lider af sygdommen.

Kort efter beskriver et afsnit, at:

Der er blandt forskere og handlede *bred* enighed om, at:

(1) > Årsagen til funktionelle lidelser *er* multifaktoriel (...)

(2) > Ved funktionelle lidelser *er* hjernen *sandsynligvis* involveret (...)

(3) > Funktionelle lidelser *skyldes* ofte en kombination af medfødt sårbarhed og belastning eller stress (...)

(4) > Funktionelle lidelser *kan* behandles med kognitiv adfærdsterapi og gradueret genoptræning (...)

(5) > Funktionelle lidelser *er* en reel sygdom (...)

(6) > Patienterne *er* ikke ”indbildt” syge(...). (funktionellelidelser.dk, 2013 ¶ Om funktionelle lidelser).

Som det fremgår af det afkortede citat, konkluderes der en masse faktorer om funktionelle lidelser, der er markeret med positiv polaritet i sætningerne (1) *er*, (3) *skyldes*, (5) *er* og (6) *er*. Udsagnene står oplyst som fakta uden sproglig anvendelse af modalitet, og derved fremstilles de som uomtvistelige. Ydermere indledes opremsningen med at forstærke enigheden blandt forskerne, der intensiveres med ordet *bred*. Hvis der blot havde været enighed om rækken af udsagn, betød det, at alle forskere var enige i det skrevne. Når man i stedet vælger at bruge ordet *bred* som intensitetstypen forstærkning om enigheden, er det rent faktisk en afsvækning af enigheden. Ordvalget i formuleringen er specielt, da ordet *bred* er et ord for noget stort, og derved kan betydningen være lettere misvisende. Ordvalget gør, at man lettere overser den afsvækning, det reelt er, da enigheden i sætningen er mindre, end hvis ordet *bred* havde været udeladt. I sætning (4) gives kognitiv behandling og adfærdsterapi også modulationstypen evne, hvilket gør dem i stand til at behandle funktionelle lidelser, og de to behandlingstyper fremstår derved mere handlekraftige og i godt lys.

Funktionelle lidelser *er* ikke noget nyt fænomen. Der *findes* beskrivelser af funktionelle lidelser *langt tilbage i historien*, men vi ved ikke med sikkerhed, om de er blevet mere eller mindre hyppige, end de har været tidligere. Det skal en større

befolkningsundersøgelse blandt andet forsøge *at belyse*. (funktionellelidelser.dk, 2012 ¶ Årsager).

Der er i dette citat ikke markeret nogen usikkerhed om, at de beskrivelser, der findes i historiske kilder, er af funktionelle lidelser. Der er en positiv polaritet i udsagnet uden nogen modalitet i sproget. Ved at forklare om udbredelsen tilbage i historien trækker man på en diskurs, der ligger indenfor historiefeltet. Ved at trække på en sådan diskurs og forklare, at tilstanden ikke er et nyt fænomen, kan det være med til at øge udsagnets troværdighed over for læseren. Ved at afslutte med et udsagn om at kaste lys på hyppigheden igennem historien trækkes der ligeledes på historiediskursen igennem ordvalget om at *belyse* det. Når de skriver, at de vil *belyse*, er det med til at bekræfte udsagnet i sætningen inden. Det fremhæver sikkerheden i de funktionelle lidelser, man har fundet frem til tilbage i tiden, ved at man vil lave en undersøgelse om, hvorvidt sygdommen er mere eller mindre hyppig. For at kunne det kræves der, at man er sikker på, at sygdommen eksisterer og har eksisteret tidligere. Når de forklarer, at de vil igangsætte en større befolkningsundersøgelse, bekræfter det, at man er sikker på rigtigheden i de to sætninger forinden. Sætningen får dermed fremhævet, at funktionelle lidelser ikke er et nyt fænomen, og spiller på en historiediskurs, eftersom at man er i stand til at udføre en befolkningsundersøgelse og sammenligne den med tidligere forhold.

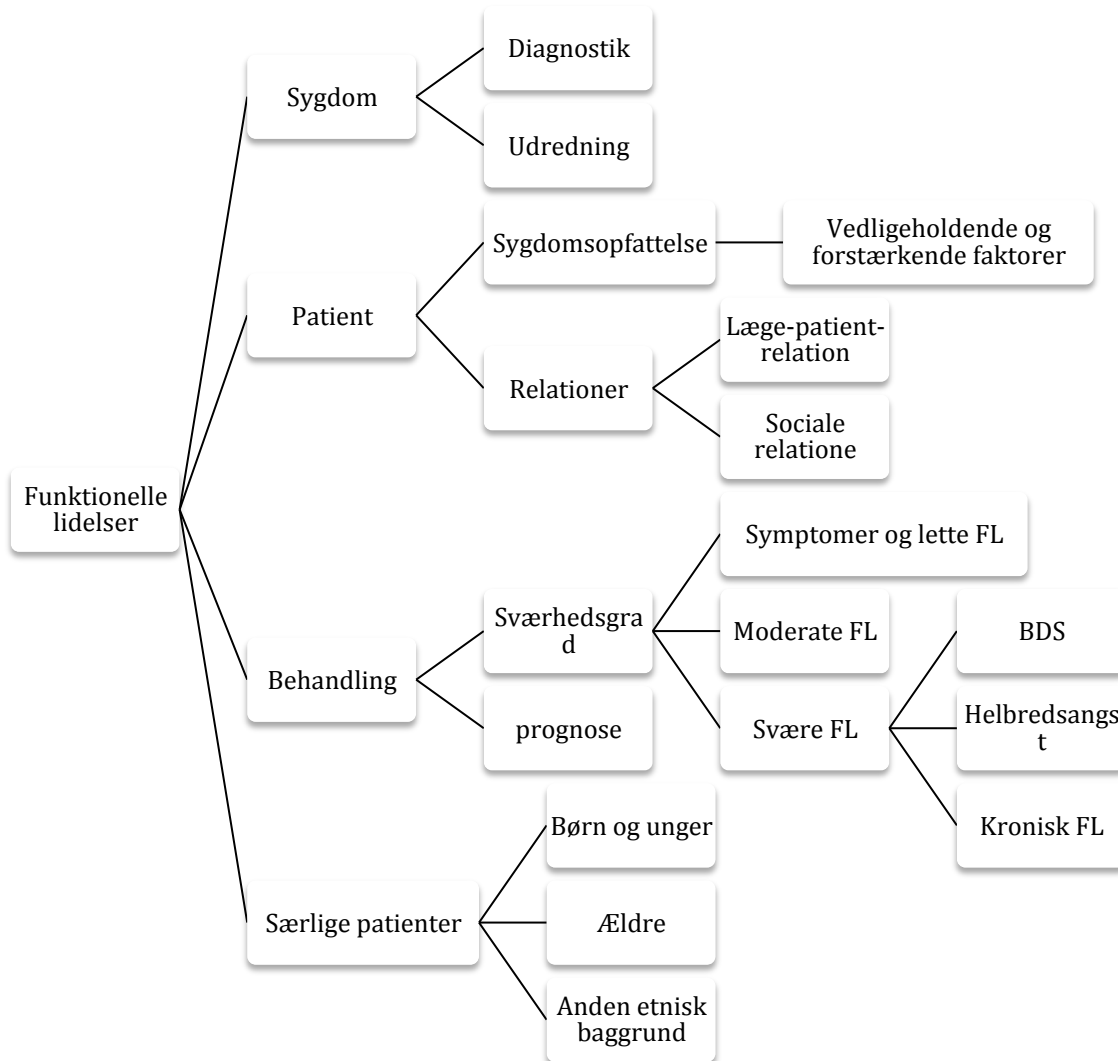
Om behandlingen forklares der, at der:

På Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser i Aarhus kommer ca. 200-250 patienter med svære kroniske funktionelle lidelser igennem behandlingsforløb om året. Behandlingen er foregået i grupper og har strakt sig over tre måneder. Undersøgelser har vist, at cirka en fjerdedel bliver *raske* eller *næsten raske*, cirka halvdelen får det *bedre*, og den sidste fjerdedel mærker ingen eller kun lille *bedring*. (funktionellelidelser.dk, 2014 ¶ Behandling).

Resultaterne viser, at næsten alle, der behandles, oplever en bedring af forskellig grad, og det er under en fjerdedel, der mærker en lille eller ingen bedring. Ordvalget om resultatet gør det svært at vide, hvad det præcist indebærer. En *bedring* er en positiv ting, da tilstanden er forbedret, og derved får langt de fleste det bedre end tidligere, altså inden de blev behandlet. I hver af de tre opdelinger indgår enten *rask* eller *bedre*, og resultatet af behandlingen fremstår overvejende positivt. Blandt den sidste fjerdedel, der ingen eller en lille bedring oplever, er det svært at vide, hvor mange der reelt set ingen ting oplever, hvilket gør måden, de oplyser om behandlingsresultaterne, svære at

tyde. Selvom resultatet kan være svært at forstå på grund af ordvalget, er alle patienterne tilfredse. Lidt længere nede på siden kan man nemlig læse, at: ”*Generelt er patienterne meget tilfredse med deres behandlingsforløb på Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. Det gælder også de patienter, som vi desværre ikke kan hjælpe til at blive raske*” (funktionellelidelser.dk, 2014 ¶ Behandling). Her fremhæves, at patienterne er tilfredse med behandlingen af intensivringstypen forstærkning med ordet *meget*. Ordvalget, hvor man har brugt *generelt*, sætter fokus på, at det er så godt som alle patienter, siden man kan tegne et generelt billede, da generelt betyder i al almindelighed (Ordnet, u.å. ¶ Generel). Resultaterne fremhæves altså som rigtigt positive i det store hele, hvor mange oplever at få det *bedre*, og alle patienterne *generelt* er tilfredse.

### Dansk Selskab for Almen Medicin - Vejledning for Funktionelle Lidelser



Figur 5: Eksperientielt netværk over DSAM-vejledning omkring Funktionelle Lidelser

Der er et sammenfald i måden, hvorpå pjecerne, hjemmesiden og vejledningen her er opbygget. DSAM har også fokus på sygdommen, årsager og behandling, hvilket fremgår af det eksperimentielle netværk i figur 5. Vejledningen hos DSAM har dog en større detaljeringsgrad, hvor den behandler emnerne dybere end de tidligere vejledninger. Den er bygget op som en saglig side, der henvender sig til fagfolk indenfor almen medicin. Derfor har den også en del flere emner, den behandler indenfor de forskellige områder, og er kompleks, hvilket fremgår af det eksperimentielle netværk.

Den starter, som de andre tekster, med en indledning, hvor funktionelle lidelser beskrives:

Man *kan* bruge betegnelsen funktionel lidelse. Hvis symptomerne dominerer, kaldes sygdommen også *bodily distress syndrom* eller *kropslig stresstilstand*. (...) Endelig anvendes en række forskellige *betegnelser* for funktionelle syndromer indenfor de somatiske specialer<sup>2</sup>. Eksempler herpå er:

- Neurasteni (P78)
- Kronisk smertetilstand, Almen/udbredt smerte (A01)
- Kronisk træthedssyndrom (..) (A04)
- Colon irritabile (D93)(...)
- Fibromyalgia (L18)
- Kronisk whiplash(..). (DSAM, u.å. ¶ Indledning)

Som det ses i citatet ovenfor, er en funktionel lidelse en mulighed, man *kan* kalde sygdommen, hvis en patients funktionsevne er påvirket væsentligt, og her anvendes modalisationen mulighed omkring udsagnet. Derudover er *bodily distress syndrom* eller *kropslig stresstilstand* de betegnelser, man *kaldet* tilstanden, hvis symptomerne dominerer. Herefter oplistes, hvad de definerer som *betegnelser* for sygdommen. Med ordvalget *anvendes* og *betegnelser* fremstår de efterfølgende diagnoser ikke som korrekte betegnelser, men som alternativer, som man også kan vælge at kalde funktionelle lidelser og BDS. Da en betegnelse er noget, der beskriver eller henfører til noget, forstås de oplistede diagnoser ikke som korrekte diagnoser, men snarere som udtryk, der også bliver anvendt om funktionelle lidelser. Det er altså med til at skabe en usikkerhed om rigtigheden i de oplistede diagnoser. Det samme gør sig gældende i citatet ”Svære funktionelle lidelser som fx fibromyalgi-symptomer kan betyde ødelagte relationer, social isolation samt nedsat funktionsevne både i forhold til erhverv, dagligliv og fritidsaktiviteter” (DSAM, u.å. ¶ Patientens sociale relationer), hvor ordvalget *fibromyalgi-symptomer* igen er med til at negligere fibromyalgi til at være et symptom og et udtryk for en funktionel lidelse og ikke en diagnose i sig selv.

Teksten trækker på en diskurs, der handler om historie, hvor den beskriver funktionelle lidelser i en historisk og kulturel kontekst. Ved at sætte den funktionelle lidelse ind i et bredere perspektiv og kontekst cementeres sygdommen.

