



UiO • Universitetet i Oslo

Hva vil det si å åpne seg om psykiske lidelser?

En diskursanalyse av den norske åpenhetskulturen

Peder Dyrnes Stabell og Yngve Hilmo

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Vår, 2020

13.05.2020

Sammendrag

Forfattere: Peder Dyrnes Stabell og Yngve Hilmo

Tittel: Hva vil det si å åpne seg om psykiske lidelser? En diskursanalyse av den norske åpenhetskulturen

Veileder: Ole Jacob Madsen

De siste årene har det i Norge vært en økende tendens til at folk åpner seg offentlig om sine psykiske lidelser. I denne oppgaven omtaler vi dette med begrepet *åpenhetskultur*.

Åpenhetskulturen er blitt hyllet, men har også i senere tid vært gjenstand for debatt. Selv om det finnes flere teoretiske perspektiver og studier knyttet til psykologiens rolle i samfunnet og den tilsynelatende økende utbredelsen av psykiske lidelser og plager i befolkningen, finnes det ingen studier av åpenhetskultur *per se*. Vår studie har derfor som formål å bidra med ny kunnskap om hva det vil si å åpne seg i åpenhetskulturen. Studien er et selvstendig forskningsprosjekt som via en diskursanalytisk tilnærming undersøker to eksempler på åpenhetskultur: TV-programmet *Sinnssykt* og podkasten *Noia*. Materialet vårt består også av opptredener og kommentarer knyttet til disse programmene i tradisjonelle og sosiale medier. Analysen er delt i tre deler som besvarer spørsmål om *hva* som er formen på og innholdet i åpenhetsberetningene, *hvorfor* folk deltar i åpenhetskulturen, og *hvem* de som deltar er og blir gjennom deltakelsen. I analysen viser vi i) at diagnoser, på tross av uttalt skepsis mot disse, er sentrale for formen på og innholdet i deltakernes beretninger, delvis parallelt med en idé om lidelse som en veiviser for selvrealisering; ii) at deltakerne åpner seg for å redusere fordommer og bidra til normalisering av psykiske lidelser, for å bøte på en antatt mangel på kunnskap om psykologi i befolkningen, og fordi åpenhetskulturen har terapeutiske effekter, blant annet gjennom dannelsen av «virtuelle lidelsesfellesskap»; og iii) at åpenhetskulturen gir rom til ulike former for identitetsdannelse, eksempelvis som åpenhetsaktivist, og at slike identiteter kan være ettertraktede også på et kommersielt plan. Selv om åpenhetskulturen utvilsomt gjør det mindre skamfullt å slite psykisk, tyder analysen vår på at åpenhetskulturen også dekontekstualiserer og tingliggjør lidelse, og dermed risikerer å undergrave det fellesskapet den tar sikte på å skape.

Forord

Vi ville takke veileder Ole Jacob Madsen for inspirasjon og verdifulle innspill helt siden vårt første møte høsten 2018. I tillegg rettes en stor takk til Isabell El-Melhaoui for tips om litteratur, kritiske innspill og ikke minst for innsatsen som korrekturleser.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1 Åpenhetskultur	1
1.2 Perspektiver fra litteraturen	5
1.3 Problemstilling	8
1.4 Oppgavens oppbygging.....	8
2. Metode.....	10
2.1 Valg av metode: Diskursanalyse	10
2.2 Valg av materiale: Hvorfor Noia og Sinnssykt?	11
2.3 Fremgangsmåte	13
2.4 Transkribering	13
2.5 Kvalitetssikring	14
2.6 Etske betraktninger.....	14
3. Analyse.....	16
3.1 Beskrivelse av programmene.	16
3.1.1 Sinnssykt.	16
3.1.2 Noia.	17
3.2 Åpenhet om <i>hva</i> ?.....	18
3.2.1 Diagnosens funksjoner.	18
3.2.2 Diagnostiske og terapeutiske narrativer.	24
3.2.3 Angstens mening.	27
3.3 <i>Hvorfor</i> åpenhet?.....	30
3.3.1 Reduksjon av fordommer og normalisering.	30
3.3.2 Problemet med kunnskapsmangel.	32
3.3.3 Åpenhet som terapi.....	35
3.3.4 Virtuelle lidelsesfelleskap.	37
3.4 <i>Hvem</i> er – og blir – de som åpner seg?.....	38
3.4.1 Åpenhetsaktivistene.....	39
3.4.2 Å være «en som åpner seg».....	41
4. Diskusjon.....	45
4.1. Dekontekstualisering	45

4.2 Fragmenterte fellesskap.....	49
4.3 Psykologisering og raske løsninger	50
4.4 Identitetsdannelse	52
4.4 Mulige begrensninger.....	53
4.5 Konklusjon	54
5. Litteraturliste	55

1. Innledning

1.1 Åpenhetskultur

En helt ny mediesjanger har blomstret i Norge de siste årene. I radio-, TV-programmer, blogger og sosiale medier åpner folk seg nå om sine psykiske vansker. Seere, lyttere og lesere får innblikk i livene til folk som sliter eller har slitt, som forteller om og viser frem sine vansker og hvordan de prøver å tilpasse seg livet. En ofte uttalt hensikt med åpenheten er å bidra til folkeopplysning, som skal føre til både reduksjon og forebygging av psykiske lidelser. Christine Dancke, programleder i podkastserien *Noia* (Dancke, 2018), som selv har vært åpen om sine psykiske vansker, uttalte i et intervju: «Jeg liker å tenke at jeg hadde blitt spart hvis jeg hadde visst disse tingene på forhånd» (Bornøy, 2018). Videre skal åpenhet redusere stigma og fordommer knyttet til psykiske lidelser ved å gi personer med psykiske vansker muligheter til å fortelle sin historie. I et intervju med Dagsavisen sier Cecilie Ramona Kåss Furuseth, som står bak NRK-programmet *Sinnsykt* (C. Furuseth, 2019): «Psykisk sykdom blir oppfattet som et tegn på svakhet. Og så ligger det noe personlig i det. Det er så mange fordommer. Og det er veldig vanskelig å forstå, hvis du ikke har det sånn selv. Folk trenger mer kunnskap» (Unosen, 2019). Oppfordringer om *mer* åpenhet kommer gjerne med henvisninger til statistikk som viser at en høy andel av befolkningen sliter psykisk. I åpningsepisoden av nevnte *Noia*, for eksempel, refererer programskaperne til tall som viser at 30 prosent av befolkningen får en angstlidelse i løpet av livet. Slik urovekkende statistikk har de siste årene også funnet veien til statsminister Erna Solbergs nyttårstaler, hvor psykisk lidelse omtales som «en av våre store folkesykdommer» (Solberg, 2014). For enkelte gjør disse beskrivelsene økt åpenhet stadig mer presserende. *Noia*-programleder Dancke skrev følgende i forbindelse med at hun selv åpnet seg: «Det er åpenbart veldig, veldig mange mennesker som kjenner på de samme tingene og vi trenger å snakke om det» (Woldsdal, 2016). Vi vil heretter omtale denne nye medietendensen med begrepet *åpenhetskultur*, som vi her avgrensner til å gjelde offentlige fortellinger om egne psykiske plager.¹

¹ Vi kommer til å bruke dette begrepet både i bestemt og ubestemt form, der den bestemte formen refererer til helheten av praksiser i vår samtid som kan knyttes til begrepet, mens den ubestemte formen viser til de ulike formene.

Åpenhetskultur har mange ulike former. I det nevnte TV-programmet *Sinnssykt* møter programlederen, som også selv er åpen om sine psykiske vansker, mennesker som presenterer sin historie og hverdag med psykiske lidelser for seerne. Andre eksempler på TV-programmer er *Jeg mot meg* (Kjøs, 2016), hvor seerne får innblikk i en form for gruppeterapi; *Helene sjekker inn* (Sandvig, 2017), hvor programlederen blant annet besøker ulike institusjoner innenfor psykisk helsevern; og *Sykt perfekt* (TV2, 2016), hvor unge jenter åpner seg om erfaringer med lettere psykiske vansker i møte med kropps- og prestasjonspress. Åpenhet på TV ser ut til å fenge: Første episode av *Jeg mot meg* hadde 450 000 seere. Åpenhetskultur kommer også i radio- og podkast-formatet. I den allerede nevnte podkastserien *Noia* intervjuer programlederen, i samarbeid med en psykolog, folk om deres erfaringer med lettere psykiske lidelser innenfor kategorien angst. Programmet ble raskt en av Norges mest populære podkaster, med over 100 000 avspillinger bare én uke etter lansering (Bornøy, 2018). I podkasten *Hos Peder* (Kjøs, 2018) åpnes dørene til terapirommet, og lytterne får følge hele terapiforløp fra begynnelse til slutt. Denne podkasten ble lastet ned over 650 000 ganger i 2018 (NRK, 2019). Andre eksempler på slike innblikk i terapirommet er komiker Else Kåss Furuseths bok *Else går til psykolog* (E. Furuseth, 2019) og Linnea Myhres deltakelse i TV-programmet *Bloggerne* (TV2, 2020), der vi følger henne helt inn til psykiater Finn Skårderud. Myhre representerer også, i egenskap av sin posisjon som blogger, et eksempel på den delen av åpenhetskulturen som utspiller seg i sosiale medier (Nilsen, 2013). Et annet eksempel på åpenhet i sosiale medier er tidligere *Jeg mot meg*-deltaker Malin Nesvolls videoblogg, der hun åpner seg om psykiske vansker for sine 43 000 følgere (Nesvoll, 2018). Åpenhet har også inntatt landets teaterscener. Eksempler på dette er nevnte Kåss Furuseths forestilling *Gratulerer* (E. Furuseth, 2018), der hun forteller om selvmordene til moren og broren, og komiker Bjarte Tjøstheims *Det går bedre no* (Tjøstheim, 2018), der han forteller om sin innleggelse i akuttpsykiatrien på grunn av angst. Også musikere åpner seg om psykiske vansker, og et eksempel på dette er artisten Pål «OnkIP» Tøien med låten «Styggen på ryggen» (Tøien, 2014), som handler om å leve med angst (Talseth, 2014).

Åpenhet møtes gjerne med ros og støtteerklæringer. Et eksempel på dette er hvordan Tøien ble applaudert for sin åpenhet, blant annet av Fabian Stang: «Åpenheten hans synliggjør alle som tror de er alene. De ser at det er flere som har problemer» (Stenersen, 2014). I kjølvannet av Ari Behns selvmord julen 2019 ble også kongefamilien roset for sin åpenhet rundt de tragiske omstendighetene, blant annet av nyhetsredaktør Veslemøy Østrem i *Vårt Land*: «Åpenhet avler mer åpenhet. Og åpenhet kan redde liv» (Østrem, 2019). Åpenhet berømmes

også i form av årlige prisutdelinger. Mental Helse Norge har siden 2004 delt ut «Åpenhetsprisen» (Åpenhetsprisen, 2020) på Verdensdagen for psykisk helse til mer eller mindre kjente personer som har vært åpne om sine psykiske vansker. I samme ånd har Rådet for Psykisk Helse siden midten av 90-tallet delt ut «Tabuprisen» (Rådet for psykisk helse, 2019), som særlig berømmer innsats som bryter ned fordommer mot personer med psykiske lidelser.

Et slags urtilfelle av norsk åpenhetskultur er programmene til NRKs Wenche Margrethe Myhre. Allerede på 1970-tallet intervjuet Myhre i beste sendetid pasienter i psykisk helsevern blant annet om angst. I podkasten *Psykologiens historie* (Kraft, 2019) omtaler programleder Kirsti Kraft arbeidet til Myhre som banebrytende for åpenhetskulturen vi ser i dag: «sammen med sin modige redaksjon spreng[te] de grenser for hva man egentlig kan snakke høyt om (...) hun tråkket opp en åpenhetsløype som min generasjon kunne gå inn i». I en episode av radioprogrammet *Sånn er livet* (Skard, 1986), hvor også Myhre var en sentral medarbeider, åpner en pasient seg om sin angst: «Vi er utrolig mange, jeg vil si mange tusen som er i samme båt (...) og vi må holde fast i tanken på at vi ikke er alene og la det drive oss fremover». Utover på 1990-tallet ble åpenhet om psykiske lidelser et stadig mer utbredt slagord. Et søk på frasen «åpenhet om psykiske lidelser» i Nasjonalbibliotekets samlinger gir 19 treff på 1980-tallet, sammenlignet med 163 treff på 1990-tallet. På 2010-tallet gir søket 3695 treff, med 587 treff i 2019 alene, som også er det høyeste tallet for et enkelt år så langt.² I 1992 ble Verdensdagen for psykisk helse lansert av World Federation for Mental Health, som har som mål «å gjøre det like lett å snakke om vår psykiske helse som vår fysiske» (Verdensdagen, u.å.). Det skapte mye oppmerksomhet da statsminister Kjell Magne Bondevik høsten 1998 sto frem i media med at han hadde sykemeldt seg på grunn av en «depressiv reaksjon» (Fredriksen, 2001). Det ble hevdet at statsministerens åpenhet bidro til en holdningsendring i befolkningen. Ifølge professor i psykiatri Johan Cullberg hadde åpenheten «stor mentalhygienisk betydning» fordi den viste at «mennesker har rett til å være deprimerte, og at dette er en sykdom på linje med influensa» (Lunde, 2001, s. 24). Siden begynnelsen av 2010-tallet ser det ut til å ha skjedd en dreining mot at åpenhet om psykiske lidelser i økende grad har også blitt ansett som et anliggende av og for unge mennesker. Dette blir synlig i de omtalte eksemplene på åpenhetskultur fra 2010-tallet, hvor unge voksne i høy grad er til stede som aktører.

² Disse tallene er også påvirket av at antallet søkbare publikasjoner har økt.

Helsemyndighetene synes også å dele åpenhetskulturens grunnleggende terapeutiske forestilling om «at det alltid hjelper å snakke om det» (Madsen, 2017, s. 112). I *Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008)* var en av målsettingene å «bidra til økt åpenhet og mer kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser» (Helse- og omsorgsdepartementet, sitert i Blåka, 2012). I 2016 konkluderte Stortinget til Regjeringen med at den nevnte opptrappingsplanen ble avsluttet for tidlig, og at «det trengs en ny opptrappingsplan» (Bollestad, Ropstad, Tyvand, & Bekkevold, 2016, s. 1). I 2017 lanserte regjeringen strategien *Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse 2017-2022* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Regjeringens nye strategi innledes med en tekst med tittelen «Psykt normalt», underskrevet av syv av regjeringens statsråder, med helseminister Bent Høie i spissen:

Vi har lært fra vi var ganske små at fysisk smerte er en naturlig del av livet – og at den som oftest går over. (...) Det er ikke like mange som vet at vi også kan få sviende skrubbsår på innsiden. (...) Derfor trenger vi mer åpenhet og mer kunnskap om psykisk helse. (...) Grunnlaget for god psykisk helse legges når vi tør å snakke like høyt om vonde tanker som vonde knær. For det er jo ingen grunn til å hviske (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 5).

Regjeringen synes her å dele oppfatningen til de allerede nevnte programlederne i både *Noia* og *Sinnsykt* om at åpenhet er en mangelvare i samfunnet, og at denne bærer med seg et stort, uforløst potensiale i form av å utgjøre «grunnlaget for god psykisk helse».

Åpenhetskultur er i senere år også blitt gjenstand for kritisk debatt. Kritikken har kommet fra flere hold og har stort sett dreid seg om at åpenhetskulturen av ulike grunner ikke er et udelt gode og at den på sett og vis til og med kan være et onde. For eksempel er den blitt kritisert for å være en «kommersialisert» eller «betinget» åpenhet (Løkke, 2017; Madsen, 2018a), for å være en trend blant bloggere og mediekjendiser (Lorentsson, 2017), og fordi åpenhet kan ha personlige omkostninger for dem som åpner seg (blant andre Torgalsbøen, 2018). Enkelte har etterlyst flere som åpner seg mens de fortsatt har det vanskelig, ikke bare i ettertid (Nilsen, 2016). Noen har begynt å spørre seg om det kan bli for mye åpenhet (Gabrielsen, 2017), og om åpenhet kan bidra til en «intensiverende heller enn dempende effekt» på utbredelsen av psykiske plager i befolkningen (Madsen, 2018b, s. 157). Det har også vært uttrykt bekymring

over løssluppen bruk av begreper som «angst» og «depresjon» for tilstander som ikke er alvorlige nok, eller som ikke er diagnostisert av helsepersonell (Lorentsson, 2017; Seltzer, 2019; Stav, 2014; Westeng, 2019). Åpenhetskultur, i tillegg til å være en del av vår tidsånd, er altså blitt et omdiskutert tema.

1.2 Perspektiver fra litteraturen

Den antatte økningen i psykiske helseplager og det skjerpede fokuset på psykisk helse i offentligheten er blitt beskrevet og kritisert fra ulike vinkler. Vi kan for enkelhets skyld dele den relevante litteraturen inn i tre retninger: (1) kritikk av psykologiens rolle i samfunnet; (2) undersøkelser av og forklaringer på utbredelsen av psykiske lidelser; og (3) studier av psykiske lidelser og diagnoser som kulturelle fenomener. Vi vil nedenfor gjøre en kortfattet gjennomgang av disse tre punktene.

(1) Flere forfattere har undersøkt hvordan psykologien – inkludert akademisk psykologi, psykoanalyse og selvhjelp – underlegger seg stadig flere kulturelle områder. Sosiologen Eva Illouz (2008) mener psykologifaget har gått fra å være en avgrenset vitenskapelig disiplin til å bli et diffust kunnskapsfelt med global spredning i en rekke kulturelle bransjer, slik som selvhjelpsbøker, samtalegrupper, samtaleprogrammer på TV og i radio, filmer, TV-serier, romaner og ukeblader. Begrepet «den terapeutiske kultur» («therapeutic culture») og lignende begreper er brukt av sosiologer og kulturkritikere for å beskrive en terapeutisk måte å tenke og prate på som eksisterer utenfor terapirommet og klinikken, og som særlig gjorde seg gjeldende i USA fra 1950-tallet og utover, da psykoanalysens innflytelse i den amerikanske populærkulturen begynte å bli betydelig (Madsen, 2014). De første generasjonene analyser av den terapeutiske kultur var utpreget kritiske. Det ble hevdet at en terapeutisk etos setter individet i et motsetningsforhold til samfunnet (Rieff, 1966), at den terapeutiske verdensbildet kan knyttes til fremveksten av en «narsissistisk kultur» (Lasch, 1979), og at den fremvoksende terapeutiske kulturen innebærer en dyrking av individualistisk emosjonalitet og sårbarhet som fører til at sosiale problemer blir redefinert som emosjonelle problemer (Furedi, 2004). Senere tilnærminger har vært mer empirisk og pragmatisk orienterte, i den forstand at de har fokusert på blant annet å beskrive hvilken praktisk funksjon terapeutiske kulturer tjener (Madsen, 2014). Illouz (2003) har gjort en nærstudie av *The Oprah Winfrey Show*, som var et av verdens mest populære samtaleprogrammer, der hun argumenterer for at programmet både bygger på og bidrar til å spre en bestemt narrativ struktur om selvet, *det terapeutiske*

narrativet, som blant annet kjennetegnes av å gi mening til lidelse gjennom å fremstille den som en kilde til personlig vekst. I norsk sammenheng tar psykolog Ole Jacob Madsen i boka *Den terapeutiske kultur* (2010, 2017) for seg psykologifagets voksende rekkevidde og den norske psykologprofesjonens etiske bevissthet om de feltene de opererer i. Her undersøker han sammenhengen mellom psykologifagets posisjon og andre ideologiske aspekter av samfunnsutviklingen, og påpeker at psykologer ofte fremstår uvitende om eller uinteresserte i samfunnsperspektiver på lidelsene de tar sikte på å lindre.

