Kapitel 3 Søvnforklaringers betydning i arbejdet med borgere med komplekse problemstillinger

Jeppe Oute & Bagga Bjerge

Introduktion

> Man kan ikke sove og få den hvile, man har behov for, hvis du har den slags [komplekse] problematikker. Det kan godt være, at de [brugerne] ikke altid selv nævner det først, men hvis man spørger ind til det, så vil de altid have forstyrret søvn.

Sådan lød det fra en professionel fra et stofbehandlingstilbud i et kvalitativt studie af håndteringen af borgere, der på én og samme tid havde brug for indsatser i stofbehandling, psykiatrien og på beskæftigelsesområdet (Bjerge et al. under udgivelse; Christensen 2017). I studiet blev søvn og søvnproblemer gentagne gange italesat af både professionelle og stofbrugere (herefter bruger) som noget helt centralt for brugeres muligheder for generelt at forbedre deres sundhed, funktionsniveau og daglige livsførelse. Brugernes søvnproblemer blev ofte forbundet med en række problematikker som psykisk lidelse, stofbrug, kostvaner, seksualitet og motion, og søvnproblemerne sås også som afgørende for brugernes deltagelse i behandlingen såvel som øvrige aktiviteter i deres arbejds- og hverdagsliv. Brugernes søvnproblemer viste sig at være et væsentligt og illustrativt tema i studiet af håndtering af komplekse borgersager, fordi fortællingerne om og eksemplerne på brugernes søvnproblemer typisk benyttes af professionelle og brugerne selv til at fortolke og håndtere brugernes problemer.

Kapitlet er et bidrag til søvnforskningen, som strækker sig på tværs af det medicinske, psykologiske, psykiatriske og sociologiske forskningsområde. Sociologisk forskning har i nyere tid særligt beskæftiget sig

med lignende spørgsmål om søvn ved at belyse stofbrugeres oplevede søvnrytmer, -kvalitet og -kvantitet i konteksten af recovery og psykosocial rehabilitering (Bonke & Møller 2011; Meadows et al. 2017; Neale et al. 2017; Nettleton et al. 2017; Stenius & Nesvåg 2016). Ikke desto mindre er der ikke tidligere lavet kvalitative analyser af de sociale betydninger, som søvn og søvnproblemer tillægges af professionelle og brugere, og hvad de kan betyde for måden at håndtere søvnproblemerne på i praksis. Kapitlets analyser dækker således et underbelyst område i søvnforskningen ved at undersøge søvnforklaringer på rusmiddel- og psykiatriområdet. Med udgangspunkt i kvalitative interviews med brugere og professionelle på et stofbehandlingscenter undersøger vi i kapitlet disse informanters erfaringer med søvnens betydning samt deres idéer om, hvorfor borgere med komplekse problemstillinger bør sove anderledes, end de ofte gør. I analysen undersøger vi tre typer af forklaringsmodeller, som vi kalder medikaliseret, sundhedsorienteret og hverdagslivsforklaring, og som typisk benyttes af professionelle og brugerne selv i den daglige håndtering af brugernes problemer. Dernæst diskuterer vi, hvordan de forskellige typer af forklaringer reflekterer forskellige værdier og idealer i forhold til søvn. Kapitlet afsluttes med refleksioner over behov for videre praksisudvikling og forskning på området. Kapitlet bidrager til antologiens sigte mod at øge forståelsen af tværsektorielle snitflader, da analyserne kan anskueliggøre, hvordan søvnforklaringerne reflekterer nogle af velfærdssystemernes og brugernes overordnede opfattelser af brugernes problemer, og måderne hvorpå de skal behandles. Kapitlet henvender sig derfor ikke alene til forskningen, men kan også anvendes af stofbehandlingens og psykiatriens praktikere, der ønsker øget klarhed om de almindelige søvnforklaringer, der både udveksles og forhandles i de daglige møder mellem professionelle og brugere med dobbeltdiagnose og i kontaktfladerne mellem stofbehandlingens og psykiatriens professionelle (Bjerge et al. under udgivelse; Christensen 2017).

Forklaringsmodeller

Kapitlet tager udgangspunkt i Kleinmans (1978) medicinsk antropologiske idéer om forklaringsmodeller som et analytisk begreb til at indfange generaliserede måder, hvorpå informanter i sundhedssystemet fortolker sygelige tilstandes baggrund (ætiologi), debut, patologiske udvikling (sværhedsgrad og sygerolle) og den krævede behandling (Kleinman 1978). På den ene side er forklaringsmodeller knyttet til de videns- og værdisystemer, der er karakteristiske for forskellige sektorer af sund-

hedssystemet. På den anden side reflekterer forklaringsmodellerne også systemernes kulturelle og samfundsmæssige funktioner, som tilsammen kendetegner systemernes 'kulturelle healing' (cultural healing). Denne dækker over den kulturelle italesættelse af oplevelsen af lidelsestilstanden (illness), og måderne hvorpå praktikere, forskere, brugere og/eller familiemedlemmer betegner, klassificerer og håndterer tilstanden, herunder også hvordan de evaluerer værdien af de terapeutiske interventioner (medicinsk behandling, støtte, omsorg, rehabilitering og forebyggelse) og følgende regulering og kontrol af tilstanden (ibid.). Selvom stofbehandling ikke primært er underlagt sundhedsvæsenet i Danmark, anvender vi dog termen "forklaringsmodel" i Kleinmans forståelse til at undersøge de forskellige perspektiver på søvn og dens kvaliteter, som professionelle og brugere trækker på i den daglige stofbehandling.

Ved at bruge forklaringsmodeller som analytisk perspektiv vil kapitlet synliggøre, at søvn som fænomen er vanskeligt at afgrænse entydigt. At søvn kan forstås på mange forskellige måder, er ikke nyt. Faktisk kan diskussioner om søvnens væsen og funktion spores tilbage til den græske oldtid (Dement & Vaughan 1999; Williams 2002). Ydermere har samfundsvidenskabelige forskere over de seneste to årtier belyst, hvordan diskussionerne om søvnens væsen og funktion kommer til udtryk i den videnskabelige litteratur. Særligt peger sociologiske søvnforskere på, at søvnforskningen i mange år har været domineret af biopsykologiske perspektiver (Meadows 2005; Neale et al. 2017; Williams 2002; 2007; 2011). Oftest har den biopsykologiske søvnforskning på den ene side været individorienteret. Det vil sige, at forskningen ofte har bygget på, at søvnproblemerne skyldes fejl i personens krop eller mangeltilstande i individets psykologi. På den anden side sættes søvnproblemer også i forbindelse med nogle bredere politiske og kulturelle idealer om den gode eller sunde søvn. Fx knyttes søvnen ofte til forskellige kulturelle idealer for, hvorfor og hvordan søvnen bør opretholdes, fx det at reducere risici og bevare og/eller forbedre biopsykologiske processer i personen (Langvad et al. 2017; Meadows 2005; Williams 2011). Endvidere har samfundsmæssige bevægelser og teknologiske landvindinger også formet synet på det moderne menneskes søvn. Fx nævnes Edisons opfindelse af den elektriske elpære som en teknologi, som har ændret synet på den normale søvnrytme. Fra at solopgangen og -nedgangen i højere grad var definerende for folks søvnrytme i det feudale samfund, skal søvnen nu tilpasses individets arbejds- og søvnmønster (Williams 2002; 2011). Samtidig har urbaniseringen og industrialiseringen af vestlige samfund medført krav om, at alle samfundsborgere bør sove effektivt og formåls-

rettet for at kunne præstere, være aktive og effektive (Rogers 2016; Williams 2002; Williams et al. 2013). Den samfundsvidenskabelige forskning peger således på, at der findes flere forskellige forklaringer på, hvorfor søvn opfattes som et vigtigt emne. Overordnet identificeres der i litteraturen tre dominerende perspektiver på, hvad søvn er for en størrelse, og hvilken rolle den spiller. De første to forklaringsmodeller betegnes i litteraturen som normative, mens den tredje fremstilles som pragmatisk. Dette fordi de to første henviser til en række forskellige værdier og normer for god søvn, mens den tredje oscillerer mellem normative og pragmatisk-praktiske perspektiver på god og passende søvn (Langvad et al. 2017; Meadows 2005).