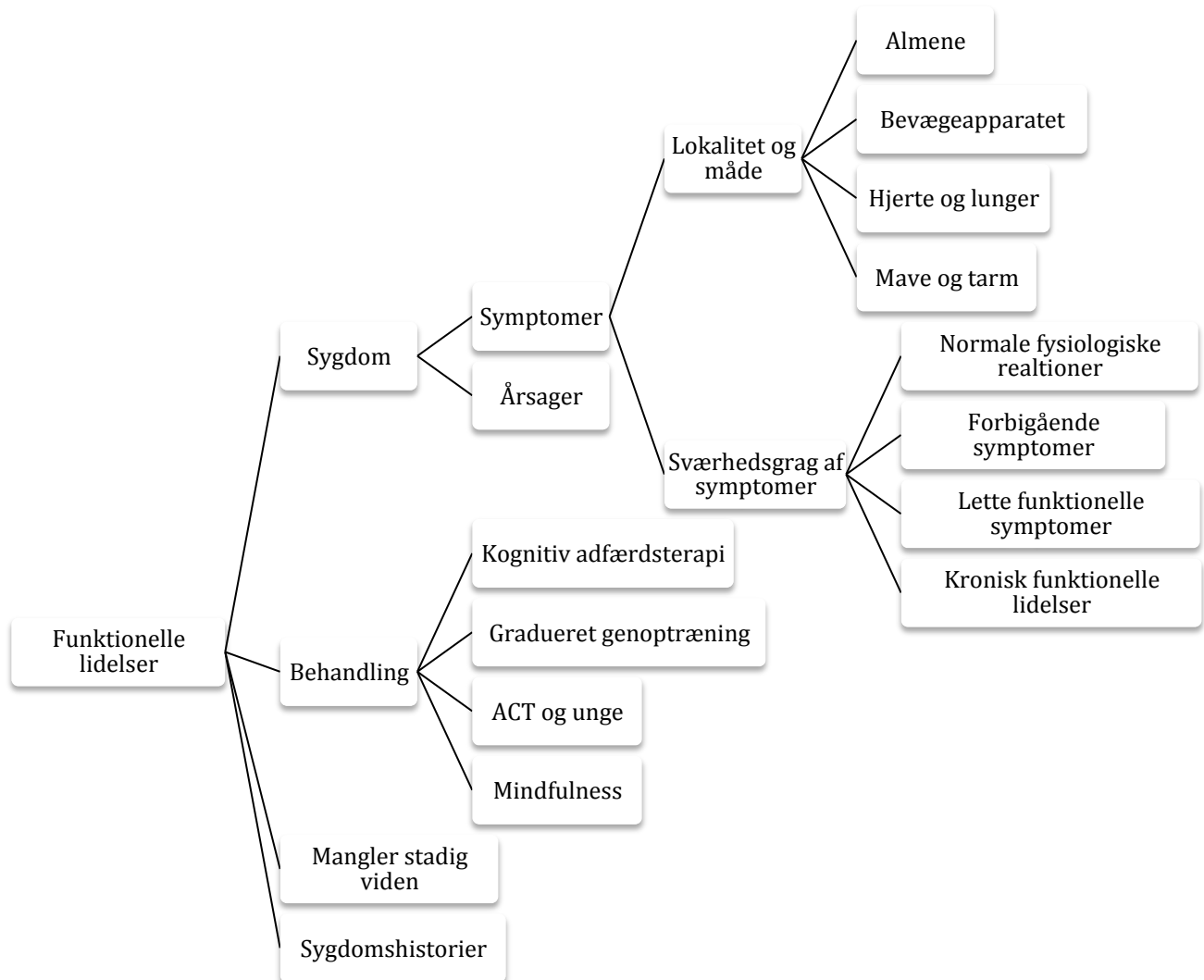
Symptomer og symptom mønstre beskrevet hos patienter med funktionelle lidelser *har* varieret meget igennem *historien*, stærkt påvirket af den sociokulturelle kontekst og de diagnoser, der er "*oppe i tiden*". Det er derfor usikkert, om funktionelle lidelser er blevet hyppigere med tiden, idet tilsyneladende forskelle i forekomst kan skyldes ændringer i de diagnosebetegnelser, der har været anvendt på forskellige tidspunkter i *historien*. (DSAM, u.å. ¶ Indledning).

Der er i udsagnet umarkeret polaritet, det vil sige en positiv polaritet om, at det er funktionelle lidelser, der *har* været beskrevet igennem tiden. Diagnosens eksistens bekræftes derigennem og trækkes langt tilbage, hvor der spilles på en *historiediskurs*. De vælger at bruge beskrivelsen "*oppe i tiden*", som både leder tilbage til de tidligere diagnoser, de har nævnt, som stemples som "*oppe i tiden*", og et sådant ordvalg er med til at underkende diagnoserne indirekte. Hvis noget er "*oppe i tiden*", er det moderne, altså et modefænomen. Det er altså ikke noget vedholdende, men i stedet passerende. At beskrive tidligere diagnoser på denne måde og vælge den vending er med til at skabe usikkerhed om andre diagnoser. Samtidig spilles der på den historiske diskurs, da man indenfor historie har en tradition for at finde frem til, hvad der tidligere har fundet sted. Altså fremstår resultatet også mere troværdigt, ved at man har set på diagnosen i en historisk sammenhæng, hvor man har fundet frem til, at de tidligere diagnoser i virkeligheden har været et udtryk for en funktionel lidelse. Det er den samme diskurs, der med ordvalget sættes i spil senere på samme side, hvor der står: "Kultur og kontekst kan således have betydning for, *hvad vi kalder* funktionelle lidelser, og hvordan vi opfatter dem, men det skal understreges, at disse lidelser *findes* på tværs af kulturer verden over" (DSAM, u.å. ¶ Indledning). Her bekræftes der igen, at funktionelle lidelser eksisterer verden over, da det skrives uden forbehold eller anvendelse af modalitet. Der anvendes altså kun positiv polaritet, når de skriver, at de *findes* verden over, men blot *kaldes* noget forskelligt. At bruge beskrivelsen "*hvad vi kalder*" henviser blandt andet til de andre diagnoser, der er oplyst tidligere, men som alle er en funktionslidelse. Dette kan blandt andet forstås som de diagnoser, de tidligere har beskrevet som betegnelser for funktionelle syndromer, og dette er med til at negligere de andre diagnoser. Ordvalget gør altså, at de andre diagnoser, der er brugt om eller stadig bruges om funktionelle lidelser og BDS, sættes i et dårligere lys som noget, der ikke eksisterer som en selvstændig diagnose.

Tekstens terminologi bevidner om en lægefaglig diskurs. Tekstens målgruppe er også læger eller kommende læger indenfor almen medicin, og denne medicinske diskurs er med til at bekræfte gyldigheden i det skrevne. ”Selv om funktionelle lidelser *ætiologisk betragtes* som multifaktorielle med en betydelig biologisk komponent, rubriceres de fortsat i det psykiatriske kapitel, dels af *historiske* grunde, dels fordi en væsentlig del af behandlingen bygger på psykologiske principper” (DSAM, u.å. ¶ Diagnostics). Forfatteren har valgt at bruge ordet ætiologisk om måden, hvorpå funktionelle lidelser betragtes. Ordet ætologi beskriver en gren indenfor lægevidenskaben, der beskæftiger sig med ”årsager til sygdomme”, og dermed er ordvalget med til at cementere ’diagnosen’, når terminologien om den trækker på det lægefaglige. Der er brugt en formulering, hvor det *ætiologisk betragtes*. Det at betragte er ikke uden videre subjektivt, da det er en særlig måde at se eller anskue en sag på. Men denne usikkerhed, der ligger i, at man *betrakter*, er ikke så fremtrædende, når den sættes i forbindelse med en lægefaglig term, og man sprogligt lader *ætiologien* være den, der *betrakter*, og dermed sætter betragtningen i forbindelse med den lægefaglige diskurs.

### **Funktionelle lidelser – viden, samtaler og sygehistorier**

Toscanos (2015) bog er inddelt i to emner. Hun starter med at forklare om sygdommen, og efterfølgende kommer hun med ni patienthistorier om personer, der lider af en funktionel lidelse. I hendes præsentation omkring sygdommen beskriver hun sygdommen, dens symptomer og årsager samt behandling, hvilket kan ses i det eksperimentielle netværk i figur 6. Der er ydermere et afsnit, hvor der forklares om, hvordan man stadig mangler viden. Her er altså en opbygning, hvor en stor del af bogen er saglig og informerende, og den resterende del af bogen beskæftiger sig med sygehistorier, hvor der er mulighed for, at patienter og pårørende kan identificere sig med historierne. Den har altså ét omdrejningspunkt, men to forskellige måder at behandle emnet funktionelle lidelser på.



Figur 6: Eksperientielt netværk over bogen Funktionelle lidelser – viden, samtale og sygehistorie

I bogen, der kommer vidt omkring funktionelle lidelser, forklares der i vidt omfang om, hvordan funktionelle lidelser er en samlebetegnelse, der rummer mange forskellige symptomer og sygdomme:

*Den internationale forskning er gennem de senere år begyndt at kigge på det store overlap og de symptommønstre, som man se ved de forskellige såkaldt funktionelle somatiske syndromdiagnoser, som findes i mange lægefaglige (3-6) og det tyder på, at man kan vinde meget ved at kigge på de forskellige symptomer, som patienter med*

funktionelle lidelser har, som *udtryk* for de samme grundlæggende sygdomsmekanismer. (Toscano, 2015, s. 20).

Toscano starter med at sætte det ind i en international kontekst, hvor ordvalget om *international forskning* er med til at iscenesætte forskningen som værende af stort omfang og interesse på internationalt plan. Herefter italesættes de funktionelle somatiske syndromdiagnoser som *så kaldte*, altså et ordvalg med en betydning, der angiver, at betegnelsen er brugt af mange, men at den kan være misvisende eller tvivlsom (Ordnet, u.å. ¶ Så kaldt), og hun får herigennem koblet den holdning sammen med den *internationale forskning*. Hun forklarer dernæst, at det i stedet *tyder på*, at de forskellige symptomer i stedet er *udtryk* for den samme sygdom. Dette udsagn sætter hun i forbindelse med *international forskning*, og dermed får hun den *internationale forskning* til at bakke op om det, hun *tyder*. Hun får med sit ordvalg af *så kaldte* også markeret, at funktionelle somatiske syndromdiagnoser ikke er korrekte. Her markerer hun, at de andre diagnoser er tvivlsomme eller muligvis ukorrekte.

I citatet fungerer *den internationale forskning* også som sanser, altså en participant, der udfører en mental proces, som i dette tilfælde er at *kigge på overlappet*. *Den internationale forskning* gives herved menneskelige egenskaber, for selvom det er mennesker, der står bag forskningen, er forskningen ikke i sig selv en participant med egenskaber, som partipanter i mentale processer ellers altid er. Forfatteren har i dette tilfælde valgt at tage forskningen, altså en ting uden bevidsthed, og antropomorferet den, hvilket vil sige udstyret dem med bevidsthed. Derved bliver forskningen gjort mere handlekraftig, da den får tilskrevet menneskelige egenskaber i form af bevidsthed, som den normalvis ikke besidder.

Hun beskriver i bogen BDS som en diagnose og bruger positiv polaritet om sygdommen, hvilket gør, at den fremhæves som en sikker diagnose for folk med forskellige funktionelle lidelser. Dette markeres tre gange med *er* i det følgende citat:

Bodily Distress Syndrome, som kan forkortes BDS, *er* en ny diagnose, som *er* udviklet på baggrund af en videnskabelig undersøgelse af 978 patienter med forskellige funktionelle symptomer (...). Det *er* en diagnose, som *ser ud til* at være brugbar både i forskningen og i behandling af patienterne (7). (Toscano, 2015, s. 20).

Det fremstår derved uomtvisteligt, at BDS *er* en diagnose, som folk med svære funktionelle lidelser kan risikere at få. Bagefter forklares der dog, at diagnosen *ser ud til* at kunne være brugbar til



behandling og forskning. Når noget *ser ud til*, er det et udtryk for, at det lader til at være eller peger i en bestemt retning af noget (Ordnet, u.å. ¶ Se), og dermed er der en usikkerhed i, om diagnosen er brugbar. Ordvalget kan forekomme lettere misvisende, når der samtidig forekommer modalitet, og hun skriver, at diagnosen *ser ud til* at være brugbar. Modaliteten til trods slås det dog fast, at det *er* en diagnose. Hele sætningen er altså svær at tolke på. Denne blanding af positiv polaritet og modalitet gør, at man samlet set får indtryk af, at BDS er en diagnose, fordi det slås fast tre gange.

Ligesom i pjecen Når kroppen siger fra bruger Toscano (2015) også metaforen om kroppen som en maskine i bogen. Hun spiller på en metafor, hvor måden at opdele kroppen i fysisk og psykisk regi er forældet og svarer til at se på kroppen som en maskine:

Den *gammeldags apparatmodel*, hvor man betragter kroppen som en *maskine*, hvor man *bare* kan udskifte en reservedel, er ikke til meget hjælp ved mange sygdomme. Og ved funktionelle lidelser er det helt nødvendigt at betragte det syge menneske som en kombination af både biologiske, fysiske, psykologiske, sociale, kulturelle, miljømæssige og mange andre faktorer. (Toscano, 2015, s. 24).

Her sammenlignes funktionelle lidelser med sygdomme med mindre komplekse årsager. Her beskriver hun simple indgreb eller behandlinger som *gammeldags*. Om denne form for behandling bruger hun ordet *bare*, og ordvalget af *gammeldags* og *bare* er med til at bagatellisere viden og behandling med mere simple indgreb. Denne metafor er med til at sætte fokus på det meget komplekse område, funktionelle lidelser er, ved at sammenligne det med andre medicinske områder, som hun fremstiller som simple.

## 6.1.2 Diskursiv praksis

### **Interdiskursivitet**

Når én tekst skriver sig ind i en bestemt diskurs, drager producenten af teksten nytte af nogle af de betydninger og den konsensus, der allerede er etableret hos modtageren, omkring en diskurs. På baggrund af analysen i tekstdimensionen har jeg identificeret fem dominerende diskurser. Jeg vil i det følgende præsentere og redegøre for de diskurser, som jeg på baggrund af tekstanalysen har udledt. De fremanalyserede diskurser er med til at tydeliggøre, hvad der sprogligt er fokus på i det udvalgte materiale om funktionelle lidelser. Diskurserne er: sygdomsdiskurs, maskindiskurs, forskningsdiskurs, historisk diskurs og diagnosediskurs.