(2) Økningen av antallet personer med diagnostiserbare psykiske lidelser er blitt forstått på nokså ulike måter. i) Av noen blir økningen forstått som en reaksjon på samfunnsendringer, spesielt den såkalt nyliberalistiske samfunnsutviklingen. At vi lever i et stadig mer individualisert, konkurransedrevet og usikkert samfunn, gjør oss sykere, hevder enkelte forfattere. For eksempel har kulturteoretikeren Mark Fisher (2009) tatt til orde for å *politisere* vanlige psykiske lidelser som depresjon (på samme måte som såkalte anti-psykiatere som R. D. Laing og David Cooper på 60- og 70-tallet hevdet at schizofreni bør forstås som en politisk kategori heller enn som et naturfenomen). Flere empiriske studier støtter sammenhengen mellom psykisk helse og sosiale faktorer som arbeidsledighet, sosial isolasjon, usikkerhet og ulikheter i status, makt og kontroll (se Marmot og Bell, sitert i Rose, 2019). Rapporten *Social Determinants of Mental Health*, publisert av WHO i 2014, konkluderer med at vanlige psykiske lidelser som angst og depresjon «are distributed according to a gradient of economic disadvantage across society and that the poor and disadvantaged suffer disproportionately from common mental disorders and their adverse consequences» (Allen, Balfour, Bell, & Marmot, 2014, s. 16). Enkelte forfattere hevder at en forflytning av forskningsfokuset har bidratt til å mørklegge dette aspektet. For eksempel viser sosiolog Allan Horwitz (2012) til at det svært innflytelsesrike amerikanske myndighetsorganet National Institute of Mental Health (NIMH) som følge av politisk press på 1970-tallet sluttet å finansiere forskning på sosiale årsaker til psykiske lidelser (slik som rasisme og fattigdom). Mary Boyle (2011) mener psykologien og psykiatrien som fag har et fobisk forhold til *kontekst*, og at fagfeltene, i likhet med fobikere, bruker bevisste og ubevisste unngåelsesstrategier for å avvise eller nedtone viktigheten av enkeltpersonens sosiale omgivelser og tidligere livserfaringer for utvikling av psykiske plager. ii) En annen forklaring på økningen er at vi ikke blir sykere, men at vi blir mer *sykeligjorte*, gjennom overdiagnostisering og medikalisering. Psykiater Allen Frances (2013), som var leder av gruppen bak diagnosesystemet DSM-IV, hevder at tvetydige kriterier for enkelte diagnoser, slik som bipolar lidelse type II, er blitt utnyttet av legemiddelindustrien

for å skape falske epidemier av enkelte psykiske lidelser og dertil økte salg av legemidler for disse lidelsene. Legemiddelindustrien er tjent med at grensene for normalitet snevres inn og at stadig flere reaksjoner og tilstander blir til medikaliserbare diagnoser. Frances har også påpekt hvordan DSM-III, som var ment som et ateoretisk klinisk verktøy, med sin kategoriske inndeling i realiteten har favorisert en biologisk forståelse av psykiske lidelser, som kaller på biologiske (medikamentelle) intervensjoner. Dette synet underbygges av at psykiske lidelser i offisielle prevalensrapporter ofte omtales som hjernesykdommer, og at det er store hjerneforskningsprosjekter underveis i Europa, USA, Kina, Cuba, India og mange andre land, som blant annet har som siktemål å «forvandle» hjernen vi gir til personer med psykiske lidelser (Rose, 2019, s. 11). iii) En beslektet forklaring på økningen er at metodene for å måle prevalens av psykiske lidelser i befolkningen, er basert på bruk av forenklete sjekklister heller enn kliniske vurderinger, og at dette har ført til en overvurdering av prevalensen (Rose, 2019). iv) Til slutt mener enkelte at terskelen for å rapportere om plager og oppsøke hjelp er blitt lavere på grunn av økt åpenhet og mer ressursbruk til psykisk helse (disse argumentene drøftes i Madsen, 2010). Enkelte mener at det ikke bare er rapporteringen av allerede eksisterende psykiske helseplager som påvirkes av åpenhet, men også selve *opplevelsen* av plager. I sin seneste bok, *Generasjon prestasjon* (2018b), diskuterer Madsen den offentlige samtalen om unge menneskers psykiske helse i Norge. Han undersøker konsekvensene av mantraet «vi må snakke mer om hvordan de unge *egentlig* har det» (Madsen, 2018b, s. 14), og argumenterer for at unges selvforståelse er mediert av kulturens tilgjengelige fremstillinger av dem, og at heller enn å dempe uroen, kan den intensiverte offentlige samtalen om psykisk helse bidra til å øke den.

(3) Den tredje retningen i litteraturen som vi vil vise til her, som utvilsomt er beslektet med den kritiske tilnærmingen til psykologi som vi nevnte over, går ut på å undersøke diagnoser og psykiske lidelser som kulturelle fenomener. Den danske psykologen Svend Brinkmann (2016) bruker begrepet *diagnostiske kulturer* for å beskrive både det økende antallet personer som lever «under en diagnostisk beskrivelse», og demokratiseringen av et psykiatrisk fagspråk. Brinkmann viser til at diagnostiske begreper slik som angst, depresjon, PTSD og ADHD, i tillegg til semi-diagnoser som stress, er blitt en del av hverdagspråket. Dette språket er også synlig i populærkulturen, og mange av oss har sett filmer og TV-serier som portretterer personer med en psykisk lidelse (slik som for eksempel *The Sopranos*, *Homeland*, *Girls*, *Broen*, *Sharp Objects*, *Skam* og *Mr. Robot*, for å nevne noen). I tillegg til å være ressurser for både klinikere og for enkeltindividet, har diagnoser også en rekke funksjoner i

samfunnet for øvrig (for en oversikt over slike funksjoner, se Rose, 2019). Geoffrey C. Bowker og Susan Leigh Star (1999) mener diagnoser fungerer som *grenseobjekter* («boundary objects»), som vil si at de både er deler av flere ulike praksisområder og tilfredsstillende informasjonsbehov i hver av dem. Diagnoser er både plastiske og stabile, i den forstand at de kan brukes av forskjellige aktører med ulike siktemål, samtidig som de opprettholder en form for identitet på tvers av de ulike bruksområdene.

1.3 Problemstilling

Over har vi gjennomgått tre løst definerte retninger i litteraturen som vi mener kan kaste lys over den samfunnsutviklingen vi beskrev innledningsvis. I denne litteraturen finnes det imidlertid få eller ingen empiriske analyser av det vi har kalt åpenhetskultur *per se*. Med vår studie ønsker vi å bidra til å fylle dette kunnskapshullet gjennom å forsøke å gi svar på spørsmålet: *Hva vil det si å åpne seg i åpenhetskulturen?* Med dette spørsmålet mener vi å romme både den *formen* åpenheten har, *grunnene* folk knytter til sin åpenhet, og *identitetene* åpenhetskulturen tilbyr. For å få frem disse aspektene, stiller vi derfor tre analyse spørsmål:

- (1) Åpenhet om *hva*?
- (2) *Hvorfor* åpenhet?
- (3) *Hvem* er – og blir – de som åpner seg?

Vi betrakter åpenhet slik den fremtrer i åpenhetskulturen, som en særegen kulturell praksis som bør undersøkes for å få forståelse for hvordan og hvorfor den utøves. Vår analyse vil derfor sette søkelyset på selve åpenhetskulturen.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består, i tillegg til denne innledningen, av tre deler: metode, analyse og diskusjon. I metodedelens vil vi gjøre rede for valg av metode, valg av materiale, fremgangsmåte, samt aspekter ved kvalitetssikring og etiske betraktninger. Analysekapitlet vil ligge tett på materialet, men vil også på grunn av vår tilnærming ha en drøftende form som medfører at det formmessige skillet mellom analyse- og diskusjonskapitlet ikke er sylskarpt.

Diskusjonskapitlet vil være et forsøk på å samle trådene og trekke noen overordnede

slutninger. Her vil vi også diskutere viktige innvendinger og mulige begrensninger ved tilnærmingen vår.

2. Metode

2.1 Valg av metode: Diskursanalyse

«Zoloft treats the chemical imbalance that can lead to depression.» Slik lyder teksten i en annonse for det antidepressive legemiddelet Zoloft. Denne setningen kan brukes som et eksempel på hva vi mener når vi snakker om *diskurser*. En diskurs kan defineres som en kollektiv forståelsesramme, det vil si en bestemt måte å snakke om og forstå verden på (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2018; Jørgensen & Phillips, 2002). Diskurser kommer til syne i *fremstillinger* (Johannessen et al., 2018), eksempelvis fremstillingen i annonseteksten over, av at depresjon kan skyldes en kjemisk ubalanse i hjernen. Denne fremstillingen kan forstås som del av en biomedisinsk diskurs om psykiske plager. Diskurser henger tett sammen med *handlinger*. Når vi forstår verden innenfor bestemte diskurser, fremhever vi visse måter å handle på som mer legitime og naturlige enn andre (Johannessen et al., 2018). Med fremstillingen av depresjon i eksempelsetningen oppfattes det kanskje som naturlig å intervensjonere biomedisinsk mot depresjon, for eksempel med antidepressive legemidler, og andre typer intervensjoner fremstår muligens mindre relevante. Noen ganger er diskurser så veletablerte at de fremstår som uunngåelige, mens andre ganger er det to eller flere diskurser som «konkurrerer» om å definere et fenomen eller felt (Johannessen et al., 2018). Diskurser er med andre ord *kontingente*, de kunne vært annerledes. Om fremstillingen av depresjon i eksemplet er *riktig* eller *gal*, kan besvares som et empirisk spørsmål, men dersom vi behandler den som del av en diskurs, kan vi legge valideringen av påstanden til side og bli nysgjerrige på sider ved selve fremstillingen. For eksempel kan vi lure på hvilke kunnskapsformer som underbygger den, hvem som legger den frem, hvilke identiteter den åpner for, hvor den kommer fra historisk, hvilke handlinger den muliggjør og hvilke den utelukker. Dette er spørsmål som man typisk er opptatt av å besvare i en *diskursanalyse*, som Johannessen et al. (2018, s. 51) definerer som «en kritisk analyse av etablerte tenke-, skrive- og snakkemåter». I en diskursanalyse forholder vi oss til materialet som en tekst. Vi er i utgangspunktet ikke så opptatt av å finne ut *sannheten* om de saksforholdene teksten tar for seg, for eksempel «sannheten om årsaken til psykiske lidelser», som vi er opptatt av selve teksten, og hvordan den fungerer: «Som diskursanalytikere leser vi ikke lenger avisa for å finne ut hva som har skjedd i verden, men for å lære noe om den virkelighetsforståelsen avisa fremmer, de maktforhold den legitimerer, hvilke aktører som får en stemme, og så videre» (Johannessen et al., 2018, s. 68).

Ettersom åpenhetskultur er et relativt nytt, omstridt kulturfenomen, som preges av karakteristiske måter å uttrykke seg på om temaer av stor sosial betydning, mente vi det er spesielt godt egnet som objekt for en diskursanalytisk undersøkelse. Det er flere kjennetegn ved åpenhetskultur som underbygger denne oppfatningen: Åpenhetskultur handler om forståelser av, fortellinger om og reaksjoner på lidelse; åpenhetskultur er en del av offentligheten, og antas å reprodusere, påvirke og definere viktige diskurser; og åpenhetskultur viser frem og promoterer bestemte praksiser, verdier og måter å være på. Selv om vi utfører en diskursanalyse, har vi ikke i stor grad brukt begrepet *diskurser* i selve analysen. Av praktiske hensyn, og for å kunne være mer presise, hadde vi heller med oss diskurs som en bakgrunn for å tenke rundt hverdagslige begreper som *idealer, perspektiver, påstander, fortellinger* og *fremstillinger* og lignende. Det viktigste diskursteoretiske prinsippet, slik vi ser det, er å forholde seg til materialet med en undrende holdning og å unngå å ta for gitt den måten noe blir sagt på.

2.2 Valg av materiale: Hvorfor *Noia* og *Sinnssykt*?

Åpenhetskultur kommer, slik vi viste i innledningen, til uttrykk i en rekke ulike former. I analysen vår valgte vi å fokusere på to ferske eksempler fra åpenhetskultur i Norge, NRK-programmet *Sinnssykt* og podkasten *Noia* (programmene vil bli beskrevet i mer detalj i analysedelen). Utvalget av to eksempler er et pragmatisk valg vi gjorde med sikte på å få til en balanse mellom å analysere i bredden og i dybden av åpenhetskulturen. Selv om et utvalg med flere eksempler ville kunne fanget opp flere aspekter ved åpenhetskulturen, ville det også gjort materialet mindre håndterlig for en grundig analyse. Mulige ulemper med dette vil bli drøftet i diskusjonen.

Utvalget av nettopp disse to eksemplene hadde å gjøre med både det de har til felles, og det som skiller dem. Det de har til felles er, slik vi ser det, kjennetegn som gjør dem til spesielt «rene» eksempler på åpenhetskultur. Først og fremst er *Noia* og *Sinnssykt* tydelige eksempler på åpenhetskultur slik vi har definert konseptet, fordi de begge handler om mennesker som forteller offentlig om sine psykiske lidelser, og fordi de begge har som uttalt målsetting å bidra til mer åpenhet om psykiske lidelser. Videre har de begge programledere som sammen med de øvrige deltakerne selv åpner seg om sin psykiske lidelse. Programmene inneholder dermed delvis en dialog og erfaringsutveksling mellom personer med psykiske lidelser, og de

kan beskrives som en form for deltakende «åpenhetsjournalistikk» – alle deltar i åpenheten. Så til forskjellene, som vi mener bidrar til at de to eksemplene dekker en viss bredde av åpenhetskulturen. Det har formmessige implikasjoner at *Sinnssykt* er en TV-serie, mens *Noia* er en podkast, særlig fordi *Sinnssykt* har en visuell informasjonsdimensjon som *Noia* ikke har. *Sinnssykt* er også mer dynamisk i utformingen, ved at det inneholder flere ulike typer scener, et større persongalleri i hver episode, mer manusbasert tale i form av en fortellerstemme og en tydeligere dramaturgi i episodene. *Noia* er mindre manusbasert og dermed mer spontant samtalepreget og rommer dermed flere detaljer og krumspring. *Sinnssykt* et tydelig avgrenset prosjekt med seks episoder. *Noia* derimot er et fortsatt pågående prosjekt med to fullførte sesonger og en tredje sesong planlagt. Den kanskje viktigste forskjellen mellom programmene er imidlertid at *Sinnssykt* i større grad tar for seg det som regnes som mer alvorlige psykiske lidelser (selv om dette skillet ikke er entydig), mens *Noia* konsentrerer seg om angstrelaterte lidelser. Denne forskjellen er viktig fordi ulike typer psykiske lidelser kan medføre ulikheter i formen åpenheten tar, noe som også er blitt antydnet i kritikken av åpenhetskulturen (se innledning).

Vi har også valgt å ta med materiale fra det vi regner som den nærliggende konteksten til programmene. Det inkluderer deres respektive Facebook-sider og uttalelser programleiderne eller deltakerne har kommet med i andre sammenhenger, slik som intervjuer eller innlegg i sosiale medier og blogger. Grunnen til dette er at vi mener denne konteksten er en svært viktig del av åpenhetskulturen. Dette materialet er brukt i analysen på samme måte som transkripsjoner fra programmene for øvrig.

I omtalen av programmene vil vi for enkelthets skyld referere til alle medvirkende i serien, inkludert programleiderne, som *deltakere*.

Vi kommer for enkelthets skyld til å bruke følgende forkortelser for å referere til materialet, med henvisning til episoden etter kolon:

N = *Noia*

SS = *Sinnssykt*

2.3 Fremgangsmåte

Utformingen av en diskursanalyse følger i utgangspunktet ingen fast oppskrift, men formes heller ut fra hva det er man ønsker å undersøke (Johannesen et al., 2018). Prosessen vår kan grovt sett oppsummeres i følgende steg:

(1) Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet valgte vi to ferske eksempler på åpenhetskultur i Norge: TV-programmet *Sinnssykt* og podcasten *Noia*. Bakgrunnen for dette utvalget er beskrevet over.

(2) Vi så og lyttet gjennom disse programmene, i sin helhet og delvis, gjentatte ganger for å bli godt kjent med materialet. Underveis markerte og transkriberte vi hver for oss de delene vi mente var relevante for å besvare analyse spørsmålene (vi vil nedenfor komme nærmere inn på transkriberingsprosessen). Materialet ble så kategorisert og sortert etter hvilke analyse spørsmål det primært bidro til å besvare. Noen utdrag var relevante for flere enn ett analyse spørsmål. Dette resulterte i en tematisk inndelt tekst i form av utdrag fra programmene som dermed utgjorde materialet for videre analyse.

(3) Vår forståelse av materialet utviklet seg i en bevegelse mellom transkriberte utdrag og relevant teoretisk litteratur. Denne prosessen kan beskrives slik Gill (2000, s. 188) gjør det, som: «a careful, close reading that moves between text and context to examine the content, organization and functions of discourse». En slik veksling mellom tekst og kontekst kan også beskrives som en *hermeneutisk sirkel*, hvor forståelse springer ut av en sirkulær bevegelse mellom de enkelte bestanddelene og helheten.

2.4 Transkribering

Vi transkriberte de delene av materialet som ble oppfattet som relevante for å besvare analyse spørsmålene, noe som resulterte i omtrent 80 sider transkripsjon. Denne utvelgelsen ble gjort av oss begge hver for oss i et felles dokument, inndelt etter program og episoder. Begge kunne dermed se hva den andre allerede hadde transkribert.

Overføringen fra muntlig til skriftlig form krevde at vi gjorde noen valg underveis. Vi transkriberte alt som ble sagt i de utdragene vi valgte ut, men bearbeidet utdragene lett for å gjøre dem mer skriftlige og sammenhengende, og dermed forbedre lesbarheten. Vi fjernet

pauselyder, slik som «Ehm», og kuttet enkelte avbrutte setninger der dette, slik vi så det, ikke endret meningen med utdraget. Der deltakerne legger trykk på enkelte ord transkriberte vi disse i kursiv. Der vi kuttet ut meningsfulle setninger i et utdrag, har vi brukt tegnet «(...)» for å indikere dette. Ettersom språkbruk er helt sentralt i en diskursanalyse, har vi vært svært påpasselige med å bevare talemåtene i materialet.

2.5 Kvalitetssikring

Kvaliteten i en diskursanalyse henger etter vårt syn i stor grad sammen med *gjennomsiktigheten* og *etterretteligheten* i det resonnementet som legges frem. Det er flere aspekter ved vår analyse som bidrar til å ivareta disse hensynene. For det første er alt materialet offentlig tilgjengelig, og det er dermed mulig for hvem som helst å undersøke materialet og etterprøve vår analyse. For det andre forsøkte vi å bruke et klart og tydelig språk uten henvisninger til teori som ikke forklares direkte i teksten. Dette var viktig for å unngå tåkelegging av bevegelsen mellom premiss og konklusjon. For det tredje besto prosessen av en kontinuerlig *validering* av våre egne påstander. En slik validering handlet om å være «djevelens advokat» overfor vår egen analyse (Kvale, 2008, s. 123). Målet var å komme frem til et resonnement som var overbevisende og sto på sine egne bein.