For det første kan der identificeres en medikaliseret (medicalized) forklaringsmodel, som er en dominerende medicinsk, stofrelateret og/eller psykiatrisk forståelsesramme (Rogers 2016; Seale et al. 2007; Williams 2002; Wolf-Meyer 2011). I denne optik fortolkes søvnproblemerne som et tegn på en biopsykologisk eller psykiatrisk forstyrrelse (Haugsgjerd et al. 2014; Oute & Ringer 2014) og/eller en patologisk tilstand i individet, ofte i personens hjerne. I denne forskning forudsættes det, at søvnproblemerne enten er forårsaget af en medicinsk tilstand, fx en immunologisk, neurologisk, metabolisk, endokrinologisk eller kardiovaskulær patologi, eller af tilstande som fx søvnapnø[1] eller forstyrrelser af den naturlige søvn(rytme), som normalt genspilles i ca. to-timers intervaller i løbet af nattesøvnen (Dement & Vaughan 1999; Williams 2002).

Endvidere viser psykologisk forskning, at søvnproblemerne kan skyldes tilknytningsforstyrrelser (Adams et al. 2014; Williams 2002). Psykologisk forskning har etableret stærke forbindelser mellem søvnproblemer og (mis)brug af forskellige substanser som amfetamin, kokain, benzodiazepiner, ecstasy, koffein, cannabis og alkohol (Brower 2003; Brower & Perron 2010; Fatseas et al. 2016; Hesse & Thylstrup 2013), mens biopsykiatrisk forskning har påvist stærke sammenhænge mellem søvnproblemer og psykopatologiske tilstande som depression, angst, mani og bipolar lidelse, ADHD, PTSD, dissociative tilstande og paranoid skizofreni (Kroll-Smith & Gunter 2005; Simonsen & Møhl 2017; Taylor 1993).

Disse medicinske, psykologiske og psykiatriske forklaringer forbindes imidlertid ofte med et kulturelt ideal for, at alle individer bør få behandling for at undgå sundhedsrisici og generelt være sunde og have en oplevelse af velbefindende. Det ideal reflekterer værdierne, der knytter sig til det, der – ofte i sociologisk litteratur – betegnes som en somatisk etik (Brinkmann 2010; Juul Nielsen 2016; Rose 2009; Wolf-Meyer 2011). Som sådan kan disse værdier være styrende for, at den moderne sam-

fundsborger forvalter sin livsførelse på måder, som konstant tilgodeser/fremmer individets psykologiske velbefindende og kropslige sundhed, fordi sundhed nu ses som en målestok for det gode eller succesfulde liv i det 21. århundrede (Juul Nielsen 2016). I den optik bør alle samfundsborgere, forenklet sagt, sørge for at sove 'hensigtsmæssigt' eller 'sundt' for at kunne identificeres som gode borgere.

For det andet peger søvnforskning på en beslægtet sundhedsorienteret model (Healthicisation), som også abonnerer på idéen om, at søvnproblemerne kan forklares ved, at brugeren ikke længere har en sund hjerne, sund krop eller sund psyke etc. (Rogers 2016; Seale et al. 2007; Williams 2002; 2011; Williams et al. 2013). Til forskel fra den medikaliserede model kombineres den sundhedsorienterede model med idealer for personens medborgerskab og individets sociale og ofte arbejdsmæssige funktion. Denne påbyder fx individet at styre sin søvn ved at tage ansvar for at vedligeholde en sund søvn(rytme) via individualiserede (customised) måder at optimere søvnen. Det kan blandt andet ske ved hjælp af psykologiske interventioner og/eller alternative (New Age) behandlingsformer (fx wellness eller mindfulness, at lytte til delfinlyde eller havets brusen, særlige former for kost og bevægelse) med henblik på at kunne præstere og blive en aktiv, effektiv, produktiv og præsterende samfundsborger (Bovbjerg 2004; Brinkmann 2010; Petersen 2016).

Den tredje forklaringsmodel, som vi kalder hverdagslivsforklaringer (pragmatic) (Langvad et al. 2017; Meadows 2005), adskiller sig mest fra de ovenstående modeller. I hverdagsforklaringsmodellen forstås søvn dels i forhold til samfundets normer om den gode søvn og dels i forhold til en persons sociale roller i vedkommendes hverdagsliv. Det kunne være de roller og funktioner, som fx knytter sig til at være far, en ven eller ægtefælle (Langvad et al. 2017; Meadows 2005). Modellen kan også rumme forklaringer om, hvordan søvnen ikke prioriteres og ligefrem påvirkes negativt på grund af de sociale funktioner, der knytter sig til personens roller. Derved rummer hverdagslivsforklaringerne ofte en konflikt. Denne kommer ofte til udtryk som ambivalens i forbindelse med, at personen forhandler/prioriterer imellem, hvad der ses som et sundt og godt søvnmønster ud fra de normative (medikaliserede og sundhedsorienterede) forklaringer, og de måder hvorpå personens roller og funktioner er styrende for søvnen i det daglige (Langvad et al. 2017; Meadows 2005).

Det kan således være svært at identificere forskellene og lighederne imellem forklaringerne: Hvis en person vælger at undgå at drikke alkohol om aftenen, fordi det kan skade den naturlige søvnrytme eller den

sunde søvn, abonneres der på en medikaliseret eller sundhedsorienteret forklaring, afhængigt af om personen begrunder det med at ville undgå sundhedsrisici eller idealet om at præstere. Til sammenligning bruger personen en hverdagslivsforklaring, når vedkommende undgår alkohol om aftenen for ikke at påvirke søvnen negativt, hvis personen fx oplever, at det truer det at være en veludhvilet og ædruelig forælder (personens sociale funktion) (Meadows 2005).

Med udgangspunkt i perspektiverne på de tre forklaringsmodeller om søvn belyser dette kapitel følgende forskningsspørgsmål: Hvilke forklaringsmodeller bruger professionelle og brugere i forbindelse med håndteringen af brugernes søvnproblemer, og hvilke idealer og værdier reflekterer disse modeller?

Data og metode

Kapitlet bygger på empiri fra et kvalitativt projekt om den bureaukratiske håndtering af borgere med komplekse problemer, som på samme tid får serviceydelser fra stofbehandlingen, beskæftigelsessystemet og psykiatrien. Studiet zoomer ind på forskellige logikker og forklaringsmodeller, der gør sig gældende i politikker og i den sociale praksis blandt frontlinjemedarbejdere og borgere i stofbehandling, psykiatrien og beskæftigelsesindsatser i tre større danske kommuner (Bjerge et al. under udgivelse; Christensen 2017). Dette studie af søvnforståelser bygger på interviewdata med brugere og professionelle fra et stofbehandlingstilbud i én af de tre kommuner samt professionelle fra en psykiatrisk afdeling, der samarbejder med stofbehandlingstilbuddet.

Behandlingstilbuddets stofrådgivere og behandlere rekrutterede stofbrugere med komplekse problemer og søvndeprivation. En voksen (+18) borger med komplekse problemer kunne inkluderes i studiet, hvis vedkommende (a) var tilknyttet det kommunale behandlingssystem, (b) var tilknyttet en kommunal beskæftigelsesindsats og (c) havde haft kontakt med det psykiatriske system i forbindelse med stofbehandlingen. Af hensyn til studiets gennemførbarhed og størst muligt rekrutteringsgrundlag valgte vi at rekruttere stofbrugere med komplekse problemer og søvnproblemer gennem en sektion af stofbehandlingstilbuddet, der på det tidspunkt var i behandling for misbrug af centralstimulerende stoffer. Desuden inviterede vi de af stofbehandlingstilbuddets og psykiatriens ansatte, som havde med de rekrutterede borgere at gøre, til at indgå i et interview om håndteringen af borgere med komplekse problemer.