I figur 7 ses en tabel med en oversigt over, hvilke diskurser der er til stede i oplysningsmaterialet om funktionelle lidelser.

	Sygdoms- diskurs	Maskin- diskurs	Forsknings- diskurs	Historisk diskurs	Diagnose- diskurs
Når kroppen siger fra	X	X	X		X
Bodily Distress Syndrome	X		X		X
FFL's hjemmeside	X	X	X	X	X
DSAM-vejledning	X		X	X	X
Funktionelle lidelser	X		X		X

Figur 7: Opgørelse over diskurser i materiale, der formidler om funktionelle lidelser

### Sygdomsdiskurs

Sygdomsdiskursen trækker på sygdomslæren, hvor sygdom forstås som tilstedeværelsen af symptomer med både almindeligvis subjektive klager, objektive sygdomstegn og påvirket adfærd (Den store danske, 09.06.17 ¶ Sygdom). Her forstås sygdom som et tegn på den menneskelige organisme, hvor man kan definere en sygdom ud fra symptomer, finde frem til dens årsager og tilbyde en tilpasset behandling. Måden, diskursen kommer til udtryk i de udvalgte tekster, ses på det eksperimentielle netværk. Her er de opbygget over forståelsen i sygdomsdiskursen. Alle teksterne er opbygget og indeholder de tre dominerende elementer indenfor diskursen. Formålet med sygdomsdiskursen og det, forfatterne opnår ved at tale sig ind i denne diskurs, er tilsyneladende at lade funktionelle lidelser og BDS fremstå som en veldefineret sygdom med symptomer, årsag og behandling. Ved at opbygge deres tekster med udgangspunkt i de angivne emner fremstår det troværdigt som en velkendt sygdom, da de tre elementer er typiske for vores forståelse af sygdom og sygdomslæren.

Pjecen Når kroppen siger fra har på side 5 overskriften *symptomer*, på side 11 kan man læse om *årsager*, og *behandling* beskrives ligeledes på side 11. Også i pjecen Bodily Distress Syndrome (BDS) kan man på side 3 se en figur, hvor de typiske *symptomer* ved BDS er beskrevet. På side 6 finder man *årsagerne*, og på side 9 beskrives *behandlingen*. Ligeledes er der på hjemmesiden for Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser en fane i sidebjælkmenuen, der hedder *typiske symptomer*, *årsager* og *behandling*. Bogen af Toscano (2015) har ligeledes en opbygning, der trækker på sygdomsdiskursen, hvilket kommer til udtryk, når man kigger på det eksperimentielle netværk for bogens emner. Her behandles sygdommen under ét afsnit, og efterfølgende er der et afsnit med sygdomshistorier, hvor man både introduceres for patienters sygdomshistorie, de symptomer, de har haft, den behandling, de har modtaget, og til sidst hvordan deres sygdom ser ud efter behandlingen. Vejledningen på DSAM berører de samme emner, men da målgruppen er en anden, er betegnelserne også mere lægefaglige. Her kan man i stedet læse om: *Diagnostisk Udredning og Behandling og visitation*. Betegnelser, som jeg vil argumentere for rummer de samme betydninger som *symptomer* og *behandling*. *Diagnostik* handler om at stille en *diagnose* på baggrund af *symptomer*. *Udredning* er en grundig undersøgelse af sygdomssymptomer for at kunne stille en diagnose. *Behandling* og *visitation* drejer sig om *behandling* og opfølgning (Sproget, 19.05.17 ¶ Visitation), og dermed rummer vejledningen både *symptomer* og *behandling*. Derved anvender alle tekster i deres opbygning sygdomsdiskurs, der kommer til udtryk i det eksperimentielle netværk over emner i teksten.

### **Maskindiskurs**

Maskindiskursen spiller på den naturvidenskabelige opfattelse af sygdomme, som en forstyrrelse af den menneskelige organismes biologiske funktion. Her er et menneske raskt, når organismen fungerer normalt, og når organismen fungerer abnormt, er man syg. Denne opfattelse betegnes også som apparatfejlsmodellen, hvor en sygdom forstås som en fejl i det menneskelige apparat (Den store danske, 09.06.17 ¶ Sygdom). Måden, diskursen anvendes i teksterne, er ved at se på funktionelle lidelser som mere komplekse end en fejl i et apparat, der kan behandles på en bestemt måde. Formålet med diskursen kan være at sætte fokus på sværhedsgraden i diagnosticering og behandling af funktionelle lidelser ved at sammenligne det med en maskine og apparatfejl i form af apparatfejlsmodellen. Ved at anvende sådan en metafor får man gjort behandling af sygdomme, hvor behandlingen er ligetil med et enkelt indgreb eller en vaccine, til at virke simpel. Dette

fremhæver kompleksiteten i funktionelle lidelser, og ved at fremhæve dette positionerer man også dem, der arbejder med funktionelle lidelser, som kompetente folk.

Maskindiskursen kommer til udtryk i en stor del af pjecen Når kroppen siger fra, hvor den starter på sider 2 og igen ses på side 3, 5 og 8. Her står der på side 4: ”Troede at kroppen let kunne ‘repareres’. ”Jeg har altid tænkt, at når der er noget, der ikke fungerer, så skal man finde ud af, hvor fejlen sidder, og så skal man skynde sig at få det repareret, så man kan komme videre,” fortæller Peter” (Toscano, 2012, s. 4). Ligeledes taler hjemmesiden fra Forskningsklinikken sig ind i denne diskurs, når de skriver: ”Mange tænker, at enten er man fysisk syg, og så skal årsagen findes og 'repareres', for eksempel med medicin eller en operation” og ”Tænk hvis kroppen bare var en maskine. Når man bliver syg, kunne det være dejligt, hvis man blot skulle udskifte en bestemt reservedel for at blive rask igen” (Funktionellelidelser.dk. 23. april 2012 ¶ Udfordringer). Her er fokus også på, at kroppen er langt mere kompleks end en maskine, og funktionelle lidelser ikke kan behandles i overensstemmelse med denne simple opfattelse af mennesker og sygdom.

### **Forskningsdiskurs**

Forskningsdiskursen tager udgangspunkt i forskningen som en videnskabelig undersøgelse, og formålet er at opnå den størst mulige erkendelse, hvor der lægges vægt på, at resultater kan begrundes og bevises. Virkemidlerne, som anvendes i teksterne, når diskursen anvendes, er at tale om forskning og resultater. Diskursens formål er umiddelbart at sætte fokus på ens udsagns berettigelse og gyldighed. Når diskursen anvendes, får forfatterne derved en større troværdighed omkring deres udsagn, der fremstår som gyldige, når resultatet sættes i forbindelse med forskning.

Diskursen går igen i flere af teksterne, hvor der på Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelsers hjemmeside står: ”Gennem de seneste år er der blevet forsket intensivt i årsager og behandling af funktionelle lidelser” (Funktionellelidelser.dk, 12. august 2013 ¶ Om funktionelle lidelser). De forbinder derved forskningen med årsager og behandling af funktionelle lidelser, og dermed er diskursen med til at fremhæve sandhedsværdien af udsagnet og fremhæve funktionelle lidelser som en anerkendt sygdom i forskerkredse. Toscano (2015) trækker også på diskursen i sin bog flere steder. Hun skriver blandt andet ”*Den internationale forskning* er gennem de senere år begyndt at kigge på det store overlap og de symptom mønstre, som man se ved de forskellige såkaldt funktionelle somatiske syndromdiagnoser, som findes i mange lægefaglige (3-6)...” (Toscano,

2015, s. 20). Pjecen Bodily Distress Syndrome (BDS) gør også brug af diskursen allerede fra første sætning, hvor der står; ”Bodily Distress Syndrome er en ny diagnose der bruges i forskningen, så du har formentlig ikke hørt om den før” (Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, 2011, s. 2). Forskningsdiskursen, der er til stede i alle teksterne, er med til at fremhæve udsagnene i teksterne som troværdige, da de forbindes med forskningen og den etik og videnskabelighed, der forbindes med forskningspraksis.

### **Historisk diskurs**

Den historiske diskurs tager udgangspunkt i historiefaget og dets arbejdsområde. Historiefaget beskæftiger sig med at fastlægge, hvad der har fundet sted i historien, årsager og konsekvensen for den senere historie. Ved at trække på en historisk diskurs kan forfatterne drage fordel af fagets troværdighed som værende eksperter i at fastlægge tidligere begivenheders forløb. Ved at kunne spore sygdomme tilbage i tiden får man cementeret deres eksistens. De virkemidler, der anvendes, er historie og kultur, som skaber forbindelsen mellem funktionelle lidelser nu og tidligere.

Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser benytter sig af den historiske diskurs, hvor de drager paralleller mellem ’diagnosen’ i dag og tidligere igennem citatet: ”Funktionelle lidelser *er* ikke noget nyt fænomen. Der *findes* beskrivelser af funktionelle lidelser *langt tilbage i historien*” (funktionellelidelser.dk, 23. april 2012 ¶ Årsager). Den samme diskurs taler DSAM sig ind i, når de skriver:

Symptomer og symptom mønstre beskrevet hos patienter med funktionelle lidelser *har* varieret meget igennem *historien*, stærkt påvirket af den sociokulturelle kontekst og de diagnoser, der er “*oppe i tiden*”. Det er derfor usikkert, om funktionelle lidelser er blevet hyppigere med tiden, idet tilsyneladende forskelle i forekomst kan skyldes ændringer i de diagnosebetegnelser, der har været anvendt på forskellige tidspunkter i *historien*. (DSAM, u.å. ¶ Indledning).

Pjecen og vejledningen styrker altså deres udsagns troværdighed, når de benytter sig af historiediskursen. Ved at gøre brug af en sådan diskurs fremhæver man også, at funktionelle lidelser er en reel sygdom, som har eksisteret i mange år, når man er i stand til at kortlægge dens historie, og man kan spore den længere tilbage.

## Diagnosediskurs

Diagnosediskursen trækker på anerkendelsen af en diagnose, hvor en diagnose forstås som en fælles betegnelse for en almen anerkendt sygdom og dækker over den samlede forestilling om de fællestræk og karakteristika, der er for en given diagnose. Diagnosen er også med til at sætte fokus på, hvilke sygdomme der skal ses som udtryk for 'diagnosen' funktionelle lidelser. Denne diskurs er med til at fremhæve én diagnose frem for andre diagnoser. Diskursen sætter altså fokus på, hvad der er en funktionel lidelse, og hvilke diagnoser der ikke kaldes en funktionel lidelse, men reelt set er det.

Diagnosediskursen bruges i flere af teksterne, hvor den er med til at fremhæve, hvad der er funktionelle lidelser og BDS, og hvilke andre diagnoser der også er et udtryk for en funktionel lidelse, men hvor sygdommen har fået et andet navn. I pjecen Bodily Distress Syndrome (BDS) står der:

Mange afdelinger bruger deres *egne diagnoser* til patienter med funktionelle lidelser. Nogle mennesker med svær BDS oplever derfor at få stillet nedenstående diagnoser, og dette kan skabe forvirring. Måske har du fået stillet en eller flere af følgende diagnoser:

- Fibromyalgi
- Kronisk træthedssyndrom
- Irritabel tyktarm
- Kronisk smertesyndrom
- Somatiseringstilstand
- Duft- og kemikalieoverfølsomhed
- Kronisk piskesmæld

Den nyeste forskning tyder imidlertid på, at de forskellige *diagnoser* alle er underformer af *én sygdom*, nemlig BDS. (Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, 2011, s. 5).

Her kommer diskursen til udtryk, ved at den fremhæver forskellige diagnoser som udtryk for én samlet sygdomsbetegnelse, altså en svær funktionel lidelse (BDS). Den samme diskurs bruges også i DSAM-vejledningen, hvor forfatterne skriver: "Svære funktionelle lidelser som fx fibromyalgi-symptomer kan betyde ødelagte relationer, social isolation samt nedsat funktionsevne både i forhold

til erhverv, dagligliv og fritidsaktiviteter” (DSAM, 30.04.17 ¶ Patientens sociale relationer). Her er igen en anden diagnose beskrevet som en funktionel lidelse.

### **Manifest intertekstualitet**

Når en forfatter benytter sig af manifest intertekstualitet, trækker vedkommende på allerede eksisterende tekster og derved også implicit på betydninger, der allerede er dannet hos læseren. I pjecen Når kroppen siger fra og Bodily Distress syndrome (BDS) er det særligt i øjenfaldende, at teksterne ikke henviser til og trækker direkte på noget andet materiale, og informationsmaterialet trækker altså ikke på nogen eksisterende betydninger. Det samme gør sig gældende på Forsningsklinikken for Funktionelle Lidelsers hjemmeside. Her er heller ingen henvisning til andre kilder. Dette må ses som en konsekvens af, at materialet omhandler et emne, hvor der er meget lidt materiale at trække direkte på.

Toscanos bog Funktionelle Lidelser – viden, samtale og sygehistorier har en højere grad af manifest intertekstualitet, hvor det materiale, den trækker på, alt sammen er videnskabelige artikler og materiale, som for de fleste læsere i gruppen patienter, pårørende og andre interesserede må forventes at være ukendt materiale, der ikke trækker på nogle i forvejen eksisterende betydninger hos læseren. Det eneste, manifest intertekstualitet i dette tilfælde er med til, er at fremhæve forskningsdiskursen. Det samme gør sig gældende på DSAM's hjemmeside, hvor der enkelte steder henvises til forskning som evidens for udtalelser.