2.6 Etiske betraktninger

En analyse av menneskers personlige utsagn medfører et ansvar for å reflektere rundt mulige forskningsetiske dilemmaer. Vårt materiale består av offentlig tilgjengelige beretninger om psykiske plager, noe som gjør at krav om informert samtykke og konfidensialitet ikke vil gjøre seg gjeldende på samme måte som ved en intervjubasert studie. Samtidig er dette fortsatt personer i en potensielt sårbar situasjon, og vi etterstrebet en respektfull tone i vår behandling av materialet. Det finnes likevel en risiko for at deltakerne vil kunne føle seg misforstått i et tenkt møte med vår analyse. Det er derfor viktig for oss å understreke at det i den diskursanalytiske fremgangsmåten er språket som benyttes i fortellingene om psykiske plager vi var opptatt av, og ikke hvorvidt deltakernes fortellinger om lidelse er «riktige» eller «gale». Formålet med analysen har ikke vært å spekulere i deltakernes «egentlige» intensjoner eller å sette spørsmålstegn ved de subjektive erfaringene av de psykiske plagene som presenteres. Vi har videre valgt å benytte deltakernes fornavn i analysen da dette er offentlig informasjon som fremkommer i materialets opprinnelige form, noe som også umuliggjør en

reell anonymisering. Vi vurderte vår anvendelse av det utvalgte materialet til en analyse av åpenhetskulturen som etisk forsvarlig da disse programmene er produsert med sikte på å nå den brede offentligheten, og vi anså mulighetene for at analysen vil kunne ha negative konsekvenser i form av en tilleggsbelastning for deltakerne, for liten.

3. Analyse

3.1 Beskrivelse av programmene.

3.1.1 *Sinnssykt*. *Sinnssykt* (C. Furuseth, 2019) er en norsk dokumentarserie av og med programleder Cecilie Ramona Kåss Furuseth. Furuseth er fra før kjent som programleder i NRK P3 og fra podkasten *The Kåss Furuseths* (E. Furuseth & C. Furuseth, 2020) som hun lager sammen med sin storesøster, komiker Else Kåss Furuseth. *Sinnssykt* består av seks episoder à 30 minutter som ble sendt på NRK3 i våren 2019. Serien har siden premieren også vært tilgjengelig i sin helhet på NRKs nettsider. Målet med *Sinnssykt* er ifølge Furuseth å gjøre det «lettere å leve med og snakke om alvorlige psykiske lidelser» (Krognes, 2019). De seks episodene av *Sinnssykt* har et samlet gjennomsnittlig seertall på 163 000, inkludert visninger på lineær- og nett-TV (Kantar, 2019).

I hver episode av serien følger vi en hovedperson som forteller om og gir innblikk livet med en psykisk lidelse. Parallelt med at vi blir «kjent med» hovedpersonen, ser vi klipp der Furuseth forteller sin egen historie og åpner seg om at hun har diagnosen bipolar lidelse. I sjette og siste episode er Furuseth selv hovedpersonen. Her ser vi at hun forbereder seg på å åpne seg, og til slutt åpner seg om sin diagnose foran publikum i en direktesendt podkast ved Samfundet i Trondheim. Beretningene til Furuseth og hovedpersonene blir i flere av episodene illustrert ved hjelp av korte tegnefilmer. Furuseth snakker også rett til kameraet, sittende foran fargesterke bakgrunner, som tidvis også er animert og følger hennes fortelling setning for setning. De fem hovedpersonene presenteres ved at den aktuelle episodens tittel er deltakerens fornavn. Hovedpersonenes diagnose presenteres ved hjelp av tekstplakater med beskrivelse av diagnosene og indikert behandling med kildehenvisning. Hovedpersonene presenteres også visuelt i form av delvis animerte stillbilder i avspilleren på NRKs nettsider. Her er sort-hvitt fotografier av deltakerens hode klippet i to, og ut av de åpne kranieni flommer det ulike fargesterke animasjoner hentet fra deltakerens fortellinger om psykiske plager.

I tillegg inneholder alle episodene også kortere klipp av andre unge mennesker som åpner seg om sitt liv med en psykisk lidelse. Disse personene presenteres også, på samme måte som Furuseth, sittende foran fargesterke bakgrunner mens de snakker direkte til kameraet. Alle introduseres med en «byline» som inneholder fornavn, alder og diagnose. De samme

personene er med på tvers av episoder, og tematikken i klippene er mer eller mindre tilpasset det aktuelle temaet i den gitte episoden.

Programmet er innom en rekke ulike temaer relatert til psykisk helse generelt og åpenhet spesielt: diagnoser og skillet mellom syk og frisk; psykologisk behandling; medikamentell behandling; teorier om årsaker til psykiske lidelser; stereotypier knyttet til psykiske lidelser; forholdsregler ved offentlig åpenhet; og åpenhet i ulike sammenhenger. Disse temaene belyses både av deltakerne og programleder Furuseth deler av sine egne erfaringer knyttet til de forskjellige temaene.

3.1.2 Noia. *Noia* (Dancke, 2018) er en norsk podkastserie av og med programleder Christine Dancke og psykolog Carina Carl. Podkasten er produsert av Danckes eget produksjonsselskap med støtte fra Rådet for psykisk helse og Extrastiftelsen. Dancke er fra tidligere blant annet kjent som programleder i NRK P3, DJ og rap-artist. Psykolog Carl er privatpraktiserende psykolog med kognitiv psykologi som hovedinteresse (Carl, 2018) som også har gitt ut selvhjelpsbøkene *Hverdagspsyk* (2016) og *Tenk enkelt* (2018). Det overordnede temaet i *Noia* er *angst*, og skaperne har et uttalt ønske om å bidra til normalisering av lettere psykiske lidelser (N:1, Dancke, 2019c).

Noia ble sluppet i to sesonger i løpet av 2018. Sesong 1 besto av 16 episoder som ble sluppet i januar 2018 og sesong to besto i elleve episoder som ble sluppet ukentlig høsten 2018. Denne sesongen inneholder i tillegg én ekstra episode hver uke hvor programleder Christine Dancke sammen med psykolog Carl besvarer lytterspørsmål sendt inn i etterkant av ukens episode. Podkastserien består også av én direktesending der Dancke og Carl sammen med to gjester tar opp temaet «Snakker vi for mye om angst?» med publikum i studio. Det er også planlagt en sesong 3 av *Noia* i 2020 (Dancke, 2019a). I mars 2020 slapp *Noia* to nye episoder i forbindelse med koronavirusutbruddet. Lengden på episodene varierer noe, men er stort sett på mellom 30 og 40 minutter. Podkasten har hatt et stort publikum, med over 100 000 nedlastinger bare én uke etter lansering, og med 200 000 avspillinger bare i 2019, selv om dette var ett år uten at nye episoder ble sluppet (Dancke, 2019b).

Så og si alle episodene av *Noia* følger samme struktur: Deltakeren presenteres kort og blir bedt om å fortelle sin «angsthistorie» som i varierende grad ispes programleder Danckes egne beretninger om lignende plager. Deretter introduseres psykolog Carl, som kommenterer på

historien som har blitt delt. Videre fortsetter en noe mindre strukturert samtale rundt episodens tematikk, som gjenspeiles i episodens tittel, og hvordan det går med deltakeren nå. *Noia* er også til stede på sosiale medier, Facebook og Instagram, hvor de deler korte videoklipp om ulike temaer innenfor psykisk helse og andre oppdateringer om nye episoder og lignende, samt en webside med informasjon om skaperne og de ulike episodene.

3.2 Åpenhet om *hva*?

Selv om åpenhetskultur per definisjon handler om personer som åpner seg om sine psykiske lidelser, er det ikke dermed sagt hva som er formen på og innholdet i bekjennelsene. For å forstå hva det vil si å åpne seg om psykiske lidelser, er det avgjørende å anskueliggjøre underliggende oppfatninger om hva psykiske lidelser *er*. Til dette knytter det seg sammensatte problemstillinger som det ikke er enighet om blant fagfolk hverken innenfor psykologi, psykiatri, samfunnsforskning eller filosofi: Hva er diagnoser og hva kan de brukes til? Er psykiske lidelser *sykdommer* i tradisjonell forstand, eller er de reaksjoner på livets vanskeligheter? På hvilke måter kan vi fortelle om lidelse? Og har lidelsen *mening*, i så fall hvilken mening? Denne delen av analysen vil ta for seg hvordan deltakerne forholder seg til slike vanskelige spørsmål i forbindelse med sin åpenhet.

3.2.1 Diagnosens funksjoner. Programleder i *Sinnssykt*, Cecilie Ramona Kåss Furuseth inntar en skeptisk holdning til diagnoser. Hun uttaler både i programmet og i et intervju i TV2s *God Morgen Norge* (TV2, 2019) at hun ønsker å vise at diagnoser *ikke* er viktig. Hun mener det viktige er personen bak diagnosen, slik vi ser i disse utdragene:

Cecilie: For meg så er det sånn, jeg liker ikke ordet *diagnose*, fordi jeg tenker at da kan man glemme litt hvordan man er som menneske. (SS:1)

Cecilie: Jeg mener oppriktig at diagnose burde ikke ha noe å si, og grunnen til at jeg har latt være å fortelle det er for at jeg er redd for hva folk skal tenke om meg, men jeg synes at det skal være sånn at: 'Å ja men det er helt vanlig, du er et vanlig menneske selv om du har bipolar lidelse'. (SS:6)

Furuseth er opptatt av at diagnosen kan komme til å skygge over for den man er som menneske. Hun ønsker å motvirke stigma og fordommer knyttet til diagnosen sin ved å gi den

et ansikt. Det samme sier flere av deltakerne i programmet. Ved å fortelle sin historie, skal de bidra til å utfordre og utvide oppfatninger om hvordan personer med disse diagnosene er. Dette bidrar ironisk nok til at diagnosen i *Sinnssykt* betones som en helt sentral bit med informasjon. Det å være åpen ser ut til å handle om noe mer enn å fortelle om at man har det vanskelig. Dersom man ikke deler diagnosen sin, er man tilsynelatende heller ikke *helt* åpen:

Cecilie: Jeg heter Cecilie. (...) Og jeg tror egentlig at jeg er en ganske medium-pluss åpen person (...) men det som nesten ingen vet, det er at jeg har en diagnose. Jeg har bipolar lidelse. (SS:1)

Cecilie: Jeg har fortalt lytterne masse om huet mitt, min *mentale* tilstand.

Else: At du er *kling-klong* ...

Cecilie: At jeg er *kling-klong-pling-i-bollen*. Og at jeg går på medisiner har jeg jo babla masse om. *Men* jeg har jo ikke fortalt *diagnosen min*. (SS:6)

I samtlige episoder av *Sinnssykt* blir hovedpersonen introdusert sammen med sin diagnose. Det varierer hvor mye som sies om personen først, men diagnosen presenteres alltid i løpet av introduksjonssegmentet med hovedpersonen, som regel etter en beskrivelse av personens symptomer. Diagnosen fremheves ytterligere ved at det klippes inn en plakater med grunnleggende informasjon om den. Dette bidrar til å gjøre diagnosen til en toneangivende del av fortellingen om hovedpersonen. Her er et eksempel på hvordan diagnose introduseres, i dette tilfellet hos Christian, som blir spurt om sin diagnose etter først å ha fortalt om en dramatisk hendelse han opplevde i russetida, og symptomene han opplevde i ettertid:

Cecilie: Hva er det psykologene sier at det er, da? Har de kommet med noe diagnose?

Christian: Ja, altså det er jo posttraumatisk stresslidelse, som det kalles, og en mild depresjon. Det er de to diagnosene jeg fikk.

[Innklippte plakater:]

POSTTRAUMATISK STRESSLIDELSE:

KAN RAMME MENNESKER SOM HAR VÆRT INVOLVERT I ELLER VÆRT VITNE TIL EN ELLER FLERE HENDELSER SOM OPPFATTES SOM LIVSTRUENDE ELLER SVÆRT TRAUMATISKE.

KILDE: HELSEBIBLIOTEKET

DE SOM HAR PTSD KAN GJENOPPLEVE DEN TRAUMATISKE HENDELSEN GJENNOM MINNER I LANG TID – I FORM AV ‘FLASHBACKS’ OG MARERITT.

KILDE: HELSEBIBLIOTEKET

DET ER VANLIGVIS IKKE ANBEFALT Å BEHANDLE PTSD MED MEDISINER.

KILDE: PSYKIATER ANNE KRISTINE BERGEM (SS:4)

Det ser altså ut til å være en spenning mellom et ønske om å nedtone viktigheten av diagnoser, og en oppfatning av at diagnoser *egentlig* er nokså viktig informasjon. Det er som om den tross alt sier noe sant om personen på et dypere plan, som man må dele om man skal være *helt* åpen.

I *Noia* fremheves ikke diagnoser på en like systematisk måte. Titlene på episodene viser noen ganger til diagnoser, for eksempel sosial angst og agorafobi, og andre ganger til det som kan kalles pseudo-diagnoser, for eksempel «diffus tvang» og «bedragersyndromet». Gjestene forteller i ulik grad eksplisitt om sin(e) diagnose(r), men diagnoser og symptomer er likevel sentrale elementer i fortellingene. Premisset for programmet er at deltakerne skal fortelle om sine erfaringer med angst, og begrepet *angst* brukes derfor gjennomgående i alle gjestenes beretninger. Gjestene introduseres, som nevnt i beskrivelsen over, ved at de blir bedt om å fortelle sin «angsthistorie». Angsthistorien innebærer ofte at de forteller om når de «fant ut at det var angst». I disse beretningene er diagnosen ofte et sentralt element, men den tillegges forskjellige egenskaper. Oppdagelsen av at noe viser seg å være angst kan grovt sett deles inn i to typer: i) Den ene handler om å finne ut at noe er angst i stedet for en mer eller mindre spesifikk *fysisk* sykdom, for eksempel hjertefeil eller kreft, eller i stedet for «å ha blitt gal». Her handler oppdagelsen om å skille mellom det å faktisk være fysisk syk eller å bli gal, og det å innbille seg og frykte dette. I det følgende utdraget oppdager Hege at «det var angst» på denne måten:

Hege: Og plutselig en dag i kantinen på jobben kom alt bare strømmende med kvalme, svimmelhet, trodde jeg skulle svime av, jeg var helt klam, og, ja, alt bare kom strømmende, da. (...) Jeg lurte på om jeg var blitt syk, men jeg skjønnte raskt at dette

var ikke en sykdom, etter at jeg hadde vært hos legen, og forsto kanskje at det var angst rett og slett, da, jeg hadde fått. (N:6)

ii) Den andre typen oppdagelse handler om at å komme frem til riktig diagnose mer spesifikt, noe som innebærer å skille mellom for eksempel stress og angst, spenning og angst, bekymringer og angst, sinne og angst, kjærlighetssorg og angst, mellom ulike angstlidelser, eller mellom angst og andre psykiatriske diagnoser (for eksempel depresjon, tvang og bipolar lidelse). Her forteller Anniken om å finne ut at det hun slet med viste seg å være sosial angst:

Anniken: Psykologen min var kanskje inne på det, men alt var så fokusert på depresjon og kjærlighetssorg. (...) Jeg var så ødelagt, og det ene mennesket jeg hadde stolt på etter alt som skjedde i min barndom, han gikk fra meg da, så jeg har nok ikke forstått at det var angst før i mye nyere tid, kanskje sånn for et år siden, da. Ja, når jeg var 20, da kanskje begynte jeg å forstå at, ikke bare at det var angst, men *sosial* angst. (N:6)

Mens den første typen oppdagelse fremstår nokså ukontroversiell, i og med at den først og fremst handler om hva noe *ikke* er, åpner den sistnevnte typen for mer innviklede diskusjoner om hvordan psykiske lidelser fremstilles. Den tenderer nemlig flere steder til en *tingliggjørende* måte å snakke om psykiske lidelser på. Tingliggjøring betyr at diagnosen og den psykiske lidelsen fremstilles som en naturlig entitet, for eksempel en underliggende sykdom, som *skaper* symptomene, heller enn at den forstås som en samlebetegnelse på de samme symptomene. Før vi går videre med flere eksempler på dette, vil vi si noe om hvorfor dette spiller noen rolle.

I psykiatriens historie er en tingliggjørende fremstilling av diagnoser knyttet til en medisinsk modell, og ofte et nevrovitenskapelig rammeverk der psykiske lidelser forstås som hjernesykdommer (Hoff, 2017). *Den medisinske modellen* setter psykiske lidelser på lik linje med somatiske sykdommer, som spesifikke entiteter som eksisterer uavhengig av de bestemte manifestasjonene av sykdom hos enkeltpersoner (Rosenberg, sitert i Horwitz, 2015). Noen vil hevde at *enkelte* diagnoser, slik som schizofreni og bipolar lidelse, sannsynligvis viser til underliggende hjernesykdommer, mens andre diagnoser bør forstås som heterogene samlebetegnelser. Etter flere tiår med forskning på det biologiske grunnlaget for psykiske

lidelser, har man imidlertid ikke klart å komme opp med reliable biomarkører for noen psykisk lidelse, noe som har fått selv biologisk orienterte forskere til å ta til orde for å gi opp jakten på det biologiske substratet til de gjeldende diagnosekategoriene (se for eksempel Hyman, 2010). I denne sammenhengen er det ikke så relevant å legge frem og ta stilling til denne diskusjonen, som er godt beskrevet andre steder (se blant annet Rose, 2019 og Hoff, 2017). Vi ønsker imidlertid å se nærmere på hvilke funksjoner det har i fortellingene, og hvilke konsekvenser det har for mottakelsen av dem, at et tingliggjørende perspektiv på psykiske lidelser fremmes.

Flere kritikere, aktivister og brukerorganisasjoner har bemerket diagnosenes stigmatiserende, reduserende og sykelliggjørende effekter (Brinkmann, 2016; Rashed, 2019). I vårt materiale er diagnoser imidlertid noe flere av deltakerne frivillig knytter seg til, med et språk som ofte ser ut til å basere seg på en medisinsk modell. Enkelte deltakere trekker eksplisitt frem det å få en diagnose som en positiv erfaring. Hvordan skal vi forstå dette? Sosiolog Nikolas Rose (2019) påpeker hvordan diagnoser tilbyr et språk for å snakke om lidelse. De gjør det mulig å tenke over lidelsens natur, opphav og sannsynlige implikasjoner. Videre kan diagnosen omgjøre diffuse og flyktige symptomer til en *sykdom*, og den tillater da en historie å bli fortalt om denne – hva som har ledet til den, hvordan den oppsto, og hvordan den skal bli behandlet (Rose, 2019). Brinkmann (2016) forstår dette som at diagnoser fungerer som *semiotiske mediatorer*, som vil si diskursive ressurser for vår selvforståelse. I sin studie av hvordan ADHD-diagnosen brukes av de som selv er blitt diagnostisert, trekker han frem tre funksjoner diagnoser kan ha som semiotiske mediatorer, som han også antar at gjelder for andre diagnoser. For det første kan diagnoser fungere *forklarende*, som vil si at diagnosene brukes til å forklare deltakernes livshistorie og handlinger. For det andre fungerer diagnosene *selvbekreftende*: «as a filter that transforms numerous life phenomena into symptoms that come to affirm the diagnosis» (Brinkmann, 2019, s. 64). Den tredje funksjonen han trekker frem, er en avart av den første, nemlig at diagnosene kan fungere *fraskrivende*, de kan brukes til å fraskrive seg ansvaret for sine handlinger. Brinkmann mener bruken av diagnoser som semiotisk mediator logisk sett er sirkulær fordi kriteriene for å sette diagnosen er tilstedeværelsen av de samme symptomene som diagnosen brukes til å forklare. Den forutsetter et syn på diagnosen som *noe mer* enn bare et navn på en klynge symptomer som opptrer sammen. Det krever altså tingliggjøring av diagnosen, eller som Brinkmann, (2016) sier det: at den forstås som en «harmful agent». I tråd med Brinkmanns prediksjoner er det

tydelig i vårt materiale at også andre diagnoser enn ADHD kan fungere som semiotiske mediatorer. Her er eksempler fra *Sinnssykt* og fra en paneldebatt i regi av *Noia*:

Færa: Da jeg fikk diagnosen min, da var jeg 22 år. På den ene måten så var det veldig godt, for da fikk jeg en bekreftelse på at, det er faktisk en grunn til at jeg er sånn som jeg er. Jeg er ikke 'psyko', som folk kalte meg, det var en grunn til det. (SS:1).