22 semistrukturerede, kvalitative interviews blev udført med fem borgere samt 11 professionelle fra stofbehandlingen og seks fra psykiatrien. De fem borgeres alder spændte mellem 21 og 50 år, med et aldersgennemsnit på 30 år. Tre ud af de fem brugere var kvinder. Informanterne valgte tidspunktet og stedet for interviewet. I overensstemmelse med forskningsetiske principper om frivillighed, anonymitet og fortrolighed blev der inden interviewets start indhentet skriftligt informeret samtykke til deltagelse, og der blev optaget sociodemografiske data. Dernæst blev interviewet initieret af spørgsmålet "hvornår begyndte dine søvnproblemer?", som skulle invitere personen til at beskrive sin oplevelse af udviklingen og håndteringen af søvnproblemerne. Udviklingen af søvnproblemerne blev noteret på en tidslinje på et skema, der var medbragt til interviewet for at give overblik over informanternes søvnproblemer. Under interviewet blev personen bedt om at fortælle om udviklingen af sit stofbrug, sine psykiske problemer og øvrige selvrapporterede livsbegivenheder, som også blev tegnet ind på skemaet. Interviewoptagelserne varede mellem 46 og 80 minutter og i gennemsnit 56 minutter.

Desuden blev der inkluderet 17 (henholdsvis syv mænd og 10 kvinder) socialfaglige og psykiatriske professionelle, hvis alder spændte mellem 26 og 61, med et gennemsnit på 41 år. Majoriteten af de professionelle (10 ud af 17) havde beskæftiget sig professionelt med psykiatri- og/eller stoffeltet i 10 år eller mere. Inden interviewet blev der indhentet skriftligt informeret samtykke på baggrund af mundtlig og skriftlig information om studiet. Interviewene med de professionelle tog udgangspunkt i en tematisk interviewguide, som på forhånd var konstrueret af forskerne til både at afdække hovedstudiets spørgsmål om politikker, organisering af daglig praksis og informanternes erfaringer med brugernes søvnproblemer. De professionelle blev inviteret til at fortælle om deres konkrete erfaringer med søvnproblemer hos borgere med komplekse problemer og beskrive deres roller og refleksioner i forhold hertil. Interviewene varede mellem 32 og 85 minutter og i gennemsnit 70 minutter.

Interviewene blev herefter transskriberet ordret, og kodningen af empirien blev udført i programmet NVivo 11. Kodningen stilede efter at identificere de udsagn og betegnelser, som brugerne og de professionelle brugte til at forklare brugernes søvnproblemer, hvorfor problemerne skulle løses, samt måderne hvorpå søvnproblemerne kunne løses.

Professionelle og brugeres perspektiver på søvn

I dataindsamlingen, kodningen og analysen af interviewene fremkom der på tværs af materialet tre mønstre, der reflekterede de typer af forklaringsmodeller, som er beskrevet ovenfor. Vi benytter derfor de tre modeller som en analytisk ramme til at gruppere det kodede datamateriale og diskutere det empiriske materiale på. Nedenfor udfoldes det, hvordan de professionelle og brugerne forklarede søvnproblemernes baggrund (hvad søvnproblemer er), deres måde at give udtryk for synet på løsningsmetoden (hvordan problemerne bør løses) og deres begrundelser herfor (hvorfor søvnproblemerne håndteres).

Medikaliseret forklaringsmodel

Den medikaliserede model kom både til udtryk i interviewene med de professionelle og brugerne. Det var dog fortrinsvist de medicinske professionelle, hvis arbejde var fokuseret på brugernes psykiatriske problemer, som artikulerede denne forklaringsmodel. Det kom fx til udtryk på følgende måde:

> Du bliver påvirket mentalt kraftigt af de her psykoaktive stoffer. Og de fleste [brugere] har brugt dem i lang tid. Nogle har brugt dem, siden de var i puberteten. Og da vi ved, at personligheden først er færdigdannet ca. som 25-årig, så sidder de og fortæller om noget, som er forvrænget af psykoaktive stoffer, og så skal vi sidde og kunne skille det ad og sige: Hvad er det nu, stofferne har gjort, og hvad er personlighedsforstyrrelsen? Man bliver også forstyrret af stofferne. Det er vævet sammen. Men hvis man ved noget omkring stoffer, så ved vi også, at hvis man bruger amfetamin, så er det meget ofte brugt på den måde, at man bruger det i 3 døgn for fuld skrald uden søvn. Og så bliver man simpelthen udmattet, og så sover man jo nærmest i flere døgn i træk.

Ved at fremhæve, at brugen af psykoaktive stoffer og personlighedsforstyrrelse er "vævet sammen", forklarer informanten, hvordan søvndeprivationen og udmattelse både må ses som udtryk for den psykiatriske tilstand i personen og som en effekt af at bruge stoffer "for fuld skrald". Argumentet lød ofte, at stofbrugen kunne forværre søvnen, selvom den psykiske lidelse i første omgang var skyld i problemerne. En stofbehandler forklarede det på følgende måde: "Stofferne vil forværre det [søvnproblemerne], men det er ikke sikkert, at det alene er dem [stofferne], der har skabt det". Flere af de professionelle forklarede også, at brugernes søvnproblemer skyldtes "noget kemisk" i hjernen, fordi de talte om brugernes forstyrrede søvn og oplevelse af uro som tegn

på (langtids)effekten af stofbrug, ophørssymptomer eller som tegn på psykisk lidelse.

I lighed hermed fortalte brugerne, at søvnproblemerne var resultatet af psykiske problemer som psykoser, mani, PTSD, bipolar lidelse, persisterende selvmordstanker, stress eller depression. En bruger forklarede det på følgende måde:

> Interviewer: Kan du fortælle mig, hvornår du synes, dine søvnproblemer begyndte?
> Bruger: Jamen det gjorde de jo faktisk, fra da jeg blev født. Min mor er PTSD[2] på grund af, at min rigtige far drikker meget og blev meget voldelig. De gik fra hinanden, da jeg var to, men han har prøvet på at kvæle min mor, og han har råbt ad mig rigtig meget og været meget voldsom over for mig.

Selvom brugerne også, og måske fortrinsvist, brugte hverdagsforklaringer (se nedenfor), er citatet eksemplarisk for den måde, de ofte forklarede deres søvnproblemer ved hjælp af en medikaliseret model. Dette fordi de forklarede, at søvnproblemerne var forårsaget af psykisk lidelse som fx PTSD eller selvmordstanker. Som en del af denne forklaring talte brugerne også om, at deres søvnproblemer forstærkede deres psykiske problemer. Dette forklarer den samme unge kvinde.

> Interviewer: Hvordan hænger dine selvmordsforsøg så sammen med søvnen?
> Bruger: Når man sover så lidt, så tænker man heller ikke rigtig så klart, vel? Og når jeg får de her ting [selvmordstanker], så er jeg ude af mig selv. Jeg forstår ikke helt, hvad der sker omkring mig. Og jeg får flere humørsvingninger og sådan noget. Jeg tror, det er, fordi jeg er træt.

I lighed med tidligere studiers fund (Seale et al. 2007; Williams et al. 2013; Wolf-Meyer 2011) pegede både brugere og professionelle på, at søvnen burde fremmes, og problemerne måtte løses ved hjælp af medicinske, psykofarmakologiske eller terapeutiske behandlingsformer. Informanterne talte derfor ofte om, hvordan den medicinske (psykofarmakologiske) og terapeutiske behandling for deres ophørssymptomer og deres psykiske problemer var – eller ikke var – hjælpsom i forhold til søvnproblemerne. Det fortalte en mandlig bruger om under interviewet:

> Da jeg arbejdede og sådan noget indtil for to år siden, der gik min søvn dårligt. Det blev sådan langsomt dårligere og dårligere, også fordi jeg tjallede [røg cannabis] den. Og så fik jeg den der depression og stress. For et halvt år siden

> startede jeg på hashafvænning, og jeg er ikke faldet i ret mange gange. Det er gradvist blevet bedre, men jeg synes stadigvæk, at jeg sover enormt dårligt.