Det, at ingen af kilderne indeholder nogen manifest intertekstualitet, der trækker på eksisterende viden hos modtageren, kan i høj grad også skyldes mediet. Det er mere sandsynligt, at et nyhedsmedie vil trække på andre tekster frem for et oplysende materiale, der skriver ud fra forudsætningen om, at læseren læser med for at få kendskab til et område.

## 6.2 Analyse af evidensen bag 'diagnosen' funktionelle lidelser

### 6.2.1 Tekst

Jeg har i analysen af dimensionen *tekst* valgt at inddele de forskellige forskningsresultater i to grupper med afsæt i det område, forskningen omhandler. Opdelingen skal gøre analysen mere overskuelig, og jeg vil derfor gennemgå resultaterne under overskrifterne *funktionelle lidelser og BDS* og *behandling*. I afsnittet om funktionelle lidelser og BDS ser jeg på den forskning, der vedrører sygdommen, og underkategorier til denne. I afsnittet om behandling vil jeg analysere forskning, der omhandler behandling af funktionelle lidelser og BDS.

#### **Funktionelle lidelser og BDS**

I artiklen *One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders* af P. Fink og A. Schröder fra 2010 tydeliggør de med deres egne ord, hvordan seks forskellige funktionelle somatiske syndromer, der er karakteriseret ved fysiske symptomer, bliver fanget af én ny diagnose (se bilag10). Konklusionen lyder:

Bodily distress syndrome *seem* to cover most of the relevant "somatoform" or "functional" syndromes presenting with physical symptoms, not explained by well-recognized medical illness, thereby *offering* a common ground for the understanding of functional somatic symptoms. This *may help* unifying research efforts across medical disciplines and facilitate delivery of evidence-based care. (Ncbi Pubmed, 10.05.17 ¶ One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders.)

Konklusionen ovenfor indeholder udsagnet modalisationen mulighed i form af ordet *seem*. Det betyder for diagnosen, at den synes at dække over relevante somatforme syndromer. Ud fra dette *offering/tilbyder* den et fælles grundlag, altså giver det mulighed for det, hvor ordvalget indikerer en usikkerhed. De konkluderer derefter, at det *kan hjælpe* med at samle forskningen, hvor det igen er markeret med en mulighed. Udsagnet fremstår derfor vagt, hvor der er et klart skel imellem betydningen i overskriften og konklusionen. I overskriften er der positiv polaritet, hvor diagnosen *succeeded/lykkedes* med at samle ti diagnoser under en, hvor modaliteten i konklusionen modsat er høj. Der er her en tydelig forskel imellem overskrift og indhold, hvor overskriften har en positiv polaritet, der ikke er til stede i samme grad i konklusionen.



Et forsøg på 978 patienter forsøger ligeledes at afgøre, om der er et overlap mellem talrige diagnoser og syndrometiketter, og om de kan klassificeres som BDS (se bilag 11). Undersøgelsen: Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study og 978 internal medical, neurological, and primary care patients af P. Fint, T. Toft, M. Hansen, F. Ørnsbøl og F. Olsen, fra 2007, konkluderer, at: ”The study *suggests* that bodily distress disorder as defined here *may* unite many of the functional somatic syndromes and some somatoform disorder diagnoses. Bodily distress *may* be triggered by stress rather than being distinct diseases of noncerebral pathology” (ncbi Pubmed, 10.05.17 ¶ Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study og 978 internal medical, neurological, and primary care patients). Studiet *suggest/antyder*, at diagnosen BDS *may/kan* forene en række somatiske diagnoser. Her lader de forsøget være *siger*, altså den participant, der udfører en verbal handling, hvilket taler ind i en forskningsdiskurs, hvor man lader forskningen tale, hvor man derved også fratager forskerne et tolkningsansvar i konklusionen.

I forskningsartiklen *Ny fælles diagnose* for funktionelle sygdomme fra 2010 undersøger P. Fink, M. Rosendal, M. Dam og A. Schröder, hvorvidt fibromyalgi(FM)-patienters smerter skyldes en neurogen smertetilstand (nervesmerter) (se bilag 12). De konkluderer i undersøgelsen, at:

Sidestilles de vedvarende funktionsforstyrrelser, der med forskellige undersøgelsesmodaliteter er påvist i smertesystemet hos FM-patienter, med en lidelse i det somatosensoriske system, *kan der argumenteres for*, at FM *kan* klassificeres som en *sandsynlig* neurogen smertetilstand. Evidensen for, at fibromyalgi *sandsynligvis* er en neurogen smertetilstand, åbner *mulighed* for nye – herunder farmakologiske – behandlingsmuligheder i fremtiden og *indikerer*, at disse bør målrettes centrale smertemekanismer (Oplysning, 10.05.17 ¶ *Ny fælles diagnose* for funktionelle sygdomme).

Konklusionen fremstår ret usikkert, og modaliteten er høj, og der anvendes her modalisationstypen mulighed hele tre steder udtrykt ved modalverbet *kan* to steder og *sandsynlig* i beskrivelsen af FM som en neurogen smertetilstand. Det betyder, at der er en *mulighed* for at klassificere som en funktionel lidelse og dermed at anvende nye behandlinger. På baggrund af dette konkluderer de, at det *indikerer*, at behandlingen *bør* målrettes, hvor *indikerer* angiver en mulighed og betyder, at det kan være et tegn på. Det er altså et udsagn, der fremstår mere som et forslag end som en reel konklusion, der fastslår FM som en funktionel lidelse. Dette er ikke i tråd med overskriften, der

ikke gør brug af usikkerhedsmarkører i form af modalitet, men i stedet fremhæver en *fælles diagnose*.

## **Behandling**

I forsøget med titlen: Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial fra 2012 af A. Schröder, E. Rehfeld, E. Ørnboel, M. Sharpe, W. Licht og P. Fink (se bilag 13) har man omkring kognitiv adfærdsterapi egnet gruppebehandling konkluderet: “In the management of functional somatic syndromes, a cognitive-behavioural group treatment was *more* effective than enhanced usual care” (Ncbi Pubmed, 10.05.17 ¶ Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial). Resultatet af den kognitive gruppebehandling er ikke entydig, da den markeres som *mere* effektiv. Der anvendes intensitetstypen forstærkning, hvor metoden derved fremhæves som mere effektiv end en sædvanlig behandling. Det er dog uklart, hvad man skal lægge i konklusionen. Den normale pleje må antages ikke at være tilstrækkelig, siden man har forsøgt at finde et alternativ til den. En forbedring er derfor ikke noget, der nødvendigvis er en succes. Ordvalget, hvor man har valgt en forstærkning, er derfor forvirrende, da det er med til at fremhæve resultatet som positivt, da effekten fremhæves som mere effektiv. At det er *mere* effektivt gør det dog ikke *effektivt*.

I forsøget med titlen: Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up fra 2013 af L. Fjorback, M. Arendt, E. Ørnboel, E. Rehfeld, P. Fink, A. Schröder et al. (se bilag 14) har man udført et effektivitetsforsøg, hvor man har testet mindfulness terapi ved somatiseringslidelse og funktionelle somatiske syndromer såsom fibromyalgi, irritabel tyktarm og kronisk træthedssyndrom, defineret som bodily distress syndrome (BDS). Man kan i konklusionen læse:

Mindfulness therapy is a *feasible* and *acceptable* treatment. The study showed that mindfulness therapy was *comparable* to enhanced treatment as usual in improving quality of life and symptoms. Nevertheless, considering the more rapid improvement following mindfulness, mindfulness therapy *may* be a *potentially useful* intervention in BDS patients. Clinically important changes that seem to be comparable to a CBT treatment approach were obtained. Further research is needed to replicate or even expand these findings. (Ncbi Pubmed, 10.05.17 ¶ Mindfulness therapy for

somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up).

Her konkluderes mindfulness terapi som en *acceptabel* og *mulig* behandling. Ordvalget omkring behandlingen indikerer dog, at det kunne være bedre. Acceptabel forstås som noget, der kan accepteres, og som er godt nok, men som også kunne være bedre (Ordnet, u.å. ¶ acceptabel). *Mulig* indikerer, at behandlingen er én mulighed, altså en blandt andre muligheder. Dette fremgår også af sætningen, der forklarer, at mindfulness terapi som behandling var *sammenlignelig* med andre behandlingstyper. Ordvalget i begge sætninger er med til, at behandlingen ikke fremhæves som en klart bedre måde at behandle på. På baggrund af dette resultat ses behandlingen derfor som et *potentielt brugbart* indgreb i behandlingen af BDS-patienter, hvilket er et ordvalg, der fremhæves som godt, men som lige så vel kan indikere, at det ikke er brugbart, når ordet potentielt anvendes. Konklusionen bærer helt generelt præg af en høj grad af modalitet, hvor der også igennem ordvalget kan sås tvivl om effekten af mindfulness terapibehandling.

Effekten af kognitiv terapi som behandling ved svære funktionelle somatiske syndromer er undersøgt i forbindelse med artiklen: Changes in illness perceptions mediated the effect of cognitive behavioural therapy in severe functional somatic syndromes af S. Christensen, L. Frostholt, E. Ørnboel og A. Schröder i 2015 (se bilag 15). Her kunne man konkludere: "Our results *suggest* that changing patients' illness perceptions is an *important* process in cognitive behavioural therapy for functional somatic syndromes. Challenging patients' own understanding of their illness *may hence* be a *key element* of successful treatment." (Journal of Psychosomatic Research, 11.05.17 ¶ Changes in illness perceptions mediated the effect of cognitive behavioural therapy in severe functional somatic syndromes). Her har man valgt at lade resultaterne *antydde/tyde på*, og man lader derved resultaterne være den handlende participant sanser i en mental proces. Den måde at beskrive på og ordvalget, hvor man har valgt ordet *suggests*, distancerer forskerne som tolkere af resultaterne, da man lader resultaterne være dem, der *antyder*. *Antyder/tyder* er et ordvalg, der er tvetydigt, og som derfor kan tillægges mere eller mindre betydning, alt efter hvem der læser. Det er uklart, hvor sikker man kan være på forskningsresultater, der *antyder* noget. Denne usikkerhed nedtones dog ved, at man lige efter forklarer, at patienters sygdomsopfattelse er en *vigtig* proces i kognitiv behandling. Forfatterne vælger her at intensivere udsagnet med en forstærkning i form af ordet *important*. De beskriver det at en patient forstår sin egen sygdom, *may hence/må således* være en *keyelement*, i en succesfuld behandling. Ved at skrive *må således* er de med til at fremhæve gyldigheden af deres

resultater, ved at de konkluderer på dem. De får dermed ambiguiteten i *suggest*, som der står tidligere i konklusionen, til at virke mindre tvetydigt. Dette understreges ved, at det fremhæves som et *keyelement*, og at behandlingen fremhæves som *successful*. Ordvalget af *successful* er derfor med til at fremhæve, hvordan kognitiv behandlingsterapi potentielt kan være en kæmpe succes, men hele konklusionen er dog tvetydig og kan udelukkende forstås som en *suggestion*.

## 6.2.2 Diskursiv praksis

### Interdiskursivitet

På baggrund af analysen i tekstdimensionen har jeg identificeret tre dominerende diskurser, som er: videnskabsdiskurs, usikkerhedsdiskurs og konklusionsdiskurs. Jeg vil i det følgende præsentere og redegøre for de tre diskurser. I tabel 8 ses en oversigt over de identificerede diskurser, og i hvilket materiale de er identificeret.

	Videnskabelig diskurs	Usikkerhedsdiskurs	Konklusionsdiskurs
One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders	X	X	X
Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study og 978 internal medical, neurological, and primary care patients		X	X
Ny fælles diagnose for funktionelle sygdomme		X	X
Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial		X	
Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up	X	X	X
Changes in illness perceptions mediated the effect of cognitive behavioural therapy in severe functional somatic syndromes	X	X	X

Figur 8: Opgørelse over diskurser i analysemateriale om evidens og forskning

### **Videnskabelig diskurs**

I den videnskabelige diskurs fremhæves det videnskabelige. Videnskab i diskursen forstås som måden, hvorpå viden frembringes, ordnes og udbredes. Formålet med diskursen er tilsyneladende at lade ens udsagn fremstå som gyldige og gældende og dermed som videnskab. Det kommer til udtryk igennem den måde, forskningen fremhæves, og hvordan videnskabelige termer anvendes. Diskursen er med til at bekræfte rigtigheden i forskningsresultaterne. Diskursen ses i flere af resultaterne, hvor BDS som diagnose skal være med til at: ”help unifying *research efforts* across medical disciplines and facilitate delivery of *evidence-based care*”, hvor termer som forskning og evidensbaseret er med til at styrke diskursen. Det er også med til at fremhæve det saglige i udtalelsen, når det kobles med videnskabelighed og evidens. Det samme gør sig gældende i sætningen: ”*Evidensen* for, at fibromyalgi sandsynligvis er en neurogen smertetilstand, åbner mulighed for nye – herunder farmakologiske – behandlingsmuligheder i fremtiden”, hvor den nå term *evidens* er med til at bekræfte diskursen. To andre steder står der, at: ”The *study* showed that mindfulness therapy was comparable to enhanced treatment as usual in improving quality of life and symptoms”, og ”*Our results* suggest that changing patients’ illness perceptions is an important process in cognitive behavioural therapy for functional somatic syndromes.” Begge steder fremhæves det videnskabelige i forskningen og studiet ved hjælp af termer, der er alment brugt indenfor forskning. Den videnskabelige diskurs er med til at underbygge udsagnene i resultaterne og fremhæver dermed troværdigheden.