Malin: Altså nå har jeg selv fått to diagnoser. Så heldig er jeg. Jeg har både den der panikkangsten og så har jeg akkurat fått beskjed om at jeg har tilbakevendende depressiv lidelse. (...) [J]eg tror aldri jeg har vært så glad da, [som da] psykologen [sa] til meg at: 'Du er deprimert', på en måte. (...) Det var heller mer bare en *forklaring* på hvorfor ting har vært som de har vært fram til nå, da. Hvorfor jeg ikke klarer å få til det som alle andre får til i hverdagen. Hvorfor jeg ikke klarer å stå opp om morgenen. Sånn at for meg, så var det veldig sånn positivt, da, å få slengt på disse (...) merkelappene, faktisk. (N:Livesending)

I det følgende utdraget snakker Viktoria om hvordan det var for henne å få diagnosene sosial angst og panikkangst. Programleder Dancke trekker frem opplevelsen av å finne ut at det hun har slitt med «er noe»:

Viktoria: Nei. I to år visste jeg ingenting. Videregående var trøblete, mye skulking og mye alkohol og sånn, og så mista jeg en som var nær meg når jeg var 18, og da ble jeg veldig deprimert og så ble det så ille at jeg ble innlagt på DPS. Og da var det jo psykologer et par ganger daglig, som fortalte meg at jeg hadde sosial angst og panikkangst.

Christine: Så det var da første gang du fant ut at det du drev og følte på ... at det *er* noe.

Viktoria: Ja.

Christine: Hva tenkte du da?

Viktoria: Veldig deilig, jeg syntes det var kjempedeilig.

Christine: Bare det å finne ut hva det *er* liksom?

Viktoria: Ja, bare det at jeg ikke var *rar*. (1er) (N:8)

På tross av en skepsis mot diagnoser hos enkelte, ser vi altså at diagnoser tillegges betydning på to måter. For det første sentrerer diagnoser strukturelt i presentasjonen og fortellingene om deltakerne. For det andre tingliggjøres de og får i seg selv en kausal betydning i fortellingene og for deltakernes selvforståelse. Denne tingliggjøringen er ikke entydig, og, som vi skal se under (3.2.3 Angstens mening), finner vi også *psykologiske* teorier om lidelse i fortellingene. Når vi snakker om tingliggjøring her, er det viktig å merke seg at dette er en egenskap ved språkbruken, og ikke nødvendigvis ensbetydende med at deltakerne selv oppfatter diagnoser som symptomproduserende entiteter.

3.2.2 Diagnostiske og terapeutiske narrativer. Rosenberg (2002, s. 255) beskriver diagnostisering som «a ritual of disclosure: a curtain is pulled aside, and uncertainty is replaced—for better or worse—by a structured narrative». Vi har allerede sett at diagnoser kan utgjøre viktige omdreiningspunkter i deltakernes fortellinger. Men hva karakteriserer denne måten fortelle om seg selv på? Vi vil her kalle fortellinger som sentrerer rundt diagnoser og symptomer for *diagnostiske narrativer*. Hva som kjennetegner diagnostiske narrativer kommer klarere frem dersom vi sammenligner dem med det sosiolog Eva Illouz (2003) kaller *terapeutiske narrativer*. Fortellinger om oss selv gir ifølge Illouz (2003) livene våre mening, retning og hensikt. De er også på et vis *felleseie*, fordi «[they] draw upon broader, collective narratives, values, scripts that imbue these personal stories with socially significant meanings. Personal narratives can be linked to “cultural key scenarios,” which give them a collective dimension as well» (Illouz, 2003 s. 85–86). Selvbiografiske narrativer har altså både stor betydning for individets forståelse av seg selv og sitt liv, samtidig som de knytter seg til en kulturelt delt oppfatning om hvordan selvet og livet skal forstås.

Ifølge Illouz er det terapeutiske narrative et viktig skjema for hvordan vi i moderne vestlig kultur typisk strukturerer selvbiografiske fortellinger. Slik navnet tilsier, henter det terapeutiske narrative sine kjennetegn fra psykoterapeutiske tilnærminger til å forstå og fortelle om et menneskeliv. Det terapeutiske narrative er kjennetegnet av: i) at det er en selvbiografisk fortelling konstruert rundt lidelse; ii) lidelsen har sin rot i personens fortid; iii) lidelsen er en kilde til vekst; og iv) selve fremføringen av fortellingen tillegges betydning, slik som i terapirommet (Illouz, 2007; disse punktene er vårt eget forsøk på å oppsummere Illouz bruk av begrepet). Det typiske terapeutiske narrative, slik Illouz beskriver det, fortelles baklengs: Det starter med å identifisere noe som et problem i nåtiden, slik som et mål personen har problemer med å nå (for eksempel seksuell frigjøring, intimitet, selvrealisering),

deretter identifiseres det noe hos personen som er til hinder for å nå målet, som videre peker tilbake på årsaker til at disse personlige hindringene oppsto.

Det vi her kaller et *diagnostisk* narrativ, kan ses på som en variant av Illouz' terapeutiske narrativ, med noen kjennetegn som gjør at det skiller seg tydelig ut. For mens det klassiske terapeutiske narrativet betoner *årsaker* og *grunner* – gjerne betydningsfulle hendelser eller erfaringer – i personens livshistorie, betoner det diagnostiske narrativet *symptomer*. Den diagnostiske fortellingen starter gjerne med symptomdebut, og handler videre om hvordan personen søker å forstå sine symptomer gjennom medisinske forklaringsmodeller. Et viktig vendepunkt i fortellingen er når personen finner ut hva symptomene *er* gjennom å få en diagnose som forklarer dem. Her er et eksempel på dette fra både *Sinnsykt* og *Noia*, i tillegg kan enkelte av utdragene over (s. 23) tjene som eksempler på det samme:

Cecilie: Når jeg fikk symptomer på mine greier så følte det som det kom det veldig ut av det blå. Men når var det du merket at her var det et eller annet som skurra på en måte?

Espen: Det er fra jeg var ganske liten, sånn barneskolealder tenker jeg, så var det liksom, begynte med ritualer når jeg skulle legge meg og sånn. Jeg husker jeg sa 'Ja, natta', skrudde lysbryteren av og på mange ganger på rommet, og det er sånn som mange barn har da, litt sånn regler og ritualer. Mamma sjekka det på et tidspunkt, 'nei, han vokser av seg det'. Så jeg tror nok det må ha vært rundt videregående alder at jeg begynte å snakke med en psykolog, når jeg da skjønnte at det her kommer ikke til å gå over av seg selv, og det her gjentok seg hver dag. Og jeg oppdaga også at det kom på litt nye ting. Så jeg tror ikke dette ble snakka om spesifikt som *tvang* sikkert før jeg var 20 år eller noe. (SS:1)

Noe av det som kjennetegner det vi kaller diagnostiske narrativer, er at lidelsen *dekontekstualiseres*. Betoningen av symptomer og diagnoser ser ut til å fortrenge både typiske *terapeutiske* årsaksforståelser – noe som står i kontrast til det kulturelle skjemaet Illouz beskriver, der lidelsen peker på noe bakover i tid – og sosiale forklaringer. Det følgende utdraget gir en illustrasjon av dette i sin reneste form, idet Sindre blir spurt om årsaker til sin psykiske lidelse:

Christine: Er det noe du kan peke på som bakgrunnen for at du har hatt som du har hatt det?

Sindre: Nei, ikke egentlig. Depresjonen kom en dag, og så var den der, og siden ble den der. (N:25)

En annen side ved det diagnostiske narrative er at de årsaksforklaringene det rommer, ofte bærer preg av å være *mekanistiske*, heller enn *fenomenologiske*. Dette vil si at de beskriver kausale effekter (ofte omtalt som «predisponerende» eller «utløsende» faktorer) heller enn hvordan erfaringer former personens subjektive oppfatning av verden. Selv om grensene mellom mekanistiske og fenomenologiske forklaringer ikke er sylskarpe i praksis, vil vi likevel hevde at det er en tendens til at årsaker presenteres som kausale faktorer i den mer forenklete formen, slik som i eksempelet under, som er hentet fra et segment i *Sinnssykt* der deltakere forteller om årsakene til sine psykiske lidelser etter at det først blir vist en tekstplakat:

[Tekstplakat:]

DET ER MANGE OG SAMMENSATTE ÅRSAKER TIL AT NOEN UTVIKLER PSYKISKE LIDELSER. BÅDE ARV OG MILJØ HAR NOE Å SI, OG BELASTENDE LIVSHENDELSE HAR STOR BETYDNING.
KILDE: PSYKIATER ANNE KRISTINE BERGUM

Stig: Årsaken til at jeg har fått denne sykdommen er jo konkret det at det ligger til familien. Likevel så hadde jeg lenge den derre: 'Hvorfor akkurat meg'? Hvorfor ikke noen andre?

Synne: Den viktigste årsaken til at jeg har fått den sykdommen jeg har, er en generell utrygghet og ustabilitet i oppveksten, flere, eller ganske mange traumer.

Lene: Hovedårsaken er uten tvil mobbing som jeg har vært gjennom, hele barne- og ungdomsskolen. Jeg ble alltid trua med at jeg skulle bli slått ned, og fikk ofte trusler om at jeg skulle gå og henge meg selv og skulle ta livet mitt. Hvis noen snakket til meg så skjelte de meg ut i stedet for en vanlig samtale. (SS:2)

Her ser vi at genetikk, traumer og mobbing pekes på som mulige og sikre årsaker til at disse deltakerne i dag har psykiske lidelser. Om disse forklaringene er mekanistiske eller ikke, er

uklart, men vi mener innrammingen av uttalelsene skyver oss i retning av en mekanistisk forståelse av sammenhengene.

3.2.3 Angstens mening. Ved siden av at angst i *Noia* omtales som en lidelse og inngår i diagnostiske narrativer, er angst også fremstilt som en normalpsykologisk «naturlig alarmberedskap som vi har iboende i oss» (N:1). Fra dette perspektivet forstås diagnoser pragmatisk, som kategorier vi bruker når angsten er av en slik alvorlighet at den «hindrer deg i å leve det livet du ønsker deg å leve og hindrer normal livsutfoldelse» (N:1). En diagnose fremstår her som en praktisk sortering av de tilfellene der angsten er spesielt hemmende, og ikke navn på en sykdomsproduserende entitet, slik vi beskrev over. Dette gir rom for *psykologiske* teorier om angst, og i *Noia* finner vi at disse teoriene går i to retninger. For det første fremstilles angsten, med et perspektiv hentet fra kognitiv atferdsterapi, som en irrasjonell og begrensende faktor (frykt som ikke står i stil med situasjonen) som bør utfordres gjennom eksponering og endring av tankemønstre. For det andre får angsten den motsatte rollen, nemlig som en bestevenn eller et navigasjonssystem som forteller deg hvor dine grenser går. Fra det sistnevnte perspektivet er angsten et signal om at man har gått på akkord med seg selv. Dette bringer inn noe Illouz (2003, s. 233) mener er et viktig kjennetegn ved det terapeutiske narrative, nemlig at: «Here, suffering is described as a positive value because it is a “signal” that something must change.» Lidelsen fremstår paradoksalt nok som noe *ettertraktet* i enkelte av deltakernes fortellinger.

Synet på angst som et navigasjonssystem som vi bruker til å orientere oss i tilværelsens tilsynelatende uendelige valgmuligheter, knyttes til en oppfordring om at må bli flinkere til å lytte til *våre egne* behov. Angsten blir som en intuisjon om hva som er riktig for en selv, som en bestevenn, slik psykolog Carina forklarer her:

Carina: Det er like mange årsaker til panikkangst som mennesker som lider av det, men en fellesnevner kan i mange tilfeller være å gå på akkord med seg selv. Det betyr at mange innser at de har hatt signaler som de ikke har tatt på alvor, når de ser tilbake, og at panikkangsten er et resultat av noe som har fått lov til å bygge seg opp over tid. Og da blir jo angsten verdens beste venn, som tør å si fra. Og det er klart at hvis man kjører på akkord med seg selv og overser sånne signaler så må jo også angsten rope høyere. (N:4)

Disse ideene åpner for en narrativ struktur som kan inkorporere et vidt spenn av erfaringer. Ytre problemer kan *individualiseres* gjennom at de artikuleres som en indre kamp. Poenget er ikke nødvendigvis at ytre problemer ikke finnes, men at de viktigste slagene står på den indre slagmarken. I angstfortellingen til Christine, for eksempel, blir erfaringer med dårlig behandling og kjønnsdiskriminering innrammet som eksempler på hvordan hun ikke lyttet til seg selv, eller lyttet til angsten, og derfor ble syk:

Christine: Jeg var jo veldig opphengt i å finne ut hvorfor dette [angsten] har truffet meg, og så har psykologen min alltid prøvd å si til meg, sånn derre, ‘det har blitt for mye’, på en måte. (...) Jeg har stått i så mye, fra jeg dreiv med musikk da jeg var yngre, typ 18 da, og har alltid operert i veldig mannsdominerte arenaer, hvor jeg har fått høre unødvendig mye dårlig om meg selv, da, som jeg har tålt. For jeg har jo bare gitt så sykt faen i alt og vært veldig sånn sterk. Og det har jeg egentlig vært sykt stolt av. (...) Men så skjer jo dette selvfølgelig. Da får man jo en forståelse av at, jeg burde aldri ha tålt det jeg har tålt. Og jeg burde jo ha hørt etter, når det liksom klikker for meg, når kroppen min sier sånn: ‘Herregud!’. Altså det skriker inni meg sånn: ‘Hvorfor gidder du det her, liksom?’ (...) (N:4)

Verdier, kilder til mening og tanker om det gode liv fremstilles i denne sammenhengen som noe *personlig*, som man finner ved å søke innover, gjennom å stille seg selv spørsmål:

Carina: Jeg har heller lyst til å si at man skal omfavne livet og tenke på: ‘Hvordan ønsker jeg å leve? Hvordan ønsker jeg at mitt liv skal se ut? Hva er det jeg har lyst til å se tilbake på? Hva gir meg aller mest, hva betyr mest, hva gir opplevelsen av mening og verdi i mitt liv?’. Og leve i tråd med det. Og så lenge man lever i tråd med, og er tro mot seg selv, og i tråd med *egne* verdier og kilder til mening, så er sannsynligheten også mindre, tenker jeg, for at man går på akkord med seg selv. (N:4)

Slik kan angsten også lede oss til et forutbestemt mål. For å komme dit må vi lytte til oss selv hevdes det. Une, i utdraget nedenfor, mener angsten bidro til at hun sluttet på studiet sitt i Trondheim og flyttet til Nord-Norge for å bli turguide:

Carina: På den måten så blir angsten også en veiviser, som bringer deg nærmere det som betyr noe for deg. Ja, den hindret deg i å fullføre bachelorgraden, men den åpnet døren for noe annet.

Une: [D]et viser litt liksom, hvor latent det ligger i oss hvor vi egentlig skal hen, tror jeg, bare vi tør å høre etter. Og det er jo som jeg sa, ja, angsten har ødelagt mye for meg, men guri hvor mye bra den har gjort for meg også. (N:17)

Disse ideene kan forstås i lys av konseptet *selvrealisering*. Premisset er at vi har et stabilt indre selv, et slags potensial, som vi bør la komme til uttrykk. Som vi har sett over, er selvrealisering – selvet som stadig er på vei – en sentral del av det terapeutiske narrative. Nettopp fordi angsten her forstås som et verktøy for selvrealisering, fremstilles erfaringer med angst som en *berikelse*. Med denne logikken kan selv alvorlige livsbelastninger som det å miste jobben settes i en terapeutisk innramming og fremstå som en mulig berikelse. Det følgende utdraget er fra en lytterspørsmål-episode dedikert til korona-pandemien våren 2020:

Christine: Det er en som skriver: ‘Jeg er redd for at bransjen min skal gå dukken.

Selvtilliten min er forbundet med jobbidentiteten og hvordan skal jeg møte dette?’

Carina: Det er jo klart at det er en reell bekymring. (...) Men sannsynligheten for at det kan komme andre perioder av livet av en annen karakter enn nå, men hvor vi møter på [spørsmålet] ‘Hvem er vi egentlig?’ og hvem er vi uten noe vi forbinder med vår identitet, som for eksempel jobb. Så kan det være en gave å få jobbe litt med det akkurat nå, å få fristille seg litt og se hva er *dine* verdier og egenskaper som er uavhengig av din jobb. Det kan være en ganske brutal, men veldig *nødvendig* og *berikende*, mest av alt, prosess.

De gangene angsten rammes inn som noe hemmende og irrasjonelt, derimot, skal den møtes på en annen måte. Denne andre tilnærmingen er i tråd med prinsipper fra kognitiv atferdsterapi (KAT), men den er samtidig lojal til idealet om å være tro mot seg selv. Angsten, som ikke lenger er et signal man bør lytte til, skal da trosses med eksponering, men dette er motivert av ideen om å leve «slik man ønsker seg», uansett hva. I det følgende utdraget forteller Viktoria om hvordan angsten preget bryllupet hennes. Utdraget viser hvordan en ubehagelig erfaring der angsten tilsynelatende ødela, snus til en inspirerende fortelling fordi hun *ikke* lyttet til angsten:

Viktoria: Gjennom hele den dagen drakk jeg sikkert 4 flasker cava, og så fikk jeg et enormt panikkanfall på bussen på veien hjem og så husker jeg ikke mer, og det gjorde vondt.

Christine: (...) [J]eg blir skikkelig inspirert (...) jeg kunne aldri gått gjennom den opplevelsen, og så sitter du her, og det ble kanskje ikke som den opplevelsen du hadde ønska deg aller mest kanskje, men herregud, sånn er det jo med mange ting her i livet. (...)

Carina: Du velger å leve det livet du ønsker deg uavhengig av ditt indre vær, og det er et utrolig mot du viser, og det er veldig inspirerende. (N:8)

Felles for selvrealiserings- og KAT-perspektivet er en form for *relativisme* og *subjektivisme*. På den ene siden forstås verdier som noe hver og en av oss finner *i oss selv*, ikke noe som ligger fast uavhengig av vår personlige oppfatning. På den andre siden er det sjelden ytre omstendigheter i seg selv som er gode eller dårlige, men våre fortolkninger av dem. Begge perspektivene er videre kompatible med en idé om et stabilt selv som skal realiseres. Det fremgår imidlertid ikke av denne logikken *når* angsten er et navigasjonssystem og når den er en hindring på veien. Dette gjør rammeverket svært fleksibelt som narrativ struktur. For det første kan en enorm rekkevidde av erfaringer – som eksemplene med kjønnsdiskriminering og arbeidsledighet viser – rammes inn som fortellinger om det å være tro mot seg selv. For det andre kan både gode og dårlige erfaringer tolkes som positive og berikende i kraft av at de bidro til at personen kom nærmere seg selv.