Citatet er et eksempel på, hvordan brugerne ofte beskrev, at de håbede, at behandlingen, som fx hashafvænning, kunne forbedre deres søvn. Flere af brugerne talte om, at de fx kunne "falde i" og ryge cannabis om aftenen eller brugte andre beroligende stoffer, fordi de vedvarende oplevede, at de "sover enormt dårligt", og at søvnen kun bliver "gradvist bedre", på trods af behandlingen. Dette fremkom også af interviewene med de professionelle, fx som her, hvor en psykiatrisk behandler understreger, at:

> Han [brugeren] bruger stofferne for at få noget søvn. Han har så brugt hash – 1-2 joints om aftenen – for at overhovedet falde i søvn. Men ellers så har han brugt alkohol til at dæmpe sig med.

Da behandlingen af søvnproblemerne ikke altid virkede med det samme eller efter hensigten, kom lignende frustrationer over de behandlingsmæssige muligheder og effekter både til udtryk blandt brugerne og flere af de professionelle. Fx når flere af de professionelle talte om, at de havde få medicinske handlemuligheder i forhold til at hjælpe brugerne med deres søvnproblemer. Det talte en erfaren professionel om:

> Quetiapin, 25 mg nocte [et antipsykotisk præparat, der benyttes som sovemiddel i lave doser], det er afsindigt godt til at hjælpe til at få genoprettet en søvnrytme. Det er det eneste, vi har, der kan hjælpe folk med hashabstinenser.

Ærgrelsen over de manglende medicinske muligheder for at hjælpe brugerne knyttede sig til forestillingen om, at søvnen burde behandles medicinsk eller terapeutisk, fordi problemerne og det hyppige stofbrug, der ofte fulgte med, kunne føre til "forandringer i hjernen" og/eller, at brugeren også kan blive "[psykiatrisk] forstyrret af stofferne" (Psykiatrisk behandler). I lighed med fund fra tidligere studier begrundede særligt de professionelle, men i nogen grad også brugerne, dette med, at søvnproblemerne burde løses for at minimere risikoen for at forstærke (psykisk) sygdom og stofbrug og derved reducere skadevirkninger ved individets sundhed og velbefindende (Kroll-Smith & Gunter 2005; Pugh 2000; Williams 2002; Williams et al. 2013). Når informanterne brugte på den medikaliserede forklaring, blev betydningen af brugernes hverdagsliv og øvrige sociale kontekst for søvnproblemernes opståen ofte nedtonet eller ignoreret helt. På samme tid brugte flere af de professionelle, og

særligt stofbehandlerne, den delvist overlappende sundhedsorienterede forklaringsmodel.

Sundhedsorienteret forklaringsmodel

Repræsentanterne for den sundhedsorienterede forklaringsmodel var primært stofbehandlere med socialfaglig baggrund. Modellen kom til udtryk, da en erfaren professionel gav et avisudklip med denne vittighedstegning fra "Marens Blog" til forskeren i forbindelse med et af søvnstudiets første interview.[3]

Tegningen er eksemplarisk for forklaringen om, at søvnproblemerne skyldes vedkommendes hjerne, og at personen med viljens kraft kan – eller i det mindste bør – tage ansvar for at overvåge og kontrollere hjernen og derved fremtvinge søvnen, fordi vedkommende skal sove. Fx begrundede de professionelle brugernes søvnproblemer med, at søvnen var dårlig, fordi "belønningssystemet og stressniveauet, det hamrer derudaf", "forandringer i hjernen", "noget kemisk" eller "hormoner". Et eksempel på at forklare søvnproblemerne på denne måde fremkom under et interview med en professionel fra stofbehandlingstilbuddet:

> Brugerne kan godt se, at det giver nogle vanskeligheder. Så kan man jo også sige, at det gør jo også noget ved ens hjerne, når man har røget i x antal år, så det er jo ligesom en måde at slukke og lukke på der sidst på dagen.

Her indikerer informantens udsagn, at brugeren har truffet et aktivt valg om at bruge hashrygning til "at slukke og lukke" sidst på dagen, og at det er årsagen til søvnproblemerne. Forklaringen bygger også på antagelsen om, at langvarig hashrygning eller anden stofbrug gør "noget ved ens hjerne". Stofbehandlerne forudsatte ofte, at det var brugerens aktive valg om at ryge hash, som udgjorde den primære grund til søvnproblemerne, fordi de enten ikke kunne sove på grund af selve stoffet eller som følge af ophør med brug af stoffet. Denne klassifikation af søvnproblemerne blev typisk beskrevet i sammenhæng med de professionelles beskrivelser af,

hvordan brugerne burde opnå en forbedret søvn for at kunne præstere. I lighed med tidligere studiers fund knyttede denne forklaring ofte an til idéen om, at individet har brug for skræddersyede former for støtte og alternative former for behandling for at optimere, målrette og administrere dets søvn på effektiv vis (Rogers 2016; Seale et al. 2007; Williams 2002; 2011; Williams et al. 2013). Når stofbehandlerne talte om, hvordan søvnproblemerne skulle løses, fremkom det ofte, at brugeren både burde være ansvarlig for at følge den medicinske og psykologiske (kognitive) behandling og samtidig burde følges af en mentor eller vejleder for at forblive motiveret, vedholdende og tålmodig i forhold til behandlingseffekten (som jf. den medikaliserede forklaringstype ofte lod vente på sig):

> [Der] var en, der havde været mange år i hashpsykose, og han havde været rigtigt svær at have med at gøre. Hele hans personlighed var meget præget af opgivenhed, og at andre skal gøre ting. Hvad kalder man det? Sådan en lidt nedtrykt personlighed, ikke deprimeret, men bare sådan lidt bitter. Han har røget hash i mange år og har været inde ved mig i flere omgange. Rigtig, rigtig tung at danse med. Rigtig svær at få til at handle og er blevet pakket ind. Han har fået to mentorer på en gang, bostøtte, misbrugsbehandler og særlige forhold oppe i beskæftigelsesforvaltningen.

Uddraget er et eksempel på, at de professionelle forudsatte, at brugerens initiativ, aktivitet, motivation, personlig ansvarlighed og udholdenhed ses som centrale værdier i tilgangen til at etablere et sundt søvnmønster. Flere professionelle fremhævede, at brugeren skal lære at "holde ud", særligt når de har abstinenser i de første 30 dage efter ophør med at ryge hash. Dog tog stofbehandlerne indimellem også forbehold. Det fremkom fx på følgende måde:

> Men jeg tænker, at han er i hvert fald ikke den klassiske i den forstand, hvor de [borgere i stofbehandling] kommer og siger: "min søvn er blevet dårligere".

I disse situationer henviste informanterne, og særligt stofbehandlerne, ofte til, at søvnproblemerne også kunne fortolkes ved hjælp af andre forklaringer end den sundhedsorienterede. Ved fx at sige, at "han har også diagnosen ADD", eller at brugeren også er "i gang med noget hormonel behandling", så refererede stofbehandlerne, i al fald indirekte, til medikaliserede forklaringer ved at henvise til kompleksiteten af borgernes problemer. På trods af at de anerkendte, at der kunne findes andre forklaringer end den sundhedsorienterede model, så de-legitimerede

de samtidig, men muligvis ikke-intentionelt, også den medikaliserede model. Dette hang sammen med, at den medikaliserede model underkendte stofbehandlernes sociale arbejde og disse indsatsers effekt ved at artikulere brugernes mangel på motivation, fremdrift og aktivitet som et medicinsk anliggende. Denne implicitte de-legitimering af den medikaliserede model fremkom ofte som normalisering:

> Helt grundlæggende så prøver man jo at normalisere det [søvnen]. Når man normaliserer noget, så kan man tage meget stress af det. Man kan eksempelvis fortælle folk: "Nej, du er ikke syg, du er ikke ved at få knald i låget. Det er helt normalt, at når man har haft et misbrug af hash i lang tid, og man stopper, så har man svært ved at falde i søvn, fordi hash er et sløvende stof, og fordi hjernen er tilvænnet, og det forventer kroppen. Det er det, du har brugt det til.