### **Usikkerhedsdiskurs**

Jeg har ud fra resultaterne udledt det, jeg kalder en usikkerhedsdiskurs. Usikkerhedsdiskursen har fokus på uvished og en manglende sikkerhed i et udsagn, og den kommer til udtryk ved usikkerhedsmarkører såsom *may* og *suggest*. Diskursen kommer til udtryk i alle resultater, hvor de er markeret med følgende ord og sætninger: *seem*, *offering*, *may* (fire gange), *suggests* (to gange), *sandsynlig*, *kan argumentere for*, *indikerer*, *mulighed*, *more affective*, *feasible*, *acceptable* og *potentially useful*, som alle er udtryk for modalitet. Alle ordene rummer en grad af usikkerhed og indikerer, at man ikke er sikker på sit budskab. Diskursen er med til at fremhæve udsagnene som usikre, og selvom nogle af ordene er med til at pege i retningen af en ting, som *indikerer*, som betyder, at det er et tegn på, at noget forholder sig på en bestemt måde, er det ikke en markør, der bruges, hvis man er sikker i sin sag. Den rummer stadig en grad af modalitet. Diskursen er med til

at fremstille udsagnene som mindre sikre og afsender som mere eller mindre sikker omkring sine udsagn.

### **Konklusionsdiskurs**

Diskursen, der omhandler konklusion, har fokus på at drage slutninger ud fra resultater. Den kommer til udtryk i måden, hvorpå der ud fra et udsagn udledes et resultat. Formålet med diskursen er formentligt at fremhæve det, der er relevant, og hvad det har af betydning for både sygdom, forskning og behandling. Dette gør sig gældende i konklusionen: "Bodily distress syndrome seem to cover most of the relevant "somatoform" or "functional" syndromes presenting with physical symptoms, not explained by well-recognized medical illness, *thereby offering* a common ground for the understanding of functional somatic symptoms". Her konkluderes der på udsagnet om, at BDS som diagnose *tilbyder* et fælles grundlag for at forstå funktionelle somatiske symptomer. Diskursen kommer også til udtryk i følgende citat: "Sidestilles de vedvarende funktionsforstyrrelser (...) med en lidelse i det somatosensoriske system, kan der argumenteres for, at FM *kan* klassificeres som en sandsynlig neurogen smertetilstand. Evidensen (...) *åbner mulighed for* nye (...) behandlingsmuligheder i fremtiden...", hvor der konkluderes eller drages en slutning udtrykt ved ordene *åbner mulighed for*, til trods for at der inden dette ikke er positiv polaritet og dermed sikkerhed omkring fibromyalgi som en neurogen smertetilstand.

I resultatet omkring mindfulness terapi konkluderes behandlingen som *acceptabel*, fordi det er sammenligneligt med andre behandlingstilbud: "Mindfulness therapy *is* a feasible and acceptable treatment. The study showed that mindfulness therapy was comparable to enhanced treatment ...". Man kan dog diskutere, om det er et solidt grundlag for en behandling. Det samme gør sig gældende i sætningen: "Our results *suggest* that changing patients' illness perceptions is an important process in cognitive behavioural therapy for functional somatic syndromes. Challenging patients' own understanding of their illness *may hence be* a key element of successful treatment." Her udledes der også fra resultaterne, der *suggests/tyder på*, at en patients sygdomsopfattelse *may hende be/må således være* et nøgleelement i en succesfuld behandling. I eksemplerne ovenfor er konklusionsdiskursen med til at fremhæve de udledte resultater som konklusioner, der er relevante i forbindelse med forskningen om, forståelsen af og behandlingen af funktionelle lidelser.

### **Manifest intertekstualitet**

Der forekommer ingen manifest intertekstualitet i konklusionerne fra forskningen. Forklaringen på dette skal findes i genren. Forskningskonklusionerne er resultatet af det arbejde, der er lavet og skrevet om i forbindelse med undersøgelsen. Når der konkluderes, skal man ikke inddrage andet materiale, men udlede resultaterne af ens forskning og konkludere på det, man er kommet frem til. Derfor forventes resultaterne ikke at indeholde nogen form for manifest intertekstualitet, hvor der trækkes på eksisterende tekster.

## **6.3 Social praksis**

Den sociale praksis forstås som den bredere sociale praksis i den tredimensionelle model, som dimensionerne tekst og diskursiv praksis er en del af. Den videnskabelige praksis er fælles for begge analyser, da de har samme genstandsfelt. De områder, jeg vil kigge på som ramme for den sociale praksis, er:

- Etik og integritet i konklusioner og formidling af forskning
- WHO's ICD-10-listes betydning og anvendelse

Forståelsen af disse skal være med til at danne grundlag for analysen af den sociale praksis, hvor jeg vil diskutere hegemoni og ideologi med afsæt i den tidligere analyse af tekst og diskursiv praksis.

### **Etik og integritet i konklusioner og formidling af forskning**

Der er udviklet en række internationale anbefalinger og retningslinjer, der skal sikre og fremme integriteten i forskning. I Singapore Statement on Research Integrity (2010) er der fire centrale principper, der skal danne grundlag for forskningen. Det er ærlighed i alle forskningens aspekter, ansvarlighed i forskningsarbejdet, professionel høflighed og retfærdighed i samarbejdet med andre og god ledelse i forskningen på andres vegne. Integritet er også vigtigt i forskningen, og der forklares, at forskere skal tage ansvar for troværdigheden i deres forskning (Singapore statements, 22. september 2010 ¶ Singapore Statement on Research Integrity). Integritet er et element, der også er centralt i Montreal Statement on Research Integrity in Cross-Boundary Research Collaborations (2013), der omhandler forskningssamarbejde på tværs af grænser. Her beskrives der i afsnit 1,

hvordan samarbejdspartnere har et kollektivt ansvar for troværdigheden for deres samlede arbejde, men også for deres individuelle bidrag. Transparens i forhold til resultater er også vigtigt, og i afsnit 9 står der, at man skal arbejde med højest mulighed for åbenhed under gældende regler, og kilden til et fund skal opgives (Researchintegrity, u.å. ¶ Montreal Statement on Research Integrity in Cross-Boundary Research Collaborations).

I Danmark har man udviklet et dansk kodeks: Det danske kodeks for integritet i forskning i 2014, der giver en fælles ramme for principper og standarder i forskningssamfundet. Ærlighed, gennemsigtighed og pålidelighed er de tre grundlæggende principper, som kodekset bygger på (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014, s. 4). Det er meningen, at alle tre grundlæggende principper i kodekset bør være en integreret del af alle faser i forskning. Ærlig omhandler ærlighed i forbindelse med resultater, herunder præsentation og fortolkning af forskning, hvor konklusioner og påstande skal være baserede på resultater (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014, s. 6). Gennemsigtigheden skal sikres ved åbenhed i rapporteringen, hvor det skal være muligt at gennemgå og efterprøve resultater og konklusioner. Det er også vigtigt, at de, der udfører forskning, påtager sig ansvarlighed, særligt i forbindelse med korrekthed og pålidelighed i forskningen (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014, s. 6). I forbindelse med publiceringer er det særligt vigtigt, at resultaterne kan efterprøves og diskuteres. Uanset hvilket medie der anvendes til formidling af forskning, der kan betyde en forskel i form, udtryk og detaljeringsgrad, er det vigtigt altid at overholde standarderne for ansvarlig forskningspraksis (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014, s. 10).

### **WHO's ICD-10-listes betydning og anvendelse**

ICD 10 står for International Classification of Disease og er et diagnosesystem, der definerer sygdomme, lidelser, skader og andre relevante sundhedsmæssige forhold, der er anført i et omfattende, hierarkisk system, der giver mulighed for:

- Nem opbevaring, indhentning og analyse af sundhedsoplysninger om evidensbaseret beslutningstagning
- Sammenligning og deling af sundhedsoplysning mellem hospitaler, regioner, lande og miljøer
- Datasammenligninger indenfor samme område på tværs af tidsperioder



I systemet er sygdommene grupperet i 22 kapitler, hvor der til hver sygdom i systemet hører en diagnosekode (WHO, 29. november 2016 ¶ classifications).

### **Hegemoni og ideologi**

I analysen af den diskursive praksis har jeg fundet frem til otte forskellige herskende diskurser i de to analyser af henholdsvis oplysningsmaterialet om funktionelle lidelser og en del af den forskning, der danner grundlag for oplysningen.

Diskurserne i de to analyser har sammenfald, men der er også et skel i diskurserne. De to analyser har diskurserne forskning og videnskab tilfælles, hvor begge diskurser er til stede i analysematerialet fra begge analyser, hvilket får materialet til at tale sig ind i en videnskabelig og forskningsbaseret diskurs. Der er dog ikke sammenfald imellem de andre diskurser, hvor der for evidensen er en usikkerhed til stede, der udtrykkes via usikkerhedsdiskursen. Her fremhæves den usikkerhed, der er til stede i resultaterne, af diskursen, der er gennemgående for alle eksemplerne. Usikkerheden ledsages af konklusionsdiskursen, hvor man til trods for usikkerheden i forskningen fremhæver resultaternes gyldighed eller tegn på, at de kan være gyldige, og konkluderer på baggrund af dem. Til sammen giver de to diskurser et indtryk af videnskabeligt arbejde, der udmunder i usikre resultater, der ikke er entydige. Ud fra disse resultater udleder forskerne dog pointer og drager nogle slutninger, der ikke rummer samme grad af usikkerhed. Disse konklusioner fremhæves yderligere i en række af overskrifterne.

I materialet om sygdommen er de dominerende diskurser ikke præget af den samme usikkerhed og slutning, som forekommer i forskningsresultaterne, som jeg har fremanalyseret. Her er der i stedet en høj grad af sikkerhed, der kommer til udtryk ved sygdomsdiskursen, der er med til at cementere funktionelle lidelser og BDS som veldefinerede sygdomme, der kan beskrives ud fra symptomer og behandles. De kan tilmed spores tilbage i tiden, hvilket bekræftes af den historiske diskurs. Det hele bliver bekræftet af den medicinske diskurs, der sætter fokus på, hvordan funktionelle lidelser er en kompleks lidelse, som afviger fra den oprindelige forståelse af sygdomme med en apparatmodel. Diskursen fremhæver den store viden hos dem, der arbejder med sygdommen, og samtidig fremhæves de, der potentielt ikke kender eller er enige med sygdommen, som værende mindre kompetente, i og med at de ikke forstår sygdommens kompleksitet.

Der er altså to forskellige diskurstyper på spil i materialet, og her er det relevant at inddrage *hegemonibegrebet*, da jeg ud fra det kan analysere magtrelationerne i den diskursive praksis og dermed komme med et svar på, hvorvidt den diskursive praksis er med til at transformere eller reproducere diskursordenen. Analysen har vist, at der i princippet udkæmpes en hegemonisk kamp, som kommer til udtryk i den diskursive praksis. Der er ikke overensstemmelse imellem diskurserne, og der eksisterer ikke hegemoni på området, hvor der på den ene side er diskurser, der viser en klar usikkerhed om diagnose og behandling, men samtidig ses der diskurser, der fremhæver behandlinger og diagnosens gyldighed. Den høje grad af interdiskursivitet hænger ifølge Faircloughs teori sammen med forandring (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 94). Jeg vil dog argumentere for, at den høje grad af interdiskursivitet ikke hænger sammen med en forandring i dette tilfælde.

Hegemonibegrebet giver her, ifølge Fairclough, en måde at analysere magtrelationer på (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 88). I denne forbindelse vil jeg også inddrage ideologibegrebet. Diskurser fungerer ideologisk, og der hævdes indenfor den kritiske diskursanalyse, at diskursive praksisser er med til at skabe og reproducere ulige magtforhold (Fairclough, 1992, s. 89). Ideologi ses ofte i institutioner (Fairclough, 1992, s. 87), og materialet i begge analyser stammer fra folk med tilknytning til vores sundhedssystem i forbindelse med behandling, forskning og formidling. Til trods for den høje grad af interdiskursivitet og en hegemonisk kamp imellem forskning og oplysning får det betydning, at begge dele stammer fra samme instans. Den potentielle hegemoniske kamp sker ikke til trods for en høj grad af interdiskursivitet, og selvom der er ideologiske diskurser i spil. Det gør sig gældende, da forskerne er placeret i en position, hvor de står for oplysning og behandling af materiale om funktionelle lidelser og BDS. Det betyder, at de diskurser, der er i spil i materialet om oplysningen, er ideologiske, men den hegemoniske kamp udebliver. Det gør den blandt andet, da ideologier skabes i samfund, hvor dominansrelationer eksisterer, og forskerne er placeret i en sådan dominansposition, hvor ideologien relaterer sig til magt. Da ideologierne, der repræsenteres i formidlingen, stammer fra forskerne i magtpositionen, betyder det, at diskursordenen ikke ændres, og selvom der er usikkerhed om diagnosen, udebliver den hegemoniske kamp.

Man kan altså med afsæt i videnskabelig praksis argumentere for, at magtplaceringen hos forskerne er med til at undertrykke den kamp, der latent er til stede. Denne magtposition kommer også til udtryk ved, at Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser af Sundhedsstyrelsen har fået lov til at indlemme andre somatiske lidelser som fibromyalgi, irritabel tarm og kronisk træthedssyndrom under 'diagnoserne' funktionelle lidelser og BDS på baggrund af en forskning, der er mindre entydig i sine konklusioner, og som de selv står bag. Om det er et brud på videnskabelig praksis kan ikke vurderes ud fra mængden af analysmateriale og udelukkende ud fra konklusionerne, men jeg vil argumentere for, at der bør sættes spørgsmålstejn ved evidensen bag.