3.3 *Hvorfor åpenhet?*

I tillegg til å bestå av fortellinger om psykisk lidelse, er det slående at *åpenhet* i seg selv er et helt sentralt tema i vårt materiale. Åpenhetskulturen er selvbevisst, i den forstand at deltakerne gjennomgående har et reflektert og av til også kritisk forhold til egen og andres åpenhet. I sammenheng med fortellingene som utgjør selve innholdet i åpenheten, kommer det ofte betraktninger om hvorfor åpenhet er viktig – både for samfunnet og personen som åpner seg. Dette gir grunnlag for en undersøkelse av deltakernes uttalte intensjoner med åpenheten og hvilken mening de tillegger den. Utgangspunktet for den følgende analysen er at metaperspektivet på åpenhet er en del av selve åpenhetskulturen.

3.3.1 Reduksjon av fordommer og normalisering. Som vi nevnte allerede i innledningen, er reduksjon av negative oppfatninger av personer med psykiske lidelser et av de oftest uttalte målene med åpenhet. At personer med psykiske lidelser viser seg frem og snakker ut, er ment å redusere stigma og fordommer, formodentlig ved at publikum erfarer at

personer med psykiske lidelser ikke nødvendigvis passer til stereotypiene. Denne visjonen er synlig også i vårt materiale, slik som i disse utdragene:

Vincent: Jeg har en idé om at jeg har lyst til å gå ut i en hage som jeg har vært med på å dyrke, og det er det å kunne snakke om det uten å møte tabuer, fordommer, og frykt og jeg føler at det er veldig viktig å sette ansikter på diagnosene. (SS:6)

Trym: Hvordan jeg synes det er å fortelle om sin egen diagnose på TV? Det er litt skummelt å være på TV, sånn sett. Men jeg håper jeg kan være med på å opplyse og bryte ned stigma og sånn rundt disse lidelsene. (SS:6)

En beslektet visjon er det som blir kalt *normalisering*, som innebærer å vise at personer med psykiske lidelser er som alle andre – de er *vanlige folk*. Her er et utdrag der psykolog Carina forklarer hvorfor hun er med i programmet:

Carina: Jeg ønsker å være med på å normalisere hva lettere psykiske lidelser er, og lettere psykiske lidelser er angst og depresjon og stressrelatert problematikk (...) Jeg ønsker å bidra til å vise at angst har veldig mange ansikter. (N:1)

En måte normalisering fremmes på i *Noia*, er gjennom å omtale angst som en *tilstand*, i motsetning til noe permanent ved personen, slik som i dette utdraget:

Christine: [D]et [er] kanskje er først nå i senere tid jeg forstår det alle sier hele tiden om at angsten er en *tilstand*, for jeg har trodd at det har vært meg og at jeg har blitt helt gæren i hue, og at jeg aldri kunne bli meg selv igjen, mens nå begynner jeg å forstå at, ok, jeg var i en tilstand, det var ikke at *jeg* hadde blitt annerledes, det har tatt skikkelig lang tid for meg å forstå at det ikke har vært personligheten min som har blitt annerledes, det er bare jeg som har vært i ulaget, på en måte da. (N:7)

Normalisering skjer samtidig ved at deltakerne som åpner seg opp fremstår som gjennomgående upåfallende, altså som «vanlige folk». Med unntak av ett eksempel, nemlig hovedpersonen i første episode av *Sinnssykt*, er det ingen av deltakerne som «viser frem» sine symptomer. En av lærdommene vi som seere formodentlig forventes å trekke fra dette, er at vi ikke kan se på folk at de har en psykisk lidelse. Brinkmann (2017) har påpekt at denne måten å fremstille psykiske lidelser på kan føre til en utilsiktet logikk, der psykiske lidelser paradoksalt nok oppfattes som noe permanent ved personen som vedvarer selv i fravær av

manifeste symptomer.³ Så selv om målet er å vise at «de» er akkurat som «oss», *kan* konsekvensen være at en styrking av oppfatningen om at psykiske lidelser er noe man egentlig aldri blir kvitt, noe som alltid ligger *under overflaten*. Altså kan det være at normalisering på denne måten kan styrke en tingliggjøring og «kronifisering» av psykiske lidelser.

En annen side ved normaliseringens utvidelse av grensene for det normale, er at den likevel innebærer en gresedragning opp mot noe som faktisk *er* unormalt og fryktet, som for eksempel det å være «klin gæren», slik utdraget under viser:

Christine: Ja asså, det er jo det beste, jeg holder ikke på å bli helt gæren, jeg bare har det på en måte som veldig mange andre også har det. Og det er jo selvfølgelig fortsatt dritt, men det hjelper jo å vite at man ikke er alene og holder på å bli *klin gæren* liksom. (N:8)

Det er ikke overraskende at slike begreper brukes om det på andre siden av normalitetsgrensen. Begreper som «gæren» og «ustabil» er nedsettende og bærer i seg mange av de fordommene som åpenhetskulturen tar sikte på å knuse. I tillegg er et av kriteriesymptomene på panikkklidelse er nettopp en frykt for å bli gal, noe som gjør dette nærliggende å diskutere for deltakere i *Noia*. Det vanskelige problemet åpenhetskulturens normaliseringsprosjekt står overfor, blir likevel å finne ut av hvem som skal inkluderes i fellesskapet av «normale» og hvem som ikke skal det.

3.3.2 Problemet med kunnskapsmangel. I *Noia* artikuleres gjentatte ganger en teori om at angst og andre psykiske plager i hvert fall delvis skyldes eller opprettholdes av en *kunnskapsmangel* i befolkningen. I utdraget under presenterer psykolog Carina problemet:

Carina: Det er mangelvare. Kunnskap om grunnleggende psykologi er mangelvare i samfunnet, og vi trenger det allerede, tenker jeg, fra barneskolen av, lære hva er en tanke, hva er en følelse, hva skjer når vi kommer i en tilstand av angst, hva skjer når vi blir nedstemte eller deprimerte, hva skjer i et stresslandskap. Og tenk hvis man også visste at når du begynner å få det bedre igjen så kan det også være skummelt fordi da

³ Igjen er det verdt å bemerke at dette ikke nødvendigvis er et illegitimt syn i alle tilfeller. Vårt poeng her er at denne måten å fremstille personer med psykiske lidelser på kan bidra til å generalisere dette synet, og at det kan ha utilsiktede konsekvenser for hvordan vi forstår problemene det er snakk om.

er det uvant, såne enkle informasjoner kan være veldig hjelpsomt og veldig, veldig nyttig. (N:14)

Enkelte hevder at hadde de bare visst mer om hva psykiske lidelser er, så ville de kanskje hatt det bedre med sine plager – det kan til og med hende de hadde sluppet dem helt:

Christine: Jeg mener jo bestemt at dersom noen hadde laget denne podkast-serien til meg for fem år siden, så hadde ikke dette skjedd meg.

Malin: Ikke meg heller! (TV2, 2018)

Åpenhetskulturen tenkes som et botemiddel for problemet med kunnskapsmangel, og samtidig en arena som brukes for å etterspørre *mer* kunnskap til befolkningen for øvrig, for eksempel gjennom grunnskoleopplæringen.

Teorien om manglende kunnskap åpner for spørsmål om hvilken type kunnskap som er nødvendig, hvem som innehar denne kunnskapen, og på hvilke livsområder vi trenger den. Ut fra vårt materiale er det liten tvil om at den typen ekspertise som etterspørres er kunnskap om psykologi, og dermed at psykologer er de som i størst grad besitter den etterspurte kunnskapen. Dette kan også gå på bekostning av andre kulturelle autoriteter, slik utdraget under illustrerer:

Faten: Men jeg vil ikke sette meg på bønneteppet mitt, fordi når du knekker et ben, så drar du til legen, det samme skal du gjøre med mental helse, altså, med psykisk helse. Du drar til en lege, en psykiater, til en psykolog, snakker med fagpersoner, du sitter ikke på bønneteppet når du brekker beinet ditt og tenker: ‘Ja, det får blø ihjel, men det går bra, Gud fikser det’. (N:26)

Faglig kunnskap om psykologi fremstilles blant annet som en forutsetning for å vite hva *tanker og følelser* er for noe. Argumentet her er at selv slike hverdagslige psykologiske begreper er mystiske og utilgjengelige for folk flest og at vi trenger en vitenskapelig tilnærming for å forstå dem. I det følgende utdraget beklager Carina seg over kunnskapsmangelen:

Carina: Vi har flere tusen tanker i løpet av en dag, og det tenker vi jo ikke over, og det lærer vi heller ikke noe om, ikke i skolen, ikke arbeidssammenheng, det er veldig lite

kunnskap om psykologi og hvorfor vi tenker, føler og handler som vi gjør, så jeg tenker at vi kan øve oss på å gjenkjenne tanker, og legge merke til de og stille kritiske spørsmål, forholde oss litt mer distansert til måten vi tenker på. (N:6)

Dette kaller på noen spørsmål. På hvilke livsområder er slik kunnskap nødvendig? Og hva slags type problemer skal håndteres med psykologfaglig ekspertise? Det kan virke som om svaret *Noia* antyder, er: *Alle*. Det er noe grenseløst over teorien om manglende kunnskap, fordi nesten alt i prinsippet kan gjøres til gjenstand for psykologisering. Omfanget av *Noia* som program underbygger dette inntrykket. Som nevnt over inneholder første sesong av *Noia* 16 episoder, deretter kom andre sesong, med elleve nye episoder og dessuten elleve bonusepisoder der Christine og Carina svarer på spørsmål fra lytterne. Tredje sesong slippes i 2020. Videre ser vi at programmets tematikk kan utvides bredt. Mange av episodene er dedikert til ulike typer angst (panikkangst, tvang, sosial angst, prestasjonsangst, PTSD, helseangst, bekymringsangst og angst for angst). Flere episoder handler om «angst og ...» et eller annet vidt eller snevert tema, slik som arbeid, familie, planlegging, hijab, mørketid, ferie og høytid. Våren 2020 ble det sluppet to spesialepisoder i forbindelse med koronavirus-utbruddet med titlene «Krise & usikkerhet» og «Isolasjon & katastrofetanker». Disse episodene er gode eksempler på hvordan teorien om manglende kunnskap bidrar til å omgjøre samfunnsmessige problemer til psykologiske problemer som kan håndteres med psykologiske strategier og teknikker. Psykolog Carina beskriver i det følgende utdraget ulike reaksjoner på det å bli permittert fra jobben ut fra en «kjemp eller flykt»-modell, og gir tips til hvilke teknikker man kan bruke for å håndtere situasjonen:

Christine: Det er flere som har fått beskjed om at det blir permitteringer til uka, noen har fått beskjeden allerede. Dette med å ikke ha jobb og så er det på ubestemt tid. Er det noen måte å håndtere det på?

Carina: Ja, det kan være mange ulike måter å håndtere det på. Noen blir veldig handlekraftige, og går inn sånn *fight*-beredskap i en sånn fase, lener seg frem og finner veier (...) Andre *fryser*, som vi snakket om i sted, og blir handlingslammet. (...) Og så er det de som kanskje går inn i en sånn *flukt*, og synes det vanskelig å forholde seg til, og litt under jorden og under virkelighetsoverflaten, og vil jo da møte virkeligheten på et annet tidspunkt. (...) Og det kan være god mental hygiene da å avtale at man har noen å snakke med daglig og deler og reflekterer. Man kan også ha en type dagboksform, hvor man noterer seg (...) 'Hva har vært det fineste i dag, hva har

beriket meg?’, så kan man på den måten finne ut av, hva er det som gir verdi i disse underlige dagene, hva er det jeg kommer tilbake til og legger merke til som *næring*. (N:Krise & Usikkerhet)

3.3.3 Åpenhet som terapi. Deltakerne refererer ofte til «åpenhet» uten å spesifisere akkurat hva som menes med begrepet. Det fremstår likevel som at det er to hovedtyper åpenhet de ofte har i tankene. Den ene typen åpenhet, som vi vil kalle *privat åpenhet*, viser til å åpne seg om sine plager til de nærmeste i sin omgangskrets, for eksempel familie, venner eller kollegaer. Den andre formen for åpenhet, som vi vil kalle *offentlig åpenhet*, innebærer å åpne seg i offentlige eller delvis offentlige fora, slik som i massemediene eller i sosiale medier og blogger. I begge disse formene for åpenhet kommer det vi vil kalle åpenhetens *terapeutiske potensial* til syne – her løst definert som en form for lettelse av psykiske plager, både for publikum og deltakerne i programmene.

I *Noia* deles flere historier om hvordan åpenhet overfor familie, venner og kolleger – privat åpenhet – har bidratt til en reduksjon av plager og symptomer for deltakerne. Deltakerne formidler altså at det hjelper å snakke med andre om problemene sine. Dette kan da beskrives som fortellinger om erfaringer med den terapeutiske effekten av privat åpenhet. Her er eksempler fra *Noia* på slike fortellinger om hvordan det å åpne seg «til alle» har hatt terapeutiske effekter for deltakerne:

Hege: For meg var det veldig viktig å være åpen om det, og jeg fortalte det til alle på jobb, venner og egentlig alle som jeg snakket med. For det var så viktig for meg at folk visste det. Det hjalp meg veldig å være åpen om det. Hvis ikke tror jeg det hadde vært en veldig mye tyngre prosess. Bare det å vite at folk vet det, det var veldig betryggende.

Christine: Ja, hva var reaksjonene egentlig, da du fortalte det?

Hege: (...) Folk var fantastiske. Det har vært veldig godt å snakke med folk og jeg har bare blitt møtt med gode ord, ingenting annet. Så jeg er kjempeglad, ja, for at jeg fortalte det til alle. (N:6)

På samme tid fremholdes det motsatte av åpenhet både som en opprettholdende og forverrende faktor ved psykiske plager. I eksempelet under fremstilles lukkethet som en

trussel mot både egen og befolkningens psykiske helse, og som en byrde større enn den psykiske lidelsen i seg selv:

Christine: Det er så mange som tok kontakt med meg da jeg var åpen om hva som hadde skjedd, og utrolig mange av de forteller jo at de ikke har sagt det til noen. Og det er jo da jeg kjenner at jeg får så vondt inni meg, nettopp fordi både du og jeg, Viktoria, har kommet til et sted hvor vi bare sier det, på en måte, i gåsetegn, 'til alle'. (...) Og det gjør så vondt for meg å tenke på alle som sitter der ute og bærer på dette her alene. Fordi det er kanskje den største byrden. Altså større enn panikkangst i seg selv, på en måte. (N:8)

Offentlig åpenhet blir både eksplisitt og implisitt fremstilt som en modell for privat åpenhet. Antakelsen ser ut til å være at personer som åpner seg offentlig både vil demonstrere hvordan det kan gjøres og bidra til å redusere stigma, og dermed å ufarliggjøre selve handlingen det er å åpne seg. Dette fremstilles som en av hensiktene med den offentlige åpenheten, slik som i utdraget under, der Else kaller det vi har kalt privat åpenhet, for *relasjonell åpenhet*:

Else: Det kan jo bli en sånn medieaktig debatt om at: 'Er det nok åpenhet?' Og det tror jeg ... det er det ikke. Fordi det handler ikke om at man må øse ut på Facebook: 'Jeg har det sånn nå', men tørre å si til søsteren sin eller noen på jobben at man kanskje ikke har det så bra. Relasjonell åpenhet, da. (TV2, 2019)

Det ser imidlertid ut til at den offentlige åpenheten *i seg selv* er betydningsfull på ulike måter for deltakerne. Det å åpne seg *i selve* podkasten oppleves nemlig som terapeutisk for flere av dem. Her handler det fortsatt om å dele psykiske plager offentlig, men selve formatet innebærer at det på samme tid deles *både* til offentligheten og ansikt til ansikt med de som er til stede i studio. Her er det altså elementer fra både privat og offentlig åpenhet til stede, og i tillegg elementer fra psykologisk behandling. Det nevnes gjentatte ganger i *Noia* at podkasten «ikke er behandling» (for eksempel N:1), men flere deltakere bemerker nettopp den terapeutiske effekten det å være gjest (og programleder) medfører. I eksemplene under sammenligner deltakerne sine opplevelser av å spille inn podkasten med en terapitime:

Malin: Og min motivasjon nok en gang der, det var jo det at: 'Gurimalla, herregud, kan jeg drive og snakke om det her og liksom få ...', som du [Christine] sier: at hver gang du snakker om det i podkasten din og sånn, så er det en form for terapi. Sånn

som bare å sitte her foran dere i dag og drive og liksom grave i dette her gang på gang på gang, det er en form for terapi. (N:dirktesending)

3.3.4 Virtuelle lidelsesfelleskap. Åpenhet skjer ikke bare i nære relasjoner eller i mediene, og flere av deltakerne både snakker om og utøver åpenhet også på andre arenaer. Å åpne seg om sine plager i den *digitale* offentligheten, særlig på sosiale medier, har for flere deltakere hatt terapeutiske effekter, slik en deltaker beskriver her:

Une: [Jeg] begynte bare å dele mer og mer om mine erfaringer med angst og hvordan jeg opplever å ha det (...). Det har ikke kurert meg, men det er en 'medisin' da, i gåseøyne, som jeg bruker for å holde det litt i sjakk. (N:17)

I fortellingene om hvordan åpenhet i den digitale offentligheten har en terapeutisk effekt for den som åpner seg, vektlegges responsen i form av «likes», kommentarer og andre former for tilbakemeldinger. Disse tilbakemeldingene utgjør en form for sosial valuta, og noe av det terapeutiske synes å ligge i å få offentlig sympati og anerkjennelse for problemene sine. Her forteller to deltakere i *Noia* om sine erfaringer med denne formen for respons:

Eli: [Responsen] har vært veldig bra (...) 260 likes og 50 kommentarer. (...) Jeg var veldig redd for at det skulle bare forbigå i stillhet, men det har det ikke gjort. (...) Jeg får litt sånn varmfølelse inni meg. Og det gir meg litt mer tro på fremtiden, rett og slett. (...) Med den responsen, ja, så skal jeg i alle fall fortsette å prøve å være [på jobben].

Christine: (...) Tenk at en så, misforstå meg rett, liten ting som å skrive et innlegg som du får god respons på kan være det som på en måte tar sinnsstemningen din fra: 'Shit, kanskje jeg aldri kan jobbe [på arbeidsplassen] mer', til sånn: 'Oj, wow.'

Carina: Det er helende. (N:23)

Illouz (2003) viser i en studie av diskusjonsforumene på nettsidene tilknyttet *Oprah Winfrey Show*, hvor psykiske plager er en tilbakevendende tematikk, at det standardiserte terapeutiske narrative kan generere «virtuelle lidelsesfelleskap». Forstått med Illouz oppstår slike digitale lidelsesfelleskap ved at de som åpner seg opptrer både som sine egne og hverandres terapeuter, gjennom å benytte den fleksible terapeutiske diskursen til å ramme inn eller respondere på hverandres åpenhet. Åpenhet om en diagnose vil være et eksempel på hvordan

et terapeutisk konsept blir et felles utgangspunkt for et slikt lidelsesfellesskap. Illouz observerer i sin studie at offentlig åpenhet om lidelse knyttet til sosiale vansker, slik som fattigdom, i mindre grad enn terapeutiske fortellinger genererer respons og utløser lidelsesfortellinger fra andre (Illouz, 2003). Et eksempel på hvordan dynamikken i et slikt fellesskap ser ut, er kommentarfeltet under Facebook-innlegget der programleder Dancke for første gang åpnet seg om sine psykiske plager offentlig (Dancke, 2016). Kommentarfeltet under innlegget er preget av hjerte-symboler og støtteerklæringer hvor ord som «sterk», «respekt», «tøff» og «modig» går igjen. Videre utløser Danckes innlegg en rekke kommentarer som består av lignende fortellinger om psykiske plager, noe som synes å gjenspeile dynamikken i de virtuelle lidelsesfellesskapene, slik de er beskrevet av Illouz. Under er et eksempel på en slik kommentar, fra kommentarfeltet under Danckes innlegg:

Facebook-bruker: Christine <3 <3 <3 Så fantastisk bra at du deler dette med omverden. Dette vil gi gjenklang hos veldig mange mennesker som – forhåpentligvis, i kraft av deg – ikke lenger vil kjenne seg alene om å ha det nettopp slik. Jeg hadde det slik under store deler av min tid på ungdomsskolen og videregående, og kjenner meg litt igjen i flere av tingene du skriver. Ble vått i øyekroken her til og med – mest fordi jeg synes det er beundringsverdig av deg å dele dette. Jeg fant ubeskrivelig stor hjelp i meditasjon. Har aldri hatt det så bra som etter at jeg begynte med det :-) Ønsker deg virkelig alt det beste <3 <3 <3

Den digitale åpenheten synes å representere en kilde til åpenhetens terapeutiske funksjoner, idet deltakere bruker den som et hjelpemiddel for å håndtere sine psykiske plager. På samme måte som at åpenhet til venner og kollegaer gjerne beskrives som en hurtigvirkende løsning på presserende vansker knyttet til de psykiske plagene, representerer også fortellingene om digital åpenhet vitnesbyrd om at dette tilsynelatende er en rask og effektiv måte å få det bedre på.