I den optik var løsningen på søvnproblemerne således, at borgeren måtte lære at være ansvarlig, motiveret og vedholdende, fordi der er "en pris at betale" for brugeren, som en professionel artikulerede det på en kontant måde. Denne løsningsstrategi kom også til udtryk på følgende måde:

> Puha, det går over igen det her. Så kan man vise folk nogle forskellige kurver, og man fortæller typisk, at det er sådan, det foregår: Det skal nok normalisere sig.

Denne løsningsmodel knyttede sig endvidere til, at formålet med at løse brugernes søvnproblemer var, at brugeren ikke skulle være en social byrde og (igen) skulle blive arbejdsdygtig eller arbejdsmarkedsparat:

> Altså, de [brugerne] er jo godt klar over, at det er et sløvende stof, og i dag får du jo ikke lov at gå [ledig], ligegyldigt hvor handicappet du er, så skal du jo i noget beskæftigelse.

Idealet om, at individet skal kunne præstere, være arbejdsdygtig og i beskæftigelse formede denne forklaring. I lighed med tidligere søvnforskning forklarede informanterne, at søvnproblemerne skulle løses for at nytteoptimere borgerens præstation, aktivitet og effektivitet som arbejder og/eller for at modvirke det, at brugeren betragtes som doven, hvis vedkommende ikke forener sig med ansvaret for at være en aktiv klient og effektiv arbejder eller studerende ved at indrette sit liv i henhold til arbejds- og privatlivets temporale arkitektur (Rogers 2016; Seale et al. 2007; Williams 2002; 2011; Williams et al. 2013).

Hverdagslivsforklaringsmodel

Denne forklaringstype fremkom kun i interviewene med brugerne. Disse forklaringer indebar, at brugerne løbende reflekterede over misforhold mellem de ovenstående to normative forklaringer og deres dagligdagsroller og funktioner. Først anvendte brugerne medikaliserede og sundhedsorienterede søvnmodeller som et normativt udgangspunkt for henholdsvis at forklare og begrunde søvnproblemernes ophav og løsning. Dernæst beskrev de, at deres dagliglivsroller og deres sociale funktioner også kunne forklare og legitimere deres søvnmønster. Hverdagslivsforklaringerne rummede derfor ofte en høj grad af ambivalens, fordi brugerne konstant vekslede mellem normative og funktionelle forklaringsmodeller.

Under interviewene tog brugerne gennemgående udgangspunkt i den ovenfor nævnte medikaliserede model. På den måde forklarede de, at deres søvnproblemer var et udtryk for det at være "stresset" og angst (utryg, urolig, konstant årvågenhed, ensom og isoleret) som følge af traumatiske oplevelser, trusler og vold i forbindelse druk, anden stofbrug og andre former for "dårligt liv", som en bruger forklarede det. Dette dannede imidlertid baggrund for, at de beskrev, at hverken den medicinske eller terapeutiske behandling eller alternative strategier, som fx lange gåture eller styrketræning, typisk havde hurtig eller nævneværdig effekt på deres søvnproblemer. Derimod fremstillede brugerne ofte stofferne som hjælpsomme, fx ved at afvise stoffernes negative indflydelse på deres søvn. Det fremkom fx, da en 21-årig kvinde fortalte om, hvordan hun sov i det halve år efter, at hun havde fået en læreplads:

> Interviewer: Og hvordan var din søvn på det tidspunkt?
> Bruger: Det var også dårligt. Elendigt, var det.
> Interviewer: Kan man så ikke sige det har noget med hashen at gøre?
> Bruger: Nej, jeg var meget stresset. Hash har aldrig gjort en forskel i min søvn. Hverken til eller fra. Jeg sover måske lidt mere nu, men sover ikke godt om natten. Som jeg har gjort. Eller burde gøre, synes jeg.
> Interviewer: Det forstår jeg ikke. Hvordan du burde sove?
> Bruger: Ja. jeg synes ikke, hashen indvirker på, hvordan man burde sove.

På den eller tilsvarende måder afviste brugerne typisk, at hashrygning eller andet stofbrug skadede deres søvn. Derved kom det til udtryk, at de så stofbrug som en meningsfuld måde at forsøge at løse deres søvnproblemer på, fordi behandlingen ikke havde den forventede eller ønskede virkning. I den sammenhæng anvendte brugerne den sundhedsorienterede model til at legitimere deres stofbrug, fordi de brugte kravene om,

at de skulle passe deres studie, job, deltagelse i et beskæftigelsestilbud og behandlingen til at retfærdiggøre deres stofbrug som en legitim måde at falde til ro om aftenen og optimere deres søvn med henblik på at kunne præstere den følgende dag.

Netop her gav brugerne ofte udtryk for en aktiv forhandling mellem de normative og funktionelle forklaringer. Det viste sig ofte som ambivalens og flertydighed. I kølvandet på deres artikulation af de normative modellers forklaringer og begrundelser beskrev brugerne ofte de værdier, som de forbandt med deres dagligdagsroller og funktioner. Først klassificerede brugerne deres søvnproblemer som en normal eller naturlig del af deres dagligdagsroller, og herefter forklarede (begrundede) de, at deres ofte manglende eller ustabile søvn også var tæt forbundet med det at nyde rusmidler i sammenhæng med at være veninde, kæreste, poet eller det at lytte til musik eller se Netflix om aftenen i deres hverdag.

For det første fremhævede brugerne igen og igen, hvordan dagligdagsroller som fx det at være forælder, kæreste, veninde eller A-menneske var afgørende for deres søvnmønster. Det at være A-menneske fremkom fx, når de italesatte, at "jeg har altid haft et mærkeligt søvnmønster", eller "jeg har altid været B-menneske, og så først her på de senere år er jeg også blevet A-menneske". På den måde normaliserede brugerne deres søvnproblemer ved at forklare, hvordan deres søvn måtte forstås i konteksten af deres roller og det, de så som normalt i deres dagligdag. Dette fremkom også, da en bruger beskrev sin søvn efter at være blevet forælder: "Sådan 3 måneder efter jeg havde født, der var det sådan, at hver eneste gang jeg sad med min baby, så [snorkelyde] så blev jeg bare sådan helt træt". På den måde fremhævede brugerne, at deres søvnproblemer var en naturlig del af deres dagligdagsroller, fordi de var forårsaget af de egenskaber, udfordringer og forpligtelser, de oplevede i deres specifikke livssituation.

Dernæst supplerede brugerne ofte de normaliserende søvnforklaringer med begrundelser om, at deres søvnmønster også var tæt forbundet med nogle konkrete lystbetonede aktiviteter, der knyttede sig til nogle af deres roller. Brugerne fortalte fx, at deres aktiviteter ofte bestod i, at de skrev digte, lyttede til musik og/eller dyrkede kæreste- eller venskabsrelationer i kombination med at bruge rusmidler. Dette fremkom fx under et interview, hvor brugeren talte om, hvordan hans forståelse af rollen som forfatter knyttede sig til det at ryge joints, lytte til musik og skrive digte sent om aftenen: "Jeg har også skrevet rigtig meget, når jeg har været skæv og sådan. Så jeg har alligevel fået noget ud af det." (Bruger). På den måde begrundede brugeren, at vedkommendes søvnmønster var nært forbundet med rollen som forfatter/poet, og derved

også hvorfor han ofte gik sent i seng i hverdagene. Blandt de mange varierende eksempler herpå begrundede brugerne også, hvordan deres søvnmønster hang sammen med de aktiviteter, som var en central del af deres venskabs- eller kæresterelationer. Det kom til udtryk gennem en ung kvindes fortælling:

> Jeg kan huske, jeg havde en veninde, som jeg røg lidt med. Så røg vi en hel weekend sammen. Vi lavede en joint. Så rullede vi den. Så lagde vi os til at sove med noget slik. Og så vågnede vi og lavede en joint, og så spiste vi noget slik, og så lagde vi os til at sove. Sådan kørte hele weekenden. Det var rart.