### **Opsamling af diskursanalysen**

I den kritiske diskursanalyse er jeg kommet frem til to centrale pointer:

- Jeg har fremanalyseret 8 diskurser i det udvalgte materiale. Seks af dem trækker på en videnskabelig diskurs, hvor funktionelle lidelser og BDS fremhæves som reelle sygdomme, hvor en række somatiske sygdomme hører til, og hvor man kender behandlingsmulighederne. Dette fremstilles som funderet i videnskabelighed og støttes af, at sygdommene kan spores tilbage i historien. De to andre diskurser trækker mere på usikkerhed og konklusioner, der ikke er overbevisende, og her hersker i stedet tvivl og usikkerhed. I analysen af interdiskursivitet og den hegemoniske kamp ser jeg dog ingen transformation af den eksisterende diskursorden.
- Magtforhold og ideologi er med til, at den eksisterende diskursorden ikke udfordres af den høje interdiskursivitet, hvor ideologiske processor er med til, at magthavere kan handle i uoverensstemmelse med WHO's ICD-10-liste, og videnskabeligt arbejde kan fremstå mindre klart i forhold til videnskabelig praksis. Det dialektiske forhold imellem forskning og formidling er ikke til stede i samme grad, som man normalt vil forvente.

7

Diskussion

## 7. Diskussion

Min diskussion vil starte med en komparativ analyse, hvor jeg ser på de ligheder og forskelle, der særligt træder frem i dimensionen *tekst* og *diskursiv praksis* i den kritiske diskursanalyse. Jeg vil herefter diskutere magt med udgangspunkt i dimensionen *social praksis*.

### 7.1 Komparativ analyse

I analysen af dimensionen *tekst* har jeg kigget på det sproglige i mit analysemateriale, hvor jeg særligt har haft fokus på modalitet og polaritet. Her har der i forskningen tegnet sig et billede af et materiale, der har en høj grad af modalitet. De forskellige resultater rummer alle en grad af usikkerhed, hvor der både anvendes modalisation og modulisation. Det betyder, at resultaterne ikke fremstår særligt sikre, men mere som resultater, der indikerer noget. De analyserede resultater, jeg har udvalgt, stemmer i høj grad overens med modaliteten i en lang række af andre konklusioner, som jeg har fundet links til via forskningsklinikens hjemmeside. Det billede, der tegner sig, stemmer derfor ikke overens med, hvad der kommunikeres i det oplysningsmateriale, der i høj grad stammer fra forskningsklinikken. I oplysningsmaterialet er der en lav grad af modalitet. Det er dog ikke altid, at de fremstår skråsikre i deres udtalelser, som når Toscano (2012) på side 13 i Når kroppen siger fra skriver: ”Den behandling der har vist sig *mest* effektiv, er en kombination af: gradueret genoptræning, kognitiv terapi”. Her fremhæver hun behandlingen som den mest effektive, hvilket indikerer, at der stadig er noget, der kan forbedres. Samtidig kan det ses som en lille åbning til en form for usikkerhed om behandlingens effekt, hvor det ligger i formuleringen om, at den kan forbedres. Der stilles der dog ingen spørgsmål til behandlingsformens berettigelse i materialet, og man får ikke fornemmelsen af, at de har planer om at droppe behandlingsformen. Det er et udsagn, der er helt i tråd med resultatet, der konkluderer, at ”cognitive-behavioural group treatment was *more* effective than enhanced usual care”.

På Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelsers hjemmeside er det dog en anden holdning til terapien, der træder frem. Her fremhæves det, at der blandt forskere er en bred enighed om, at funktionelle lidelser kan behandles med kognitiv adfærdsterapi og gradueret genoptræning. Det er dog ikke det samme, som konkluderes i forskningsresultaterne. Her står der, at resultaterne tyder på, at en ændring i patienters sygdomsforståelse kan være en vigtig proces i kognitiv behandling og

derfor er et nøgleelement i en succesfuld behandling. Der er altså resultater, der tyder på, at kognitiv behandling kan have en positiv effekt, og at det er en behandlingsform, der er mere succesfuld end andre behandlingstyper. Der er altså et tydeligt skel imellem det, forskningen viser, og det, der formidles i oplysningsmaterialet.

Der er også uoverensstemmelse imellem evidensens tolkning af fibromyalgi som en del af funktionelle lidelser. I konklusionen kommer de frem til, at man kan argumentere for, at fibromyalgi kan klassificeres som en sandsynlig neurogen smertetilstand. Det er en svag konklusion om, hvorvidt fibromyalgi kan indlemmes under funktionelle lidelser, men alligevel kommer denne tvivl ikke til udtryk i det materiale, de har udarbejdet. I pjecen Når kroppen siger fra kalder de nemlig fibromyalgi sammen med en række andre diagnoser for afdelingers egne diagnoser og giver afdelingerne ansvar for potentielt at skabe forvirring med diagnoserne. De indikerer altså, at diagnosen er en diagnose, man får, hvis man havner på en afdeling uden nok viden om funktionelle lidelser, som derfor ikke ved, at en funktionel lidelse er den korrekte 'diagnose'. Derfor kan man som patient risikere at få en af de andre diagnoser, men det er ifølge pjecen reelt set en underform til den svære funktionelle lidelse kaldet BDS. I DSAM's vejledning beskrives fibromyalgi også som en betegnelse for en funktionel lidelse. Her bruges betegnelsen fibromyalgi-symptomer om det, nogle kalder en svær funktionel lidelse. Der kommunikeres dermed tydeligt ud, at fibromyalgi er en underkategori til funktionelle lidelser og ikke en selvstændig diagnose.

'Diagnosen' BDS er en forskningsdiagnose, der er opfundet i forbindelse med somatforme sygdomme og forsøget på at få større viden om dem. Om 'diagnosen' konkluderes der i forskningsresultaterne, at BDS ser ud til at kunne dække over de mest relevante somatforme eller funktionelle syndromer, der er udtrykt ved fysiske symptomer. Dermed kan diagnosen tilbyde et fælles fodslag for forståelsen af de funktionelle somatiske syndromer, som kan hjælpe med at forene forskningen på området. Der er altså en høj modalitet i konklusionen, der mest af alt forklarer, hvordan BDS er opfundet, for at man kan samle forskningen indenfor et bredt felt og derved kan gøre forskningen lettere. 'Diagnosen' er en forskningsdiagnose, der er opfundet, og det fremstiller forskningen indenfor området som deduktiv, hvor resultaterne skal bekræfte BDS-'diagnosen'. I forsøget på 978 personer konkluderer de også, at det tyder på, at BDS kan forene mange funktionelle somatiske syndromer og somatforme sygdomsdiagnoser. Der er altså et forsøg på at samle en række diagnoser under BDS-'diagnosen', og konklusionen viser, at forskningen

tyder på, og BDS kan dække over en række somatforme funktionelle syndromer og diagnoser. Altså er der ikke tale om en entydig konklusion, men mest af alt en åbning overfor en mulighed. Dette til trods er der i materialet om funktionelle lidelser og BDS ikke den samme tvivl at spore, som når der eksempelvis i pjecen Bodily Distress Syndrome (BDS) skrives, at ”Det skal understreges, at BDS er en reel sygdom, og at symptomerne ikke er indbildte”. Der forklares også, at BDS er en ny forskningsdiagnose, hvorfor mange læger ikke er klar over, at en lang række sygdomme kan betragtes som underformer til én sygdom, BDS. Det samme syn bakker Toscano op om i sin bog. Her beskriver hun BDS som en ny diagnose udviklet på baggrund af en undersøgelse af 978 patienter med forskellige funktionelle symptomer. Der er altså uoverensstemmelse imellem forståelsen af diagnosen BDS. På den ene side fremhæves den som en ’diagnose’, der søger at samle og forene forskning og behandling af somatiske funktionelle syndromer. På den anden side har de i materialet, der oplyser om funktionelle lidelser og BDS, taget ’diagnosen’ til sig som en rigtig diagnose. Den beskrives som sagt en enkelt gang beskrives med ordene forskningsdiagnose, men det er i samme materiale, der forklarer, at BDS er en reel sygdom.

Der er en ret stor forskel mellem modaliteten i de to forskellige analyser. I analysen, hvor jeg tager udgangspunkt i forskningsresultaterne, er modaliteten generelt høj. Der er brugt en lang række ord, der gør, at konklusionerne ikke fremstår sikre. Det er blandt andet brugen af ordene seem, may, suggests, potentially useful, acceptable, mulighed, indikerer og sandsynlig, der alle er med til at skabe nogle tekster, der har en høj modalitetsgrad. Det betyder for resultaterne, at de ikke er brugbare i den forstand, at man kan konkludere noget entydigt ud fra dem, men at der skal mere forskning til, for at man enten kan be- eller afkræfte både BDS og funktionelle lidelser som en samlet diagnose, hvor andre somatforme lidelser skal indlemmes. Ligeledes bør man også undersøge behandling i form af gradueret genoptræning og kognitiv terapi nærmere.

Sprogligt står de oplysende tekster i stærk kontrast til forskningsresultaterne. De er ikke i samme grad præget af denne usikkerhed om, hvorvidt ’diagnoserne’ funktionelle lidelser og BDS er reelle ’diagnoser’. Her beskrives funktionelle lidelser som en sygdom, og hvis symptomerne dominerer, kaldes det i stedet bodily distress syndrom eller kropslig stresstilstand. Man betvivler i materialet ikke ’diagnosernes’ eksistens eller forklarer, hvordan det er ’diagnoser’, der er opfundet i forskningsøjemed. Der er heller ikke nogen grad af usikkerhed at spore, når symptomer og symptommmønstre beskrevet hos patienter med funktionelle lidelser beskrives i en historisk kontekst.

Her får de cementeret den funktionelle lidelse som en sygdom, der kan spores tilbage, med en historisk forankring.

Ved at sammenligne resultaterne af de to analyser i dimensionen *tekst* er det tydeligt, at der ikke er overensstemmelse imellem det, resultaterne viser, og det, der formidles ud. Formidlingen rummer ikke den samme grad af usikkerhed, der gør sig gældende i de analyserede konklusioner.

## 7.2 Magt og social praksis

I den sociale praksis kom jeg frem til, at der var to forskellige diskurstyper på spil, hvor der udspilles en hegemonisk kamp imellem de to diskurstyper og en høj grad af interdiskursivitet, der ifølge Fairclough tyder på forandringer. Diskurser fungerer ideologisk, hvor de ulige magtforhold skabes og reproduceres i de diskursive praksisser. I min analyse har det dog vist sig, at de, der står for at forske i funktionelle lidelser og BDS i Danmark, er de samme personer, som oplyser om 'diagnoserne', og det får betydning for den hegemoniske kamp og diskursordenen. Det betyder derfor, at den diskursive kamp, der potentielt er til stede imellem de to lejre i den diskursive praksis, ikke kommer til udtryk i en hegemonisk kamp, som enten kan reformere eller reproducere diskursordenen. Forskernes magtposition betyder nemlig, at de til trods for evidens, der tegner et usikkert billede om 'diagnose' og behandling, kan gå ud at formidle noget, der giver et billede af en reel 'diagnose', som er velfunderet i forskning. Det kan derfor være problematisk, når man lader de samme stå for forskningen og formidlingen, da det, man læser i oplysningsmaterialet, derfor ikke bærer præg af usikkerhed, fordi de vælger, hvordan de formidler deres forskning.

Som det ses i indledningen, oprettes Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser i 1999 som et led i en kampagne, der skal finde en årsag til, hvorfor så mange mennesker lider af det, som de i avisen kalder hypokondri. Samtidig opfindes der en forskningsdiagnose, BDS, og funktionelle lidelser indlemmer med Sundhedsstyrelsens accept en lang række diagnoser, der alle er anerkendt af WHO. Forsøget starter ud med et bestemt mål. Metoden, de arbejder ud fra, fremstår derved som en deduktiv tilgang, hvor de vil bekræfte hypotesen om, at en lang række sygdomme, der kommer til udtryk ved fysiske gener, er psykiske og bør behandles sådan. Herefter er forskningen ikke entydig. På forskningsklinikken forsker man i graderet genoptræning og kognitiv terapi, som behandlingsform, på baggrund af det omdiskuterede PACE-studie, hvor der er fundet omfattende



svindel med resultaterne. Det fremstår derfor som et deduktivt arbejde. Man må have opdaget, at hypotesen ikke er ligetil at bekræfte, men den forkastes heller ikke. Det kan derfor være problematisk at lade en sektor stå for forskning og formidling med besparelser for øje. Når Sundhedsstyrelsen tilmed tillader indlemmelse af eksisterende sygdomme på baggrund af den ret mangelfulde forskning, bliver det kritisk. De sidder dog i en magtposition, hvor de kan agere, som de gør, og tage beslutninger, der til trods for en høj grad af interdiskursivitet ikke betyder en ændring i diskursordenen. Graden af usikkerhed i forskningen resulterer heller ikke i en forkastning af hypotesen og en anden tilgang til sygdommene, men der fortsættes blot på at bekræfte hypotesen ad samme vej som hidtil.