3.4 Hvem er – og blir – de som åpner seg?

Den offentlige åpenheten kjennetegnes gjerne ved at den får en tilbakevendende karakter: å åpne seg blir noe mange av deltakerne gjør igjen og igjen. Selve åpenheten blir dermed en viktig del av deltakernes fortelling om seg selv. Ifølge Brinkmann (2016) vil ulike aspekter ved diagnoser, enten som noe en person *har*, *er* eller *gjør* kunne tre tydeligere frem innenfor

spesifikke sosiale praksiser. For eksempel kan deltakelse i ulike former for pasientorganisasjoner som selvhjelps- og støttegrupper ofte gjøre at identitetsaspektet kommer i forgrunnen (Brinkmann, 2016). Åpenhetskulturen har flere av kjennetegnene til både selvhjelps- og støttegrupper, hvor det er et uttalt ønske om å på samme tid hjelpe både seg selv og de andre medlemmene av gruppen. Det å engasjere seg i en sak kan i seg selv være en viktig del av folks identitet, og dette blir antakeligvis ytterligere forsterket hvis engasjementet springer ut av personlige problemer. Noe av appellen ved åpenhetskulturen synes nettopp å være at den representerer en viktig identitetsbærer for deltakerne, og vi skal i denne delen av analysen se nærmere på hvordan dette foregår i vårt materiale.

3.4.1 Åpenhetsaktivistene. I materialet vårt fremstår offentlig og privat åpenhet som et gode og et botemiddel for flere store problemer knyttet til psykiske lidelser i samfunnet. På samme tid er det flere eksempler på at deltakere i *Noia* og *Sinnssykt* opplever det å åpne seg offentlig som «skummelt» (N:17, N:24, SS:6), «skremmende» (N:25), som «en utfordring» (N:23) og som «et offer» (N:25). Det synes å være en utbredt oppfatning at åpenhet på ulike måter innebærer en risiko for deltakerne. Her er to deltakere som diskuterer risiko knyttet til det å åpne seg om at de har diagnosene bipolar lidelse og borderline personlighetsforstyrrelse:

Cecilie: Jeg er litt redd for at etter at jeg sier dette og deler min historie, at jeg skal bli 'bipolar-Cecilie'. (SS:6)

Færa: [J]eg er veldig redd for at de [som ser TV-programmet] skal henge seg opp i dette her nå, og tenke at oi! Færa er gærn, Færa er syk, jeg er livredd for å få det stempelet. (SS:6)

Men åpenheten oppleves som så viktig at de likevel tar på seg denne byrden. Her er to eksempler på dette fra *Sinnssykt*:

Cecilie: Du synes jo det er litt skummelt, hvorfor gjør du det allikevel?

Emil: Jeg tror jeg gjør det for den følelsen av at jeg gjør noe litt større enn meg selv. Syk og frisk, at det skillet må bli mindre. Det er en *krig*, liksom. (...)

Cecilie: Psykisk helsekrig?

Emil: Ja, psykisk helsekrig! Jeg føler at jeg gjør en liten jobb, at det er en tung byrde å bære, men det er verdt det. (SS:3)

Thyra: [J]eg har ikke noe problemer med å kanskje være den som går foran. Ta en for laget, da! Fordi om jeg hjelper ett menneske så får gjerne 50 andre stå og snakke skitt om meg liksom. Det går bra. (SS:6)

Offentlig åpenhet omtales som «modig» (N:6) og «tøft» (SS:6), samtidig som det understrekes av programleder Dancke at «det å være åpen [i offentligheten], det er selvsagt ikke for alle» (N:1). Det tydeliggjøres med slike fremstillinger at den offentlige åpenheten assosieres med både mot og vilje til å utsette seg for potensielle negative ringvirkninger av åpenheten for at andre skal få det bedre. Flere deltakere opplever altså at de risikerer noe, men at de ofrer seg for «noe som er større enn seg selv» og for de andre på «laget». Deltakerne som passer denne beskrivelsen, vil vi her kalle *åpenhetsaktivister*. Rollen som åpenhetsaktivist kjennetegnes av å sette andre foran seg selv i kampen for å oppnå de kollektive godene åpenhetskulturen forventes å gi. Kostnadene det kan medføre å være åpenhetsaktivist gjør at denne rollen kanskje bare passer for en begrenset gruppe mennesker. Det er imidlertid ikke klart hva som skiller disse fra resten av befolkningen med tilsvarende plager og diagnoser.

Samtidig er deltakerne også opptatt av å ta vare på seg selv. For eksempel sier programleder Furuseth i *Sinnsykt*: «Jeg er veldig usikker på hvordan jeg kan være åpen offentlig og samtidig skåne meg selv» (SS:6). Dette får frem en sentral rollekonflikt for åpenhetsaktivistene: hvordan balansere behov for privatliv og skjerming av sårbare og mindre sosialt aksepterte sider ved selvet, med forventningene til offentlig åpenhet for samfunnets beste? Som svar på dette foreskrives det underveis i programmene ulike tiltak, både av psykologer og av deltakerne selv. Blant annet vektlegges viktigheten av å ikke dele *samtidig* som man opplever psykiske plager, men vente til det har gått over, slik at man har mer kontroll over hva og hvordan det deles. Her er et eksempel fra psykolog Hedvig Montgomery sine «prinsipper for åpenhet», som presenteres i en episode av *Sinnsykt*:

Hedvig: Det å få den sympatien man blir møtt med, er kjempegodt, men har du det dårlig så betyr det for mye, og det blir for tomt etterpå. Så skal du dele ting som virkelig betyr noen ting, så skal du være på et godt sted i livet ditt. (SS:6)

Videre følger et eksempel hvor en deltaker i *Noia* i tillegg opplever at den offentlige åpenheten medfører økt symptomtrykk. Men her fremheves det at åpenheten hjelper *andre* som det viktigste:

Une: [J]eg får jo angst av å dele at jeg har angst, det er klart det. Jeg deler jo ganske åpent og ærlig om mine opplevelser og jeg er ofte veldig redd for at noen skal ta det feil (...) Og så er jeg redd for at noen skal synes jeg er kjempeteit. Så ja, det trigger absolutt angsten min å dele om angsten. På den andre siden da, så gir det meg så sinnssykt mye òg, fordi jeg at får de tilbakemeldingene jeg får fra andre, at det hjelper folk, og da tenker jeg at det er *det* man må fokusere på, da. (N:17)

Madsen (Madsen, 2017, s. 112) stiller det ubehagelige spørsmålet: Hva om åpenheten slettes ikke demper de psykiske lidelsene, men – som i eksemplene over – bidrar til å *forsterke* dem? I den grad dette stemmer for enkelte deltakere i vårt materiale, styrker det oppfatningen om at åpenhetsaktivistene «tar en for laget». Å være en åpenhetsaktivist tilbyr som vi har sett en posisjon som modig og uselvsk, da åpenheten innebærer en risiko for de involverte samtidig som dette antas å være viktige bidrag i kampen for avstigmatisering og normalisering av psykiske plager og lidelser. De aktivistiske aspektene synes å være en viktig del av det å åpne seg, men som vi skal se i avsnittene under, rommer åpenhetskulturen også flere muligheter for handling og selvforståelse.

3.4.2 Å være «en som åpner seg». Åpenhetskultur handler som nevnt ikke bare om å snakke om psykiske plager, men også om å snakke om åpenhet i seg selv. For enkelte av deltakerne har rollen som åpenhetsaktivist på denne måten blitt en del av deres identitet, som da kjennetegnes av både åpenhet om psykiske plager og en eksplisitt identifisering som «en som åpner seg». Åpenhet er blitt noe de dedikerer seg til nærmest på fulltid. En slik form for identitetsdannelse kan for enkelte være et supplement til en allerede etablert offentlig tilstedeværelse. Madsen (2017) mener at «den nye åpenheten» ser ut til å bestå nettopp av kjente personer, som da i tillegg til å åpne seg om psykiske plager tilbyr noe interessant i kraft av sin kjendisstatus. Her vil åpenheten kunne sies å utgjøre en *del* av varemerket. I materialet vårt er det imidlertid tydelig at åpenhetskulturen ikke bare er for kjendiser. Den består, i tillegg til kjendiselementet Madsen viser til, av helt «vanlige» folk – men også av personer

som får en offentlig profil *i kraft av* sin åpenhet.⁴ Sistnevnte er en type åpenhetsaktører med åpenhet om psykiske plager som det sentrale definerende elementet for deres offentlige profil. Åpenheten utgjør her *selve* varemerket. I det følgende utdraget fra en paneldebatt i regi av *Noia* er det nettopp dette som er tema:

Malin: Alle vil bli kjendis uten at du nødvendigvis trenger å gjøre noe spesielt. Før følte jeg liksom at kjendiser var noe som ...

Christine: ... Ble kjent fordi de gjorde noe skikkelig bra?

Malin: Ja, for eksempel! Men nå er det på en måte sånn, nå kan du også bli kjendis hvis du er psykisk syk, da. (N:dirktesending)

Åpenhetskulturen synes til og med for noen å legge til rette for en form for «åpenhets-entreprenørskap», hvor fortellinger om psykiske plager er en vare som synes å holde stabilt høy kurs, noe som også gjenspeiles i de høye lytter- og seertallene i vårt materiale. Deltakeren i utdraget over, Malin, som har også tidligere deltatt i programmet *Jeg mot meg* (Kjøs, 2016), er et eksempel på en slik offentlig identitetsdannelse hvor åpenheten i seg selv er helt sentral:

Christine: Du lever av angst!

Malin: Jeg lever av angst. Jeg holder foredrag om min prestasjonsangst. Jada, det er skikkelig ironiske greier og jeg hater det. Fordi det er helt forferdelig altså. Jeg gruer meg og angrer meg hver eneste gang. Men så gjør jeg det, holder det, og så kommer liksom tilbakemeldingene etterpå. (N:dirktesending)

De «ironiske greiene» som trekkes frem av Malin er en sentral del av det som for Illouz (2003, s. 33) utgjør det terapeutiske narrativets paradoksale logikk, som vi også har vært innom over: «the story is not about the success, but about a failed self – which is what brings success». Slike fortellinger handler ikke om suksess *på tross av* sine plager, snarere springer suksessen ut av at man har disse svakhetene og deler dem i offentligheten (Illouz, 2003). Denne dynamikken hvor åpenhet om psykiske plager bidrar til at en person oppfattes som «mer hel» og blir «enda kulere» kommer frem i et eksempel fra *Noia*:

⁴ Et flertall av deltakerne i *Noia* er personer som enten er kjent fra media eller arbeider i mediebransjen. Disse er bloggere (N:8; 9; 17), musikere (N:2; 3; 20), én politiker (N:14), én idrettsutøver (N:10), programledere (N:13; 18; 26), én komiker (N:22), én skuespiller (N:24) og én medieprodusent (N:11). Én deltaker i *Sinnssykt* er blogger (SS:5).

Jannecke: [Angsten] tar jo ikke fra meg evnen til å være hun gøyale programlederen.

Christine: Nei, jeg vil si kanskje at det gir deg evnen til å være noe mer. At du blir mer hel, hvis man kan si det sånn da, at jeg tenker sånn, oi shit, har hun den siden også? Så spennende, og enda kulere at hun er den gøyale programlederen. (N:18)

I *Sinnssykt* møter vi deltakeren Emil som åpner seg om sine psykiske plager som frontfigur i bandet «De Psykt Gode Vennene», et band som har psykiske lidelser som den røde tråden i deres tekstunivers. Deltakeren forklarer selv at musikken «handler om å opplyse om mental helse – og så hjelper det meg» (SS:3). I programmet får vi se hvordan bandet backstage varmer opp til en konsert med et kamprop som lyder: «Weak is the new strong!». I utdraget under forteller en deltaker i *Noia* om erfaringer med å åpne seg om sine sårbare sider i et dokumentarteater:

Faten: [P]ublikum elsket ‘Faten den sårbare’, ‘den sinte’, ‘den som gråter til slutt’ (...) [D]et følte veldig godt å være sårbar foran mennesker, og ikke være flau (...). Etter det så begynte jeg å lære meg liksom at: ‘vet du hva, jeg skal ikke være flau over å være sårbar, jeg skal ikke være flau over at jeg har angst, jeg skal ikke skjule meg’.
(N:26)

Svakhet og sårbarhet utgjør for flere av deltakerne omdreiningspunkt for deres selvbiografiske fortelling, og løftes frem som noe «vakkert» som signaliserer «styrke». Ifølge Illouz (2003) er slike narrativer identitetsskapende, da de sårbare sidene av selvet blir utgangspunktet for hvordan fortid og nåtid sys sammen til en helhetlig fortelling. Som vi har sett over, skjer dette i vårt materiale ofte ved at diagnosen blir selve «beholderen» for lidelse og sårbarhet. Utdraget under viser hvordan et slikt identitetsskapende narrativ kan struktureres:

Anniken: Og jo, jeg kan fortsatt kanskje få et angstanfall (...) Men det er på en måte også at alle sårene mine har blitt til arr da, de kommer jeg uansett til å leve med resten av livet ... og heller liksom, *wear it with pride*. Altså, det har gjort meg til den jeg er, og gud så takknemlig jeg er for det for det liksom. (N:9)

Christine: [Jeg føler] at det er sånn plikt egentlig, å si sånn der at noe av det som faktisk er bra og som er positivt i hele den opplevelsen her, det er jo at når man kommer til et sted hvor man faktisk klarer å se litt sånn ovenfra og ned på hele jævla

situasjonen og alt rotet og drittet man har vært igjennom, så er det sånn, når alt kommer til alt, fader jeg tror jeg har blitt en litt bedre meg. (N:16)

Videre utgjør åpenhet *i seg selv* også sentrale hendelser i deltakernes narrativ, noe som blir spesielt tydelig i eksempler der den offentlige åpenhetens terapeutiske funksjoner løftes frem. Det å fortelle sin historie offentlig legger til en ny, sentral bestanddel i åpenhetsaktørens selvbiografi, slik Illouz (2003) har påpekt er et kjennetegn ved et terapeutisk narrativ. I bloggen til en deltaker i *Sinnssykt* ser vi et eksempel på dette:

Jeg er jo veldig åpen som person. På bloggen min, i kronikker, og ikke minst i møte med andre mennesker. Jeg er åpen om at jeg i perioder strever med psykoseproblematikk, angst, og dissosiasjon. Men også tydelig på at mye jo er menneskelig, og tilhører en del av livet. (...) [J]eg tenker at ved å dele, i en eller annen form, så vil det være lettere å kunne være seg selv. (Skaar, 2019)

Det synes i vårt materiale som at det er flere svar på spørsmålet om hvem de som åpner seg *er* og *blir*, da åpenhetskulturen tilbyr deltakerne flere ulike muligheter for selvforståelse. En åpenhetsaktivist kjennetegnes av å være en som kjemper en viktig sak for en stigmatisert gruppe i samfunnet, med de risikoene dette innebærer og det motet det krever. Å være en som åpner seg kan også innebære at de psykiske plagene blir grunnlaget for mye oppmerksomhet i både sosiale og tradisjonelle medier. Åpenheten kan dermed bli en viktig del av deres identitet, og hos noen til og med en inntektskilde.

4. Diskusjon

4.1. Dekontekstualisering

I analysen forsøkte vi å besvare tre overordnede spørsmål for å komme nærmere en forståelse av hva det vil si å åpne seg i dagens åpenhetskultur. Det første spørsmålet vi stilte, var: *Åpenhet om hva?* Her var vi nysgjerrige på hva det er som blir åpnet opp og delt og hvordan åpenhetsfortellingene blir strukturert. Vi fant at fortellinger om *diagnoser* er en viktig del av det å være åpen, til tross for at enkelte deltakere tar til orde for å nedtone viktigheten av dem. Vi mente derfor det var nyttig å innføre begrepet *diagnostiske narrativer* – fortellinger om det å få og forholde seg til en diagnose – for å supplere Illouz' idé om terapeutiske narrativer. En nærliggende innvending mot dette funnet kunne være at betoningen av diagnoser er en selvsagt måte å motvirke fordommer knyttet til nettopp diagnosene. Og er det egentlig mulig å åpne seg om psykiske lidelser uten å betone diagnoser? For å belyse disse innvendingene vil vi vise til at aksepten og den delvise omfavnelsen av diagnoser som vi fant, står i kontrast til tidligere (og til en viss grad fortsatt eksisterende) aktivistbevegelser knyttet til psykisk helsevern, som i likhet med åpenhetskultur blant annet hadde som mål å motvirke fordommer. På 60- og 70-tallet vokste bevegelser frem som var inspirert av borgerrettighetsbevegelser for svarte, kvinner og homofile i USA. Disse bevegelsene, på tross av betydelige forskjeller i både bakgrunn og målsettinger, hadde det viktige fellestrekket med dagens åpenhetskultur at de ønsket å gi stemme til en sak og til en gruppe mennesker med bestemte erfaringer. Borgerrettighetsbevegelsen innenfor psykisk helsevern hadde, i motsetning til det vi finner i dagens åpenhetskultur, som en av sine fanesaker å bekjempe et reduserende medisinsk språk for deres lidelser – og å erstatte det med en forståelse av lidelse som reaksjoner på samfunnsstrukturelle forhold (Rashed, 2019). De ville tale sin egen sak, og motsatte seg at såkalte eksperter skulle snakke på vegne av dem (Rashed, 2019). Mye har endret seg for personer med diagnoser siden den gang, men det historiske perspektivet viser at vår tids fremtredende måter å forstå lidelse på ikke er selvsagte. Frem til i dag har nye former for aktivisme innenfor psykisk helsevern fortsatt å vokse frem. Såkalte brukerorganisasjoner har etter hvert blitt en integrert del av utformingen av helsetjenestene, og i flere av disse er de radikale kravene nedtonet til fordel for reformtenkning (for en fyldigere gjennomgang av den historiske utviklingen, se Rashed, 2019 og Rose, 2019). Forholdet mellom distributører og mottakere av diagnoser ser ut til å ha blitt mer harmonisk, noe vår egen analyse også understøtter, og diagnoser har i dag også fått en etablert plass i vårt hverdagsvokabular

(Johnsen & Christiansen, 2015). Brinkmann (2016) har i et essay om det han kaller *lidelsesspråk* påpekt hvordan diagnosespråk er blitt sentralt for hvordan vi i vår kultur artikulerer lidelsesserfaringer, og at dette muligens går på bekostning av andre former for lidelsesspråk, som de politiske, religiøse og eksistensielle.