Som sådan fremhævede flere af brugernes hverdagslivsforklaringer, at deres søvnmønster både hang tæt sammen med deres nydelse forbundet med fx at ryge (joints, bong) sammen med andre og følelsen af at være tryg med kæresten, dyrke sex eller spise slik. Selvom det almindeligvis knyttede sig til det at gå i seng, falde til ro og falde i søvn, talte nogle af brugerne også om, at kombinationen af dagligdagsaktiviteter og nydelse af rusmidler formede det at vågne op fra søvnen: "Jeg havde sådan en overgang, hvor jeg spiste sådan en lille svamp i min morgenkaffe hver lørdag". Selvom der specifikt henvises til oplevelsen af at vågne op i weekenden, så indikerer brugerens fortælling om "en lille svamp i min morgenkaffe", at stofbrug og opvågning fra søvnen også forbindes med en oplevelse af nydelse i det daglige.

Brugernes forklaringer om deres forskellige roller i kombination med lystbetonede aktiviteter, som fx stofbrug, sex og/eller slikspisning, var karakteristiske for hverdaglivsforklaringer, som signalerede en mere funktionel måde at fortolke deres ofte manglende søvn på. På den måde blev det muligt for brugerne at tale om deres manglende eller usammenhængende søvn, uden at søvndeprivationen blev set som unormal, usund eller patologisk, selvom de på samme tid stod i et konfliktforhold til deres normative forklaringer. I den forstand var hverdagslivsforklaringerne præget af ambivalens og flertydighed. Som indikeret ovenfor så bekendte en bruger fx sin ambivalens ved at sige: "Så jeg har alligevel fået noget ud af det [at ryge joints og skrive digte om aftenen]". På den måde virkede brugernes søvnforklaringer også mere rodede, fordi de ofte vekslede mellem den medikaliserede models klassifikation af søvnproblemerne, den sundhedsorienterede models begrundelse (præstation, optimering) for at sove og deres dagligdagsroller og funktioner, som var afgørende for måderne, hvorpå de så det som naturligt og legitimt at bruge stoffer i deres dagligdag, selvom det ofte påvirkede deres søvn negativt.

Diskussion

Analyserne viser, at empirien reflekterer tre forskellige modeller, som bruges til at forklare og håndtere brugernes søvnproblemer. Analyserne må dog læses med forbehold for, at forklaringsmodellerne fremkom gradvist som en del af dataindsamlingen til et større studie, der sigtede mod at analysere forholdene mellem de typiske forklaringer og behandlingstilgange i de forskellige velfærdssystemer. Hovedstudiets formål, og kapitlets metodiske måde at zoome langsomt ind på de forskellige forklaringsmodeller i løbet af dataindsamlingen, kodningen og analysen af forklaringsmodellerne, kan derfor have betydet, at der er en risiko for, at vi kan have overset tematikker vedrørende søvnproblemer, som ikke passer ind i de tre identificerede forklaringsmodeller. Det er dog tvivlsomt, da disse undertemaer i så fald ville være blevet overset i den systematiske kodning af det empiriske materiale såvel som i vores kritiske diskussion af empirien, hvor vi heller ikke fandt eksempler, som ikke knyttede sig til en af de tre forklaringsmodeller. Kapitlets styrke ligger således i at tilbyde en dybere forståelse for, hvor forskelligt, og til tider ensartet, dobbeltdiagnosticerede brugeres personlige søvnproblemer fortolkes og håndteres ved hjælp af nogle typiske forklaringer, der kan ses som karakteristiske for psykiatri- og stofbehandlingssystemet. Analysen skal alligevel læses med det kritiske forbehold, at den ikke tilbyder noget substantielt nyt sociologisk-antropologisk perspektiv på søvnproblemer, men snarere lyder som et ekko af tidligere forskning både i og udenfor psykiatrien og stofbehandlingsområdet. Ikke desto mindre anskueliggør kapitlet, hvordan disse typiske forklaringsmodeller tilsammen og hver for sig både virker konstituerende og hæmmende for systemernes mulighed og evne til at tilbyde hjælp og behandling (cultural healing) i forhold til søvnproblemer. Dette fordi udvekslinger og konflikter mellem de forskellige forklaringsmodeller uforvarende kan have negativ betydning for samspillet mellem brugere og mødet mellem professionelle i snitfladerne mellem psykiatrien og stofbehandlingen.

Den medikaliserede forklaringsmodel repræsenteres, i al fald fortrinsvist, af medicinske professionelle, hvis blik på søvn er formet af en psykiatrisk fortolkningsramme, hvor søvnproblemerne ses som et tegn på en biopsykiatrisk forstyrrelse i individet (Haugsgjerd et al. 2014; Oute & Ringer 2014). Stofbehandlingens professionelle fremstillede overvejende den sundhedsorienterede søvnmodel, som hviler på idéen om, at søvnproblemerne skyldes, at brugeren ikke længere har en sund hjerne og/eller sund psyke på grund af stofbrugen (Rogers 2016; Seale et al. 2007; Williams 2002; 2011; Williams et al. 2013). Brugerne selv artikulerede en

hverdagslivsorienteret model, hvor de balancerede forklaringer om, at søvnproblemerne både var knyttet til deres psykiske lidelse og til deres roller og funktioner i hverdagen. På den måde viser analysen, at der er væsentlige forskelle og ligheder imellem de tre forklaringsmodeller, særligt det forhold, at professionelle oftest præsenterede nogle normative syn på søvn, mens brugerne i højere grad talte om nogle mere funktionelle perspektiver herpå. Fælles for de tre typer af forklaringer var, at søvnproblemerne gennemgående blev klassificeret som psykisk lidelse ved hjælp af et medikaliseret sprog for søvnproblemerne. Men ved hjælp af tidligere undersøgelser af konkurrerende forestillinger om psykiske lidelse[4] kan man alligevel få øje på, at der også var væsentlige forskelle imellem disse medikaliserede klassifikationer af psykisk lidelse og de idealer og værdier, der knyttede sig dertil (Haugsgjerd et al. 2014; Oute & Ringer 2014; Petersen & Brinkmann 2015).

For det første kan man sige, at den medikaliserede model, som ofte repræsenteres af psykiatriske professionelle, i højere grad hviler på et klassisk paternalistisk sygdomsbegreb, hvor søvnproblemerne fortolkes som udtryk for, at brugeren "er psykisk syg" eller "er personlighedsforstyrret". På den måde var det fx et meningsfuldt udsagn at sige, at "man bliver også forstyrret af stofferne". Dette blik for psykisk lidelse reflekterer en gammelkendt psykiatrisk behandlingslogik, hvor psykiatriske patienter ses som viljeløse sygdomsobjekter uden legitimitet og evne til at vurdere arten og sværhedsgraden af deres problemer (Goffman 2007; Jacobsen 2006). Den manglende legitimitet afspejler modellens sundhedsfaglige forklaring af søvnproblemerne, hvor sundhed ses som en kardinaldyd, fordi søvnproblemerne både repræsenterer et symptom på sygdom og en forøget risiko for at (for)blive syg. I lyset af en sådan somatisk etik signalerer brugerens søvnproblemer således, at brugeren som samfundsborger "er dårlig" og følgeligt må have psykiatrisk behandling for sine (søvn)problemer for at kunne blive bedre og undgå at blive syg – og dårlig – igen (Juul Nielsen 2016; Rose 2009; Wolf-Meyer 2011).