### 7.3 Magtens tredeling og mediernes rolle

I grundloven har vi vedtaget en tredeling af loven, hvor der skelnes mellem den lovgivende, den udøvende og den dømmende magt. Den lovgivende magt ligger hos Folketinget, den udøvende ligger hos regeringen, og den dømmende ligger hos domstolen (Folketinget, u.å. ¶ Grundloven). I denne case er Sundhedsministeriet, der er den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark, placeret hos den udøvende magt. Sundhedsstyrelsen bistår både Sundheds- og Ældreministeren samt rådgiver både statslige, regionale og kommunale myndigheder (Sundhedsstyrelsen, 31. marts 2017 ¶ Om os). Da en række århusianske forskere blev udpeget af amtet, der i dag er blevet til regioner, skete det indenfor den udøvende magt. Den udøvende magt ligger som sagt hos Folketinget, men i dag må man forstå det i en større sammenhæng, hvor vi har et institutionelt apparat, hvor lokale og regionale forvaltninger, der forvalter lovgivningen, også medregnes. Det betyder, at det arbejde, der udføres på Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, og den indlemmelse af diagnoserne sker med tilladelse fra den udøvende magt. Derved sker forskningen også på opfordring af denne instans. Det kan derved ses som problematisk, da det forhold kan ses som medvirkende til, at en hegemonisk kamp ikke udspilles, og at der til trods for den høje interdiskursivitet ikke ændres på den eksisterende diskursorden.

Derfor er det også helt centralt, at emnet tages op, og her kan det være relevant at inddrage det, der også kaldes den fjerde statsmagt, nemlig medierne (Ordnet, u.å. ¶ Statsmagt). De har fået deres navn ud fra den kontrollerende rolle i samfundet, som de besidder i kraft af deres job, hvor de skal undersøge sager, der har samfundets interesse. De kaldes også demokratiets vagthunde, da de

holder øje med magthaverne og eventuelt magtmisbrug. I forbindelse med debatten om funktionelle lidelser er medierne centrale, da de har mulighed for at italesætte dette problem og den problematik, der ligger i det arbejde, som udføres på klinikken. Her er det helt centralt at have en vagthund, der kan stille kritiske spørgsmål til diagnosen, men noget tyder på, at det ikke er nok. De spørgsmålstejn, der bør sættes til forskningen, og den usikkerhed, der også bør skinne igennem i oplysningsmaterialet, er ikke at finde. Man kan argumentere for, at der er en tydelig uoverensstemmelse imellem forskning og oplysning, hvilket ikke bør ske.

Selvom en lang række foreninger har startet underskriftsindsamlinger imod diagnosen, forskes der videre i Århus, hvor man forsøger at finde ud af, hvordan man bedst behandler patienter med funktionelle lidelser. Patientforeningerne har alle problemer med, at arbejdet på Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser medfører, at patienter med en WHO-ankendt sygdom pludselig får frataget deres sygdom, der konverteres til en psykiatrisk diagnose. At man fra Sundhedsstyrelsens side konverterer de ICD-10-ankendte diagnoser i forbindelse med et forskningsforsøg, kan man argumentere for er et brud på retssikkerheden. Når Danmark har tilsluttet sig WHO's ICD-10-liste, er det at undergrave dens gyldighed, når man konverterer diagnoser på et grundlag, der ikke fremstår særlig velfunderet. Den manglende hegemoniske kamp imellem de forskellige diskurser må derfor som konsekvens af denne anordning finde sted i medierne og blandt privatpersoner, der har interesse i emnet, for dette er et oplagt eksempel på en sag, som kræver mediernes bevågenhed.

## 7.4 Opgavens resultat

Opgaven er funderet i en socialkonstruktivistisk tankegang, og det har en betydning for resultatet. Fairclough tilbyder en kritisk diskursanalysemodel, der har fokus på, hvordan sproget ikke er neutralt, men at magtforhold kan komme til udtryk i sproget. I min opgave har jeg arbejdet ud fra et mål om ikke at lade en forudindtaget holdning præge resultatet og ikke arbejde med et formål om deduktivt at efterprøve en hypotese. Men teorien og metoden er kritisk, og derfor er det også med et kritisk øje, jeg er gået til materialet. Det er derfor centralt at huske på, at det er det kritiske øje, der har læst og behandlet datene. Det har en betydning for det resultat, jeg kommer frem til. Jeg har i min tilgang indenfor socialkonstruktivismen også lagt mig op ad den hermeneutiske spiral i arbejdet. Hermeneutikken har fortolkningen til fælles med socialkonstruktivismen, og mit resultat er

også kun en fortolkning. Sproget og sprogvidenskaben ses som en social konstruktion, der er resultatet af kollektiv menneskelig handling. Jeg har tolket på denne og er kommet frem til et resultat, på samme måde som konklusionerne i forskningen er en tolkning af resultaterne i forsøgene. Fairclough anerkender også den centrale pointe, at man i arbejdet med at analysere ikke kan stille sig udenfor sit materiale. Dette er også i overensstemmelse med hans teori og metode som socialkonstruktivistisk. Han forklarer således: "Analysts are not above the social practise they analyse; they are inside it." (Fairclough, 1992, s. 199). Det betyder altså, at jeg er med til at præge analysen, og at min udlægning og analysens resultater blot er én blandt andre.

Hvor min tilgang har været kritisk, er forskningen i stedet søsat med et mål om at finde en behandling og et tilbud til de såkaldte "hypokondere", sådan at man kan spare samfundet for penge. Med et sådant mål for øje er der en mulighed for, at tilgangen til dataene i stedet for at være kritisk er præget af en optimisme og en indstilling om, at man skal kunne bruge forskningen og resultaterne. Forskellige tilgange vil derfor potentielt kunne have en betydning for, hvad man ser i resultater, og hvordan man bruger dem. Begge tolkninger er dog begrænset af nogle regler og normer, vi kollektivt har vedtaget, og som vi agerer indenfor. Begge dele er altså en tolkning, men indenfor videnskaben og videnskabelig praksis må man dog forholde sig kritisk, for at man ikke overfortolker, og ens arbejde ender med at blive usagligt eller i brud med videnskabelig praksis, som jeg har argumenteret for, at forskningsklinikkenes arbejde muligvis tenderer imod.

8

Konklusion

## 8. Konklusion

Formålet med dette speciale har været at undersøge om der er en sammenhæng imellem det sproglige fremstilling og det indholdsmæssige i forskning af funktionelle lidelser og det i det materiale, der er tilgængeligt om diagnosen.

Med afsæt i Faircloughs kritiske diskursanalyse kan jeg ud fra min analyse af den sociale praksis konkludere, at der er en sproglig og indholdsmæssig uoverensstemmelser imellem det, som forskningen viser om diagnosen, og det oplysningsmateriale, der er udarbejdet om diagnosen, formidler. Forskningen fremstår meget usikker i konklusionerne, og der er ikke en høj grad af sikkerhed at tyde i de resultater, der præsenteres. Dette står i kontrast til det materiale, som er tilgængeligt for den almene dansker, der har interesse i emnet som patient, pårørende eller alment interesseret. I materialet, der oplyser om funktionelle lidelser, kan man ikke spore den samme grad af usikkerhed, og materialet er i stedet præget af en langt højere grad af sikkerhed i sin sproglige fremstilling af funktionelle lidelser. Her fremstår den viden, som man har om funktionelle lidelser derfor som meget mere sikker end det, man kan læse sig frem til i forskningsresultaterne, der ligger til grund for oplysningen. Der er altså en lav grad af sammenhæng mellem den analyserede forskning og den formidling, der bygger på den.

I tekstdimensionen har jeg analyseret mig frem til, at forskningsresultaterne alle er præget af høj grad af modalitet og derved præget af usikkerhed. Det betyder, at der er usikkerhed om de resultater, der udledes af forskningen. Modaliteten er med til, at resultaterne ikke fremstår sikre, i forhold til om diagnosen er reel og derfor kan indlemme andre anerkendte WHO diagnoser eller i forhold til behandlingens effekt. Oplysningsmateriale er derimod præget af en høj grad af sikkerhed, hvor der anvendes positiv polaritet i forhold til diagnosens gyldighed, herunder indlemmelsen af andre diagnoser. De andre diagnoser fremstilles som underformer til funktionelle lidelser, og man fremstår i høj grad sikker i forhold til, at sygdommen er reel, hvilket fremhæves af, at man kender symptomer, årsager og en behandling, og materialet er præget af en lav modalitetsgrad. Jeg har i den diskursive praksis fremanalyseret otte diskurser, hvor alle de analyserede forskningsresultater er præget af usikkerhedsdiskursen, der er præget af høj modalitet og manglende sikkerhed omkring udsagn. I oplysningsmateriale er der udledt fem diskurser blandt teksterne, hvor alle tekster er præget af sygdoms-, forsknings- og diagnosediskurserne, der er med til at cementere funktionelle lidelser som en reel sygdom, som forskningen bakker op om. Teksterne

er præget af en høj grad af interdiskursivitet, men den eksisterende diskursorden udfordres ikke, da den hegemoniske kamp udspiller sig mellem aktører fra samme instans, da det er forskerne, der i langt de fleste tilfælde også står for oplysningen om funktionelle lidelser. Det går ud over det dialektiske forhold imellem diskursiv og social praksis, hvor forskning og formidling yder gensidig indflydelse på hinanden. Her får Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser ændret på disse processer. De diskurser, der er på spil i oplysningsmaterialet, er ideologiske og er med til at opretholde et magtforhold. Det betyder, at den konstruerede virkeligheden indenfor diskursordenen reproduceres frem for at forandre sig.

## 9. Bibliografi

Andersen, T.H., & Holsting, A.E.M. (2015). *Teksten i grammatikken*. Viborg: Syddansk Universitetsforlag.

Collin, F., & Køppe, S. (2014). Socialkonstruktivisme i humaniora. I F. Collin, & S. Køppe (red.), *Humanistisk videnskabsteori* (s. 417-457). København: Lindhardt & Ringhof.

Computerworld (3. August 2016). *Ingen konkurrenter kan ryste Googles søgemaskine: Derfor slår Google alle de andre*. Lokaliseret den 30. Marts 2017 på:

<https://www.computerworld.dk/art/237662/ingen-konkurrenter-kan-ryste-googles-soegemaskine-derfor-slaar-google-alle-de-andre>

DagensMedicin. (23. maj 2014). *Per Finks manipulation*. Lokaliseret den 28. december 2016 på: <http://dagensmedicin.dk/per-finks-manipulation/>

Dansk Selskab for Almen Medicin. (u.å.). *Behandling og visitation*. Lokaliseret den 17. januar 2017 på:

<http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=657&gotoChapter=657>

Dansk Selskab for Almen Medicin. (u.å.). *Diagnostik*. Lokaliseret den 17. januar 2017 på:

<http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=652&gotoChapter=652>

Dansk Selskab for Almen Medicin. (u.å.). *Indledning*. Lokaliseret den 17. januar 2017 på:

<http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=651&gotoChapter=651>

Dansk Selskab for Almen Medicin. (u.å.). *Patientens sygdomsopfattelse*. Lokaliseret den 17. januar 2017 på:

<http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=655&gotoChapter=6>  
55

Dansk Selskab for Almen Medicin. (u.å.). *Prognose*. Lokaliseret den 17. januar 2017 på:

<http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=661&gotoChapter=6>  
61

Dansk Selskab for Almen Medicin. (u.å.). *Vedligeholdende og forstærkende faktorer*. Lokaliseret den 17. januar 2017 på:

<http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=656&gotoChapter=6>  
56

DSAM (u.å.). *Om selskabet*. Lokaliseret den 30. Marts 2017 på:

[http://www.dsam.dk/flx/organisation/om\\_selskabet/](http://www.dsam.dk/flx/organisation/om_selskabet/)

European Code og Conduct for Research Integrity. (2017). *European Code og Conduct for Research Integrity*. Lokaliseret den 23. maj 2017 på:

[http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/h2020-ethics\\_code-of-conduct\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/h2020-ethics_code-of-conduct_en.pdf)

Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.

Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse: En tekstsamling*. Hans Reitzel.

Fink, P. (2005). *Funktionelle lidelser: fysiske symptomer og sygdomme uden kendt kropslig årsag*. Psykiatrifonden.

Fink, P., Rosendahl, M., & Skogemann, S. (2016). *Funktionelle lidelser – udredning og behandling*. Munksgaard.

Folketinget. (12. januar 2010). *Grundloven*. Lokaliseret den 16.05.17 på:

<http://www.ft.dk/demokrati/grundloven.aspx>



Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (1. november 2012). *Typiske symptomer*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/symptomer/>

Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (12. august 2013). *Om funktionelle lidelser*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/>

Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (12. august 2013). *Mindfulness*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/organi/mindfulness/>

Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (12. december 2012). *Belastninger*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/belastninger/>

Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (2011). *Bodily Distress Syndrome (BDS)*. Lokaliseret den 27. december 2016 på: [http://funktionellelidelser.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient\\_Pjecer/Patientinformation\\_BDS\\_.pdf](http://funktionellelidelser.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient_Pjecer/Patientinformation_BDS_.pdf)

Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (2012). *Når kroppen siger fra*. Lokaliseret 27. december 2016 på: [http://funktionellelidelser.au.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient\\_Pjecer/Nar\\_kroppen\\_siger\\_fra.pdf](http://funktionellelidelser.au.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient_Pjecer/Nar_kroppen_siger_fra.pdf)

Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (23. april 2012). *Udfordringer*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/praesent/>

Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (23. april 2012). *Årsager*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/>

Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (23. april 2012). *Alarmtilstand*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/alarmtilstand/>

- Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (23. april 2012). *Hjernen*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/hjernen/>
- Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (26. juni 2014). *Behandling*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/organi/>
- Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (6. august 2012). *Bodily Distress Syndrome (BDS)*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/bibliotek/>
- Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (6. august 2013). *Arv*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/arv/>
- Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (6. august 2013). *Helbredsangst*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/bibliotek/>
- Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (8. maj 2012). *Behandlingssystemet*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/behandlingsystemet/>
- Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (8. maj 2012). *Gradueret genoptræning*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/organi/gradueret-genoptraening/>
- Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (8. maj 2012). *Kognitiv terapi og ACT*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/organi/kognitiv-terapi-og-act/>
- Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser. (8. maj 2012). *Personlighed*. Lokaliseret den 16. januar 2017 på: <http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/personlighed/>
- Frich, M. (5. maj 1998). *Klapjagt på 6000 hospitals-hypokondere*. Morgenavisen Jyllandsposten Århus.