Diagnosenes økende tilstedeværelse i kulturen er et vitnesbyrd om den enorme suksessen diagnosemanualen DSM-III (og senere utgaver) har hatt. DSM-III hadde som mål å rehabilitere psykiatriens svekkede troverdighet gjennom å gjøre diagnostisering mer reliabelt (Frances, 2013). Ved å nedtone det *reaktive* elementet i lidelsene – altså lidelser som reaksjoner på *noe* – og fokusere på symptomer, skulle manualen være et ateoretisk og deskriptivt verktøy for å lette kommunikasjon mellom klinikere og forskning på psykiske lidelser (Frances, 2013; Houts, 2000). I realiteten så dette grepet ut til å favorisere en *dekontekstualiserts* og biologisk forståelse av psykiske lidelser, mer i tråd med de kraepelinske modellene som dominerte i begynnelsen av forrige århundre (Frances, 2013). I tillegg til å være et svar på grunnlagsproblemer i psykiatri som vitenskap, har denne utviklingen også en politisk dimensjon. Interesse for sosiale årsaker til lidelse har tradisjonelt vært knyttet til den politiske venstresiden, og det svært innflytelsesrike myndighetsorganet National Institute of Mental Health (NIMH) sluttet, som vi nevnte i innledningen, på begynnelsen av 1980-tallet å finansiere forskning på sosiale årsaker til psykiske lidelser som følge av politisk press, noe som akselererte finansieringen av forskning på psykiske lidelser som hjerneorganiske sykdommer (Horwitz, 2015). Suksesshistorien til DSM utgjør antakeligvis noe av bakgrunnen for det tingliggjørende språket vi fant i vårt materiale, og for at mange opplever at diagnoser har sterk forklaringskraft, og kan være en kilde til selvforståelse ved at de fungerer som *semiotiske mediatorer*, slik vi foreslo i analysen.

En annen side ved denne utviklingen i retning av dekontekstualisering er at psykoanalysens posisjon ser ut til å være svekket (Bornstein, 2001; Shedler, 2010). Dette er blant annet en følge av at evidensbegrepet i dag er sterkt knyttet til randomiserte, kontrollerte studier som krever en grad av standardisering som ikke er forenelig med fleksibiliteten i den psykoanalytiske arbeidsmåten (se for eksempel Gullestad og Killingmo, 2013), og som på den andre siden har favorisert de typene terapi som enklere lar seg standardisere, slik som

⁵ Når vi bruker begrepet *dekontekstualisert*, viser vi til en manglende oppmerksomhet både på personens sosiale omstendigheter og på de erfaringene som kan ha ført til at lidelsen oppsto. Begge disse aspektene handler om å forstå lidelse som reaksjon på noe utenfor personen selv.

kognitiv atferdsterapi (KAT). Psykoanalysen kjennetegnes blant annet av at den formative konteksten for utviklingen av psykopatologi vektlegges, og av antakelsen om at denne konteksten fortsetter å prege personens liv gjennom *overføring*. I klassisk psykoanalytisk tenkning tillegges barndomserfaringer avgjørende betydning for utvikling av psykologiske problemer i voksen alder (for en historisk gjennomgang av psykoanalytisk teori, se for eksempel Mitchell og Black, 2016). Det ligger her også en viktig distinksjon i *hvordan* barndomserfaringer får en slik påvirkningskraft. Innenfor psykoanalytisk tenkning beskrives forholdet mellom erfaring og psykopatologi på et *fenomenologisk* plan, som viser til den innvirkning erfaring har på personens subjektive forståelse av og tilpasning til verden. Med andre ord utforskes den *meningen* symptomene har for personen. Dette skiller seg fra årsaksforklaringer innenfor den medisinske modellen, som heller kan kalles *mekanistiske*, der kontekst og tidligere erfaringer forstås som isolerte variabler som kausalt utløser psykopatologi hos individer med en individuell sårbarhet (for eksempel genvarianter), uten nødvendigvis noen nærmere spesifisering av hvordan dette skjer. I takt med psykoanalysens synkende innflytelse har andre terapimodeller økt i utbredelse. KAT, en modell som viser tydelig tilstedeværelse i vårt materiale, vektlegger i *mindre grad* konteksten for utvikling av psykiske vansker, og kan dermed sies å passe bedre med et deskriptivt og symptomfokusert diagnosesystem (se for eksempel Beck, 1995).⁶ Dette gjenspeiles i at KAT i større grad konsentrerer seg om symptomlette, og at det er utviklet skreddersydde KAT-pakker for ulike DSM-diagnoser. Den tydelige tilstedeværelsen av det vi har kalt diagnostiske narrativer i vårt materiale, på bekostning av mer klassiske terapeutiske narrativer som betoner meningsfulle sammenhenger i personens livshistorie, kan altså forstås som en konsekvens av psykoanalysens dalende popularitet og den medisinske modellen og mer dertil kompatible terapimodellers suksess.

Vi finner, i tillegg til diagnosespråket, psykologiske forklaringsmodeller om angst i *Noia*, men vi vil hevde at også disse innebærer en form for dekontekstualisering. Her presenteres en forståelse av angst som et navigasjonssystem som forteller oss når vi går på akkord med oss selv. Denne forståelsen gir opphav til terapeutiske narrativer der hovedpersonens lidelse er en kamp på den indre arenaen – en kamp mot seg selv. Et slikt syn på angst og psykopatologi har

⁶ Dette er en forenkling som baserer seg på hva som er de teoretiske og metodiske *tendensene* innenfor de respektive tradisjonene, og det er mulighet for mye nyansering av denne fremstillingen: På den ene siden trenger ikke psykoanalytisk terapi eksplisitt å trekke inn barndomserfaringer, og på den andre siden kan barndomserfaringer være tema i kognitiv terapi. Disse nyanseringene leder imidlertid til teoretiske drøftinger som er mindre relevante for vår diskusjon.

flere røtter, men kan kanskje særlig spores til i humanistisk psykologi, som hadde sin fremvekst på 1950-tallet. Innenfor denne tradisjonen blir det hevdet at «[m]ennesker vi kaller psykisk syke, er mennesker som ikke er seg selv» (Madsen, 2010, s. 34). Kritikere av terapikultur har ofte gått løs på nettopp ideer om *å være tro mot seg selv* og å søke selvrealisering, fordi de mener disse leder til verdirelativisme (alle velger det moralske ståstedet som passer dem selv), egoisme og narsissisme (for eksempel Bloom, 1987; Lasch, 1979). En innvending mot åpenhetskulturen kunne i samme ånd være at den gjennom en oppfordring om først og fremst å lytte til oss selv og våre egne behov for å ivareta vår psykiske helse, individualiserer lidelse og bidrar til å gjøre samfunnsmessige problemer om til private kamper på selvets arena.

Det er imidlertid ikke klart at slike synspunkter i vårt materiale er uttrykk for en enkel egoisme eller narsissisme, slik enkelte kritikere av terapikultur kunne hevdet. Filosofen Charles Taylor (1998) har i sin analyse av det han kaller *autensitetsidealet* forsøkt å vise at ideen om *å være tro mot seg selv* er et ideal som faktisk har stått sterkt i vestlig kultur siden 1700-tallet. Han mener kritikere av terapikultur overser «at det faktisk er sterke moralske idealer som er virksomme her, uansett hvor smålige eller latterlige former disse måtte anta.» (Taylor, 1998, s. 29) Med *moralsk ideal* mener Taylor en oppfatning om hvordan en bedre eller høyerestående måte å leve på ville sett ut, «der 'bedre' og 'høyerestående' ikke defineres ut fra hva vi tilfeldigvis begjærer eller trenger» (Taylor, 1998, s. 29). Poenget til Taylor er at det er galt å anse ideen om selvrealisering som *amoralisk*, eller som et skinn for egoisme og narsissisme. Tvert imot mener han at selvrealisering baserer seg på et ideal som selv kritikere av terapikultur egentlig slutter opp om i sine egne liv. Han er riktignok enig med kritikerne i at autensitetsidealet kan komme i «degenererte» avarter, slik som ideen om at verdier er et spørsmål om personlige preferanser og noe som er opp til hver enkelt. Disse er «degenererte» fordi de undergraver seg selv: moralen ser ut til å være at alle bør velge sine egen moralske tilnærming. Taylor (1998, s. 69) mener de moderne formene for autensitetsforståelse er avarter på to måter: For det første fordi «[d]e tenderer mot å sentrere selvrealisering rundt individet på en måte som gjør dets bånd til andre rent instrumentelle». For det andre fordi de overser eller delegitimerer krav som kommer fra andre steder enn individets egne behov og forhåpninger, for eksempel fra historie, tradisjon, samfunn eller natur. Det er ikke vanskelig å se hvordan sentreringen av egen psykisk helse kan lede inn i slik instrumentell tenkning rundt våre bånd til andre og til omgivelsene. Dersom man er enig med Taylor i dette, bør ikke

kritikken gå ut på at åpenhetskultur er en egoistisk kulturform, men heller at den tidvis promoterer et subjektivistisk moralsyn som står i fare for å undergrave seg selv.

Denne kontrastfylte sammensetningen av medisinske og psykologisk-humanistiske perspektiver har som fellesnevner at den støtter opp under en dekontekstualisert og individualisert oppfatning av lidelse, som ironisk nok muligens svekker båndene og handlingsmulighetene i det fellesskapet som åpenhetskulturen tar sikte på å etablere – noe vi vil komme tilbake til nedenfor.

4.2 Fragmenterte fellesskap

Det neste overordnede spørsmålet i analysen var: *Hvorfor åpenhet?* I tillegg til den mest uttalte intensjonen om at åpenheten skal bidra til reduksjon av stigma og fordommer, fant vi at deltakerne deltar i åpenhetskulturen fordi den har bestemte *terapeutiske effekter*, altså at den virker inn på deres symptomer. Dette synet kommer blant annet frem ved at de forskjellige formene for åpenhet beskrives som «medisin» og «terapi». I vårt materiale finner vi at opplevelsen av ikke å være alene med sine plager, og å få anerkjennelse for plagene i ulike former for fellesskap er det som binder de ulike sidene av åpenhetskulturens terapeutiske funksjoner sammen. Dette foregår enten i såkalte *virtuelle lidelsesfellesskap*, «på lufta» i selve programmene eller i form av gjenkjennelse i møte med andre menneskers åpenhet. Her synliggjøres et ønske om fellesskap av delte lidelseserfaringer som en sentral drivkraft for åpenheten. Det sentrale premisset om at det virker lindrende å dele, blir bekreftet av flere av deltakerne.

Men hva slags type fellesskap tilbyr åpenhetskulturen? I sitt essay *Lidelsens billedbog – diagnoseernes brug i hverdagspråket* (2015, s. 273) hevder Rasmus Johnsen og Mette Berg Christiansen at diagnosespråket skaper det de kaller et «prekært fellesskap» mellom personer som lider, som er kjennetegnet av at lidelsen begrenses til en privatisert og individualisert sfære, hvor «fælles erfaringer udeukkende bygger på ligheden mellem diagnostiske kriterier.» De mener et diagnostisk språk synes å erstatte et kollektivt orientert språk. Hverdagslige begreper som *skam*, *skyldfølelse*, *tristhet*, *kjedsomhet* og *fortvilelse* fortrenses av i utgangspunktet diagnostiske begreper som *stress*, *angst* og *depresjon*, hevder de. De mener et slikt prekært fellesskap kan gi en trygghetsfølelse, men føyer til at dette ofte er en falsk trygghetsfølelse, fordi det diagnostiske språket «henter sin forklaringskraft uden for den

sociale sfære, hvori lidelseserfaringene oppstår og tydes» (Johnsen og Christiansen, 2015, s. 287). Bekymringen er at fellesskapet er orientert mot felles erfaringer med symptomer, heller enn mot omstendighetene som førte til lidelsen. Vår analyse gir støtte til et slikt syn, fordi de felles erfaringene som trekkes frem, som vi har sett, ofte kommer i form av et symptom- og diagnosespråk. Fordi et slikt fellesskap ser ut til å mangle henvisning den felles konteksten som binder deltakerne sammen, kan den beskrives som et *fragmentert fellesskap*. Det må imidlertid bemerkes at dette språket ikke er et lukket system, uten noen kontaktpunkter med den sosiale sfæren (og heller ikke at de hverdagslige begrepene Johnsen og Christiansen lister opp er helt fraværende). Vi mener at lidelse artikulert i form av symptomer og diagnoser fortsatt er uttrykk for nettopp *lidelse*, og dermed åpner for andre forklaringsmodeller enn de individuelle og medisinske. Det finnes dermed en kime til et mer kollektivt uttrykk for misnøye i åpenhetskulturen. Enkelte steder i vårt materiale knyttes lidelsen til sider ved samfunnsutviklingen, slik som individualisering og et mer konkurransepreget samfunn. Det ser imidlertid ut til at diagnosespråket, slik vi har drøftet over, favoriserer dekontekstualiserte forståelser og dermed gjør det *vanskeligere* å artikulere felles lidelse som noe mer enn en felles sykdomsutvikling. Vi prøver ikke her å antyde at det er *feil* å løse problemer på individnivået, eller at det vi kaller fragmenterte fellesskap ikke har en verdi for deltakerne. Vi ønsker heller å vise at denne formen for fellesskap muligens har et innebygd skråplan mot dekontekstualisering av lidelse, som i en del tilfeller kan være problematisk. Med Brinkmann (2016) kunne vi si at åpenhetskulturen gir et potensielt forum for et *politisk lidelsesspråk*, men at den først og fremst favoriserer et *diagnostisk lidelsesspråk*.

4.3 Psykologisering og raske løsninger

En annen side ved dette er ideen om at lidelse skyldes og opprettholdes av manglende spesialisert kunnskap om psykologi, noe vi her har kalt *teorien om kunnskapsmangel*. Denne ideen er på ingen måte ny. Allerede hos Freud finner vi visjoner om å spre psykologisk (psykoanalytisk) kunnskap til befolkningen: «Det resultat som terapien kan have for den enkelte, må også indtræde hos massen» (Freud, 1992). Den største talsmannen for spredning av psykologien var nok Granville Stanley Hall, den første presidenten av American Psychological Association (APA), som i 1923 proklamerte at alle de store problemene i vår tidsalder blir mer og mer psykologiske jo bedre vi forstår dem (Madsen, 2010). Teorien om kunnskapsmangel har tydelig tilstedeværelse i vårt materiale. Den ser også ut til å være et av premissene for idealet om mer åpenhet, i det at åpenheten skal spre kunnskap og dermed

forebygge lidelse. Mye har skjedd siden Freuds tid, også på dette området. Freud mente utbredt kunnskap om betydningen av symptomer ville gjøre det vanskeligere å holde sine sykdomsproduserende impulser skjult (Freud, 1910/1992). I vårt materiale er det imidlertid ikke slike psykoanalytiske perspektiver som etterspørres spredt. En av påstandene som går igjen er heller at folk flest ikke vet hva en *tanke* eller en *følelse* er, altså at slike hverdagslige psykologiske konsepter er obskure for dem uten spesialisert kunnskap. Dette mener vi er et tegn på at psykologien tar et steg lenger inn i hverdagslivets domene gjennom en form for scientisme.

Denne tendensen er nå også i ferd med å bli institusjonalisert. Flere foreninger knyttet til psykisk helse-feltet, inkludert Norsk psykologforening og Norsk psykiatrisk forening, lanserte i 2015 oppropet *Boken som mangler*, der de tok til orde for å få «tankenes, følelsenes og handlingenes ABC» inn i læreplanen (Madsen, 2018b). Dette har de fått gehør for, og *folkehelse og livsmestring* er nå på vei inn som et av tre hovedtema den overordnede delen av læreplanen (Læringsmiljøsenderet, 2019). Lignende tendenser har lenge vært kritisert under begrepet *psykologisering*, og, som vi har diskutert, *den terapeutiske kultur*. Vi ønsker ikke å betvile de gode intensjonene bak denne utviklingen, men vi slutter oss til kritikere som Madsen (2010), som mener det er nødvendig med en pågående refleksjon rundt psykologifagets grenser.

Teorien om manglende kunnskap er tett forbundet med konseptet *selvhjelp*. Gjennom kunnskap om psykologi kan vi tilegne oss *teknikker* «basert på antatt vitenskapelige resultater som skal gi oss psykisk integrasjon eller sjelefred» (Taylor, 1998, s. 70). Slike teknikker kan utvilsomt hjelpe mange. Taylor (1998) mener imidlertid at den underliggende «drømmen om kjappe løsninger» vitner om en instrumentell holdning til selvet som leder oss inn i selvmotsigelser, i likhet med de subjektivistiske moralsynet vi diskuterte over. Vi vil ikke her betvile at selvhjelpsintervensjoner er virksomme. Man kan likevel spørre seg om denne utviklingen representerer en ytterligere dreining vekk fra kontekstualiserte forståelser av lidelse som meningsfulle reaksjoner på omgivelsene.

En slående effekt av kombinasjonen av perspektiver fra KAT og ideen om selvrealisering, som vi beskrev over, er muligheten dette gir til å snu tilsynelatende negative hendelser (slik som å bli permittert fra jobben) om til positive og berikende erfaringer. Materialet vårt preges av nettopp en slik positivitet og optimisme, som også ser ut til å harmonere godt med «raske

løsninger». Vi vil hevde at det psykoanalytiker Roy Schafer (1976, s. 26) har kalt *det komiske verdenssynet* er svært beskrivende for holdningene som kommer til uttrykk i materialet: «The comic vision maintains itself by emphasizing in a highly selective way the external, familiar, controllable, predictable aspects of situations and people. It celebrates ‘the power of positive thinking.’» Dette står i kontrast til blant annet *det tragiske verdenssynet*, som uttrykkes gjennom interesse for paradokser, tvetydigheter, farer og absurditeter ved menneskets eksistens (Schafer, 1976). Et slikt tragisk verdenssyn er så godt som fraværende i vårt materiale, noe vi ikke oppfatter som selvsagt, i og med at åpenhet kunne forventes å betone også mer uforsonlige sider av livet.

4.4 Identitetsdannelse

I tillegg til fellesskap, tilbyr åpenhetskulturen også *identiteter*. Dette belyste vi under det tredje analyse spørsmålet: *Hvem er – og blir – de som åpner seg?* Den store etterspørselen etter åpenhetskultur ser ut til å ha gjort både det å ha en psykisk lidelse, og det å være «en som åpner seg», til akseptable og attraktive identitetsmarkører. I tillegg har det gitt grobunn for del- eller heltidsbeskjeftigelse med åpenhet, i form av blogger, foredrag, podkaster og lignende. For enkelte har vi sett at dette kan gå så langt at de kan si: «Jeg lever av angst!» (N:Livesending). Denne utviklingen er først og fremst et vitnesbyrd om at åpenhetskulturen langt på vei har lyktes i sitt mål om å redusere stigma knyttet til psykisk lidelse. At det nå er akseptert å snakke ut om sine psykiske problemer, vil de fleste være enige om at er et moralsk fremskritt. Man kan selvfølgelig fortsatt spørre seg hvor stor endringen har vært med tanke på *privat åpenhet*, altså åpenhet overfor familie, venner og bekjente, da åpenhetskulturen er blitt kritisert for å være et mediefenomen heller enn en generell holdningsendring (Madsen, 2018a). Når det er sagt, mener vi det også er verdt å reflektere over formene disse identitetene får. Igjen vil vi vise til kontrasten med tidligere aktivistbevegelser, som i større grad artikulerte sin lidelse som et *kontekstualisert* fenomen, altså som reaksjoner på *noe*. Det er grunn til å tro at dette i mindre grad førte til identifikasjon med selve lidelsen, da en av fanesakene var å motvirke tingliggjøring av denne via en biomedisinsk diskurs (Rashed, 2019). En mulig innvending mot samtidens åpenhetsidentiteter kan dermed være at de i tillegg til prisverdig å åpne rommet for tillatte måter å være på, fikserer lidelsen i individet, og i enkelte tilfeller gjør den til en form for *vare* som er omsettelig i den mer kommersialiserte delen av åpenhetskulturen.