Til forskel fra den medikaliserede forklaring var der tendens til, at stofbehandlerne anvendte en sundhedsorienteret forklaring til at klassificere brugernes søvnproblemer. Selvom den medikaliserede artikulation af psykisk lidelse delvist anerkendes, ses tilstanden alligevel som et øjebliksbillede, der indimellem tilslører, hvem personen også kan være. I den forstand ses brugeren ikke som en, der er psykisk syg, men som en person, der "har psykisk sygdom". På den måde var det fx meningsfuldt at forklare, at brugeren "har også diagnosen ADD". Denne model er derfor en mere kompromissøgende afart af den medikaliserede forklaring. Dette

fordi forklaringens mindre deterministiske blik på psykisk lidelse muliggør, at stofbehandlingen i effektivitetens, aktivitetens og produktivitetens navn kan abonnere på idealet om, at brugeren selvstændigt og individuelt er ansvarlig for at håndtere sine problemer ved hjælp af sin motivation, terapi, stressreduktionsteknikker og andre forhåndenværende strategier som fx motion eller drikning af urtete. Ved på samme tid at tale om handicapbegrebet åbnes der også op for en vis kritik af dette ideal blandt socialarbejderne i den sociale stofbehandlingsindsats (Menneskerettigheder 2013). Den kritiske betoning af handicapbegrebet indebærer netop, at der kan være tidspunkter, hvor stofbehandlerne forudsætter, at brugeren nok kan have visse biopsykiatriske karakteristika, men at disse reelt først bliver til et handicap i de tilfælde, hvor de sociale strukturer omkring vedkommende ikke understøtter vedkommendes ressourcer og funktioner. Hvis det er tilfældet, kan det ses som en indikation på, at dette mindre deterministiske lidelsesbegreb – handicapbegrebet – formentlig oftere end de medicinske professionelle bruges af stofbehandlingens socialrådgivere og pædagoger til at tale om, hvordan de via deres sociale arbejde kan forbedre brugernes sociale betingelser og muligheder for at håndtere og leve med deres (søvn)problemer.

Endelig kan man sige, at brugerne selv artikulerede et flertydigt, men mangefacetteret syn på deres søvnproblemer, fordi de både anvendte normative og mere funktionelle forklaringer. På den ene side var der tendens til, at brugerne selv brugte et medikaliseret sprog til at klassificere og portrættere deres søvnproblemer, fx ved at sige, at "min mor er PTSD", eller ved at fortælle, at søvnen "blev sådan langsomt dårligere og dårligere, også fordi jeg tjallede [røg cannabis] den". Det tyder på, at brugerne, formelt set, er relativt veldisciplinerede. Givet at brugerne synes at identificere sig med psykiatriens delvist deterministiske syn på psykisk lidelse og den sundhedsorienterede models ideal for arbejdsmarkedsparathed, synes deres normative forklaringer i høj grad at reflektere behandlingssystemernes iboende værdier.

På den anden side indikerede interviewene også, at brugerne både anvendte deres beskrivelser af den ringe behandlingseffekt samt idealet om at skulle kunne præstere i uddannelsessystemet og/eller på arbejdsmarkedet til at legitimere deres stofbrug som en alternativ måde at finde ro og kunne sove. På linje med tidligere forskning i unge voksne og rusmidler (Herold 2015) opstod dette samtidig med, at studiets relativt unge brugere også talte om, at deres nydelse forbundet med stofbrug hang tæt sammen med deres roller og venskabs- og kæresterelationer. På linje med tidligere forskning fra dobbeltdiagnoseområdet kan stofbrugernes

hverdagsorienterede forklaringer om deres roller og stofbrug også virke som en måde at positionere sig som legitime, handlende og selvstændige individer (Jacobsen 2006), fordi man kan sige, at brugerne også valgte *ikke* at sove, som man bør, set i forhold til det normative medikaliserede og sundhedsorienterede syn på søvn. I det tilfælde kan kombinationen af brugernes søvnpraksis og stofbrug ses som en subtil form for modstand mod helt at forene sig med et normativt blik på deres hverdagsliv og søvnproblemer, selvom de var bevidste om, at deres stofbrug kan ses som sundhedsmæssigt, moralsk og juridisk illegitimt. På den måde tyder interviewene med brugerne altså på, at de i lighed med fx unge universitetsstuderende betoner, at deres illegitime brug af stoffer må ses som en alternativ behandlingsform, der kan fremme deres søvn for at optimere deres arbejdsduelighed og præstation (Bjønness 2018).

Konklusion

Dette kapitel har belyst, hvordan søvnproblemer ofte forklares og håndteres i stofbehandlingen, psykiatrien og blandt brugere med komplekse problemer. Deres forskellige forklaringsmodeller er også forbundet med nogle mere vidtrækkende videns- og værdisystemer, der er karakteristiske for de specifikke sektorer af det samlede velfærdssystem, hvor borgere med komplekse problemer håndteres. På trods af at velfærdssystemets undersektioner kan repræsentere væsensforskellige forklaringsmodeller og værdier, så kendetegner deres fortolkningsmodeller og følgende måder at håndtere og disciplinere brugernes søvnproblemer hver især velfærdssystemernes samfundsmæssige funktioner. Tilsammen karakteriserer disse funktioner og værdier dels deres kulturelle healing (Kleinman 1978), og dels er de afgørende for mødet, samhandlingen og samarbejdet mellem brugere og professionelle, der befinder sig i systemernes krydsfelter. Dette fordi velfærdssystemernes forskellige udfordringer med at forstå og samlet prøve at afhjælpe brugernes søvnproblemer kan være et udtryk for, at synet på søvn har varieret på tværs af forskellige kontekster og tid. Som det også påpeges af Williams (2007), konstitueres synet på brugernes naturlige og gode søvn af en overordnet form for social etikette. Det vil sige, at forestillingen om, hvad der henholdsvis er et civiliseret og passende eller uciviliseret og upassende tidspunkt, sted og måde at sove, historisk set har afhængt af synet på søvnens sundhedsmæssige og samfundsmæssige funktioner. Derved understreger dette kapitel, at søvn og søvnproblemer er et komplekst, socialt fænomen, som er svært at klassificere og afhjælpe i

komplekse samt fagligt forskelligartede velfærdssystemer. Dette fordi synet på den naturlige eller sunde søvn og søvnens funktioner både afhænger af dominerende kulturelle forestillinger i samfundet, i forskellige dele af statsapparatet, i de professionelles faglige forestillinger og en række sociale forhold i brugernes dagligliv. I den optik fremhæver kapitlet, at brugeren prøver at agere i overensstemmelse med forestillingen om en god borger, en god patient, en god forælder, en god medarbejder eller en god klient, samtidig med at søvnen også formes af brugerens funktionelle perspektiver, der knyttes til vedkommendes personlige præferencer, nydelse og netværk.

Selvom det er kendt fra sundhedsområdet, at der ofte opstår misforhold mellem normative og hverdagslivsforklaringer på søvn (Flick et al. 2010; 2012), så indikerer kapitlet fra det sociale område også, at der er tendens til, at professionelles og brugernes opfattelser af god søvn kan være ude af trit med hinanden. Dette misforhold er særligt tydeligt, hvad angår begrundelsen for, hvordan søvnproblemerne bør løses, og hvilke faktorer der påvirker brugerens søvn negativt. På linje med nært beslægtet forskning (Meadows et al. 2017; Nettleton et al. 2017) rejser kapitlet også adskillige nye spørgsmål til både forskning og praksis: Det kunne fx overvejes at undersøge og håndtere søvnproblemer via interdisciplinær dialog og intervention? Ved at betone en interdisciplinær tilgang kunne man i højere grad have blik for, hvordan og i hvilket omfang der tages højde for misforhold mellem normative og funktionelle forklaringer i behandlingen, såfremt det overhovedet bør overvejes. Herunder kunne det også være interessant at få dybere indsigt i de etiske udfordringer, som knyttes til spørgsmål om, hvor langt man kan gå som stat og/eller behandler i forhold til at definere og stille krav om, hvordan, hvornår og hvorfor stof- og psykiatribrugere sover i deres private hverdagsliv. Og i lighed med tidligere international forskning fra stof- og dobbeltdiagnoseområdet rejser kapitlet også spørgsmål om, hvad søvnproblemer kan betyde for brugernes mulighed for at komme sig (recovery). Det spørgsmål kunne indikere, at der fortsat er behov for at undersøge, hvordan misforholdene mellem de forskellige typer af søvnforklaringer kan få betydning for håndteringen af brugernes søvnproblemer, og hvordan det kan fremme og hindre brugernes recovery (Nettleton et al. 2017; Oute & Bjerge 2017).

Litteratur

Adams, G.C., Stoops, M.A. & Skomro, R.P. (2014). Sleep tight: Exploring the relationship between sleep and attachment style across the life span. *Sleep Medicine Reviews,* 18 (6), 495-507.