- Funktionelle lidelser. (04. Juni 2012). *Ny videnskabelig undersøgelse viser positiv affekt af Mindfulness Terapi*. Lokaliseret den 29. januar 2017 på:  
<http://funktionellelidelser.dk/kontakt/konferencer/pressemeddelelser/>
- Holm, A. B. (2014). *Socialkonstruktivisme. I: Videnskab i virkeligheden: En grundbog i videnskabsteori* (s. 121-142). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Horsbøl, A., & Raudaskoski, P. L. (2016). *Diskurs og praksis: teori, metode og analyse*. Danmark: Samfundslitteratur.
- Information. (22. december 2016). *Patienter med funktionelle lidelser vil ikke kaldes psykisk syge*. Lokaliseret den 14. januar 2017 på:  
<https://www.information.dk/indland/2016/12/patienter-funktionelle-lidelser-kaldes-psykisk-syge>
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kjørup, S. (2014). *Menneskevidenskaberne 2: Humanistiske forskningstraditioner*. Roskilde Universitetsforlag.
- MEAction. (u.å.). Stanford team announces update on ME(CFS) research. Lokaliseret den 22. februar 2017 på:<http://www.meaction.net/2017/02/22/stanford-team-announces-breakthrough-in-mecfs-research/>
- MEActionUK. (Februar 2010). *MAGICAL MEDICINE: HOW TO MAKE A DISEASE DISAPPEAR*. Lokaliseret den 4. januar 2017 på:<http://www.meactionuk.org.uk/magical-medicine.pdf>
- Montreal Statement on Research Integrity in Cross-Boundary Research Collaborations. (u.å.). *Montreal Statement on Research Integrity in Cross-Boundary Research Collaborations*. Lokaliseret den 23. maj 2017 på:<http://www.researchintegrity.org/Statements/Montreal%20Statement%20English.pdf>

- Mynewsdesk. (26. September 2016). *Forskningsfuske i stor ME/CFS-studie*. Lokaliseret den 18. januar 2017 på: <http://www.mynewsdesk.com/se/pressreleases/forskningsfuske-i-stor-me-slash-cfs-studie-1574848>
- NCBI Pubmed (juni 2012). *Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial*. Lokaliseret den 29. januar 2017 på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22539780>
- NCBI Pubmed. (2007). *Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients*. Lokaliseret den 28. januar 2017 på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17244846>
- NCBI Pubmed. (April 2015). *Changes in illness perceptions mediated the effect of cognitive behavioural therapy in severe functional somatic syndromes*. Lokaliseret den 27. januar 2017 på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25541119>
- NCBI Pubmed. (Januar 2013). *Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up*. Lokaliseret den 30. januar 2017 på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23272986>
- NCBI Pubmed. (maj 2010). *One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders*. Lokaliseret den 28. januar 2017 på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20403500>
- Oplysning. (14. juni 2010). *Ny fælles diagnose for funktionelle sygdomme*. Lokaliseret den 29. januar 2017 på: <http://www.oplysning.org/uploads/9/1/4/3/9143605/vp02100057.pdf>
- Ordnet. (u.å.) *Acceptabel*. Lokaliseret den 28. april 2017 på: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=acceptabelt>

Ordnet. (u.å.) *Formentlig*. Lokaliseret den 28. april 2017 på:

<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=formentlig>

Ordnet. (u.å.) *Generelt*. Lokaliseret den 30. april 2017 på:

<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=generelt>

Ordnet. (u.å.) *Se*. Lokaliseret den 28. april 2017 på: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=se>

Ordnet. (u.å.) *Statsmagt*. Lokaliseret den 04. maj 2017 på:

<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=statsmagt>

Ordnet. (u.å.) *Så kaldt*. Lokaliseret den 28. april 2017 på:

<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=s%C3%A5kaldt>

Psykiatrifonden. (6. december 2016). *Depression*. Lokaliseret den 19. maj 2017 på:

<http://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/depression/depression.aspx>.

Singapore Statement. (22. September 2010) *Singapore Statement on Research Integrity*. Lokaliseret den 23. maj 2017 på: <http://www.singaporestatement.org/statement.html>

Sproget (u.å.). *Visitation*. Lokaliseret den 19. maj 2017 på:

<http://sproget.dk/lookup?SearchableText=visitation>

Sundhedsstyrelsen. (31. Marts 2017). *Om os*. Lokaliseret den 16. maj 2017 på:

<https://www.sst.dk/da/om-os>

Toscano, L.H.S. (2012). *Funktionelle lidelser: viden, samtale og sygehistorier*. København: FALD's forlag.

TV2. (29. april 2014). *Omstridt læge om funktionelle lidelser: Folk er ikke psykisk syge*.

Lokaliseret den 3. januar 2017 på: <http://nyheder.tv2.dk/samfund/2014-04-29-omstridt-l%C3%A6ge-om-funktionelle-lidelser-folk-er-ikke-psykisk-syge>

Uddannelses- og forskningsministeriet. (11. August 2015). *Dansk kodeks for integritet i forskningen*. Lokaliseret den 11. April 2017 på: <http://ufm.dk/publikationer/2015/den-danske-kodeks-for-integritet-i-forskning>

Undervisnings- og forskningsministeriet. (November 2014). *Dansk kodeks for integritet i forskning*. Lokaliseret den 28. februar 2017 på: <http://ufm.dk/publikationer/2015/filer/file>

Virologyblog (21. Oktober 2015). *TRIAL BY ERROR: The Troubling Case of the PACE Chronic Fatigue Syndrome Study*. Lokaliseret den 19. Januar 2017 på: <http://www.virology.ws/2015/10/21/trial-by-error-i/>

# 10. Bilag

## Bilag 1

Når kroppen siger fra

[http://funktionellelidelser.au.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient\\_Pjecer/Nar\\_kroppen\\_siger\\_fra.pdf](http://funktionellelidelser.au.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient_Pjecer/Nar_kroppen_siger_fra.pdf)

## Bilag 2

Bodily Distress Syndrome (BDS)

[http://funktionellelidelser.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient\\_Pjecer/Patientinformation\\_BDS.pdf](http://funktionellelidelser.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/patient_Pjecer/Patientinformation_BDS.pdf)

## Bilag 3

Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelsers hjemmeside:

Om funktionelle lidelser:

<http://funktionellelidelser.dk/enhed/>

Typiske symptomer:

<http://funktionellelidelser.dk/enhed/symptomer/>

Udfordringer:

<http://funktionellelidelser.dk/enhed/praesent/>

Årsager:

<http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/>

- Arv:  
<http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/arv/>
- Personlighed  
<http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/personlighed/>
- Belastninger  
<http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/belastninger/>
- Alarmitilstand  
<http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/alarmitilstand/>
- Hjernen  
<http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/hjernen/>
- Behandlingssystemet  
<http://funktionellelidelser.dk/enhed/afdelinger/behandlingssystemet/>

Bodily Distress Syndrome (BDS)

<http://funktionellelidelser.dk/enhed/bibliotek/>

Helbredsangst

<http://funktionellelidelser.dk/enhed/bibliotek/>

Behandling

<http://funktionellelidelser.dk/enhed/organi/>

- Kognitiv terapi og ACT  
<http://funktionellelidelser.dk/enhed/organi/kognitiv-terapi-og-act/>
- Graderet genoptræning  
[http://funktionellelidelser.dk/enhed/organi/gradueret-genoptraening/](http://funktionellelidelser.dk/enhed/organi/graderet-genoptraening/)
- Mindfulness



<http://funktionellelidelser.dk/enhed/organi/mindfulness/>

## Bilag 4

Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning i Funktionelle lidelser

Indledning

<http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=651&gotoChapter=651>

Diagnostik

<http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=652&gotoChapter=652>

Patientens sygdomsopfattelse

<http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=655&gotoChapter=655>

Vedligeholdende og forstærkende faktorer

<http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=656&gotoChapter=656>

Behandling og visitation

<http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=657&gotoChapter=657>

Prognose

<http://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=661&gotoChapter=661>

## Bilag 6

Dansk kodeks for integritet i forskning fra 2014:

<http://ufm.dk/publikationer/2015/filer/file>

## Bilag 7

Singapore Statement on Research Integrity fra 2010:

<http://www.singaporestatement.org/statement.html>

## Bilag 8

Montreal Statement on Research Integrity in Cross-Boundary Research Collaborations:

<http://www.researchintegrity.org/Statements/Montreal%20Statement%20English.pdf>

## Bilag 9

European Code og Conduct for Research Integrity:

[http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/h2020-ethics\\_code-of-conduct\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/h2020-ethics_code-of-conduct_en.pdf)

## Bilag 10

One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20403500>

## Bilag 11

Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17244846>

## Bilag 12

Ny fælles diagnose for funktionelle sygdomme:

<http://www.oplysning.org/uploads/9/1/4/3/9143605/vp02100057.pdf>

## Bilag 13

Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22539780>

## Bilag 14

Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23272986>

## Bilag 15

Changes in illness perceptions mediated the effect of cognitive behavioural therapy in severe functional somatic syndromes:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25541119>

JP ARHUS

»Politikerne er skuffede over salget af Peder Paars og Niels Klin, og man er usikre på, om overfarten overhovedet har en fremtid.»  
**Havnedirektør Kaj Schmidt om havnedebat**  
 Side 3



---

Tirsdag den 5. maj 1998



Morgenavisen Jyllands-Posten

**Bølger i havnebassinet**  
 Opfyldningen af havnebassin 1 er en lille sag i forhold til udvidelsen af hele Århus Havn. Alligevel er det den lille havnesag, som har fået de politiske bølger til at gå højest.

**Baggrund**  
 Side 3



**Minder i maj**  
 Selvom det er 53 år siden, at 70-årige Mogens Skjøth sidst har været en tur i kælderne under Århus Rådhus, så husker han dem, som var det i går, begivenhederne i Århus omkring 4.-5. maj

**Interview**  
 Side 8



**Navne og service**  
 JP Århus bringer hver dag nyt om fødselsdage, jubilæer, udnævnelser, bryllupper og dødsfald og vigtige og relevante oplysninger om trafikforhold i Århus samt andre væsentlige serviceoplysninger

**Information**  
 Side 2 og 8

---

# Klapjagt på 6000 hospitals-hypokondere

AF MORTEN FRICH

Op mod 6000 patienter har i årevis unødigt belastet sygehusene i Århus Amt med stribevise af undersøgelser og langvarige indlæggelser. Derfor udpeger amtet et hold af århusianske forskere, der skal bremse de mange patienter - populært kaldet hypokondere - i deres dyre og tidsrøvende rundtur i det lokale sundhedssystem.

Fra efteråret undersøges et udsnit af patienterne med uforklarlige, psykisk betingede symptomer systematisk af fem specialister. Det koster amtet en bevilling på 3,5 millioner kroner årligt. Til gengæld forventer amtspolitikerne at få en langt bedre behandling for patienterne og samtidig at heste store besparelser i løbet af få år.

»Vi må have svar på, hvorfor nogle patienter tror sig syge, selv om de ikke er det. En stor gruppe mennesker tegner sig for påfaldende mange indlæggelser. Det er dyrt for sygehusene og synd for patienterne,« lyder det fra formanden for sundhedsudvalget, Knud Erik Særkjær (V).

**Fælles træk for patienterne**  
 Fælles for patienterne er smerter, som lægerne ikke kan give nogen medicinsk forklaring på. En stor del af patienterne går

under betegnelsen hypokondere, men gruppen tæller også patienter med kronisk træthedssyndrom, pikesmæld og fibromyalgi - spredte, men meget smertefulde ledsmerter.

Afdelingslæge på Psykiatrisk Hospital i Risikø, Per Fink, der er en af idemændene bag det nye forskerhold, håber på en mere effektiv behandling.

»Ordet hypokonder har en nedsettende klang - det er jo en, der bare foregiver at være syg. Men det dækker over mennesker, der ikke kan leve et normalt liv, fordi de er så optagede af tegn på sygdom.

De ser sygdomme alle vegne, og hele deres liv kommer til at dreje sig om at holde øje med små faresignaler fra kroppen. Dem finder de hver dag. Dermed er de lige så invaliderede, som hvis de faktisk var syge,« siger Per Fink, der har skrevet

doktordisputats om netop hypokondere.

**Indsamler viden**  
 Forskerholdet, der får støtte fra psykologer, socialrådgivere, antropologer og sygeplejersker, flytter formentlig i de tomme lokaler efter Fødselstiftelsen nær Århus Kommunehospital. Det er planen, at forskerne i første omgang indsamler viden om patienterne og underviser

både hospitalslæger og praktiserende læger i behandlingen af dem. Men der bliver også et mindre ambulatorium, hvor forskerne kan tage imod patienter og tilbyde samtalerapi, dog kun i det omfang forskningen tillader.

Det århusianske forskerhold bliver det første af sin slags i Danmark og blandt de første i verden. Der er endnu ikke udpevet en leder.