4.4 Mulige begrensninger

Vi har med en diskursanalytisk tilnærming forsøkt å få kunnskap om hva det vil si å åpne seg i dagens åpenhetskultur. En slik analyse har flere potensielle ulemper og begrensninger. For det første inneholder åpenhetskultur, slik vi pragmatisk har definert det, et enormt omfang forskjelligartede praksiser. For å gjøre analysen håndterbar har vi vært nødt til å velge ut noen eksempler, på bekostning av andre. Et slikt utvalg medfører at enkelte sider ved åpenhetskulturen ikke blir belyst. Begge eksemplene vi har valgt ut skiller seg fra andre programmer som også faller inn under vår definisjon av åpenhetskultur, slik som programmet *Jeg mot meg*, der vi følger en gruppe ungdommer gjennom gruppeterapi med psykolog Peder Kjøs, eller podkasten *Hos Peder*, som følger forløp med individualterapi hos samme psykolog. At slike former for åpenhetskultur ikke er med i analysen, preger naturligvis resultatene. Vi mener imidlertid at disse programmene i mindre grad dreier seg om åpenhet om psykiske lidelser *per se*, da de heller har som målsetting «at flere burde erfare hvordan samtalen i et terapirom er og forandringen som potensielt skjer», slik programskaperne selv hevder i en kronikk i Aftenposten (Faldbakken & Stabell, 2018). Det finnes også en rekke programmer, blogger og aktivitet i sosiale media som inneholder åpenhet mer indirekte (se innledning). Disse kunne også tjent som eksempler til vår analyse, men her har vi som nevnt valgt å begrense omfanget av materiale for å kunne en grundig analyse.

I og med at vi har gjort et utvalg av to eksempler på åpenhetskultur, kan man spørre seg om resultatene våre lar seg generalisere til andre eksempler. Vi mener vårt materiale kun gir mening på bakgrunn av en felles kulturell ramme, og at analysen bidrar til å artikulere denne rammen. Vi støtter oss her til Denzin (sitert i Brinkmann, 2014, s. 723), som mener at vi i kvalitative analyser burde tenke materialet som en *instans* (eller et *tilfelle*) og: «each instance of a phenomenon as an occurrence that evidences the operation of a set of cultural understandings currently available for use by cultural members». Generaliserbarheten ligger dermed i at de kulturelle forutsetningene for vårt materiale, som vi forsøker å tydeliggjøre, også vil kunne gjøre seg gjeldende i andre former for åpenhetskultur.

En annen potensiell ulempe er at utforskningen av materialet er informert av det vi mener er relevant litteratur, men at det ikke er opplagt hvilken type litteratur som best bidrar til forståelse. En innvending kunne dermed være at dersom vi hadde valgt andre teoretiske tilnærminger, ville resultatene sett annerledes ut. Dette er ganske riktig, men fordi det ikke

finnes noe ateoretisk ståsted – ofte kalt «the view from nowhere» (Nagel, 1986) – hvorfra vi kan forstå materialet, og heller ikke noen nøytral prosedyre for å velge teoretisk ståsted, mener vi dette problemet er uunngåelig. Derfor har vi i vår analyse, heller enn å påberope oss «objektivitet», forsøkt å bygge opp et sammenhengende og forståelig argument, som leseren får vurdere ut fra sitt eget ståsted – og gjerne selv ettergå, ettersom alt materialet er offentlig tilgjengelig. Analysen kan dermed bedømmes ut fra sin koherens og til hvilken grad den bidrar til å kaste lys over åpenhetskulturen, og, i beste fall, muliggjøre handling. Dette er blitt kalt *pragmatisk validitet* (Kvale & Brinkmann, 2009).

En annen rimelig innvending mot tilnærmingen vår er at vi spekulerer i deltakernes intensjoner uten å spørre dem direkte, gjennom intervjuer. Dermed må vi avlese intensjonene deres ut fra hva de tilfeldigvis nevner i offentligheten. Grunnen til at vi har valgt kun å forholde oss til det deltakere sier i offentligheten – og ikke har stilt dem direkte spørsmål i etterkant – er at vi først og fremst er interessert i å forstå fenomenet åpenhetskultur, og fordi vi mener deltakernes fremstillinger av åpenhetskultur og deres deltakelse i den, er en del av, og dermed konstituerende, for det fenomenet vi søker å forstå. Vi var ikke interesserte i å spekulere i deltakernes «egentlige» og private intensjoner. Intervjuer med deltakerne ville slik vi ser det utgjøre et mindre «rent» materiale, fordi de teknisk sett ville vært konstruert utenfor selve åpenhetskulturen. Dette utelukker selvfølgelig ikke at intervjuer med deltakerne kunne gitt andre former for interessant kunnskap, men denne kunnskapen ville i mindre grad bidratt til å besvare vår problemstilling.

Det er viktig å bemerke at få eller ingen av funnene våre var *entydige*. Det er utvilsomt mulig å tolke materialet vårt på andre måter, og å vektlegge andre momenter enn det vi har gjort. I dette ligger det også en risiko for at vi overvurderer enkelte kritiske momenter på bekostning av mer positive sider. Denne analysen kan derfor leses som én av flere mulige forståelser av hva det vil si å åpne seg i åpenhetskulturen.

4.5 Konklusjon

Å åpne seg i åpenhetskulturen ser i vårt materiale ut til å skje i former som er preget av et dekontekstualisert diagnosespråk som kan innebære at lidelse tingliggjøres. Fortellinger om livserfaringer og sosiale forhold ser ofte ut til å måtte vike til fordel for fortellinger om symptomer og diagnostisering. Lidelsen fremstilles i deler av materialet som noe meningsfullt

og en kilde til berikelse. Dette skjer på en måte som vi mener står i fare for å promotere et instrumentelt forhold til verdier og sosiale relasjoner og dermed risikere ytterligere dekontekstualisering. Videre fant vi at deltakerne ser ut til å åpne seg særlig fordi åpenhetskulturen tilbyr sosial anerkjennelse og et fellesskap. Dette fellesskapet fremstår imidlertid som et fragmentert fellesskap, som følge av diagnosespråket og den instrumentelle tenkningen rundt det sosiale, der felles erfaringer står i fare for å bli redusert til felles symptomer. I denne sammenhengen er det psykologisk fagkunnskap som er den fremste kilden til forståelse av lidelse og hverdagslivet mer generelt, og et sentralt mål i åpenhetskulturen er å spre denne kunnskapen, uten at grensene for dens domene på noen måte er markerte. Identitetene åpenhetskulturen tilbyr de som åpner seg, på tross av eksplisitt motstand mot nettopp dette, ser ut til å risikere fiksering av lidelsen som en fast del av personens identitet, og åpenhet kan i noen tilfeller bli til en form for vare.

Åpenhetskulturen er svar på et vanskelig spørsmål: Hvordan forholder vi oss til egen og andres lidelse? Det er slik vi ser det ingen tvil om at åpenhetskulturen, sammen med tidligere aktivistbevegelser innenfor psykisk helsevern, har bidratt til å gjøre det mindre skamfullt å slite psykisk. Vi kan i dag snakke høyt om temaer som den eldste nålevende generasjonen «aldri» snakket om. Dette må ses på som et fremskritt. I samme bevegelse har åpenhetskulturen imidlertid omfavnet sider ved vår tids forståelse av lidelse som ironisk nok kan bidra til å undergrave det fellesskapet den tar sikte på å være. Med denne analysen håper vi å bidra til en forståelse av at måten vi omtaler lidelse på ikke er gitt en gang for alle, og at den formen åpenheten har, legger premissene for hvordan vi skal reagere.

5. Litteraturliste

- Allen, J. Balfour, R. Bell, R. & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International review of psychiatry*, 26:4, 392-407.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford press.
- Bloom, A. (1987). *Closing of the American mind*. Simon and Schuster.
- Blåka, S. (2012). *Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom. Status etter Opptrappingsplanen*. NIBR. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2444731>
- Bollestad, O.V. Ropstad, K. I. Tyvand, A. & Bekkevold, J. (2016). Representantforslag om en helhetlig opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Hentet fra <https://www.stortinget.no/>
- Bornstein, R. F. (2001). *The impending death of psychoanalysis*. *Psychoanalytic Psychology*, 18(1), 3.
- Bornøy, S. K. (2018, 2. februar). 100.000 nedlastinger og rett til topps for Christine Danckes nye podkast om angst og psykisk helse. *Medier24.no*. Hentet fra <https://www.medier24.no/>
- Bowker, G. C. & Star, S. L. (1999). *Sorting things out: Classification and its consequences*. Cambridge, MA: MIT press.
- Boyle, M. (2011). Making the world go away, and how psychology and psychiatry benefit. I *De-medicalizing misery* (s. 27-43). London: Palgrave Macmillan.
- Brinkmann, S. (2014). Doing without data. *Qualitative Inquiry*, 20(6), 720-725.
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic cultures: A cultural approach to the pathologization of modern life*. Routledge.
- Brinkmann, S. (2017). Mad or normal? Paradoxes of contemporary diagnostic cultures. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 14(26).
- Carl, C. (2018). Informasjon om psykolog Carina Carl. Lastet ned fra <https://www.carinacarl.no/informasjon>
- Danke, C. (2016, 12. september). Danke åpner seg om angst [Facebook statusoppdatering]. Hentet fra <https://www.facebook.com/christine.danke/posts/10157360249490290>
- Danke, C. (Programleder). (2018). *Noia* [Audio podkast]. Hentet fra <https://www.noiapodcast.no>

- Danke, C. (2019a, 16. desember). Ny sesong av Noia [Facebook statusoppdatering]. Hentet fra <https://www.facebook.com/noiapodcast/>
- Danke, C. (2019b, 30. desember). 200.000 avspillinger i 2019 [Facebook statusoppdatering] Hentet fra <https://www.facebook.com/noiapodcast/>
- Danke, C. (2019c). Informasjonstekst på blog-profil [Instagram beskrivelse]. Hentet fra <https://www.instagram.com/noiapodcast/>
- Faldbakken, S. & Stabell, E. (2018, 25. september). «Jeg mot meg» er samtaler Norge trenger. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/>
- Fisher, M. (2009). *Capitalist realism: Is there no alternative?* John Hunt Publishing.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life*. William Morrow Company.
- Fredriksen, E. (2001, 19. mai). En søndag sa det stopp. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/>
- Freud, S. (1992). *Afhandlinger om behandlingsteknik* (H. Stokholm, Overs.): Hans Reitzel.
- Furedi, F. (2004). *Therapy culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age*. Psychology Press.
- Furuset, C. R. K. (Programleder). (2019). *Sinnssykt* [TV-program]. Hentet fra <https://tv.nrk.no/serie/sinnssykt>
- Furuset, C. R. K. & Furuset, E. K. (Programledere). (2020). *The Kåss Furuseths* [Audio podkast]. Hentet fra https://radio.nrk.no/podkast/the_kaass_furuseths
- Furuset, E. K. (2018). *Gratulerer* [Teaterforestilling]. Hentet fra <https://www.nationaltheatret.no/forestillinger/arkiv/2018/gratulerer/>
- Furuset, E. K. (2019). *Else går til psykolog*. Oslo: Cappelen Damm.
- Gabrielsen, E. C. (Programleder). (2017). Blottlegg meg, *Innafor* [TV-program]. Hentet fra <https://tv.nrk.no/serie/innafor/2017/MDDP12100416>
- Gill, R. (2000). Discourse analysis. *Qualitative researching with text, image and sound*, 1, 172-190.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten: Psykoanalytisk terapi i praksis* (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

- Hoff, P. (2017). On reification of mental illness: historical and conceptual issues from Emil Kraepelin and Eugen Bleuler to DSM-5. I Kenneth S Kendler & Josef Parnas (Red.), *Philosophical Issues in Psychiatry IV: Psychiatric Nosology*. Oxford University Press.
- Horwitz, A. V. (2015). Firkantede klodser og runde huller: Er psykiatriske og medisinske diagnoser sammenlignelige? I *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion* (s. 83-103). Klim.
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2012). *All we have to fear: psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders*. Oxford University Press.
- Houts, A. C. (2000). Fifty years of psychiatric nomenclature: reflections on the 1943 war department technical bulletin, Medical 203. *Journal of clinical psychology*, 56(7), 935-967.
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155-179.
- Illouz, E. (2003). *Oprah Winfrey and the glamour of misery: An essay on popular culture*. Columbia University Press.
- Illouz, E. (2007). *Cold intimacies: The making of emotional capitalism*. Polity.
- Illouz, E. (2008). *Saving the modern soul: Therapy, emotions, and the culture of self-help*. University of California Press.
- Johannessen, L. E. F. Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johnsen, R. & Christiansen, M. B. (2015). Lidelsens billedbog: Diagnosernes brug i hverdagsproget. I *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion* (s. 271-290). Klim.
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. J. (2002). *Discourse analysis as theory and method*. Sage.
- Kantar. (2019). TV & Online Video undersøkelsen (TVOV). Kantar Media AS.
- Kjøvs, P. (Programleder). (2016). *Jeg mot meg* [TV-program]. Hentet fra <https://tv.nrk.no/serie/jeg-mot-meg>
- Kjøvs, P. (Programleder.) (2018). *Hos Peder* [Audio podkast]. Hentet fra https://radio.nrk.no/podkast/hos_peder
- Kraft, K. (Programleder). (2019). *Psykologiens historie* [Audio podkast]. Hentet fra <https://radio.nrk.no/podkast/kraft/>
- Krognes, M. S. (2019, 18. februar). Sinnssykt – programomtale. *Nrk.no*. Hentet fra <https://www.nrk.no/>
- Kvale, S. (2008). *Doing interviews*. Sage.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage.
- Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. WW Norton & Company.
- Lorentsson, A. (2017, 9. januar). Den vanskelige åpenheten. *Nrk.no*. Hentet fra <https://www.nrk.no/>
- Lunde, E. S. (2001). Større åpenhet om psykiske lidelser. *Samfunnsspeilet*. Hentet fra <https://www.ssb.no/>
- Læringsmiljøseneteret. (2019). Livsmestring. Hentet fra <https://laringsmiljosenteret.uis.no/>
- Løkke, P. A. (2017, 10. oktober). Å gå seg vill i åpenheten. *Morgenbladet*. Hentet fra <https://morgenbladet.no/>
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2014). Therapeutic culture. *Self-esteem*, 1965-1969.
- Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2018a, 12. oktober). Den betingede åpenheten om psykiske lidelser. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/>
- Madsen, O. J. (2018b). *Generasjon prestasjon - hva er det som feiler oss?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Mitchell, S. A. & Black, M. J. (2016). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic books.
- Nagel, T. (1986). *The view from nowhere*. Oxford University Press.
- Nesvoll, M. (2018, 8. september). Hjælp! Jeg vil slutte på antidepressiva! [Blogginlegg] Hentet fra <https://www.youtube.com>
- Nilsen, S. (2013, 9. september). La Linnéa leve, *Psykmagasinet.no*. Hentet fra <https://psykmagasinet.no/>
- NRK. (2019). Statistikk lyttertall – Årsrapport 2018. Hentet fra <https://www.nrk.no/>
- Rashed, M. A. (2019). *Madness and the demand for recognition: A philosophical inquiry into identity and mental health activism*. Oxford University Press.
- Rieff, P. (1966). *The triumph of the therapeutic: Uses of faith after Freud*. University of Chicago Press.
- Rose, N. (1990). *Governing the soul: The shaping of the private self*. Taylor & Frances/Routledge.
- Rose, N. (2019). *Our psychiatric future*. Cambridge: Polity Press.

- Rosenberg, C. E. (2002). The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 237-260.
- Rådet for psykisk helse. (2019). Om tabuprisen. Hentet fra <https://psykiskhelse.no/nyheter/tabuprisen>
- Sandvig, H. (Programleder). (2017). Akuttpsykiatrisk avdeling på Blakstad sykehus. *Helene sjekker inn* [TV-program]. Hentet fra <https://www.nrk.no/>
- Schafer, R. (1976). *A new language for psychoanalysis*. Yale University Press.
- Seltzer, T. (Programleder). (2019). Høl i gjerdet på Gaustad. *Trygdekontoret* [TV-program]. Hentet fra <https://www.nrk.no/>
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98.
- Skard, A. (Programleder). (1986, 7. juli). Sånn er livet [Radioprogram]. Hentet fra <https://www.nb.no/>
- Skaar, E. (2019, 20. oktober). Angrer jeg? [Blogginlegg]. Hentet fra <https://elineredderverdenlitt.blogg.no/>
- Solberg, E. (2014). Statsministerens nyttårstale 2014. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Stav, T. U. (2014, 15. februar). Det har blitt trendy å si at man er deprimert. *Nrk.no*. Hentet fra <https://www.nrk.no/>
- Stenersen, T. G. (2014, 10. oktober). OnkIP: - For første gang føles det som om jeg bidrar med noe. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no>
- Talseth, T. (2014, 22. september). Åpen om angsten: OnkIP: – Jeg har gått i Jokke-fella. *VG*. Hentet fra <https://www.vg.no>
- Taylor, C. (1998). *Autentisitetens etikk* (P. Nafstad, Overs.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Tjøstheim, B. (Skuespiller). (2018). *Det går bedre no* [Teaterstykke]. Hentet fra <https://www.detnorsketeatret.no/>
- Torgalsbøen, A-K. (2018, 19. september). «Jeg mot meg» og åpenhetens pris. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/>
- TV2. (2016). *Sykt Perfekt* [TV-program]. Hentet fra <https://tv2.no/>
- TV2. (2018). Christine Dancke om angsten: - Det følte som jeg druknet. *God Morgen Norge* [TV-program]. Hentet fra <https://tv2.no/>
- TV2. (2019). Denne typen alvorlige psykiske lidelser har det ikke vært oppmerksomhet rundt. *God Morgen Norge* [TV-program]. Hentet fra <https://tv2.no/>
- TV2. (2019). *Bloggerne* [TV-program]. Hentet fra <https://tv2.no/>

- Tøien, P. (2014). *Styggen på ryggen* [Musikk]. Universal.
- Unosen, H. (2019, 13. april). Halve familien begikk selvmord. Hvordan lever man videre etter så mye død? *Dagsavisen*. Hentet fra <https://www.abcnyheter.no/>
- Verdensdagen. (u.å.). Om Verdensdagen. Hentet fra <https://verdensdagen.no/om-verdensdagen/>
- Westeng, K. (2019, 10. oktober). Psykiater advarer mot å sette diagnose på «alt som er vondt»: - Det er ingen som har sagt at det skal være lett å leve. *Nettavisen*. Hentet fra <https://www.nettavisen.no/>
- Woldsdal, N. (2016, 12. september). P3-Christine: – Livredd for jobben og kjæresten min. *Nrk.no*. Hentet fra <https://www.nrk.no>
- Østrem, V. (2019, 26. desember). Kong Haralds åpenhet lindrer. Og åpenhet kan redde liv. *Vårt Land*. Hentet fra <https://www.vl.no/>
- Åpenhetsprisen. (2020). Artikkel om åpenhetsprisen i Wikipedia. Hentet 01. mai 2020 fra <https://no.wikipedia.org/wiki/Åpenhetsprisen>