Bjerge, B., Christensen, L. & Oute, J. (under udgivelse). *Complex Cases – Complex Policies*. Aarhus: Dept. of Psychology. Centre for Alcohol and Drug Research, Aarhus Universitet.

Bjønness, J. (2018). Den mobile målstreg: Unges brug af receptpligtige og illegale stoffer for at trives og præstere bedre under uddannelse. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*.

Bonke, J. & Møller, M.F. (2011). *Søvn: Ægteskab, indkomst og helbred*. København: Gyldendal.

Bovbjerg, K.M. (2004). *Følsomhedens etik: Tilpasning af personligheden i New Age og moderne management* (2. ed.). Højbjerg: Hovedland.

Brinkmann, S. (2010). *Det diagnosticerede liv: Sygdom uden grænser*. Aarhus: Klim.

Brower, K.J. (2003). Insomnia, alcoholism and relapse. *Sleep Medicine Reviews,* 7 (6), 523-539.

Brower, K.J. & Perron, B.E. (2010). Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. *Medical hypotheses,* 74 (5), 928-933.

Christensen, L. (2017). Metaphors of change: Descriptions of changes within the practice of social work for socially marginalized people. *Journal of Organizational Ethnography,* 6 (2), 116-128.

Dement, W.C. & Vaughan, C.C. (1999). *The promise of sleep: The scientific connection between health, happiness and a good night's sleep*. London: Macmillan.

Fatseas, M., Kervran, C. & Auriacombe, M. (2016). [Sleep disorders and addictions: Impact on quality of life and relapse vulnerability]. *Presse Médicale*, 45 (12, pt 1), 1164-1169.

Flick, U., Garms-Homolova, V. & Rohnsch, G. (2010). 'When they sleep, they sleep': Daytime activities and sleep disorders in nursing homes. *Journal of Health Psychology*, 15 (5), 755-764.

Flick, U., Garms-Homolova, V. & Rohnsch, G. (2012). "And mostly they have a need for sleeping pills": Physicians' views on treatment of sleep disorders with drugs in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, 26 (4), 484-494.

Goffman, E. (2007). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.

Haugsgjerd, S., Karlsson, B. & Jensen, P.F. (2014). *Psykiske lidelser i fire perspektiver*. https://nota.dk/bibliotek/bogid/624798.

Herold, M.D. (2015). *Recovering identities and social relationships among young people following extensive drug use.* Ph.d.-afhandling. Aarhus: Centre for Alcohol and Drug Research, Aarhus Universitet.

Hesse, M. & Thylstrup, B. (2013). Time-course of the DSM-5 cannabis withdrawal symptoms in poly-substance abusers. *BMC Psychiatry*, 13, 258-258.

Institut for Menneskerettigheder (2013). *Handicapkonventionen og tvang i psykiatrien*. København: Institut for Menneskerettigheder.

Jacobsen, C.B. (2006). *Paradoksal psykiatri: Etnografiske analyser af samspillet mellem plejepersonale og patienter i dansk retspsykiatri.* Ph.d.-afhandling. København: Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.

Juul Nielsen, M.E. (2016). *Forbandede sunddom* (2. ed.). Rask Mølle: DreamLitt.

Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12 (2b), 85-95.

Kroll-Smith, S. & Gunter, V. (2005). Governing Sleepiness: Somnolent Bodies, Discourse, and Liquid Modernity. *Sociological Inquiry*, 75 (3), 346-371.

Langvad, M.F., Jørgensen, L.B., Schmøkel, K. & Høybye, M.T. (2017). Den forhandlede nattesøvn under indlæggelse på ortopædkirurgisk afsnit. En etnografisk undersøgelse. I: Mainz, H., Trads, M., Søe Jensen, P., Hørdam, B. & Specht, K. (red.). *Søvn og ortopædkirurgiske patienter*, Nationalt Videnscenter for Ortopædkirurgisk Sygepleje, 14-22.

Meadows, R. (2005). The 'negotiated night': An embodied conceptual framework for the sociological study of sleep. *The Sociological Review*, 53 (2), 240-254.

Meadows, R., Nettleton, S. & Neale, J. (2017). Sleep waves and recovery from drug and alcohol dependence: Towards a rhythm analysis of sleep in residential treatment. *Social Science & Medicine*, 184, 124-133.

Neale, J., Meadows, R., Nettleton, S., Panebianco, D., Strang, J., Vitoratou, S. & Marsden, J. (2017). Substance use, sleep and intervention design: insights from qualitative data. *Journal of Mental Health*, 1-8.

Nettleton, S., Meadows, R. & Neale, J. (2017). Disturbing sleep and sleepfulness during recovery from substance dependence in residential rehabilitation settings. *Sociology Health Illness*, 39 (5), 784-798.

Oute, H.J. & Bjerge, B. (2017). What role does employment play in dual recovery? A qualitative meta-synthesis of cross-cutting studies treating substance use treatment, psychiatry and unemployment services. *Advances in Dual Diagnosis*, 10 (3), 105-119.

Oute, J. & Ringer, A. (2014). Psykiatrien i krise – en kamp om definitioner. *Sygeplejersken*, 114 (7), 78-82.

Petersen, A.F. (2016). *Præstationssamfundet*. København: Hans Reitzel.

Petersen, A.F. & Brinkmann, S. (2015). *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion*. https://nota.dk/bibliotek/bogid/630625.

Pugh, A. (2000). Sleep in a Sleepless Age. I: Balka, E. & Smith, R. (red.). *Women, Work and Computerization: Charting a Course to the Future*. Boston, MA: Springer US, 260-267.

Rogers, E.L. (2016). Beyond eight hours rest: Sleep, capitalism, and the biological body. *Dialectical Anthropology*, 40 (3), 305-318.

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

Seale, C., Boden, S., Williams, S., Lowe, P. & Steinberg, D. (2007). Media constructions of sleep and sleep disorders: A study of UK national newspapers. *Social Science & Medicine*, 65 (3), 418-430.

Simonsen, E.F. & Møhl, B. (2017). *Grundbog i psykiatri*. https://nota.dk/bibliotek/bogid/637108.

Stenius, K. & Nesvåg, S. (2016). *Local Innocation in Substance Abuse Care: Alcohol and drug problems among young people – Substitution treatment – Alcohol problems in somatic care*. www.nordicwelfare.org.

Taylor, B. (1993). Unconsciousness and Society: The Sociology of Sleep. *International Journal of Politics, Culture, and Society*, 6 (3), 463-471.

Williams, S.J. (2002). Sleep and Health: Sociological reflections on the dormant society. *Health*, 6 (2), 173-200.

Williams, S.J. (2007). The Social Etiquette of Sleep: Some Sociological Reflections and Observations. *Sociology*, 41 (2), 313-328.

Williams, S.J. (2011). *The politics of sleep: Governing (un)consciousness in the Late Modern Age*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Williams, S.J., Coveney, C.M. & Gabe, J. (2013). Medicalisation or customisation? Sleep, enterprise and enhancement in the 24/7 society. *Social Science & Medicine*, 79 (Supplement C), 40-47.

Wolf-Meyer, M. (2011). Natural Hegemonies. Sleep and the Rhythms of American Capitalism. *Current Anthropology*, 52 (6), 876-895.

Noter

1 Obstruktiv søvnapnø er gentagne kvælningsanfald under søvnen.

2 Post Traumatisk Stress Syndrom.

3 På tegningen ryster Maren sin hjerne i frustration over igen ikke at kunne sove. Derved er illustrationen af Maren, der holder sin hjerne i hænderne, en metafor for, hvordan søvnproblemer fremstilles som et hjernemæssigt anliggende. © Marens Blog, marensblog.dk

4 Begrebet psykisk lidelse, og dets modsætning normalitet, er blevet debatteret i konteksten af diagnosekultur og overmedicinering. Begreberne kan begrebsliggøres fra vidt forskellige teoretiske udgangspunkter.

DEL 2
Samspil mellem politi, socialvæsen og private aktører